

RAPPORT D'ACTIVITÉ SUR LA RIPOSTE AU SIDA DANS LE MONDE 2013

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



Indicateurs supplémentaires de l'OMS et de l'UNICEF relatifs à l'accès universel dans le secteur de la santé

ONUSIDA / JC2453F (version française, février 2013)

Version originale anglaise, UNAIDS / JC2453E, janvier 2013 :

Global AIDS response progress reporting 2013: Construction of core indicators for monitoring the 2011 UN Political Declaration on HIV/AIDS.

Traduction – ONUSIDA

Catalogage à la source : Bibliothèque de l’OMS

Rapport d’activité sur la riposte au sida dans le monde 2013 : élaboration d’indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique de l’ONU sur le VIH/sida de 2011.

« ONUSIDA / JC2453F ».

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.Évaluation de programme. 7.Directives. I.ONUSIDA.

ISBN 978-92-9253-013-6 (Classification NLM : WC 503.6)

Copyright © 2013.

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 SUR LA RIPOSTE AU SIDA DANS LE MONDE 2013

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

*Indicateurs supplémentaires de l'OMS et de l'UNICEF relatifs à l'accès
universel dans le secteur de la santé*

Merci d'utiliser le site du Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde
(www.unaids.org/AIDSReporting) pour soumettre les indicateurs avant le 31 mars 2013.

Table des matières

Avant-propos	5
Acronymes	6
Introduction	7
Objet	7
Contexte	7
Comment utiliser ces directives	7
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
Rapports sur les principaux indicateurs	9
Indicateurs nationaux pour les pays à revenu élevé	11
Application des rapports d'activité au niveau national	12
Élaboration des indicateurs	12
Outils d'évaluation et sources des données	12
Numérateurs et dénominateurs	13
Ventilation des données par sexe et par âge	13
Données récentes et représentatives issues des enquêtes	13
Interprétation et analyse	14
Sélection des indicateurs	14
Rôle de la société civile	15
Contenu du rapport	16
Directives concernant la soumission des données	16
Outil pour établir le rapport	16
Rapport commun avec l'OMS et l'UNICEF sur les indicateurs du secteur de la santé	17
Soumission des données	17
Processus de transmission des données au plan national : interventions nécessaires	18
Présentation des changements dans le Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2013	19
Indicateurs de base pour le Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde	20
Objectif 1. D'ici à 2015, réduire de 50 % le taux de transmission du VIH par voie sexuelle	23
1.1 Connaissances des jeunes en matière de prévention du VIH	24
1.2 Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	26
1.3 Partenaires sexuels multiples	27
1.4 Utilisation du préservatif lors du dernier rapport chez les personnes ayant plusieurs partenaires sexuels	28
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 risques	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	61
3.1 Prévention de la transmission de la mère à l'enfant	62
3.2 Diagnostic infantile précoce	66
3.3 Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisée)	68
Objectif 4 : d'ici à 2015, assurer un traitement antirétroviral vital à 15 millions de personnes vivant avec le VIH d'ici 2015	71
4.1 Traitement du VIH : thérapie antirétrovirale	72
4.2 Rétention de douze mois sous thérapie antirétrovirale	74
Objectif 5. D'ici à 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH	77
5.1 Co-gestion du traitement de la tuberculose et du VIH	78
Objectif 6. D'ici à 2015, réduire le déficit mondial de moyens de riposte au sida, et parvenir à un investissement mondial annuel de 22-24 milliards de dollars américains dans les pays à faible revenu et à revenu 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
Objectif 9 : éliminer les restrictions en matière de déplacement	90
Objectif 10: renforcer l'intégration du VIH	91
10.1 Assiduité des orphelins à l'école	92
10.2 Soutien économique externe pour les foyers les plus pauvres	94
Politiques gouvernementales de riposte au VIH et au sida	97
Appendices 99	
Appendice 1. Modèle de Rapport d'activité des pays	100
Appendice 2. Grille nationale de financement – 2013	101
Appendice 3. Questionnaire RARSM spécial 2013	108
Appendice 4. Modèle de liste de points à vérifier pour élaborer le Rapport d'activité des pays	110
Appendice 5. Bibliographie succincte	111
Appendice 6. Indicateurs sur la circoncision masculine	112
1.22 Proportion d'hommes circoncis	112
1.23 Nombre de circoncisions pratiquées	114
PARTIE 2 Indicateurs supplémentaires de l'OMS et de l'UNICEF relatifs à l'accès universel dans le secteur de la santé	117

Avant-propos

Au cours des deux dernières années, la riposte au sida a réalisé des progrès sans précédent en matière de prévention et de traitement du VIH dans le monde. Le *Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2012*, montre que le rythme des progrès réalisés s'accélère.

Ces résultats prometteurs se fondent sur les rapports que l'ONUSIDA a reçus de la part de 186 États membres sur les 193 que compte l'ONU. Il s'agit du taux de réponse le plus élevé ayant été enregistré par un organisme international œuvrant pour la santé et le développement. Ce dévouement exceptionnel des pays pour établir un rapport d'activité sur la riposte au sida démontre la puissance de l'engagement que nous avons pris, au niveau mondial, quant à l'objectif que nous partageons : zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au sida.

Cette année, l'Assemblée générale de l'ONU procèdera à une révision à mi-parcours des progrès réalisés pour atteindre les objectifs et les engagements d'élimination audacieux ayant été fixés par la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011. Le Secrétaire général de l'ONU présentera à l'Assemblée générale un rapport sur les progrès ayant été réalisés et sur ce qu'il reste à faire pour combler les lacunes qui demeurent.

L'élaboration de rapports d'activité sur la haute qualité des résultats obtenus dans la riposte au sida constitue un élément important de notre programme de responsabilité partagée et de solidarité dans le monde. L'ONUSIDA s'est engagée à soutenir ses États membres sans cet effort. À cette fin, nous avons préparé ces directives pour suivre les progrès réalisés en vue d'atteindre l'objectif de 2015. Afin d'apporter les informations nécessaires à l'examen de mi-parcours, l'ONUSIDA demande aux pays de fournir les données les plus récentes dont ils disposent concernant l'année 2012, en utilisant les indicateurs exposés dans ce document. Ces données aideront les pays à mener leurs propres révisions de mi-parcours et à se focaliser, ainsi, sur les domaines dans lesquels il est nécessaire d'agir pour atteindre les objectifs et les engagements d'élimination prioritaires d'ici à 2015.

Je vous remercie de la détermination dont vous faites preuve pour renforcer vos systèmes nationaux de suivi et d'évaluation de la lutte contre le VIH. Nous ne pouvons parvenir à zéro sans détenir des preuves permettant de guider les programmes nationaux de lutte contre le VIH. Je suis impatient de poursuivre le bilan remarquable des rapports nationaux sur la lutte contre l'épidémie du sida, et vous pouvez compter sur l'ONUSIDA pour vous soutenir pleinement dans cet effort.



Michel Sidibé
Directeur exécutif
ONUSIDA

Acronymes

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

Déclaration politique sur le VIH et le sida de l'Assemblée générale des Nations Unies de 2011 : Objectifs et engagements en faveur de l'élimination



Introduction

Objet

L'objet de ce document est de fournir des directives pour guider les programmes nationaux de riposte au sida et les partenaires activement impliqués dans la riposte nationale du pays au sida sur l'utilisation des indicateurs clés afin de mesurer et d'établir un rapport sur leur riposte nationale.

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), ayant été 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 de la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011. En outre, la Déclaration politique de 2011 a demandé à l'Assemblée générale d'établir un rapport spécial sur les Objectifs du Millénaire pour le développement dans le monde, dans le cadre de la réunion de 2013 consacrée à l'examen de ces objectifs.

Auparavant, un rapport était réalisé tous les deux ans au niveau mondial sur les indicateurs (précédemment appelés indicateurs UNGASS) du Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde (RARSM). À compter de 2013, les données seront désormais collectées tous les ans, y compris en vue de fournir les informations nécessaires à l'examen de mi-parcours de 2013.

Pour évaluer les progrès réalisés pour atteindre les objectifs, il est important de collecter de données et d'établir des rapports sur les indicateurs, mais il ne s'agit que d'une partie de la procédure. Les pays sont également encouragés à organiser un bilan à mi-parcours des progrès qu'ils ont réalisés pour atteindre les objectifs relatifs à la lutte contre le VIH/sida dans le monde d'ici 2015. Des conseils détaillés sur la manière de réaliser ces bilans ainsi que sur le format attendu sous lequel documenter les résultats, seront communiqués séparément car ils n'entrent pas dans le cadre de ces directives.

Les pays sont fortement encouragés à intégrer ces indicateurs clés dans leurs activités, en cours, de suivi et d'évaluation. Ces indicateurs ont été conçus pour aider les pays à évaluer l'état actuel de leur riposte nationale et des progrès qu'ils ont réalisés pour atteindre leurs buts nationaux relatifs au VIH. Ils contribueront à mieux comprendre la riposte mondiale à la pandémie du sida, notamment l'avancement pour réaliser les buts mondiaux ayant été établis dans la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011, ainsi que les 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 des données aux niveaux national, régional et mondial.

Comment utiliser ces directives

Ces directives ont été conçues pour 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 clés pour le Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde », les lecteurs trouveront des pages consacrées à chaque indicateur, lesquelles fournissent des raisons pour l'inclure ainsi que des méthodes pour collecter les données qui le concernent, pour l'élaborer et pour l'évaluer. Les atouts et les faiblesses de chaque indicateur sont également exposés.

Une aide est disponible pour chaque étape du processus. Les sources d'aide, notamment les personnes à contacter et la manière de les joindre, sont signalées dans cette section introductive par une flèche verte.



Contexte

Au milieu de l'année 2013, nous serons à mi-chemin de l'échéance fixée à 2015 pour atteindre les objectifs audacieux pour lutter contre le VIH/sida, ayant été établis dans la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011 ; c'est donc l'occasion de faire un bilan des progrès ayant été réalisés jusque là.

INTRODUCTION

La Déclaration 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. Lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida de 2001, les États membres avaient adopté à l'unanimité une Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. Cette déclaration reflétait le consensus mondial sur un cadre complet pour réaliser le sixième Objectif du Millénaire pour le développement : stopper et commencer à renverser l'épidémie du sida 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 soins sanitaires et à amenuiser l'impact de l'épidémie. La Déclaration politique de 2006 a reconnu l'urgence du besoin de parvenir à un accès universel aux services de traitement, de prévention, de soins et d'accompagnement liés au VIH.

Alors que ces Déclarations ont été adoptées uniquement par les gouvernements, leur vision va bien au-delà du secteur gouvernemental pour aller jusqu'à l'industrie privée et aux groupes de travail, aux organisations basées sur la foi, aux organisations non gouvernementales et aux 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 en 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 et constituer la base de l'examen de mi-parcours et dans le monde de cette Déclaration, et des rapports du Secrétaire général pour l'Assemblée générale.

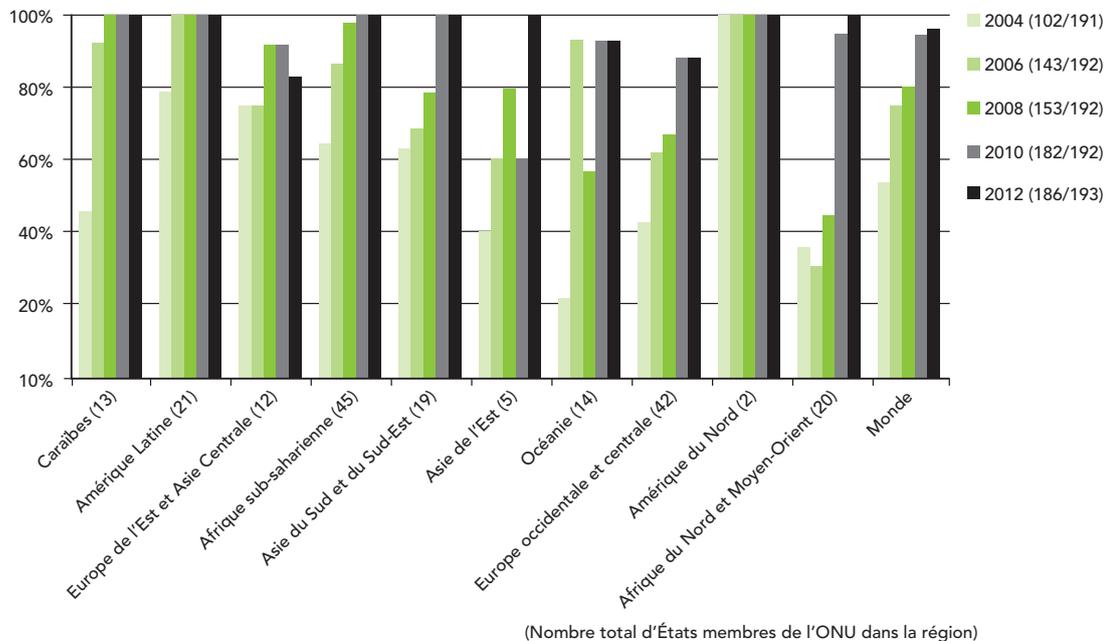
Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011 – Objectifs et engagements d'élimination

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. Enrayer les nouvelles infections par le VIH chez les enfants d'ici à 2015, et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida
4. Assurer un traitement antirétroviral vital à 15 millions de personnes vivant avec le VIH d'ici à 2015
5. Réduire de 50 % les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH d'ici à 2015
6. Réduire, d'ici à 2015, le déficit mondial de ressources pour la riposte au sida, et parvenir à un investissement mondial annuel de 22-24 milliards de dollars américains dans les pays à faible revenu et à revenu 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 concernant 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 les Rapports d'activité des pays auprès des États membres dans le but d'assurer le suivi de plusieurs déclarations politiques tous les deux ans depuis 2004. Les taux de réponse sont passés de 102 (53 %) États membres en 2004 à 186 (96 %) en 2012 (voir le graphique pour les taux de réponse régionale et les tendances dans le temps).

Année de la publication du rapport (rapports des États membres de l'ONU / nombre total des États membres de l'ONU)



(Nombre total d'États membres de l'ONU dans la région)

Les informations fournies dans les rapports de situation nationaux représentent les données les plus détaillées tant sur le statut que sur la riposte à l'épidémie. Les données des cinq dernières séries de rapports sont disponibles en ligne à travers AIDSinfo, sur le site aidsinfo.unaids.org. La totalité de la base de données est disponible sur le site www.aidsinfoonline.org, pour produire des chartes, des cartes et des tableaux. Des rapports de pays n'ayant pas été édités sont disponibles sur le site www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries.

Format des rapports

- ➔ L'examen de mi-parcours spéciale 2013 de la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011 comporte deux éléments : le rapport d'activité sur les indicateurs et une révision spéciale à mi-parcours. Les présentes directives fournissent des informations sur l'élaboration des rapports sur les indicateurs. Des conseils relatifs aux révisions à mi-parcours ainsi que sur leur organisation et leur format de présentation vous seront communiqués séparément.

Rapports sur les principaux indicateurs

Les indicateurs du Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde sont essentiels, et ce, pour deux raisons. Premièrement, ils peuvent aider chaque pays à évaluer l'efficacité de sa riposte nationale et constituer la base de l'examen de mi-parcours des progrès réalisés pour atteindre, d'ici à 2015, les objectifs de la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida 2011.

Deuxièmement, lorsque les données de nombreux pays sont analysées collectivement, les indicateurs peuvent fournir des informations cruciales sur l'efficacité de la riposte au plan régional et au plan mondial ; elles constitueront la base de l'analyse régionale et mondiale des progrès réalisés pour atteindre les objectifs de 2015. Cela offre simultanément aux pays un aperçu des activités d'autres ripostes nationales.

Avant la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur le VIH/sida, les indicateurs utilisés dans les précédentes séries de rapports ont été rigoureusement révisés suite à un large processus de consultation fondé sur des données probantes dirigé par le Groupe de référence pour le suivi et l'évaluation (MERG) de l'ONUSIDA. Des indicateurs ont été inclus en se fondant sur des critères objectifs explicites qui sont décrits dans le document « Indicator

INTRODUCTION

Standards: Operational Guidelines for Selecting Indicators for the HIV Response » (Indicateurs standards : directives opérationnelles pour sélectionner les indicateurs pour la riposte au VIH)¹.

Seulement trois modifications ont été apportées à l'ensemble d'indicateurs de la dernière série de rapports :

- Petites clarifications sur l'indicateur relatif à la diffusion de la PTME (Indicateur 3.1) pour refléter les derniers développements dans ce domaine.
- Petites clarifications sur l'indicateur relatif à la diffusion de la thérapie antirétrovirale (Indicateur 4.1) pour refléter les derniers développements dans ce domaine.
- Il n'est pas nécessaire d'établir, en 2013, un rapport complet sur l'Instrument des politiques et des engagements nationaux (NCPI) mais seulement un bref questionnaire. Un rapport sur le NCPI sera demandé uniquement tous les deux ans.

La circoncision masculine constitue un élément important de l'ensemble complet de prévention du VIH dans certains pays ayant une prévalence élevée du VIH et de faibles niveaux de circoncision masculine. Pour cette raison, deux nouveaux indicateurs ont été ajoutés pour les 16 pays concernés² : prévalence de la circoncision masculine et nombre d'hommes ayant été circoncis au cours l'année précédente. Vous trouverez une description de ces deux indicateurs à l'Appendice 6.

Les pays doivent évaluer dans quelle mesure chaque indicateur est applicable à leur épidémie. Dans les cas où tel ou tel indicateur ne fait pas l'objet d'un rapport, les pays doivent en donner la raison afin de distinguer l'absence de données et l'inapplicabilité d'indicateurs spécifiques à certaines épidémies nationales.

La plupart des indicateurs nationaux sont applicables à tous les pays. Les indicateurs comportementaux pour les populations clés les plus exposées sont pertinents dans les pays ayant des épidémies de faible niveau et concentrées, ainsi que dans les pays ayant des épidémies généralisées. De même, les pays connaissant une épidémie concentrée sont encouragés à recueillir des données sur les comportements sexuels chez les jeunes, pour les utiliser afin de suivre les changements récents des tendances qui pourraient influencer la riposte nationale dans le futur. Certains d'entre eux sont toutefois applicables uniquement à des contextes épidémiologiques spécifiques du VIH.

L'ONUSIDA recommande fortement aux pays d'utiliser ces indicateurs comme base pour leurs systèmes de suivi et d'évaluation. Selon les besoins spécifiques, et si les ressources le permettent, les pays peuvent souhaiter inclure des indicateurs supplémentaires dans leurs plans nationaux de suivi.

Cinq indicateurs nationaux coïncident également avec des indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le développement :

- pourcentage de jeunes qui vivent avec le VIH
- connaissances des jeunes sur le VIH
- utilisation du préservatif au cours du dernier rapport sexuel à haut risque
- assiduité scolaire des orphelins
- personnes recevant un traitement antirétroviral

Les données utilisées par la Commission de statistiques de l'ONU chargée d'établir des rapports sur les Objectifs du Millénaire pour le développement émanent principalement des données fournies par les États membres à travers le Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde.

 Les présentes directives contiennent des définitions complètes de tous les indicateurs utilisés dans le Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde. Ces indicateurs figurent également dans le Registre d'indicateurs de l'ONUSIDA sur le site <http://www.indicatorregistry.org/fr> Cette base de données en ligne fournit des définitions complètes des indicateurs pour le Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde ainsi que d'autres indicateurs relatifs au VIH étant utilisés au niveau national. Vous trouverez également dans l'outil électronique d'enregistrement des rapports des liens directs vers les indicateurs inclus dans le Registre d'indicateurs. Les indicateurs peuvent également être exportés à partir du Registre d'indicateurs sous formats Excel, Word, ou PDF.

¹ Le document « Indicator Standards Operational Guidelines for Selecting Indicators for the HIV Response », Genève 2010, du MERG de l'ONUSIDA est disponible en anglais à l'adresse www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2010/4_3_MERG_Indicator_Standards.pdf

² Afrique du Sud, Botswana, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Ouganda, République centrafricaine, République unie de Tanzanie, Rwanda, Soudan du Sud, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.

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 les progrès réalisés dans leurs propres ripostes nationales au VIH. On connaît bien les systèmes d'information relativement complexes que ces pays peuvent mettre en œuvre ainsi que le grand nombre de leurs sources de données qui ne facilitent pas la tâche lorsqu'il s'agit de calculer un indicateur national. Toutefois, cet état de fait ne supprime pas la nécessité de disposer de données en provenance de ces pays si l'on veut suivre les progrès réalisés à l'échelle mondiale dans l'accomplissement de la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011. Les pays de l'Union européenne ont utilisé des manières innovantes d'associer de manière plus étroite les systèmes de suivi du VIH à l'échelle mondiale aux circonstances régionales. L'ONUSIDA encourage les autres pays à revenu élevé à contacter l'équipe de l'ONUSIDA chargée du suivi et de l'analyse de la riposte (Data for Action) (AIDSreporting@unaids.org) s'ils ont besoin de conseils techniques supplémentaires concernant les rapports sur leurs propres programmes.

- ➔ La date limite de soumission du rapport par le biais du site Web est le 31 mars 2013. Au cas où le site Web ne serait pas utilisé, les versions imprimées des rapports doivent être soumises avant le 15 mars 2013 afin de permettre la saisie manuelle des données.

Application des rapports d'activité au niveau national

➔ Les pays ayant besoin d'informations complémentaires sur cette application peuvent solliciter une assistance technique auprès de leurs conseillers de l'ONUSIDA en matière d'informations stratégiques, des bureaux de l'UNICEF ou de l'OMS, ou encore des groupes de travail sur le suivi et l'évaluation du VIH. Une assistance technique est en outre disponible auprès des conseillers régionaux de l'ONUSIDA en matière d'informations stratégiques faisant partie de l'Équipe régionale de soutien mais également auprès de l'équipe chargée du suivi et de l'analyse de la riposte (Data for Action) au Secrétariat de l'ONUSIDA qu'ils peuvent joindre par courriel à l'adresse suivante : AIDSreporting@unaids.org.

Élaboration des indicateurs

Pour chaque indicateur national, le présent manuel fournit les informations nécessaires pour élaborer l'indicateur, notamment :

- l'objet de l'indicateur ;
- la fréquence à laquelle il convient de rassembler les données ;
- les outils d'évaluation recommandés ;
- les méthodes d'évaluation recommandées ; et
- 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 représentatif³ ;
- les enquêtes de surveillance comportementale ;
- les études et questionnaires conçus spécialement, portant notamment sur des groupes spécifiques de population (par ex., enquêtes sur la couverture de certains services) ;
- les systèmes de suivi des patients ;
- les systèmes d'information sur la santé ;
- la surveillance sentinelle ; et
- le questionnaire sur l'Instrument des politiques et des engagements 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.

Les organisations de la société civile sont des sources précieuses de données pour de nombreux indicateurs, notamment les interventions dans lesquelles les organisations non gouvernementales, confessionnelles et communautaires jouent un rôle actif. S'occuper des jeunes, des populations les plus exposées et des femmes enceintes en sont des exemples.

Dans la plupart des pays, il peut arriver que les sources existantes ne fournissent pas l'essentiel des données nécessaires au calcul des indicateurs de base nationaux. Il est possible qu'il faille adapter les outils de suivi existants ou mener des enquêtes supplémentaires pour rassembler ces données. Les pays qui réalisent régulièrement des enquêtes auprès d'un échantillon représentatif de population, telles que les enquêtes démographiques et sanitaires, recueillent des informations importantes, y compris des données comportementales sur les jeunes. Dans les pays où des enquêtes de population d'un autre type sont réalisées, notamment à des fins autres que la riposte au VIH et au sida, il est possible d'adapter ces enquêtes pour collecter des données destinées à certains indicateurs de base. Dans les pays qui obtiennent déjà des informations auprès des écoles, des centres de santé et des employeurs, les besoins en matière de données sur le VIH peuvent être intégrés au processus de collecte des données déjà en place.

³ telles que les enquêtes démographiques et sanitaires (DHS), les enquêtes sur les indicateurs du sida (AIS), et les enquêtes en grappe à indicateurs multiples (MICS)

Numérateurs et dénominateurs

Pour chaque indicateur de base, des instructions détaillées pour évaluer la riposte nationale sont fournies. Les indicateurs de base nationaux utilisent pour la plupart des numérateurs et des dénominateurs pour calculer les pourcentages qui permettent d'évaluer l'état actuel de la riposte nationale.

Il est vivement recommandé aux pays d'accorder une attention toute particulière aux dates associées aux données prises en compte pour le calcul d'un indicateur. Si les données du numérateur et du dénominateur sont recueillies à des moments différents, l'exactitude et la validité de ces informations sera compromise.

Les méthodes décrites ont été conçues de façon à faciliter l'élaboration des estimations mondiales à partir des données nationales. Si ces méthodes peuvent s'appliquer à l'échelon infranational, des approches plus simples et plus souples, spécifiquement conçues pour les conditions locales, peuvent se révéler mieux adaptées à la prise des décisions à ce niveau.

Ventilation des données par sexe et par âge

Une des grandes leçons tirées des précédentes séries d'établissement des rapports est qu'il est important d'obtenir des données ventilées, par exemple par sexe et par âge. En 2010, près de 80 % des pays avaient effectué un certain niveau de ventilation des données qu'ils ont soumises. Bien que cela représente un grand progrès par rapport aux cycles précédents, il semblerait qu'un certain nombre de pays ne sont toujours pas à même d'effectuer convenablement une ventilation par sexe et par âge de leurs indicateurs clés. Il est donc crucial que les pays collectent les données en éléments constitutifs et ne se bornent pas à fournir des synthèses. Sans données ventilées, il est difficile de contrôler l'ampleur et la portée de la riposte à l'épidémie, tant à l'échelon des pays qu'à l'échelle mondiale. Il est tout aussi difficile d'évaluer l'accès aux services, l'égalité de l'accès, l'utilité de cibler des populations précises et les évolutions significatives dans le temps.

Il est vivement recommandé aux pays de faire de la collecte de données ventilées, notamment par sexe et par âge, l'un des pivots des activités de suivi et d'évaluation. 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 sanitaire, enquêtes et autres instruments de collecte de données pour s'assurer qu'ils obtiennent des données ventilées aux niveaux infranationaux, y compris au niveau des centres et des projets. Des efforts spécifiques devraient être réalisés pour suivre les 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 VIH et au sida doivent être conscientes de l'importance des données ventilées, et dans le cadre de leurs activités en cours, faire de la collecte et de la diffusion de ces données une priorité.

➡ Le site consacré au Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde (www.unaids.org/AIDSreporting) recense clairement les données ventilées qui sont nécessaires pour pouvoir mettre au point le numérateur et le dénominateur de chaque indicateur (pour plus d'informations, voir la section précédente intitulée « Numérateurs et dénominateurs »). D'une manière générale, les données qui s'y prêtent, devraient toutes être ventilées par âge et par sexe. Lorsqu'il a été difficile de collecter des données ventilées, l'entrée de données partielles est possible, le cas échéant.

Dans les cas où il serait difficile d'obtenir des données ventilées, il est possible d'extraire l'information nécessaire à la formulation des indicateurs de base d'ensembles plus vastes de données, même si les sources d'information varient d'un pays à l'autre. Les pays sont invités à solliciter une assistance technique auprès des organisations du système des Nations Unies (à savoir les bureaux nationaux de l'ONUSIDA, de l'OMS et de l'UNICEF) et de ses partenaires pour obtenir de l'aide afin d'accéder aux données ventilées nécessaires à la finalisation du calcul des indicateurs de base. Il est vivement conseillé aux gouvernements de ne pas oublier de puiser des informations ailleurs que dans leurs sources internes pour collecter et valider les données. Dans bien des cas, les organisations de la société civile sont à même de fournir des données primaires ou secondaires tout à fait précieuses.

Données récentes et représentatives issues des enquêtes

Utilisez les enquêtes nationales les plus représentatives du pays et les plus récentes pour calculer les indicateurs relatifs à la population générale. Cela pourra signifier que les informations livrées au titre de la série actuelle, seront les mêmes que celles de la série précédente, puisque ces enquêtes sont généralement réalisées tous les cinq ans.

Les données n'ayant pas été mises à jour et celles issues des enquêtes de 2012 ne devront pas être à nouveau enregistrées. Les cases concernées seront pré-remplies et devront seulement être confirmées.

APPLICATION AU NIVEAU NATIONAL

S'assurer que les échantillons pour les enquêtes sur les populations clés sont vraiment représentatifs présente de grandes difficultés techniques. On recherche des méthodes qui permettraient d'arriver à un échantillonnage représentatif de ces populations (par ex., un échantillonnage déterminé par les personnes interrogées). En attendant leur mise au point, les pays pourraient ne pas être sûrs que les échantillons utilisés pour les enquêtes réalisées auprès des populations les plus exposées au risque d'infection à VIH soient représentatifs. On conseille aux pays d'utiliser les enquêtes les plus récentes sur 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.

Interprétation et analyse

Chaque indicateur de base est abordé dans ce manuel tout comme le sont les atouts et les faiblesses. Les pays sont invités à étudier attentivement cette section avant de commencer à collecter et à analyser les données car on y explique comment interpréter chaque indicateur et les questions potentielles qui lui sont associées. Les points abordés dans cette section devraient également être examinés avant de finaliser l'examen de mi-parcours de manière à confirmer le caractère approprié des conclusions pour 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. D'autres points de cette section fournissent des informations complémentaires sur l'utilité de tel ou tel indicateur. Certains points mettent également en évidence les différences susceptibles d'apparaître entre pays sur des questions aussi diverses que le rapport entre les coûts et le revenu local, les normes de qualité et les différences entre schémas thérapeutiques.

Après avoir compilé leurs données nationales, les pays sont vivement encouragés à poursuivre l'analyse de leurs conclusions. Cela leur permettra de mieux comprendre la riposte nationale et de définir les moyens qui en garantiront la progression. Il serait souhaitable que les pays étudient attentivement les liens existant entre les éléments suivants : politiques, mise en œuvre des programmes de riposte au VIH, changements vérifiables du comportement et changements au niveau de l'épidémie. Par exemple, si un pays s'est doté d'une politique destinée à entraîner une réduction de la transmission du virus de la mère à l'enfant, a-t-il aussi mis en place des programmes sur le terrain qui permettent la prévention de la transmission chez femmes enceintes ? Et si de tels programmes sont effectivement en place, les femmes y participent-elles en nombre suffisant pour que cela ait un impact sur le nombre de nourrissons infectés par le VIH nés dans ce pays ?

Ces liens existent dans toutes les facettes d'une riposte nationale et bon nombre des plus importants sont recensés dans les indicateurs de base nationaux inclus dans le présent manuel. Pour analyser efficacement ces liens, les pays doivent puiser dans l'éventail le plus large possible de données disponibles, y compris en utilisant les informations quantitatives et qualitatives fournies par les secteurs public et privé. Selon toute vraisemblance, privilégier un seul type ou une seule source de données diminue les possibilités d'avoir le point de vue et les éclaircissements nécessaires à la compréhension de tels liens constatés et des tendances existantes ou émergentes.

Sélection des indicateurs

En partant du principe qu'ils connaissent bien l'épidémie du VIH au niveau local, il est attendu des pays qu'ils prennent en compte tous les indicateurs pour déterminer ceux qui s'appliquent à leur situation. Par exemple, un pays qui constate une épidémie concentrée parmi les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ne doit pas obligatoirement faire figurer dans son rapport les données concernant les consommateurs de drogues injectables. En revanche, ce pays devrait évaluer régulièrement la situation pour voir si la consommation de drogues injectables est en train de devenir un problème sur lequel il est nécessaire de porter son attention. Ce pays devrait calculer d'une part les indicateurs relatifs aux professionnel(le)s du sexe et aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et d'autre part un certain nombre de catégories plus vastes (telles que les connaissances des jeunes en matière de VIH, les rapports sexuels à haut risque pour les femmes et les hommes, ou encore l'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels à risque), qui tous jouent un rôle dans la propagation de l'épidémie parmi la population dans son ensemble.

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 parmi les consommateurs de drogues injectables. Ce pays aurait donc un avantage à calculer et à établir un rapport sur les indicateurs relatifs aux populations clés les plus à risque.

Lorsque les pays ne soumettent aucune donnée pour un indicateur, ils sont invités à faire savoir :

(i) si les données relatives à cet indicateur ne sont pas disponibles ;

ou

(ii) si l'indicateur n'est pas jugé applicable à la situation de l'épidémie dans le pays.

Si tel ou tel pays estime que la question est pertinente pour ce qui est de l'épidémie et de la riposte mais que l'indicateur n'est ni utile ni approprié pour le suivi, il convient de le mentionner dans les cadres réservés aux commentaires sur l'outil en ligne d'enregistrement des rapports.

Si un autre indicateur est utilisé dans le pays pour suivre efficacement la question en jeu, les cadres réservés aux commentaires peuvent être utilisés pour le décrire (notamment une définition complète et la méthode utilisée pour le mesurer), ainsi que toutes autres données disponibles pour l'indicateur en question.

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. Le large éventail de compétences stratégiques et tactiques des organisations de la société civile fait d'elles des partenaires idéaux dans le processus de préparation des rapports d'activité nationaux. Les organisations de la société civile sont ainsi particulièrement bien placées pour fournir des informations quantitatives et qualitatives complémentaires 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 organisations non gouvernementales, les réseaux de personnes vivant avec le VIH, les organisations basées sur la foi, les femmes, les jeunes, les syndicats et les organisations à assise communautaire, pour leurs rapports sur les indicateurs de base nationaux qui sous-tendent la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011. L'importance qu'il y a d'obtenir des données auprès de l'ensemble des représentants de la société civile, notamment des personnes vivant avec le VIH et le sida, ne doit pas être sous-estimée. En effet, la société civile fait entendre de nombreuses voix et représente un grand nombre de points de vue différents, tous aussi précieux pour suivre et évaluer la riposte d'un pays au sida.

Il importe que les comités nationaux de riposte au sida ou les organes apparentés facilitent l'accès des organisations de la société civile à leurs plans de collecte de données et de dénominateurs de données. Un mécanisme direct de transmission et d'évaluation des informations devrait être élaboré. Les rapports de révision à mi-parcours 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.

Les membres du personnel de l'ONUSIDA présents au niveau des pays peuvent faciliter la contribution de la société civile tout au long du processus.

Le personnel en question pourrait en particulier :

- informer les organisations de la société civile sur les indicateurs et le processus de transmission des informations ;
- 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 le sida ; et
- garantir la diffusion des rapports, y compris dans la mesure du possible, dans les langues nationales.

Comme pour les séries précédentes, l'ONUSIDA acceptera les rapports non officiels présentés par la société civile. Les rapports non officiels ne sont pas censés être un processus parallèle d'établissement de rapport mené par 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 comme on a pu le voir plus haut. Les rapports non officiels ont pour but de fournir une perspective différente si l'on estime à juste titre que la société civile n'a pas été suffisamment représentée au sein du processus d'établissement du rapport national, ou pour suppléer au manque de rapport national, ou lorsque les données fournies par le gouvernement sont très différentes de celles recueillies par la société civile concernant la prestation de services publics.

Contenu du rapport

En 2013, les pays devront soumettre des données sur tous les indicateurs nationaux qui sont applicables à leur riposte.

Il incombe aux gouvernements nationaux de faire un rapport sur les indicateurs nationaux, avec le soutien de la société civile et, le cas échéant, de leurs partenaires de développement. Ils doivent suivre la procédure décrite dans le présent manuel lors de la collecte et du calcul des données nécessaires à la formulation des indicateurs.

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

Comme il a déjà été dit, 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 et le sida, doit pouvoir 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 nationaux d'organiser un atelier/forum pour présenter les données et en débattre publiquement avant qu'il ne lui soit soumis. Le rapport final devrait, le cas échéant, rendre compte des débats auxquels cet événement aura donné lieu. Des équipes de pays des Nations Unies pour le sida existent dans plusieurs pays et peuvent apporter leur aide à ce processus d'échange d'idées.

Les données des indicateurs des rapports seront diffusées après avoir été nettoyées, vérifiées et harmonisées par AIDSinfo⁴.

➡ Pour toute question, il est conseillé aux pays de consulter l'ONUSIDA localement ou à Genève à l'adresse AIDSreporting@unaids.org. Le site de l'ONUSIDA mettra à jour des informations sur la page du Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde à l'adresse : <http://www.unaids.org/AIDSreporting>.

Directives concernant la soumission des données

➡ Les pays ayant besoin d'informations supplémentaires sur l'outil d'établissement des rapports et sur les mécanismes de soumission peuvent contacter les conseillers de l'ONUSIDA en matière d'informations stratégiques et les groupes de travail dans le pays sur le suivi et l'évaluation du VIH. L'équipe chargée du suivi et de l'analyse de la riposte siégeant au Secrétariat de l'ONUSIDA est également à leur disposition à l'adresse suivante : AIDSreporting@unaids.org.

Outil pour établir le rapport

➡ Les pays soumettront leurs rapports en utilisant l'outil électronique d'enregistrement des rapports disponible à l'adresse <http://AIDSreportingtool.unaids.org>. Dans chaque pays, un point focal sera nommé ; il sera chargé d'accéder à cet outil et d'enregistrer les informations qui seront soumises au sujet de son pays.

Les utilisateurs peuvent accéder à l'outil en tant qu'éditeur ou que lecteur. Les éditeurs peuvent faire des ajouts et apporter des modifications aux informations qui seront soumises. Les lecteurs peuvent visionner les informations qui seront soumises mais ils ne peuvent pas les modifier. Le point focal du pays est chargé de partager les identifiants pour accéder à cet outil.

Comme mentionné plus haut, lorsque les pays omettent des données qui devraient figurer dans un indicateur, il leur est demandé de signaler si cela est dû à l'absence de données appropriées ou parce qu'ils estiment que l'indicateur n'est pas pertinent pour l'épidémie concernée. Des cadres sont réservés aux commentaires ; il est possible d'y ajouter de brèves notes explicatives, signalant comment le numérateur et le dénominateur ont été calculés et évaluant la précision des données composites et des données ventilées.

Le pays peut finaliser la soumission de son rapport en appuyant sur « soumettre ». Cela clôt la session du pays sur l'outil électronique d'enregistrement des rapports. Ce pays ne sera plus en mesure d'éditer ou de faire des ajouts au rapport soumis par le biais de cet outil. L'ONUSIDA examinera les données et, en cas de besoin, demandera des clarifications. Le cas échéant, le site sera rouvert aux pays concernés afin qu'ils éditent leurs réponses.

Tout problème rencontré avec l'outil électronique d'enregistrement peut être signalé à l'adresse AIDSreporting@unaids.org

⁴ www.unaids.org/en/dataanalysis/tools/aidinfo

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

Pour minimiser la charge de travail que représente l'établissement des rapports et pour en faciliter le processus de préparation, les données relatives aux indicateurs du secteur de la santé du Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde ainsi que de l'OMS et de l'UNICEF seront, à l'instar de la dernière série de rapports, seront collectées par le biais du même outil d'enregistrement des données en ligne.

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 adressées à : hivstrategicinfo@who.int.

Soumission des données

Les données sur les indicateurs doivent être soumises par voie électronique avant le 31 mars 2013.

Il convient, dans la mesure du possible, d'entrer électroniquement les données par le biais de l'outil d'enregistrement des rapports en ligne (www.unaids.org/AIDSreporting). Cela facilitera grandement le traitement des données et réduira au minimum le risque d'erreur.

Veillez noter qu'il est demandé aux pays qui ne soumettraient pas électroniquement leurs données d'envoyer leur rapport avant le 15 mars 2013 pour laisser suffisamment de temps pour l'enregistrement manuel des données dans la base de données de l'ONUSIDA consacrée à la riposte mondiale, à Genève.

Afin de faciliter le suivi, les pays sont invités à fournir le nom et les coordonnées de la personne responsable de la soumission des données.

Les exemplaires papier des rapports peuvent être envoyés à :

Responsable, Département Data for Action (Équipe chargée du suivi et de l'analyse de la riposte)
ONUSIDA, 20, Avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse

Processus de transmission des données au plan national : interventions nécessaires

La communication de toutes les informations relatives aux indicateurs de base au niveau national est essentielle si l'on veut que les rapports d'activité contribuent à la riposte mondiale à l'épidémie. Il est vivement recommandé aux pays d'établir un calendrier et des dates butoir pour finaliser les tâches nécessaires. Vous trouverez ci-dessous un cadre simple récapitulatif des actions à entreprendre dans la plupart des pays pour finaliser leur rapport national.

Sous la direction du comité national de riposte au sida ou d'un organe équivalent, les pays doivent :

1. Recenser les besoins en matière de données, conformément aux exigences du plan stratégique national et aux présentes directives relatives aux indicateurs pour le suivi de l'avancement de la riposte au sida ;
2. Élaborer et diffuser un plan pour la collecte des données, y compris la chronologie des actes et la nature du rôle joué par le comité national de riposte au sida ou l'organe apparenté, par les autres agences gouvernementales et par les représentants de la société civile ;
3. Recenser les outils nécessaires à la collecte des données ;
4. Obtenir les financements essentiels à l'ensemble du processus de collecte, d'analyse et de communication des données ;
5. Recueillir et compiler les données de concert avec les organisations gouvernementales partenaires, les représentants de la société civile et ceux de la communauté internationale ;
6. Analyser les données de concert avec les organisations gouvernementales partenaires, les représentants de la société civile et ceux de la communauté internationale ;
7. Compléter les formulaires de données appropriés ;
8. Permettre aux différentes parties prenantes, y compris les institutions gouvernementales et les représentants de la société civile, de commenter le projet de rapport ;
9. Saisir les données sur le site Web du Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde (<http://AIDSreportingtool.unaids.org>) ;
10. Soumettre les indicateurs avant le 31 mars 2013, ou avant le 15 mars 2013 pour les pays qui ne transmettront pas le rapport électroniquement ; et
11. Répondre rapidement aux questions que l'ONUSIDA, l'OMS ou l'UNICEF pourraient avoir au sujet des données leur ayant été soumises.

Il est important que les données soumises aient été vérifiées et harmonisées par tous les partenaires dans le pays.

Cette procédure est possible grâce à l'outil électronique d'enregistrement des données permettant aux lecteurs de partager leurs identifiants avec les parties prenantes nationales. Plusieurs pays ont déclaré que cette caractéristique avait permis à de nombreux membres de la société civile et d'autres partenaires de visionner et de suggérer des ajouts au cours du processus d'établissement du rapport ; cela a donc permis d'accélérer et d'élargir la consultation et la validation par les parties prenantes.

Une liste résumant les points à vérifier lors de la préparation et de la soumission du Rapport d'activité des pays, figure en Appendice 4.

Présentation des changements dans le Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2013

Le format des indicateurs et des rapports s'appuiera sur les travaux ayant été réalisés lors des précédentes séries de rapports. Auparavant, un rapport était réalisé uniquement tous les deux ans sur les indicateurs du Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde (précédemment appelés indicateurs UNGASS). Toutefois, en raison de l'examen de mi-parcours de 2013, des données mises à jour sont nécessaires aux niveaux national, régional et mondial.

Afin de minimiser la charge de travail que cela représente :

- Le même ensemble d'indicateurs que celui de 2012 sera utilisé. Seuls les points suivants seront modifiés :
 - clarifications de l'indicateur relatif à la diffusion de la PTME (Indicateur 3.1) pour refléter les derniers développements dans ce domaine ;
 - clarifications sur l'indicateur relatif à la diffusion de la thérapie antirétrovirale (Indicateur 4.1) pour refléter les derniers développements dans ce domaine ; et
 - Il n'est pas nécessaire d'établir, en 2013, un rapport complet sur l'Instrument des politiques et des engagements nationaux (NCPI) mais seulement un bref questionnaire. Un rapport sur le NCPI sera demandé uniquement tous les deux ans.
- Il ne sera pas demandé de rédiger de Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde.
- Il ne sera pas nécessaire d'enregistrer à nouveau les données des enquêtes si elles n'ont pas été mises à jour depuis le Rapport 2012 (à savoir les 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, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 7.1, 10.1, 10.2). Les pays auront toutefois la possibilité de valider les données les plus récentes dont ils disposent.

Deux indicateurs supplémentaires relatifs à la prévalence de la circoncision masculine et au nombre d'hommes circoncis ont été ajoutés ; toutefois, ils concernent seulement les 16 pays ayant une forte prévalence du VIH et une faible prévalence de la circoncision masculine.

L'établissement de rapports communs sur les indicateurs du Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde et les indicateurs supplémentaires de l'OMS et de l'UNICEF relatifs au secteur de la santé, se poursuivra. Les indicateurs supplémentaires du secteur de la santé figurent dans la partie II des directives.

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

Les indicateurs individuels peuvent être utilisés 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 gens âgés 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 atteint(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>Men who have sex with men</i>	1.11	Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints 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. D'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables	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. Enrayer les nouvelles infections par le VIH chez les enfants d'ici à 2015, et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida ¹	3.1	Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant
	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	Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisée)

Objectif 4. D'ici à 2015, assurer un traitement antirétroviral vital à 15 millions de personnes vivant avec le VIH d'ici 2015	4.1	Pourcentage d'adultes et d'enfants pouvant prétendre à un traitement antirétroviral qui y ont accès*
	4.2	Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont 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. Réduire, d'ici à 2015, le déficit mondial de ressources pour la riposte au sida, et parvenir à un investissement mondial annuel de USD 22-24 milliards dans les pays à faible revenu et à revenu 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 par sexe peuvent être utilisés pour évaluer les progrès réalisés en vue de l'objectif 7</i>
Objectif 8. Éliminer la stigmatisation et la discrimination		<i>Développement de l'indicateur en cours – l'indicateur de stigmatisation de la population générale devrait être prêt pour la série de rapports 2014</i>
Objectif 9. Éliminer les restrictions en matière de déplacement		<i>Les données relatives aux restrictions en matière de déplacement sont collectées directement par le Division Lois et Droits de l'Homme, basée au siège de l'ONUSIDA ; aucun rapport n'est donc nécessaire</i>
Objectif 10. Renforcer l'intégration du 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 <i>Développement de l'indicateur en cours</i>
Questions sur les politiques suivies (valables pour les 10 objectifs)		Questionnaire RARSM spécial 2013. <i>Aucun rapport sur l'Instrument des politiques et des engagements nationaux (NCPI) ne sera réalisé en 2013.</i>

* Indicateur des Objectifs du Millénaire pour le développement

7 Le *Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie* définit cet objectif comme suit :

1. Réduction de 90 % du nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants
2. Réduction de moitié du nombre de décès maternels liés au sida de 50 %

Pour plus de renseignements, consulter le site : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_fr.pdf



OBJECTIF 1. D'ICI À 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 gens âgés de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH*

Professionnel(le)s du sexe

- 1.7 Pourcentage de professionnel(le)s du sexe atteint(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 atteints 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 possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus

Objet

Il évalue les progrès réalisés dans le sens de l'acquisition d'une connaissance globale des éléments essentiels relatifs à la transmission du VIH.

Fondement

Les épidémies de VIH se propagent principalement par le biais de la 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 – 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 des personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans qui ont répondu correctement aux cinq questions.
Dénominateur :	Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 24 ans)
Calcul :	Numérateur / Dénominateur
Méthode d'évaluation :	Enquêtes réalisées auprès de la population (enquêtes démographiques et sanitaires (DHS), enquêtes sur les indicateurs du sida (AIS), enquêtes en grappe à indicateurs multiples (MICS), et autres enquêtes représentatives) Cet indicateur est établi à partir des réponses obtenues à l'ensemble des questions suivantes : <ol style="list-style-type: none">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 :	Préférée : biennal ; minimum : tous les 3 à 5 ans
Ventilation :	<ul style="list-style-type: none">• Sexe• Age (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 s'enquêtent 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 rejeter les principales idées fausses sur la transmission du VIH que d'avoir une connaissance exacte des vrais modes de transmission du virus. Par exemple, le fait de croire que le VIH se transmet par des piqûres de moustiques peut affaiblir la motivation d'une personne à adopter un comportement sexuel sans risque alors que celui de 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 faibles, parce qu'il permet de mesurer facilement les améliorations supplémentaires obtenues dans le temps. Toutefois, il est également important dans d'autres pays parce qu'il peut être utilisé pour s'assurer que les niveaux élevés de connaissances préexistants sont maintenus.

Informations supplémentaires

Pour de plus amples informations sur la méthodologie des enquêtes DHS/AIS et sur les autres instruments utilisés pour réaliser ces enquêtes, consulter 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. Il existe également des exemples qui montrent qu'avoir son premier rapport sexuel à un âge plus avancé réduit le risque d'infection par rapport sexuel, au moins chez les femmes.

Numérateur :	Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 24 ans) qui indiquent avoir eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans
Dénominateur :	Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans
Calcul :	Numérateur / Dénominateur
Méthode d'évaluation :	Enquêtes réalisées auprès de la population (enquêtes démographiques et sanitaires (DHS), enquêtes sur les indicateurs du sida (AIS), enquêtes en grappe à indicateurs multiples (MICS), et autres enquêtes représentatives) Il est demandé à toutes les personnes interrogées si elles ont ou non déjà eu un rapport sexuel avec pénétration et, si tel est le cas, de se remémorer l'âge auquel elles ont eu ce premier rapport.
Fréquence de mesure :	Tous les 3 à 5 ans
Ventilation :	<ul style="list-style-type: none">• Sexe• Age (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 qu'il y a à 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 le cas des pays où les programmes de prévention du VIH approuvent un report dans le temps du premier rapport sexuel ou encouragent la virginité, les réponses des jeunes à cette enquête risquent d'être faussées, notamment par des témoignages volontairement erronés au sujet de l'âge au moment du premier rapport sexuel.

Informations supplémentaires

Pour de plus amples informations sur la méthodologie des enquêtes DHS/AIS et sur les autres instruments utilisés pour réaliser ces enquêtes, consulter le site www.measuredhs.com.

1.3 Partenaires sexuels multiples

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

Objet

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

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 que celles qui évoluent pas dans un réseau plus large de partenaires sexuels.

Numérateur :	Nombre de personnes âgées de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois.
Dénominateur :	Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 49 ans
Calcul :	Numérateur / Dénominateur
Méthode d'évaluation :	Enquêtes réalisées auprès de la population (enquêtes démographiques et sanitaires (DHS), enquêtes sur les indicateurs du sida (AIS), enquêtes en grappe à indicateurs multiples (MICS), et autres enquêtes représentatives) L'histoire sexuelle des personnes interrogées est obtenue. L'analyse de leur histoire sexuelle 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 :	<ul style="list-style-type: none">• Sexe• Age (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 sera visible au niveau des variations de l'indicateur. Toutefois, si une personne réduit le nombre de ses partenaires, l'indicateur ne traduira pas le changement, et ce, même si cela est susceptible d'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 faire état de la réduction du nombre de partenaires sexuels en général.

Informations supplémentaires

Pour de plus amples informations sur la méthodologie des enquêtes DHS/AIS et sur les autres instruments utilisés pour réaliser ces enquêtes, consulter le site www.measuredhs.com.

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

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

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 sanitaires (DHS), enquêtes sur les indicateurs du sida (AIS), enquêtes en grappe à indicateurs multiples (MICS), et autres enquêtes représentatives)

L'histoire sexuelle des personnes interrogées est obtenue. L'analyse de leur histoire sexuelle 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 s'ils ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.

Fréquence de mesure : 3 à 5 ans

Ventilation :

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

Atouts et faiblesses

Cet indicateur fournit un schéma de la fréquence du recours au préservatif parmi les personnes susceptibles d'avoir des rapports sexuels à haut risque (c'est-à-dire, en changeant régulièrement de partenaire). La valeur de l'un ou l'autre des scores relevés pour 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 régulièrement 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 rappel (distorsion de mémoire). En outre, la tendance à utiliser un préservatif lors du rapport sexuel le plus récent avec un partenaire occasionnel reflètera 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 et sur les autres instruments utilisés pour réaliser ces enquêtes, consulter 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 conseils et de dépistage du VIH.

Fondement

Il est important que chacun de nous connaisse son état sérologique vis-à-vis du VIH pour se protéger et protéger les autres de l'infection. La connaissance de son état sérologique est également un facteur essentiel quand il s'agit de décider si l'on veut se faire soigner.

Numérateur :	Nombre de personnes interrogées âgées 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 total des personnes interrogées âgées 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 sanitaires (DHS), enquêtes sur les indicateurs du sida (AIS), enquêtes en grappe à indicateurs multiples (MICS), et autres enquêtes représentatives) Les questions suivantes sont posées aux personnes : <ol style="list-style-type: none">1. Je ne veux 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. Si la réponse est oui :2. Je ne veux pas le connaître, mais avez-vous reçu le résultat du test ?
Fréquence de mesure :	Tous les 3 à 5 ans
Ventilation :	<ul style="list-style-type: none">• Sexe• Age (de 15 à 19 ans, de 20 à 24 ans et de 25 à 49 ans)

Atouts et faiblesses

La phrase introductive « Je ne veux pas connaître le résultat, mais... » permet d'améliorer la relation et réduit de risque que les personnes ne souhaitant pas révéler leur état sérologique ne signalent pas le fait qu'ils ont été dépistés.

La connaissance du résultat du test au cours des 12 derniers mois ne garantit pas qu'une personne interrogée connaisse son état sérologique actuel. Il est possible que l'une d'entre elles ait contracté le VIH depuis son dernier dépistage.

Informations supplémentaires

Pour de plus amples informations sur la méthodologie des enquêtes DHS/AIS et sur les autres instruments utilisés pour réaliser ces enquêtes, consulter le site www.measuredhs.com.

1.6 Prévalence du VIH chez les jeunes

Pourcentage de personnes âgées de 15 à 24 ans qui vivent avec le VIH

Objet

Il évalue les progrès réalisés dans le cadre de la réduction de l'infection à VIH.

Fondement

Le but de la riposte au VIH est de réduire l'infection à VIH.

La prévalence du VIH à un âge donné résulte de la différence entre le nombre total de personnes qui ont contracté une infection à VIH jusqu'à cet âge et le nombre de personnes qui sont décédées, exprimé 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 de l'infection à 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. 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. 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 le groupe d'âge 15-19 ans. 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.

Epidemic Type:	Pays dans lesquels l'épidémie est 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/l'ONUSIDA pour la surveillance sentinelle du VIH Cet indicateur est calculé à l'aide des données sur les femmes enceintes fréquentant les dispensaires prénatals 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 pour que l'on puisse suivre les changements 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.

Cet indicateur (qui utilise les informations communiquées par les dispensaires prénatals) fournit une estimation assez rigoureuse des tendances relativement récentes de l'infection à 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 sont pour le moment limités aux groupes de population les plus à risque.

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 de population. Si des estimations de la prévalence du VIH ont été obtenues par un pays à partir de données d'enquête, ces estimations doivent être incluses dans la case réservée aux observations sur l'indicateur en question pour permettre des comparaisons avec d'autres enquêtes. Les estimations basées sur des enquêtes devraient être ventilées par sexe.

En ajoutant de nouveaux sites sentinelles, on augmente la représentativité de l'échantillon et la solidité de l'estimation de la prévalence du VIH, mais on réduit la comparabilité des valeurs. C'est pourquoi il est important d'exclure les nouveaux sites du calcul de cet indicateur lorsque l'on effectue l'analyse des tendances.

Informations supplémentaires

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

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

http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/en/guidelinesforconduction_fr.pdf

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

Pourcentage de professionnel(le)s du sexe atteint(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 sexe⁸.

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 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 parmi les professionnel(le)s du sexe. Dans ce cas, il leur serait utile de rassembler et de transmettre des informations sur cet indicateur au sujet de ces groupes.

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 :	<p>Surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques.</p> <p>Les questions suivantes sont posées aux professionnel(le)s du sexe :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Savez-vous où aller pour le dépistage du VIH ?2. Avez-vous obtenu des préservatifs au cours des 12 derniers mois ? (par exemple auprès d'un service de proximité, d'un centre d'accueil, d'un dispensaire de santé sexuelle) <p>Des scores correspondant à chacune des questions – fondés sur le même dénominateur – sont requis en plus de ceux qui entrent dans l'indicateur composite.</p> <p>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.</p> <p>Il importe que l'identité des personnes interrogées et les informations recueillies auprès d'elles demeurent confidentielles.</p>
Fréquence de mesure :	Tous les deux ans
Ventilation :	<ul style="list-style-type: none">• Sexe• Age (<25/25+)

8. Cet indicateur ne couvre que deux éléments de base des programmes de prévention à l'intention des professionnel(le)s du sexe. Il ne mesure pas la fréquence à laquelle les membres de cette population se rendent dans ces services, ni la qualité desdits services. Du fait de ces lacunes, l'indicateur est susceptible de surestimer la couverture des services de prévention du VIH pour les professionnel(le)s du sexe. Si l'on recommande de continuer à utiliser cet indicateur pour déterminer les tendances relatives à la couverture des services minimaux, des mesures supplémentaires s'imposent pour déterminer avec exactitude si des services appropriés de prévention du VIH sont fournis à cette population.

Atouts et faiblesses

Il peut s'avérer difficile d'établir un contact avec les professionnel(le)s du sexe. Il est donc possible que les données obtenues ne constituent pas un échantillon représentatif de cette population au plan national. Si l'on craint que les données ne soient pas fondées sur un échantillon représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de leur interprétation. S'il existe différentes sources de données, il convient d'utiliser la meilleure estimation disponible. Il faut également inclure dans le rapport remis avec cet indicateur des informations sur la taille de l'échantillon, la qualité et la fiabilité des données, et les questions annexes.

Le fait d'inclure ces indicateurs à des fins de transmission de données ne doit pas être interprété comme signifiant que seuls les services mentionnés suffisent aux programmes de prévention du VIH destinés à ces populations. L'ensemble des interventions essentielles qui sont décrites ci-dessus doit faire partie d'un programme exhaustif de prévention comprenant également d'autres éléments tels que la diffusion de messages de prévention du VIH (par ex., par le biais des programmes de proximité et l'éducation par les pairs), le traitement des maladies sexuellement transmissibles, et d'autres. Pour de plus amples informations sur les composantes des programmes complets de prévention du VIH pour les populations les plus vulnérables, veuillez consulter les *Directives pratiques de l'ONUSIDA 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 période autre de temps, comme les 3 ou 6 derniers mois ou les 30 derniers jours, prière d'inclure ces données supplémentaires dans la section réservée aux observations.

Pour maximiser l'utilité de ces données, il est recommandé que l'échantillon qui a servi au calcul de cet indicateur soit utilisé pour mesurer les autres indicateurs se rapportant à ces populations.

Merci d'ajouter aux données requises ci-dessus les données relatives au programme, si elles sont disponibles pour cet indicateur, en utilisant le cadre réservé dans l'outil d'enregistrement en ligne.

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, prière de consulter les références suivantes :

ONUSIDA (2007). *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.

ONUSIDA (2007). *Directives pratiques de l'ONUSIDA pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel*. Genève : ONUSIDA.

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 divers partenaires, et de multiplier la fréquence de ces 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 parmi les professionnel(le)s du sexe. Dans ce cas, il serait utile pour eux de rassembler et de transmettre des informations sur cet indicateur au sujet de la population en question.

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 :	Enquêtes de surveillance 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 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 âgées et les informations recueillies auprès d'elles demeurent confidentielles.
Fréquence de mesure :	Tous les deux ans
Ventilation :	<ul style="list-style-type: none">• Sexe• Age (<25/25+)

Atouts et faiblesses

L'effet protecteur maximal des préservatifs est atteint lorsque leur utilisation est régulière plutôt qu'occasionnelle. L'indicateur actuel fournira une surestimation du niveau d'utilisation régulière du préservatif. Toutefois, la méthode alternative qui consiste à demander si le préservatif a toujours/parfois/jamais été utilisé lors de rapports sexuels avec des clients pendant une période précise est sujette à un biais de rappel (distorsion de mémoire). En outre, la tendance à utiliser un préservatif lors d'un rapport sexuel, en l'occurrence le plus récent, reflète généralement une tendance à l'utiliser de manière régulière.

Cet indicateur a trait aux rapports sexuels rémunérés des 12 derniers mois. Si vous disposez de données pour une autre période de temps, à savoir les 3 ou 6 derniers mois, prière d'inclure ces données supplémentaires dans la section réservée aux observations.

Il peut s'avérer difficile de mener une enquête sur les professionnel(le)s du sexe. En conséquence, il est possible que les données obtenues ne soient pas basées sur un échantillon représentatif des professionnel(le)s du sexe au niveau national. Si l'on soupçonne que les données ne sont pas basées sur un échantillon représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de leur interprétation. Lorsque différentes sources de données existent, il convient d'utiliser la meilleure estimation disponible. Il faut également inclure dans le rapport remis avec cet indicateur des informations sur la taille de l'échantillon, la qualité et la fiabilité des données ainsi que toutes autres questions annexes.

Pour maximiser l'utilité de ces données, il est recommandé que l'échantillon qui a servi au calcul de cet indicateur soit utilisé pour mesurer les autres indicateurs se rapportant à ces populations.

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, prière de consulter les références suivantes :

ONUSIDA (2007). *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.

ONUSIDA (2007). *Directives pratiques de l'ONUSIDA pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel*. Genève : ONUSIDA.

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

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

Objet

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

Fondement

Il est important que les professionnel(le)s du sexe connaissent leur état sérologique vis-à-vis du VIH afin de se protéger eux-mêmes et de protéger les autres de l'infection. La connaissance de son état sérologique est également un facteur essentiel du processus de décision qui conduit à demander à se faire soigner.

Remarques : Les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une sous-épidémie concentrée parmi les professionnel(le)s du sexe. Dans ce cas, il serait utile pour eux de rassembler et de transmettre des informations sur cet indicateur au sujet des populations en question.

Numérateur : Nombre de professionnel(le)s du sexe ayant fait l'objet d'un dépistage 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 Enquêtes de surveillance et autres enquêtes spécifiques.

d'évaluation :

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 ?

Si la réponse est oui :

2. Je ne veux pas connaître vos résultats mais avez-vous reçu les résultats de votre test ?

Dans la mesure du possible, les données pour les professionnel(le)s du sexe doivent être recueillies par les organisations de la société civile qui travaillent sur le terrain en étroite collaboration avec les populations concernées.

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
- Age (<25/25+)

Atouts et faiblesses

Il peut s'avérer difficile d'établir un contact avec les professionnel(le)s du sexe et/ou de conduire des enquêtes à leur sujet. En conséquence, il est possible que les données obtenues ne constituent pas un échantillon représentatif des professionnel(le)s du sexe au niveau national. Si l'on suspecte que les données ne sont pas basées sur un échantillon représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de leur interprétation. Lorsque différentes sources de données existent, il convient d'utiliser la meilleure estimation disponible. Il faut également inclure dans le rapport remis avec cet indicateur des informations sur la taille de l'échantillon, la qualité et la fiabilité des données et toutes autres questions connexes.

Il peut s'avérer difficile de maintenir sur le long terme un suivi des professionnel(le)s du sexe car il s'agit d'une population qui se déplace souvent et ne se laisse pas approcher aisément, ou encore demeurent cachée. Par conséquent, il convient de donner, dans le rapport descriptif, des informations concernant la nature de l'échantillon pour en faciliter l'interprétation et l'analyse.

Pour maximiser l'utilité de ces données, il est recommandé que l'échantillon qui a servi au calcul de cet indicateur soit utilisé pour mesurer les autres indicateurs se rapportant à ces populations.

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, prière de consulter les références suivantes :

ONUSIDA (2007). *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.

ONUSIDA (2007). *Directives pratiques de l'ONUSIDA pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel*. Genève : ONUSIDA.

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 parmi les professionnel(le)s du sexe. Dans ce cas, il leur serait utile de rassembler et de transmettre des informations sur cet indicateur au sujet de ces groupes.

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.

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 en utilisant les données rassemblées lors de tests de dépistage du VIH pratiqués parmi les personnes interrogées dans le ou les principaux sites sentinelles.

Les sites de surveillance sentinelle utilisés pour mesurer cet indicateur doivent rester les mêmes pour que l'on puisse suivre les changements dans le temps.

Fréquence de mesure : Annuelle

Ventilation :

- Sexe
- Age (<25/25+)

Atouts et faiblesses

Théoriquement, pour évaluer les progrès réalisés dans la diminution des nouvelles infections, il est préférable de suivre l'évolution de l'incidence dans le temps. Toutefois, on dispose dans la pratique de données relatives à la prévalence plutôt qu'à l'incidence. Lorsqu'on analyse les données de prévalence parmi les professionnel(le)s du sexe en vue d'évaluer l'impact du programme de prévention, il vaut mieux éviter de se cantonner dans les analyses concernant les jeunes, mais de transmettre des données sur toutes les personnes ayant adopté récemment des comportements leur faisant courir des risques d'infection (par exemple, en limitant l'analyse aux personnes qui se sont adonnées au 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 par là même accroît la prévalence.

Si 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 pays sont vivement encouragés à faire état de cette ventilation dans leur rapport national sur les progrès réalisés, et à utiliser les cadres réservés, pour cet indicateur, aux commentaires dans l'outil d'enregistrement des rapports afin de présenter les 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, 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 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.

En ajoutant de nouveaux sites sentinelles, on augmente la représentativité de l'échantillon et la solidité de l'estimation de la prévalence du VIH, mais on réduit la comparabilité des valeurs. C'est pourquoi il est important d'exclure les nouveaux sites du calcul de cet indicateur lorsque l'on effectue l'analyse des tendances.

Informations supplémentaires

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

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

Une version révisée des *Directives pour la surveillance des populations les plus exposées au VIH*, Genève, ONUSIDA, 2011 est disponible à l'adresse http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242501667_fre.pdf

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

Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints 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 HSH⁹.

Fondement

Les programmes de prévention du VIH ont souvent des difficultés à atteindre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Toutefois, pour prévenir la propagation du VIH 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 parmi une ou plusieurs populations clés. Dans ce cas, il serait utile pour eux de rassembler et de transmettre des informations sur cet indicateur au sujet des populations en question.

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

Dénominateur : Nombre total de HSH ayant été interrogés.

Calcul : Numérateur / Dénominateur

Méthode d'évaluation : Enquêtes de surveillance et autres enquêtes spécifiques.

Les questions suivantes sont posées aux personnes interrogées :

1. Savez-vous où aller pour le dépistage du VIH ?
2. Avez-vous obtenu des préservatifs au cours des 12 derniers mois ? (par exemple auprès d'un service de proximité, d'un centre d'accueil, d'un dispensaire de santé sexuelle)

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 populations les plus à risque 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 : Age (<25/25+)

Atouts et faiblesses

Il peut s'avérer difficile d'établir un contact avec les HSH et de mener une enquête auprès d'eux. Il est donc possible que les données obtenues ne constituent pas un échantillon représentatif des HSH au plan national. Si l'on craint que les données ne soient pas fondées sur un échantillon représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de leur interprétation. S'il existe différentes sources de données, il convient d'utiliser la meilleure estimation disponible. Il faut

⁹ Cet indicateur ne couvre que deux éléments de base des programmes de prévention à l'intention des HSH. Il ne mesure pas la fréquence à laquelle les membres de cette population se rendent dans ces services, ni la qualité desdits services. Du fait de ces lacunes, l'indicateur est susceptible de surestimer la couverture des services de prévention du VIH pour les HSH. Si l'on recommande de continuer à utiliser cet indicateur pour déterminer les tendances relatives à la couverture des services minimaux, des mesures supplémentaires s'imposent pour déterminer avec exactitude si des services appropriés de prévention du VIH sont fournis à cette population.

également inclure dans le rapport remis avec cet indicateur des informations sur la taille de l'échantillon, la qualité et la fiabilité des données, et les questions annexes.

Le fait d'inclure ces indicateurs à des fins de transmission de données ne doit pas être interprété comme signifiant que seuls les services mentionnés suffisent aux programmes de prévention du VIH destinés à cette population. L'ensemble des interventions essentielles qui sont décrites ci-dessus doit faire partie d'un programme exhaustif de prévention comprenant également d'autres éléments tels que la diffusion de messages de prévention du VIH (par exemple, par le biais des programmes de proximité et l'éducation par les pairs), le traitement des maladies sexuellement transmissibles, et d'autres. Pour de plus amples informations sur les composantes des programmes complets de prévention du VIH pour les populations clés les plus exposées, veuillez consulter les Directives pratiques de l'ONUSIDA 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 période autre de temps, comme les 3 ou 6 derniers mois ou les 30 derniers jours, prière d'inclure ces données supplémentaires dans la section réservée aux observations.

Pour maximiser l'utilité de ces données, il est recommandé que l'échantillon qui a servi au calcul de cet indicateur soit utilisé pour mesurer les autres indicateurs se rapportant à ces populations.

Merci d'ajouter aux données requises ci-dessus les données relatives au programme, si elles sont disponibles pour cet indicateur, en utilisant le cadre réservé dans l'outil d'enregistrement en ligne.

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, prière de consulter les références suivantes :

ONUSIDA (2007). *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.

ONUSIDA (2007). *Directives pratiques de l'ONUSIDA pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel*. Genève : ONUSIDA.

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 est en conséquence important 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 parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Dans ce cas, il serait utile pour eux de rassembler et de transmettre des informations sur cet indicateur au sujet de la population en question.

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 ¹⁰ au cours des six derniers mois.
Calcul :	Numérateur / Dénominateur
Méthode d'évaluation :	Enquêtes de surveillance et autres enquêtes spécifiques Dans le cadre d'une enquête comportementale sur un échantillon d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, il est demandé aux personnes interrogées de répondre à des questions sur leurs rapports sexuels des six derniers mois, sur les rapports anaux et sur l'utilisation du préservatif lors de leur 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 :	<ul style="list-style-type: none">• Age (<25/25+)

¹⁰ Ceci comprend aussi bien les partenaires réguliers que les partenaires occasionnels, ainsi que les rapports rémunérés et non rémunérés. Cet indicateur, comme tous les autres, ne fournit qu'une partie de l'information. Pour une évaluation complète des comportements à risque associés aux rapports sexuels entre hommes, on a besoin d'autres informations ; il est notamment nécessaire d'avoir des informations sur le type et le nombre de partenaires, et de savoir s'il s'agit du partenaire actif ou du partenaire passif.

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 appartenant au groupe de population faisant l'objet de l'enquête 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 relatives aux préservatifs doivent toujours être présentées séparément selon le sexe du partenaire.

Cet indicateur a trait aux rapports sexuels entre hommes au cours des six derniers mois. Si vous disposez de données pour une autre période de temps, à savoir les 3 ou 6 derniers mois, prière d'inclure ces données supplémentaires dans la section réservée aux observations.

Il peut s'avérer difficile de mener une enquête sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. En conséquence, il est possible que les données obtenues ne soient pas basées sur un échantillon représentatif des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au niveau national. Si l'on soupçonne que les données ne sont pas basées sur un échantillon représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de leur interprétation. Lorsque différentes sources de données existent, il convient d'utiliser la meilleure estimation disponible. Il faut également inclure dans le rapport remis avec cet indicateur des informations sur la taille de l'échantillon, la qualité et la fiabilité des données et les questions annexes.

Pour maximiser l'utilité de ces données, il est recommandé que l'échantillon qui a servi au calcul de cet indicateur soit utilisé pour mesurer les autres indicateurs se rapportant à ces populations.

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, prière de consulter les références suivantes :

ONUSIDA (2007). *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.

ONUSIDA (2007). *Directives pratiques de l'ONUSIDA pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel*. Genève : ONUSIDA.

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 parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Fondement

Il est important que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes connaissent leur état sérologique vis-à-vis du VIH afin de se protéger eux-mêmes et de protéger les autres de l'infection. La connaissance de son état sérologique est également un facteur essentiel du processus de décision qui conduit à demander à se faire soigner.

Remarque : Les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une sous-épidémie concentrée parmi les populations clés les plus exposées. Dans ce cas, il serait utile pour eux de rassembler et de transmettre des informations sur cet indicateur au sujet des populations en question.

Numérateur :	Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant fait l'objet d'un dépistage 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 :	<p>Enquêtes de surveillance et autres enquêtes spécifiques.</p> <p>Les questions suivantes sont posées aux personnes interrogées :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Avez-vous fait l'objet d'un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois ? Si la réponse est oui :2. Je ne veux pas les connaître mais avez-vous reçu les résultats de votre test ? <p>Dans la mesure du possible, les données pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doivent être recueillies par les organisations de la société civile qui travaillent sur le terrain en étroite collaboration avec les populations concernées.</p> <p>Il importe que l'identité des personnes interrogées et les informations recueillies auprès d'elles demeurent confidentielles.</p>
Fréquence de mesure :	Tous les deux ans
Ventilation :	<ul style="list-style-type: none">• Age (<25/25+)

Atouts et faiblesses

Il peut s'avérer difficile d'établir un contact avec les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et/ou de conduire des enquêtes à leur sujet. En conséquence, il est possible que les données obtenues ne constituent pas un échantillon représentatif des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au niveau national. Si l'on suspecte que les données ne sont pas basées sur un échantillon représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de leur interprétation. Lorsque différentes sources de données existent, il convient d'utiliser la meilleure estimation disponible. Il faut également inclure dans le rapport remis avec cet indicateur des informations sur la taille de l'échantillon, la qualité et la fiabilité des données et toutes autres questions connexes.

Il peut s'avérer difficile de maintenir sur le long terme un suivi des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes car il s'agit d'une population qui se déplace souvent et ne se laisse pas approcher aisément, ou encore demeure cachée. Par conséquent, il convient de donner, dans le rapport descriptif, des informations concernant la nature de l'échantillon pour en faciliter l'interprétation et l'analyse.

Pour maximiser l'utilité de ces données, il est recommandé que l'échantillon qui a servi au calcul de cet indicateur soit utilisé pour mesurer les autres indicateurs se rapportant à ces populations.

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, prière de consulter les références suivantes :

ONUSIDA (2007). *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.

ONUSIDA (2007). *Directives pratiques de l'ONUSIDA pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel*. Genève : ONUSIDA.

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 cette population peut être plus de deux fois supérieure à celle observée dans l'ensemble de la population. La réduction de la prévalence parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes 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 parmi les populations clés les plus exposées. Dans ce cas, il leur serait utile de rassembler et de transmettre des informations sur cet indicateur au sujet de ces groupes.

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.
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 en utilisant les données rassemblées lors de tests de dépistage du VIH pratiqués parmi les personnes interrogées dans le ou les principaux sites sentinelles. Les sites de surveillance sentinelle utilisés pour mesurer cet indicateur doivent rester les mêmes pour que l'on puisse suivre les changements dans le temps.
Fréquence de mesure :	Annuelle
Ventilation :	<ul style="list-style-type: none">• Age (<25/25+)

Atouts et faiblesses

Théoriquement, pour évaluer les progrès réalisés dans la diminution des nouvelles infections, il est préférable de suivre l'évolution de l'incidence dans le temps. Toutefois, on dispose dans la pratique de données relatives à la prévalence plutôt qu'à l'incidence.

Lorsqu'on analyse les données de prévalence parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en vue d'évaluer l'impact du programme de prévention, il vaut mieux éviter de se cantonner dans les analyses concernant les jeunes, mais de transmettre des données sur toutes les personnes ayant adopté récemment des comportements leur faisant courir des risques d'infection (par ex., 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 par là même accroît la prévalence.

Si 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 pays sont vivement encouragés à faire état de cette ventilation dans leur rapport national sur les progrès réalisés, et d'utiliser les cadres réservés, pour cet indicateur, aux commentaires dans l'outil d'enregistrement des rapports afin de présenter les estimations ventilées.

En raison des difficultés rencontrées pour établir le contact avec les hommes ayant des rapports sexuels avec des 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, 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 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans une capitale donnée, fourniront des indications utiles sur l'impact des programmes de prévention du VIH présents sur place mais elles ne seront pas représentatives de la situation du pays dans son ensemble.

En ajoutant de nouveaux sites sentinelles, on augmente la représentativité de l'échantillon et la solidité de l'estimation de la prévalence du VIH, mais on réduit la comparabilité des valeurs. C'est pourquoi il est important d'exclure les nouveaux sites du calcul de cet indicateur lorsque l'on effectue 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

Une version révisée des *Directives pour la surveillance des populations les plus exposées au VIH* est disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242501667_fre.pdf



OBJECTIF 2. D'ICI À 2015, RÉDUIRE DE MOITIÉ LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PARMIS LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES

- 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 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'une des neuf interventions de l'ensemble complet, de l'OMS, de l'ONUSIDA et de l'ONUSIDA, de services de prévention, de traitement et de soins liés au VIH parmi les consommateurs de drogues injectables.

Ce sont les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues 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 leur efficacité dans la prévention de la propagation du VIH, voir <http://www.who.int/hiv/topics/idu/needles/en/index.html> (en anglais).

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 utilisés 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

Il peut s'avérer difficile de comptabiliser le nombre d'aiguilles et de seringues qui seront indiquées dans le rapport. Les ensembles constitués d'une aiguille et une seringue de 1 ou 2 ml sont les plus couramment utilisés, mais on trouve aussi des seringues auxquelles des aiguilles supplémentaires doivent être ajoutées.

Dans la plupart des cas, les seules données disponibles seront fournies par le nombre de seringues distribuées par les PSA et non les ventes en pharmacies.

Estimer le nombre de populations de CDI au niveau du pays présente plusieurs difficultés. Il existe de multiples définitions des consommateurs de drogues injectables et les estimations de leur nombre peuvent fortement varier. Le groupe de référence chargé du VIH et de la consommation de drogues injectables auprès des Nations Unies est chargé d'examiner les textes disponibles en vue d'estimer le nombre de consommateurs de drogues injectables et d'utiliser ces estimations lorsque qu'il n'existe aucune information sur la taille de l'échantillon.

Les pays peuvent suivre cet indicateur en se basant sur les niveaux de couvertures 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 sont fondés sur des études ayant été développées dans des cadres nationaux et sont le fruit d'enquêtes réalisées sur le niveau de la distribution des seringues et sur 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* (2009) de l'OMS, l'ONODC et l'ONUSIDA à l'adresse : <http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/fr/index.html>

Pour toute information supplémentaire, prière de consulter les références suivantes :

OMS (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, 2003.41

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 :15–32.42

U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control, GAP Surveillance Team. *Most at risk populations sampling strategies and design tool*. HSS-CDC, 2009.43 Disponible à l'adresse : <http://www.igh.org/surveillance>

<http://www.idurefgroup.unsw.edu.au/IDURGWeb.nsf/page/publications> (pour plus de renseignements sur le Groupe de référence et pour accéder aux estimations de consommation de drogues injectables et de la prévalence du VIH parmi ces consommateurs, ayant été rapportées aux niveaux national et international.

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/2011_Estimating_Populations_fr.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* (2011). Voir http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242501667_fre.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 l'exposition au VIH des 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 parce que (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'épidémie est généralisée, peuvent aussi avoir une épidémie concentrée parmi les consommateurs de drogues injectables. Dans ce cas, il leur serait utile de rassembler et transmettre des informations concernant cette population.

Numérateur :	Nombre de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel ³ .
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 :	<p>Enquêtes de surveillance et autres enquêtes spécifiques</p> <p>Il est demandé aux consommateurs de drogues injectables de répondre à la série de questions suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Vous êtes-vous injecté des drogues à un moment quelconque au cours du mois dernier ?2. 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 ? <p>Chaque fois que possible, les données relatives aux consommateurs de drogues injectables doivent être recueillies par l'intermédiaire d'organisations de la société civile qui travaillent en collaboration étroite avec cette population sur le terrain.</p> <p>Il importe que l'identité des personnes interrogées et les informations recueillies auprès d'elles demeurent confidentielles.</p>
Fréquence de mesure :	Tous les deux ans
Ventilation :	<ul style="list-style-type: none">• Sexe• Age (<25/25+)

Atouts et faiblesses

Les enquêtes sur les consommateurs de drogues peuvent se révéler difficiles. C'est pourquoi, il est possible que les données obtenues ne soient pas basées sur un échantillon représentatif de ce groupe de population au plan national. Si l'on suspecte que les données ne sont pas basées sur un échantillon représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de leur interprétation. Lorsque différentes sources de données existent, il convient d'utiliser la meilleure estimation disponible. Il faut également inclure dans le rapport remis avec cet indicateur des informations sur la taille de l'échantillon, la qualité et la fiabilité des données et toutes questions annexes.

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 du phénomène de consommation de drogues injectables, (iii) le degré d'utilisation de matériels d'injection contaminés par les consommateurs de drogues injectables, (iv) les comportements habituels en matière 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 qui a servi au calcul de cet indicateur soit utilisé pour mesurer les autres indicateurs se rapportant à ces populations.

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, prière de consulter les références suivantes :

OMS/ONUSIDA/ONUSIDA (2009). *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*. Genève : OMS.

ONUSIDA (2007). *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.

ONUSIDA (2007). *Directives pratiques de l'ONUSIDA pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel*. Genève : ONUSIDA.

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

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 parmi 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 parce que (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'épidémie est généralisée, peuvent aussi avoir une épidémie concentrée parmi les consommateurs de drogues injectables. Dans ce cas, il leur serait utile de rassembler et transmettre des informations concernant 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 :	<p>Enquêtes de surveillance et autres enquêtes spécifiques.</p> <p>Les questions suivantes sont posées aux personnes interrogées :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Vous êtes-vous injecté de la drogue à un moment quelconque au cours du mois dernier ?2. Si oui : Avez-vous utilisé une seringue et une aiguille stériles la dernière fois que vous vous êtes injecté de la drogue⁴ ? <p>Chaque fois que possible les données relatives aux consommateurs de drogues injectables doivent être collectées par l'intermédiaire d'organisations de la société civile qui travaillent sur le terrain en étroite collaboration avec cette population.</p> <p>Il importe que l'identité des personnes interrogées et les informations recueillies auprès d'elles demeurent confidentielles.</p>
Fréquence de mesure :	Tous les deux ans
Ventilation :	<ul style="list-style-type: none">• Sexe• Age (<25/25+)

Atouts et faiblesses

Les enquêtes sur les consommateurs de drogues peuvent se révéler difficiles. C'est pourquoi, il est possible que les données obtenues ne soient pas basées sur un échantillon représentatif de ce groupe de population au plan national. Si l'on suspecte que les données ne sont pas basées sur un échantillon représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de leur interprétation. Lorsque différentes sources de données existent, il convient d'utiliser la meilleure estimation disponible. Il faut également inclure dans le rapport remis avec cet indicateur des informations sur la taille de l'échantillon, la qualité et la fiabilité des données et toutes questions annexes.

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 du phénomène de consommation de drogues injectables, (iii) le degré d'utilisation de matériels d'injection contaminés par les consommateurs de drogues injectables, (iv) les comportements habituels en matière 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 qui a servi au calcul de cet indicateur soit utilisé pour mesurer les autres indicateurs se rapportant à ces populations.

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, prière de consulter les références suivantes :

OMS/ONUSIDA/ONUSIDA (2009). *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*. Genève : OMS.

ONUSIDA (2007). *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.

ONUSIDA (2007). *Directives pratiques de l'ONUSIDA pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel*. Genève : ONUSIDA.

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

Il est important que les consommateurs de drogues connaissent leur état sérologique vis-à-vis du VIH afin de se protéger eux-mêmes et de protéger les autres de l'infection. La connaissance de son état sérologique est également un facteur essentiel du processus de décision qui conduit à demander à se faire soigner.

Remarque : Les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une sous-épidémie concentrée parmi les populations clés les plus exposées. Dans ce cas, il serait utile pour eux de rassembler et de transmettre des informations sur cet indicateur au sujet des populations en question.

Numérateur : Nombre de consommateurs de drogues 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 inclus dans l'échantillon.

Calcul : Numérateur / Dénominateur

Méthode d'évaluation : Enquêtes de surveillance 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 ?

Si la réponse est oui :

2. Je ne veux pas connaître vos résultats mais avez-vous reçu les résultats de votre test ?

Dans la mesure du possible, les données pour les consommateurs de drogues injectables doivent être recueillies par les organisations de la société civile qui travaillent sur le terrain en étroite collaboration avec les populations concernées.

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
- Age (<25/25+)

Atouts et faiblesses

Il peut s'avérer difficile d'établir un contact avec les consommateurs de drogues injectables et/ou de conduire des enquêtes à leur sujet. En conséquence, il est possible que les données obtenues ne constituent pas un échantillon représentatif des consommateurs de drogues injectables au niveau national. Si l'on suspecte que les données ne sont pas basées sur un échantillon représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de leur interprétation. Lorsque différentes sources de données existent, il convient d'utiliser la meilleure estimation disponible. Il faut également inclure dans le rapport remis avec cet indicateur des informations sur la taille de l'échantillon, la qualité et la fiabilité des données et toutes autres questions connexes.

Il peut s'avérer difficile de maintenir sur le long terme un suivi des consommateurs de drogues injectables car il s'agit d'une population qui se déplace souvent et ne se laisse pas approcher aisément, ou encore demeure cachée. Par conséquent, il convient de donner, dans le rapport descriptif, des informations concernant la nature de l'échantillon pour en faciliter l'interprétation et l'analyse.

Pour maximiser l'utilité de ces données, il est recommandé que l'échantillon qui a servi au calcul de cet indicateur soit utilisé pour mesurer les autres indicateurs se rapportant à ces populations.

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, prière de consulter les références suivantes :

Une version révisée des *Directives pour la surveillance des populations les plus exposées au VIH* est disponible à l'adresse : voir 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 (2010).
Voir : http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/hiv_testing_technologies_surveillance_.pdf (en anglais)

OMS/ONUSIDA/ONUSIDA (2009). *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*. Genève : OMS.

ONUSIDA (2007). *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.

ONUSIDA (2007). *Directives pratiques de l'ONUSIDA pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel*. Genève : ONUSIDA.

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 cette population 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 parmi les consommateurs de drogues injectables. Dans ce cas, il leur serait utile de rassembler et de transmettre des informations sur cet indicateur au sujet de ces groupes.

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 en utilisant les données rassemblées lors de tests de dépistage du VIH pratiqués parmi les personnes interrogées dans le ou les principaux sites sentinelles dans le cadre d'une enquête de surveillance.

Les sites de surveillance sentinelle utilisés pour mesurer cet indicateur doivent rester les mêmes pour que l'on puisse suivre les changements dans le temps.

Fréquence de mesure : Annuelle

Ventilation :

- Sexe
- Age (<25/25+)

Atouts et faiblesses

Théoriquement, pour évaluer les progrès réalisés dans la diminution des nouvelles infections, il est préférable de suivre l'évolution de l'incidence dans le temps. Toutefois, on dispose dans la pratique de données relatives à la prévalence plutôt qu'à l'incidence.

Lorsqu'on analyse les données de prévalence parmi les consommateurs de drogues injectables en vue d'évaluer l'impact du programme de prévention, il vaut mieux éviter de se cantonner dans les analyses concernant les jeunes, mais de transmettre des données sur toutes les personnes ayant adopté récemment des comportements leur faisant courir des risques d'infection (par ex., 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 par là même accroît la prévalence.

Si 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 pays sont vivement encouragés à faire état de cette ventilation dans leur rapport national sur les progrès réalisés, et d'utiliser les cadres réservés, pour cet indicateur, aux commentaires dans l'outil d'enregistrement des rapports afin de présenter les 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 la/les population(s) échantillonnée(s) et la/les population(s) plus large(s) ayant 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.

En ajoutant de nouveaux sites sentinelles, on augmente la représentativité de l'échantillon et la solidité de l'estimation de la prévalence du VIH, mais on réduit la comparabilité des valeurs. C'est pourquoi il est important d'exclure les nouveaux sites du calcul de cet indicateur lorsque l'on effectue l'analyse des tendances.

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, prière de consulter les références suivantes :

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

Une version révisée des Directives pour la surveillance des populations les plus exposées au VIH est disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242501667_fre.pdf



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

3.1 Prévention de la transmission de la mère à l'enfant

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 à travers la réception d'antirétroviraux.

Cet indicateur permet aux pays de suivre la couverture de la provision d'antirétroviraux chez les femmes enceintes séropositives dans le but de réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH pendant la grossesse et l'accouchement.

Lorsque les données ont été ventilées par traitement, cet indicateur peut indiquer un accès accru à des traitements antirétroviraux plus efficaces et à des thérapies antirétrovirales pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH. Étant donné que cet indicateur évalue les antirétroviraux ayant été prescrits, il n'est pas possible, dans de nombreux cas, de déterminer l'observance du traitement.

Le traitement post-partum, qui inclut les antirétroviraux réduisant le risque de transmission pendant l'allaitement, n'apparaît pas dans cet indicateur, mais dans d'autres indicateurs (voir l'indicateur 3.7 (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) et 3.8 (Nourrissons nés de femmes séropositives au VIH, recevant des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du VIH durant la période de l'allaitement au sein) dans la Partie 2, consacrée aux indicateurs supplémentaires relatifs à l'accès universel dans le secteur de la santé, des présentes directives)).

Fondement

Le risque de transmission mère-enfant peut être réduit considérablement en fournissant des antirétroviraux (sous forme de traitement à vie ou de prophylaxie) à la mère pendant la grossesse et l'accouchement, et un traitement préventif du nourrisson, ainsi que des antirétroviraux à la mère voire à l'enfant pendant l'allaitement (en cas d'allaitement), et en ayant recours à des pratiques d'accouchement et d'alimentation du nourrisson plus sûres. Ces données seront utilisées pour suivre l'avancement des progrès pour réaliser les objectifs nationaux et mondiaux d'éradiquer la transmission mère-enfant, pour apporter des informations intéressantes la planification des directives et des stratégies, pour le plaidoyer, ainsi que pour augmenter les ressources en vue d'accélérer l'intensification des programmes. Elles aideront à mesurer les tendances quant à la diffusion des prophylaxies et des traitements par antirétroviraux et, si elles sont ventilées par type de schéma thérapeutique, elles permettront également d'évaluer les progrès réalisés pour mettre en place des traitements et des thérapies antirétrovirales plus efficaces.

Numérateur :	Nombre de femmes enceintes séropositives ayant reçu 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 d'activité relatifs à la provision d'antiviraux pour la PTME exclura les femmes ayant reçu une dose unique de névirapine étant donné que cela considéré comme un traitement sous-optimal. Le nombre de femmes ayant reçu seulement une dose unique de névirapine devra toutefois être relevé par le pays.
Dénominateur :	Nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH au cours des 12 derniers mois.
Calcul :	Numérateur / Dénominateur
Méthode d'évaluation :	<p>Pour le numérateur : données ventilées des programmes nationaux issues des instruments de suivi du programme, tels que les dossiers des patients et les formulaires de notification succincts.</p> <p>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 liés à la couverture des enquêtes ANC.</p> <p>Suivi du programme et surveillance du VIH.</p>

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

Ventilation : Le numérateur devrait être ventilé selon les quatre options générales décrites ci-dessous.

Explication du numérateur

Dans la mesure du possible, le numérateur devrait être ventilé selon ces quatre traitements généraux (les trois premiers sont recommandés) concernant les femmes enceintes séropositives pour la prévention de la transmission mère-enfant¹¹ :

1. Traitement antirétroviral à vie	
a. ayant commencé le traitement antirétroviral pendant la grossesse en cours	
CD4 <350	
CD4 >350	
CD4 inconnu	
b. déjà sous traitement antirétroviral au début de la grossesse en cours	
2. Prophylaxie pour les mères basée sur la trithérapie antirétrovirale (composant à base de prophylaxie de l'Option B de l'OMS)	
3. AZT maternelle (composant à base de prophylaxie pendant la grossesse et l'accouchement de l'Option A de l'OMS ou des Directives 2006 de l'OMS)	
4. Dose unique de névirapine (avec ou sans diminution graduelle) UNIQUEMENT	
5. Autre (veuillez commenter : par ex. préciser le traitement, hors catégorie, etc.)	

Exemples de description des catégories

Ventilation des définitions des traitements

Catégories	Explications supplémentaires	Exemples courants
1) thérapie antirétrovirale à vie (incluant l'Option B+) ventilée par ! 1a) venant de commencer un traitement pendant la grossesse en cours 1b) déjà sous traitement au début de la grossesse	Traitement basé sur 3 ARV visant à fournir une TARV à vie 1a) Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH ayant été identifiées comme venant de commencer un traitement antirétroviral à vie pendant la période prise en compte par les rapports 1b) Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH ayant été identifiées comme étant déjà sous traitement antirétroviral lors de leur première visite ANC pendant la période prise en compte par les rapports Toute femme ayant commencé un traitement antirétroviral à vie pendant le travail sera comptabilisée dans la catégorie 1a.	Schéma thérapeutique national standard, par exemple : • TDF+3TC+EFV • AZT+3TC+NVP

¹¹ Étant donné qu'on encourage les programmes nationaux de PTME à utiliser des traitements plus efficaces, l'administration de NVP-DU doit être enregistrée et signalée dans les rapports.

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

<p>2) Prophylaxie pour les mères basée sur la trithérapie antirétrovirale (composant prophylactique de l'Option B de l'OMS)</p>	<p>Traitement basé sur 3 ARV fourni en cas de prophylaxie pour la TME, commencé pendant la grossesse voire pendant le travail ou l'accouchement, dans 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)</p> <p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • TDF+3TC+EFV • AZT+3TC+EFV • AZT+3TC+LPV/r
<p>3) AZT maternelle (composant prophylactique pendant la grossesse et l'accouchement de l'Option A de l'OMS ou des Directives 2006 de l'OMS)</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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
<p>4) Dose unique de névirapine (NVP-DU) administrée à la mère pendant la grossesse ou l'accouchement</p>	<ul style="list-style-type: none"> • la névirapine est le SEUL traitement administré à une femme enceinte séropositive au VIH pendant la grossesse, le travail ou l'accouchement. <p>Ne PAS compter comme NVP-DU si :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la névirapine est fournie 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 et de l'accouchement 	<ul style="list-style-type: none"> • NVP-DU UNIQUEMENT pour la mère au début du travail • NVP-DU + UNIQUEMENT diminution graduelle de 7 jours de AZT/3TC • NVP-DU UNIQUEMENT pour la mère au début du travail et NVP-DU pour l'enfant

Explication du dénominateur

Deux méthodes peuvent être utilisées pour mettre au point les estimations sur lesquelles le dénominateur sera fondé :

1. un modèle de projection, tel que Spectrum ; utiliser l'entrée « nombre de femmes enceintes ayant besoin de services de PTME » ; ou
2. 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 liés à la couverture des enquêtes de l'ANC), si les projections de Spectrum ne sont pas disponibles.

Afin que les données puissent être comparées, l'entrée du Spectrum sera utilisée pour le dénominateur lorsque des analyses globales sont réalisées.

Atouts et faiblesses

Cet indicateur permet aux pays de suivre la couverture de la provision d'antirétroviraux chez les femmes enceintes séropositives dans le but de réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH pendant la grossesse et l'accouchement. Lorsque les données qui lui sont relatives sont ventilées, cet indicateur peut indiquer un accès accru à des traitements antirétroviraux plus efficaces et à des thérapies antirétrovirales pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH dans les pays. Étant donné que cet indicateur évalue les antirétroviraux ayant été prescrits et non ceux ayant été consommés, il n'est pas possible, dans de nombreux cas, de déterminer l'observance du traitement.

Cet indicateur ne fait pas apparaître l'utilisation appropriée du traitement post-partum pour la mère (pour réduire la transmission et la résistance au virus) et pour le nourrisson (pour réduire la transmission peripartum), ou pendant l'allaitement (pour réduire la transmission peripartum à travers l'allaitement) qui devrait accompagner les traitements antirétroviraux visant à réduire la transmission mère-enfant peripartum. Vous pouvez consulter l'indicateur 3.7 (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) pour la diminution graduelle et l'indicateur 3.8 (Nourrissons nés de femmes séropositives au VIH, recevant des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du VIH durant la période de l'allaitement au sein) dans la Partie 2, consacrée aux Indicateurs supplémentaires relatifs à l'accès universel dans le secteur de la santé.

Les pays sont encouragés à suivre et à communiquer le nombre réel (ou estimé si les données réelles ne sont pas disponibles) de femmes recevant les divers schémas thérapeutiques, afin que l'impact des antirétroviraux sur la transmission mère-enfant puisse faire l'objet de modèles fondés sur l'efficacité des schémas correspondants. Lorsque qu'ils ne disposent pas encore d'un système leur permettant de recueillir et de transmettre des informations concernant la portée exacte des antirétroviraux qu'ils fournissent pour la prévention de la transmission mère-enfant selon les différents schémas possibles, les pays devraient établir un tel système.

Informations supplémentaires

La prévention de la transmission mère-enfant est un domaine programmatique qui évolue rapidement. C'est pourquoi les méthodes de suivi de la couverture offerte par ce service évoluent également. Vous trouverez les toutes dernières informations à ce sujet en suivant les liens ci-dessous :

<http://www.who.int/hiv/pub/mtct/fr/index.html>

www.who.int/hiv/pub/me/en/index.html (en anglais)

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 réalisés dans 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 ART ; les données sont ventilées selon les résultats.

Fondement

Il est fréquent que les nourrissons ayant été 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 que des programmes nationaux établissent la capacité à réaliser des tests de dépistage du VIH chez les nourrissons âgés de 6 semaines, ou dès que cela est possible afin d'orienter une prise de décision rapide au sein des dispensaires. La progression du VIH est rapide chez les enfants ; il faut donc les mettre sous traitement aussitôt que possible car si ce n'est pas le cas, presque 50 % des enfants décèderaient 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 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 de suivi du pays.

Explication du numérateur

Ces informations doivent être tirées des bases de données des laboratoires de dépistage 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.

Il est également possible de fournir les informations relatives aux résultats des tests qui seraient disponibles (positif, négatif, indéterminé et dépistage ayant été 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 estimer la valeur du dénominateur :

- utiliser un modèle de projection tel que celui fourni par le logiciel Spectrum en choisissant la catégorie « nombre de femmes enceintes ayant besoin de PTME » comme valeur estimation,

ou ;

- b) multiplier le nombre total de femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois (lequel peut être obtenu auprès du Bureau central 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 liés à la couverture des enquêtes de l'ANC), si les projections de Spectrum ne sont pas disponibles.

Afin que les données puissent être comparées, l'entrée du Spectrum sera utilisée pour le dénominateur lorsque des analyses globales sont réalisées.

Atouts et faiblesses

Cet indicateur permet aux pays de suivre les progrès réalisés dans la prestation aux nourrissons âgés de 2 mois tout au plus et étant exposés au VIH, de tests virologiques pour le VIH précoces qui sont essentiels pour assurer un suivi approprié des soins et du traitement. La limitation de l'âge à deux mois ou moins élimine également la probabilité que le même nourrisson subisse plusieurs fois ce test, on risquerait alors de le comptabiliser deux fois. C'est en observant l'évolution des données relatives à cet indicateur dans le temps que l'on pourra déduire des actions à mettre en place pour ce qui est de la couverture de l'ARV dans la PTME, et du lien entre la couverture de la PTME et la couverture des DIP. 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 centrales de test DIP dans les laboratoires de dépistage.

Grâce au faible nombre de laboratoires de ce type et au format électronique de ces bases de données sur les tests réalisés, la charge que représente la collecte des données relatives à cet indicateur n'est pas très lourde. 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.-à-d. s'il est infecté à VIH), et il ne permet pas non plus de savoir si l'enfant a reçu ou non les services de suivi appropriés après avoir obtenu les résultats de son dépistage. Une faible valeur de cet indicateur serait toutefois le signe de faiblesses au niveau du système, notamment une gestion pauvre, au niveau national, de l'approvisionnement de kits de tests virologiques pour le VIH, une collecte de données pauvre, ou une mauvaise gestion 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. Au cas où la couverture du DIP par rapport aux besoins nationaux ou la couverture des tests de DIP au cours des deux premiers mois de vie seraient très faibles, de faibles taux de séropositivité parmi les nourrissons ayant subi le test ne seraient pas nécessairement le signe d'un programme réussi, 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 est également important que les pays renforcent la qualité du suivi des enfants exposés au VIH et qu'ils forment du personnel de santé qui sera en mesure de reconnaître les signes et les symptômes d'une infection à VIH précoce chez les nourrissons exposés, en particuliers 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 pays 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 fournir, distribuer et gérer l'approvisionnement au niveau des établissements des districts et central.

Informations supplémentaires

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

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

PEPFAR, Next Generation Indicators Reference Guide, 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, 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 ayant été infectés par le VIH par des femmes séropositives 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 de régimes de prophylaxie et de traitement antirétroviraux et de renforcement des conseils sur l'alimentation des nourrissons. Il est important 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 : Le numérateur est constitué par le nombre estimé d'enfants qui seront nouvellement infectés par le VIH en raison de la transmission mère-enfant parmi les enfants nés de mères séropositives au cours des 12 derniers mois.

Dénominateur : Nombre estimé de femmes séropositives 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 de Spectrum. Le programme électronique Spectrum¹² utilise les informations relatives à :

- la distribution des femmes enceintes infectées par le HIV recevant divers traitements antirétroviraux avant et pendant l'accouchement (peripartum) en fonction du taux de la mère
- la distribution de femmes et d'enfants recevant des antirétroviraux après l'accouchement (postpartum) en fonction du taux de la mère
- le pourcentage de nourrissons qui ne sont pas allaités dans les programmes consacrés à la PTME par l'âge de l'enfant
- probabilité de transmission mère-enfant du VIH fondée sur diverses catégories de traitements antirétroviraux et pratiques d'alimentation du nourrisson¹³.

Dans le logiciel Spectrum, le taux national estimé de transmission apparaît dans l'affichage du résumé Enfants 0-14 ans. Cette variable peut également être calculée en utilisant d'autres variables de Spectrum sur les « nouvelles infections à VIH » pour les enfants âgés de 0 à 14 ans¹⁴ que l'on divise par la variable « Femmes ayant besoin de PTME ».

¹² Le logiciel Spectrum contient une suite de modèles pouvant être utilisés pour prévoir l'impact de l'épidémie d'infection à VIH. Spectrum a été développé par Futures Institute et peut être téléchargé à l'adresse <http://www.futuresinstitute.org/Pages/Spectrum.aspx>.

¹³ Spectrum dispose de valeurs par défaut si aucune donnée nationale n'est disponible.

¹⁴ Dans le modèle de Spectrum, les enfants âgés de 0 à 14 ans peuvent être infectés uniquement par le biais de la transmission mère-enfant ; cela représente donc le nombre estimé d'enfants nouvellement infectés à VIH, ce qui apparaît dans la variable « Nouvelles infections à VIH (enfants 0-14 ans) ».

Les informations dont on dispose sur les autres moyens de transmettre le VIH aux enfants ne sont pas suffisantes pour inclure de telles infections dans le modèle. De plus, on considère que les autres modes de transmission représentent seulement une petite 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

Atouts et faiblesses

Sur le temps, cet indicateur évalue la capacité que les programmes de PTME ont d'estimer l'impact de la hausse de prescription d'antirétroviraux, de l'utilisation de traitements plus efficaces et de pratiques optimales d'alimentation des nourrissons. Cet indicateur procède d'un modèle fournissant des estimations de l'infection à VIH chez les enfants. L'estimation de cet indicateur se fonde sur les hypothèses et les données qu'utilise ce modèle. Il est 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 ex. la césarienne) sont largement pratiquées, l'indicateur surestimerait la transmission mère-enfant. Il s'appuie également sur des données qui tiennent fréquemment compte des traitements antirétroviraux qui sont fournis et non pris, ce qui pourrait sous-estimer la transmission mère-enfant.

Cet indicateur permet aux pays d'évaluer l'impact des programmes consacrés à la PTME en estimant le taux de transmission du VIH des femmes séropositives à leurs enfants. Suivre le couple mère-enfant pose des difficultés, en particulier au niveau national, en raison du décalage entre le rapport et le nombre d'établissements de santé que les couples mère-enfants peuvent visiter, par rapport au vaste éventail de PTME et d'interventions relatives au soin des enfants qui sont délivrés sur une période donnée. Dans les pays où ces données sont disponibles, la fréquentation des établissements est élevée et où les tests de confirmation sont systématiques, des efforts devraient être réalisés pour suivre l'impact en évaluant directement le pourcentage d'enfants dont on découvre la séropositivité parmi ceux qui naissent de mères séropositives. Tous les pays doivent s'efforcer à suivre le statut VIH et la survie des enfants nés de femmes séropositives, en s'appuyant sur les données recueillies lors des consultations médicales de suivi.

Informations supplémentaires

<http://www.who.int/hiv/pub/fr/>



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

- 4.1 Pourcentage d'adultes et d'enfants pouvant prétendre à un traitement antirétroviral qui y ont accès*
- 4.2 Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont 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 pouvant prétendre à un traitement antirétroviral qui y ont accès

Objet

Il évalue les progrès réalisés dans la mise à disposition d'une thérapie antirétrovirale à toutes les personnes éligibles pour le traitement.

Fondement

À mesure que l'épidémie de VIH arrive à maturité, un nombre croissant de personnes se retrouvent à des stades avancés de l'infection. La thérapie antirétrovirale (TARV) a démontré sa capacité à réduire la mortalité chez les personnes séropositives. Des efforts sont actuellement déployés pour la rendre plus abordable financièrement et pour la diffuser dans les pays à revenu faible et intermédiaire. La thérapie antirétrovirale devrait toujours être dispensée conjointement avec des services plus étendus de soins et d'accompagnement, y compris de conseils pour les soignants qui s'occupent d'un membre de la famille.

Numérateur : Nombre d'adultes et d'enfants éligibles recevant actuellement une thérapie antirétrovirale conformément au protocole de traitement approuvé au plan national (ou aux normes de l'OMS) à la fin de la période d'établissement des rapports.

Dénominateur : Nombre estimé d'adultes et d'enfants éligibles

Le critère national d'éligibilité pour une TARV varie selon les pays. Afin que des comparaisons entre les pays puissent être réalisées sur cet indicateur, les rapports nationaux doivent faire apparaître la provision de TARV aux adultes en s'appuyant sur les critères d'éligibilité actuellement recommandés par l'OMS. Pour cela, il faut enregistrer sur l'outil électronique le nombre d'adultes éligibles pour une TARV dans les deux cas de figure suivants : 1) selon le critère national d'éligibilité et 2) selon le critère d'éligibilité de l'OMS.

Calcul : Numérateur / Dénominateur

Les pourcentages doivent être fournis pour 2012 pour pouvoir définir les tendances annuelles de la couverture.

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.

Suivi des programmes et estimation des besoins de TARV. Pour le numérateur : registre des établissements sur les thérapies antirétrovirales et formulaires intersections correspondants.

Pour le dénominateur : modèles d'estimation de prévalence du VIH tels que Spectrum

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

Ventilation :

- Sexe
- Age (<1, 1-4, 5-14, 15+)
- public/privé

Explication du numérateur

Le numérateur peut être déterminé en comptant le nombre d'adultes et d'enfants ayant suivi une thérapie antirétrovirale à la fin de la période d'établissement des rapports.

Le numérateur doit être égal au nombre d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH parvenue à un stade avancé ayant déjà entrepris une thérapie antirétrovirale, moins le nombre de patients qui n'étaient plus sous traitement avant la fin de la période d'établissement des rapports.

Les patients qui ne sont plus actuellement sous traitement, autrement dit ceux qui ont été exclus du numérateur, sont les patients décédés, ceux qui ont arrêté le traitement ou ceux dont on a perdu la trace.

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 d'établissement des rapports. En revanche, la visite ne sera pas nécessairement répertoriée au même moment. 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 post-exposition ne sont pas inclus dans cet indicateur. Par contre, les femmes enceintes séropositives au VIH et qui suivent une thérapie antirétrovirale à vie sont incluses dans cet indicateur.

Le nombre d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH parvenue à un stade avancé actuellement sous thérapie antirétrovirale s'obtient par le biais des données recueillies dans les registres de traitement antirétroviral des établissements de santé ou auprès des systèmes de gestion des approvisionnements en médicaments. Ces données sont ensuite décomptées puis transférées dans les différents rapports ponctuels 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 présentant une infection à VIH éligibles pour une thérapie antirétrovirale. Cette estimation doit tenir compte de divers facteurs dont, notamment mais pas uniquement, le nombre actuel de personnes vivant avec le VIH, le nombre actuel de patients sous thérapie antirétrovirale, et l'historique du VIH de l'infection à l'accès à la thérapie antirétrovirale.

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

Atouts et faiblesses

L'indicateur permet de suivre les tendances de la couverture, mais il ne cherche pas à faire de distinction entre les différentes formes de thérapie antirétrovirale ni à mesurer le coût, la qualité, l'efficacité ou l'observance des traitements dispensés. Ceux-ci varieront au sein même d'un pays et d'un pays à l'autre, et sont susceptibles d'évoluer avec le temps.

La proportion de personnes ayant besoin d'une thérapie antirétrovirale varie en fonction du stade de développement de l'épidémie elle-même et de l'effet cumulé de la couverture et de l'efficacité de la thérapie ou des antirétroviraux chez les adultes et les enfants. Le critère national d'éligibilité pour une TARV varie selon les pays. Afin que des comparaisons entre les pays puissent être réalisées sur cet indicateur, les rapports nationaux doivent faire apparaître la provision de TARV aux adultes en s'appuyant sur les critères d'éligibilité actuellement recommandés par l'OMS.

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 test volontaires, des perceptions 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 consommé ces médicaments ; il n'évalue donc pas l'observance du traitement.

Informations supplémentaires

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

¹⁵ <http://www.who.int/hiv/pub/arv/adult2010/fr/index.html>

4.2 Rétention de douze mois sous thérapie antirétrovirale

Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH dont on sait qu'ils sont 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 le traitement antirétroviral s'étend dans les pays à travers le monde, il est important de comprendre pourquoi et comment de nombreuses personnes abandonnent les programmes de 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 concernée par les rapports *, y compris ceux qui sont décédés depuis qu'ils ont commencé le traitement antirétroviral, ceux qui ont abandonné le traitement et ceux qui ont été perdus de vue au douzième mois.

Calcul : Numérateur / Dénominateur

Méthode d'évaluation : Outils de suivi des programmes ; formulaires d'analyse relative aux cohortes/groupes.

Registres de thérapie antirétrovirale et formulaires d'analyse relative aux cohortes.

La période du rapport 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 du calendrier d'établissement du rapport national. Si le rapport couvre la période du 1er janvier au 31 décembre 2012, 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 1er janvier au 31 décembre 2011. Si le rapport couvre la période du 1er juillet 2011 au 30 juin 2012, les pays incluront les données relatives aux patients ayant débuté le traitement dans la période allant du 1er juillet 2010 au 30 juin 2011.

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 1er janvier au 31 décembre 2010 auront atteint les 12 mois de traitement pour la période couverte par le rapport, allant du 1er janvier au 31 décembre 2012.

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 être ventilées

Ventilation :

- Sexe
- Age (<15, 15+)

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 d'établissement du rapport ;
- Nombre d'adultes et d'enfants encore en vie et sous antirétroviraux 12 mois après le début de leur traitement.

Le numérateur ne stipule pas que les patients aient été continuellement sous traitement antirétroviral pendant la période de 12 mois. Les patients qui ont manqué un ou deux rendez-vous ou n'ont pas retiré leurs médicaments toutes les fois, ou 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 qui sont 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 2010 et qui à un moment quelconque entre mai 2010 et mai 2011 sont décédés, ont été perdus de vue (et ne sont jamais revenus) ou ont abandonné le traitement (et ne l'ont pas recommencé) ne sont donc plus sous traitement antirétroviral 12 mois plus tard (soit mai 2011) et ne sont pas inclus dans le numérateur. En revanche, un patient ayant commencé le traitement antirétroviral en mai 2010 et ayant manqué un rendez-vous en juin 2010, mais étant enregistré comme encore sous antirétroviraux en mai 2011 (au bout de 12 mois) est sous traitement antirétroviral et sera inclus dans le numérateur. Ce qui importe, c'est que le patient qui a commencé le traitement antirétroviral en mai 2010 soit enregistré comme étant en vie et toujours sous traitement 12 mois plus tard, sans qu'il soit tenu compte de ce qui s'est passé entre mai 2010 et mai 2011.

Explication du dénominateur

Le dénominateur est le nombre total d'adultes et d'enfants figurant parmi les groupes ayant commencé le traitement antirétroviral à un moment quelconque au cours de la période de 12 mois précédant le début de la période couverte par le rapport, quel que soit leur résultat au bout de 12 mois.

Par exemple, pour les rapports allant du 1er janvier au 31 décembre 2010, seront pris en considération tous les patients ayant commencé le traitement antirétroviral entre le 1er janvier et le 31 décembre 2009, c'est-à-dire tous les patients, tant ceux qui sont sous antirétroviraux que ceux qui sont décédés, qui ont abandonné le traitement ou qui ont été 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 qui ont commencé le traitement et en sont sortis 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 pas inclus dans le numérateur ni dans le dénominateur et les patients qui sont entrés dans le processus de traitement seront inclus dans le numérateur et dans le dénominateur. Au niveau national, le nombre de patients entrés dans le processus devrait correspondre au nombre de patients transférés dans un autre établissement. Ainsi, la cohorte actuelle nette (les patients dont les résultats doivent actuellement être enregistrés par l'établissement, c'est-à-dire le nombre de patients qui étaient dans le groupe de départ, plus tous ceux qui sont entrés, moins tous ceux qui sont transférés dans un autre établissement) 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, si l'on considère qu'une partie de ceux qui ne peuvent pas être atteints sont 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 transmission prioritaire est celle qui met en commun les données relatives à la survie. Si des registres complets relatifs aux cohortes de patients existent, les pays sont invités à suivre l'observance du traitement à 14, 36 et 48 mois et par la suite tous les ans. Cela permettra de comparer dans le temps les taux de survie des personnes sous ART.

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

Tel quel, il est possible 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, si la survie augmente dans le temps, on pourrait attribuer ce phénomène à de meilleurs soins et pratiques de traitement ou encore à un démarrage plus précoce de l'ART. La poursuite de l'observance du traitement au bout de 12 mois doit donc être interprétée au vu des caractéristiques initiales de la cohorte des patients au moment où le traitement a démarré : la mortalité sera plus élevée dans les sites où 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 ce que sera l'efficacité de l'ART sur le long terme.

Informations supplémentaires

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



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 HIV

5.1 Co-gestion 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 la morbidité et de la mortalité chez les personnes vivant avec le VIH, même lorsque celles-ci suivent une thérapie antirétrovirale. Le dépistage intensifié des cas de TB ainsi que l'accès à un diagnostic et à un traitement de qualité de cette maladie en conformité avec les directives nationales et internationales est un facteur essentiel de qualité de vie et de 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.

Numérateur :	Nombre d'adultes présentant une infection à VIH parvenue à un stade avancé ayant reçu une association d'antirétroviraux conformément au protocole approuvé au plan national (ou aux normes OMS/ONUSIDA) et qui ont entrepris un traitement antituberculeux (conformément aux directives du programmes national contre la tuberculose) au cours de l'année où le rapport est soumis.
Dénominateur :	Nombre estimatif de cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH. Les estimations annuelles relatives aux pays à charge élevée de tuberculose du nombre de cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH sont calculées par l'OMS et disponibles sur : http://www.who.int/topics/tuberculosis/fr/
Calcul :	Numérateur / Dénominateur
Méthode d'évaluation :	Registres et rapports des services de thérapie antirétrovirale ; instruments de suivi des programmes. Données et estimations programmatiques des cas de tuberculose liés à une séropositivité concomitante.
Fréquence de mesure :	Les données doivent être recueillies continuellement à l'échelon des établissements de santé. Les données doivent être ventilées périodiquement, de préférence tous les mois ou tous les trimestres et communiquées tous les ans. On communiquera ici les données et estimations les plus récentes.

Atouts et faiblesses

Grâce au dépistage et à un traitement adéquat de la tuberculose, la durée de vie des personnes vivant avec le VIH sera prolongée et le fardeau que la tuberculose fait peser sur les communautés réduit. L'OMS établit des estimations annuelles de la charge de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH, fondées sur les meilleures estimations nationales de la prévalence du VIH et de l'incidence de la tuberculose. Tous les cas concomitants de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH devraient être placés sous traitement antituberculeux selon qu'ils remplissent les critères nationaux. Les cas concomitants sont définis comme cas nouveaux qui se sont produits pendant l'année.

Cet indicateur sert à évaluer la mesure dans laquelle la collaboration entre les programmes nationaux de lutte contre la TB et de lutte contre le VIH permet d'accéder à un traitement approprié des deux maladies. Toutefois, cet indicateur sera infléchi par un recours insuffisant au test de dépistage du VIH, et l'accès médiocre aux services de soins relatifs au

VIH et à l'ART, ainsi qu'au diagnostic et au traitement de la TB. Des indicateurs séparés existent pour chacun de ces facteurs et il serait bon de s'y référer lors de l'interprétation des résultats du présent indicateur.

Il est essentiel que les personnes qui dispensent les soins relatifs au VIH et le traitement antirétroviral, répertorient le diagnostic et le traitement de la TB, 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 du début du traitement antituberculeux dans le registre des ART.

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, prière de consulter la référence et le site suivants :

Organisation mondiale de la Santé (2009). *Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing*. Genève : Organisation mondiale de la Santé. http://www.who.int/tb/publications/global_report/2008/en/index.html



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

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

6.1 Dépenses relatives au sida

Dépenses nationales et internationales consacrées à la riposte au sida par catégorie et source 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 nationales et mondiale au sida continuent de s'intensifier, il est de plus en plus important de maintenir le cap dans les moindres détails et de s'intéresser notamment : (i) à la façon dont les pays dépensent les fonds disponibles et (ii) à la provenance des fonds. On utilise les données pour évaluer l'engagement et les actions menées au plan national pour mesurer les dépenses mondiales annuelles consacrées à la lutte contre le VIH, qui est une composante importante du Suivi de la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011. Les données aident également les décideurs nationaux à évaluer la portée et l'efficacité de leurs programmes. Lorsque les données d'un grand nombre de pays sont fusionnées, elles permettent aussi à la communauté internationale de se faire une idée de la situation de la riposte mondiale. Ces informations stratégiques apportent un soutien non négligeable au rôle de coordination assumé par l'Office national de riposte au sida de chaque pays et fournissent la base de l'affectation des ressources et de l'amélioration des processus de planification stratégique.

Étant donné que les pays peuvent choisir entre diverses méthodologies et instruments pour assurer le suivi des mouvements financiers relatifs à 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 à affectation spéciale – la Grille nationale de financement comprend un tableur permettant d'entrer, de passer en revue et de transmettre les données financières présentées selon l'une de ces trois méthodes.

Measurement Tool: 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 par les NASA ou les comptes auxiliaires sida. Toutefois, certaines des activités réalisées hors 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 réalisé, et les pays sélectionnés pour participer aux essais concernant cette enquête et ayant répondu aux questionnaires peuvent entrer leurs informations dans la grille de financement, par activités principales au niveau des données ventilées. Un certain nombre d'activités réalisées en dehors du secteur de la santé peuvent ne pas figurer dans la présente enquête sur les flux de ressources. En outre, certaines des activités relatives 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 qui sera présentée dans le Rapport d'activité des pays (voir Appendice 2).

**Méthode
d'évaluation :**

L'indicateur relatif aux dépenses nationales et internationales est présenté en remplissant la Grille nationale de financement. L'Appendice 6 fournit des instructions supplémentaires sur la manière de soumettre le rapport relatif à cet indicateur en remplissant la Grille nationale de financement. La note d'envoi ainsi que les informations dont fait état l'Appendice 2, doivent être soumises en même temps que le Rapport d'activité des pays.

Les dépenses effectives sont classées selon huit catégories de dépenses relatives à la riposte au sida et par source de financement, y compris les dépenses publiques provenant de sources propres (c'est-à-dire de recettes publiques comme les impôts) et de sources internationales :

1. Prévention ;
2. Soins et traitement ;
3. Orphelins et enfants vulnérables¹⁶ ;
4. 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 comprise dans la gestion du programme)

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

Trois principaux groupes de sources de financement :

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

(Chacune des sources compte de multiples sous-catégories ; voir Appendice 6)

**Fréquence de
mesure :**

2009, 2010 et 2011 (selon les disponibilités)

Données relatives à l'année civile ou fiscale (selon les disponibilités)

Les pays qui, dans leur dernier rapport, ont déjà communiqué des données pour l'année 2010 (RARSM 2012), n'ont pas besoin de saisir une nouvelle fois des données pour 2010, 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 2012) seront remplacées dans notre base de données par celles soumises en 2013.

Atouts et faiblesses

Ce sont les données relatives aux dépenses effectives qui doivent être saisies dans la Grille nationale de financement et non celles concernant les budgets ou les engagements. Ces données doivent aussi inclure les dépenses concernant la riposte au sida faites 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 le mouvement des 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 effectives découlant des activités de riposte au sida. Étant donné la nature des ripostes élargies au sida, il se peut que les dépenses relatives au sida soient effectuées en dehors du système de santé.

Grâce à la Grille nationale de financement, on aura une description plus détaillée de la situation de chaque pays, sachant que cette information est très utile à la prise des décisions tant à l'échelon national que mondial.

¹⁶ Dans le contexte des besoins en ressources et des estimations des dépenses affectées à la riposte au sida, on entend par enfants vulnérables ceux dont un des deux parents est vivant, mais gravement malade (principalement en raison du VIH) et n'est pas en mesure d'en prendre soin.

OBJECTIF 6: D'ICI À 2015, RÉDUIRE LE DÉFICIT MONDIAL DE MOYENS DE LUTTE CONTRE LE SIDA, ET PARVENIR À UN INVESTISSEMENT MONDIAL ANNUEL DE 22-24 MILLIARDS DE DOLLARS AMÉRICAINS DANS LES PAYS À FAIBLE REVENU ET À REVENU INTERMÉDIAIRE

Informations supplémentaires

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

ONUSIDA (2009). National AIDS Spending Assessment (NASA): Classification taxonomy and Definitions. Cette publication est disponible en anglais à l'adresse : <http://www.unaids.org/fr/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 compte nationaux de la santé. Cette publication ainsi que d'autres outils relatifs aux enveloppes nationales pour la santé et les comptes sida sont disponibles sur : <http://www.who.int/nha/fr/index.html>

Health Systems 20/20/USAID. Methodological Guidelines for Conducting a National Health Accounts Sub-analysis for HIV/AIDS. Cette publication est disponible à l'adresse : www.healthsystems2020.org

USAID/Health Systems 20/20/ONUSIDA (2009). Linking NASA and NHA Concepts and Mechanics. Cette publication est disponible à l'adresse : <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/nasapublicationsandtools/>



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 (en tant que résultat autonome et en tant qu'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 avoir eu lieu après leur séparation.

Fondement

Globalement, et en particulier en Afrique sub-saharienne, 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. On reconnaît de plus en plus que le risque d'infection à VIH chez les femmes et les filles ainsi que leur vulnérabilité face à cette infection, est façonné par des inégalités omniprésentes et profondes – en particulier la violence à leur encontre. Les études ayant été réalisées dans de nombreux pays indiquent qu'une importante proportion de femmes a subi des violences, d'une forme ou d'une autre, à un moment de leur vie. Les études ayant été réalisées 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 femmes¹⁷.

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 qui sont déjà utilisées au sein des pays, telles que les enquêtes de l'OMS qui portent sur plusieurs pays, les DHS/AIS (module violence domestique)¹⁸, International Violence Against Women Surveys (IVAWS).

La collecte de données sur la violence contre les femmes requiert de suivre des méthodologies spéciales qui adhèrent aux normes d'éthique et de sûreté¹⁹ afin de garantir que ces informations soient réunies d'une manière éthique qui soit sans risque pour les personnes interrogées, et de maximaliser la validité et la fiabilité des données.

Measurement Frequency 3 à 5 ans

Ventilation :

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

¹⁷ <http://www.who.int/gender/violence/en/vawinformationbrief.pdf>

¹⁸ Les questions posées dans le module des DHS sur la violence domestique et les études que réalise l'OMS dans plusieurs pays sur la violence domestique et la santé des femmes, sont légèrement différentes. Toutefois, les estimations produites par ces diverses méthodologies sont comparables.

¹⁹ OMS Ethical and safety guidelines for collecting data on violence against women. 2003, <http://www.who.int/gender/documents/en/final%20recommendations%2023%20oct.pdf>.

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 ou non marié. 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 pressée 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 faire quelque chose qu'elle a trouvé dégradant ou humiliant
- lui a fait peur au sujet de ce qu'il ferait si elle n'avait pas de rapport sexuel 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 qui sont âgées de 15 à 49 ans et qui ont ou ont eu un partenaire intime, ayant été interrogées.

Atouts et faiblesses

Cet indicateur évalue les progrès ayant été réalisés dans la réduction de la proportion de femmes ayant récemment subi des violences de la part de leur partenaire intime (VPI), comme un résultat en tant que tel. De plus, il faudrait également interpréter cet indicateur pour évaluer l'inégalité des sexes. Tout changement dans le niveau de prévalence de la violence récente dans le temps sera le signe d'un changement au niveau de l'inégalité des sexes—qui est l'un des facteurs structurels guidant l'épidémie d'infection à VIH. L'égalité des sexes entretient un lien clair qui va à l'opposé de la violence de la part d'un partenaire intime : dans les pays où la VPI est élevée, l'égalité des sexes, le taux d'éducation des femmes ainsi que la santé reproductive et les droits des femmes sont faibles²⁰.

Cet indicateur porte sur la VPI récente et non sur une VPI ayant déjà été subie. Cela vise à permettre de suivre et d'évaluer les progrès réalisés dans le temps. Toute VPI qui aurait déjà été subie évoluerait peu dans le temps, quel que soit le niveau des programmes mis en place, étant donné que le numérateur inclurait les femmes tant qu'elles auraient l'âge du groupe concerné. Il n'est pas possible de réduire de manière durable les VPI sans changer de manière fondamentale les normes qui vont dans le sens de l'inégalité des sexes, les relations hommes-femmes dans les foyers et dans les communautés, les droits légaux et coutumiers des femmes, les inégalités de sexe dans l'accès aux soins sanitaires, à l'éducation ainsi qu'aux ressources économiques et sociales, de même que la participation des hommes dans la santé reproductive et des enfants. Ainsi, tout changement qui aurait lieu dans cet indicateur relatif à la VPI serait un précurseur pour changer le statut et le traitement des femmes dans tous les différents domaines de la société, qui contribuent, en retour, directement et indirectement à réduire le risque d'infection à VIH.

Tout en adhérant aux directives sur l'éthique et la sûreté de l'OMS et en fournissant un bon cadre dans lequel interroger les personnes, il y aura toujours des femmes qui ne révéleront pas ces informations. Cela signifie que les estimations seront susceptibles d'être plus retenues que le niveau réel de violence ayant eu lieu au sein de la population interrogée.

20 Investir dans l'égalité des sexes : Mettre fin à la violence à l'égard des femmes et des filles. UNIFEM, octobre 2010.

OBJECTIF 7: ÉLIMINER LES INÉGALITÉS ENTRE LES SEXES

Le lien complexe qui existe entre la violence contre les femmes et le VIH a été illustré conceptuellement dans un examen complet de l'état actuel des données probantes et des pratiques relatives au développement et à la mise en œuvre d'interventions et de stratégies visant à lutter contre la corrélation entre les violences faites aux femmes et du VIH²¹. Pendant plus de dix ans, des recherches ont été menées dans le monde entier sur le lien indéniable qui existe entre la violence contre les femmes (VF) et le VIH. Ces études ont démontré que ce lien était à la fois un facteur contribuant à l'infection et une conséquence de l'infection²². Ce lien agit à travers une variété de mécanismes directs et indirects²³. Par exemple :

- la peur de la violence peut empêcher les femmes d'insister pour qu'un partenaire masculin qu'elles suspectent d'être séropositif utilise un préservatif ;
- la peur de VPI peut empêcher les femmes de révéler leur statut VIH ou de chercher à se faire soigner²⁴ ;
- la pénétration vaginale forcée augmente la probabilité de transmission du VIH ;
- le viol est l'une des manifestations de l'inégalité des sexes et peut aboutir à une infection à VIH, bien qu'il ne s'agisse que d'une minorité de cas ;
- le viol, comme tout autre abus physique et sexuel, peut aboutir à une détresse psychologique qui se manifeste dans les 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 : OMS (2010).

Addressing violence against women and HIV/AIDS: What works? Genève, 2010, OMS.

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, OMS, 2009.

Program on International Health and Human Rights at Harvard School of Public Health (2009). *Gender-Based Violence and HIV*, version finale du rapport.

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

21 OMS (2010). *Addressing violence against women and HIV/AIDS: What works?* Genève, OMS.

22 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, OMS, 2009 (sous presse), et Program on International Health and Human Rights at Harvard School of Public Health (2009). *Gender-Based Violence and HIV*, version finale du rapport.

23 Maman, Suzanne, Jacquelyn Campbell, Michael D. Sweat, Andrea C. Gielen. (2000) The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions, *Social Science & Medicine* 50 : 459-478.

24 Program on International Health and Human Rights at Harvard School of Public Health (2009). *Gender-Based Violence and HIV*, version finale du rapport.



OBJECTIF 8 : ÉLIMINER LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION

Développement de l'indicateur en cours : l'indicateur de stigmatisation de la population générale devrait être prêt pour la série de rapports 2014



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 ; aucun rapport n'est donc nécessaire.



OBJECTIF 10: RENFORCER L'INTÉGRATION DU 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

* Indicateur des Objectifs du Millénaire pour le développement

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 pour prévenir un désavantage relatif en matière de scolarisation des enfants rendus orphelins par rapport aux enfants non orphelins.

Cet indicateur est divisé en deux parties afin que des comparaisons puissent être réalisées entre les orphelins et les enfants 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 davantage 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 est donc important de suivre à quel point les programmes de soutien en rapport avec le sida parviennent à garantir une scolarité aux enfants rendus orphelins.

Numérateur :	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.
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 :	Enquête de population (enquêtes démographiques et sanitaires, enquête sur les indicateurs du sida, enquête en grappe à indicateurs multiples ou autres enquêtes représentatives) Pour tout enfant ayant entre 10 et 14 ans, en âge de fréquenter l'école primaire et l'école secondaire, vivant dans un foyer, les questions suivantes sont posées à un membre du foyer : <ol style="list-style-type: none">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 :	<ul style="list-style-type: none">• Sexe

Explication du numérateur

La définition de l'âge auquel fréquenter l'école primaire et l'école secondaire doit être cohérente avec la définition qu'en donne l'UNESCO ainsi qu'avec la manière avec laquelle elle est actuellement utilisée pour calculer d'autres indicateurs spécifiques à l'éducation tels que le taux de scolarisation et d'assiduité en école primaire ainsi que le taux net de scolarisation et d'assiduité en école secondaire pour chaque pays. 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 auxquelles fréquenter les 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 âges précis.

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 choisies afin que l'effet maximal du désavantage résultant du fait d'être orphelin puisse être établi et suivi dans le temps. 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 qu'ainsi, tout effet préjudiciable sur leur éducation n'a pas eu le temps de se matérialiser. Toutefois, les orphelins sont en général plus âgés que les enfants qui ont encore leurs parents (car il est fréquent que les parents des enfants plus jeunes soient 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 – parce qu'ils vivent dans des institutions ou dans la rue – sont en général moins bien lotis et plus susceptibles d'être orphelins. Ainsi, l'indicateur tendra à sous-estimer le désavantage relatif en matière de scolarisation dont pâtissent les orphelins.

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 pourtant, on ne dénombre que peu d'éléments soulignant le caractère courant de telles différences.

L'indicateur ne fournit aucune information sur le nombre réel d'enfants orphelins. Circonscrire le nombre d'enfants considérés à ceux orphelins des deux parents et âgés exclusivement de 10 à 14 ans signifie que dans le cas des pays où l'épidémie se maintient à un faible niveau ou ne se trouve qu'à un stade initial, les estimations établies ne pourront concerner qu'un petit nombre d'enfants.

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 haute priorité dans bon nombre de programmes complets de soins et d'accompagnement. Cet indicateur reflète l'engagement international croissant pour une protection sociale tenant compte du VIH. Il reconnaît que les foyers devraient constituer le premier 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 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 à assise communautaire. 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 pays doivent utiliser la définition exacte de cet indicateur ainsi que la Méthode d'évaluation pour effectuer un suivi et établir un rapport d'activité et des progrès standardisés aux niveaux national et mondial. cela permettra de suivre les changements sur le temps et de faire des comparaisons entre les pays. Les pays peuvent toutefois ajouter ou exclure localement d'autres catégories (par exemple, d'autres quintiles de richesse) selon les besoins du pays selon la planification et la mise en œuvre des programmes nationaux.

Calcul : Numérateur / Dénominateur

Méthode d'évaluation : Une évaluation de la richesse du foyer (en évaluant 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 % des 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. Seul ceux qui font partie du quintile de richesse le plus bas seront inclus dans l'indicateur.

Enquêtes de population telles que les enquêtes démographiques et sanitaires, les enquêtes sur les indicateurs du sida, les enquêtes en grappe à indicateurs multiples et d'autres enquêtes représentatives.

Une évaluation de la richesse du foyer (en évaluant les biens qu'il possède) est réalisée lors de l'analyse des données en utilisant le quintile de richesse pour identifier les 20 % des 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. Seul ceux qui font partie du quintile de richesse le plus faible seront inclus dans l'indicateur.

Dans le cadre d'une enquête réalisée dans un foyer, une liste du ménage devrait être utilisée afin de connaître tous les membres du foyer en précisant leur âge, et d'identifier tous les foyers qui comptent des enfants âgés de moins de 18 ans et des orphelins, au cours de l'année qui précède l'enquête. Des questions sont ensuite posées à tous les foyers qui répondent à ces critères 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 aux personnes interrogées ou aux chefs du foyer sur le type de soutien économique externe qu'ils ont reçus 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 ex., uniformes, livres scolaires, etc.)
- d) aide à la création de revenus en espèces ou en nature, par ex. des intrants agricoles
- e) aide alimentaire fournie au foyer ou dans une institution externe (par ex., 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 étant apportés – en particulier afin de faire une distinction entre 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 les foyers qui comptent 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, il faudrait aussi ventiler les données par zone de résidence, rurale et urbaine. Pour ce qui concerne les pays qui choisissent d'ajouter des données relatives à des foyers appartenant à d'autres quintiles de richesse, outre ceux qui sont dans le quintile inférieur, l'indicateur peut également être comparé à d'autres quintiles de richesse afin de savoir si le soutien économique externe atteint le quintile inférieur, par rapport aux quintiles supérieurs.

Atouts et faiblesses

Cet indicateur est une nouvelle preuve de la nécessité d'accorder une attention plus grande à la richesse pour ce qui est de la vulnérabilité ainsi qu'au fait que cibler la base de la pauvreté extrême dans les contextes de forte prévalence du VIH garantit une bonne couverture des foyers pauvres affectés par le VIH et le sida²⁵. Des indicateurs indicatifs du fait d'être affecté par le sida (comme la « maladie chronique ») ont ainsi rarement été associés au VIH, sont peu associés aux résultats négatifs en matière de développement, et ont prouvé qu'il était difficile de les définir dans les questionnaires destinés aux foyers.

Cet indicateur montre les niveaux de changement 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 la composition du soutien externe (par ex., 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 qui vivent le quintile de richesse le plus bas dans des contextes de forte prévalence, sont plus susceptibles d'être négativement touchés par le VIH et le sida, et qu'ils ont besoin d'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 que 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 réaliser 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/french/aids/index_documents.html

²⁵ Des données probantes émanant des programmes relatifs à l'assistance sociale au Malawi et en Zambie ont montré combien il est efficace d'utiliser le critère de la vulnérabilité sans renvoyer de manière spécifique au sida, afin de toucher les enfants et les familles affectés par le sida. Ces programmes ciblent ceux qui sont extrêmement pauvres et touchés par le chômage et, en utilisant ces critères, les chercheurs ont constaté que 80 % de tous les foyers directement affectés par le VIH et le sida qui sont extrêmement pauvres et touchés par le chômage, étaient atteints. (UNICEF 2007).

Politiques gouvernementales de riposte au VIH et au sida

Questionnaire RARSM Spécial 2013

Il n'est pas nécessaire d'établir un rapport 2013 sur l'Instrument des politiques et des engagements nationaux (NCPI), seul ce bref questionnaire est demandé.

Les rapports relatifs aux NCPI continueront à être réalisés uniquement tous les deux ans.

Les principaux changements ayant été apportés aux politiques gouvernementales de riposte au sida depuis le début de l'année 2012, lorsque vous avez soumis votre dernier NCPI, peuvent être présentés dans les deux dernières questions (questions 3 et 4). La question 3 concerne les sources gouvernementales et la question 4 les sources non gouvernementales.

APPENDICES

Appendice 1. Modèle de Rapport d'activité des pays

Appendice 2. Grille nationale de financement 2012

Appendice 3. Questionnaire RARSM spécial 2013

Appendice 4. Modèle de liste de points à vérifier pour élaborer le Rapport d'activité des pays

Appendice 5. Bibliographie succincte

Appendice 6. Indicateurs sur la circoncision masculine

Appendice 1. Modèle de Rapport d'activité des pays

En 2013, aucun RARSM ne devra être rédigé ni soumis.

Appendice 2. Grille nationale de financement – 2013

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 2010 : année civile _____ ou exercice financier _____

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

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

Pour un cycle correspondant à un exercice financier, veuillez indiquer le mois/année du début et le mois/année de la fin : de ___ / ___ à ___ / ___

Devise locale :

Taux de change moyen avec le dollar US au cours du cycle d'établissement des rapports : 2010: _____ /

2011: _____ / 2012: _____

Méthodologie :

(Parmi les méthodologies suivantes – évaluation des dépenses nationales consacrées à la riposte au sida, dépenses nationales de santé ou enquêtes sur les flux de ressources – veuillez indiquer celle qui vous a permis de trouver les données que vous avez saisies dans la Grille nationale de financement. En outre, veuillez préciser comment ou auprès de quelle entité il est possible d'accéder au rapport complet contenant les données que la méthodologie retenue).

Dépenses non répertoriées :

(Veuillez indiquer si des dépenses pour des activités dans l'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 qui, dans leur dernier rapport, ont déjà communiqué des données pour l'année 2010 (RARSM 2012), n'ont pas besoin de saisir une nouvelle fois des données pour 2010, 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 2012) seront remplacées dans notre base de données par celles soumises en 2013.

2010: _____

2011: _____

2012: _____

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 ?

2010: _____ Oui _____ Non / 2011: _____ Oui _____ Non / 2012: _____ Oui _____ Non

Grille nationale de financement pour les dépenses relatives au sida – 2013

Généralités

L'indicateur portant sur les dépenses relatives au sida est utilisé pour évaluer l'objectif # 6 de la Déclaration politique 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 est un tableur qui permet aux pays d'enregistrer leurs dépenses relatives au sida sous huit catégories réparties sous trois sources de financement. Cet indicateur fournit des informations cruciales utiles aux niveaux national et mondial de la riposte au sida. La Grille nationale de financement a été conçue de façon à être compatible avec la collecte courante des données et les systèmes de suivi, 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 les informations concernant ces instruments dans la grille. Pour les pays utilisant la NASA, la grille est l'une des résultantes de cet instrument (les pays s'intéressant à la mise en œuvre de la NASA sont encouragés à contacter l'ONUSIDA afin d'obtenir 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 crédits alloués à la riposte nationale sont-ils dépensés ?)
- Les sources de financement (Où se procure-t-on les crédits alloués à la riposte nationale ?)

Il y a huit catégories de dépenses relatives au sida : prévention ; soins et traitement ; orphelins et enfants vulnérables ; renforcement de la gestion et de l'administration du programme ; 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. Il faut se souvenir que toutes les catégories et sous-catégories sont exclusivement consacrées à la riposte au sida. Ainsi, les dépenses énumérées dans la liste Environnement propice et développement communautaire seront exclusivement attribuables à la riposte au sida.

La prévention est la plus grande catégorie, avec 22 sous-catégories, allant du conseil et test volontaires 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. Le rôle de ces catégories et sous-catégories est d'aider les gouvernements nationaux à ventiler leurs dépenses de la manière la plus rationnelle et la plus cohérente possible. Comme il est dit plus haut, la grille a été conçue de façon à être compatible avec la collecte courante des données et les systèmes de suivi afin de réduire la charge que l'établissement des rapports constitue pour les gouvernements nationaux.

On dénombre trois grands groupes de sources de financement : publiques nationales, internationales, et privées nationales (facultatif pour les données destinées au Rapport mondial sur l'avancement de la riposte au sida)

Comme 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 cinq : sources bilatérales, institutions des Nations Unies, 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 pays sont vivement encouragés à recueillir et à transmettre les données disponibles dans ce domaine, car elles peuvent être utiles pour la gestion de la riposte nationale à l'épidémie).

Instructions

- Le Conseil national de riposte au sida ou l'organe équivalent doit nommer un coordonnateur technique pour gérer la collecte et les entrées des données qui seront saisies dans la Grille nationale de financement. Il est fortement conseillé que ce coordonnateur possède 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 comme celles, auprès du Ministère de la santé, qui s'occupent du relevé des dépenses relatives au VIH. L'idée de faire appel à leur participation 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 pays 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 ou d'exercice financier de 2009, 2010 et/ou 2011 (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 monnaie locale. Il est cependant également important de mentionner le taux de change du 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.
- Les catégories et sous-catégories de dépenses parlent d'elles-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, mentionnée 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 catégories et sous-catégories des sources de financement parlent d'elles-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 de provenance 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 (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 crédits 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.

APPENDIX 2

- Les financements octroyés par des fondations internationales doivent être inscrits dans la catégorie Internationale, sous Toutes autres sous-catégories. Les crédits 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 pays sont vivement encouragés à recueillir et à transmettre les données disponibles dans ce domaine de sorte à donner un tableau plus complet des crédits 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 négocier un comportement plus sûr, un changement de comportement et un engagement durable à prévenir l'infection à VIH, devraient être codés 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 (HSH) 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 ex. 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 négocier un comportement plus sûr, un changement de comportement et un engagement durable à prévenir l'infection à VIH, devraient être codés 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 négocier un comportement plus sûr, un changement de comportement et un engagement durable à prévenir l'infection à VIH, devraient être codés 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 gérants 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 programmatique 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 crédits 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 crédits dépensés par les particuliers et/ou les familles dans les sous-catégories et catégories des dépenses relatives au sida. (Note : 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 pays 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.
 - Le pays fondant sa recherche sur une Enquête sur les flux de ressources peut 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 Notebook to Produce National AIDS Spending Assessment et du National AIDS Spending Assessment (NASA): Classification taxonomy and Definitions peuvent être téléchargées sur la page Web de l'ONUSIDA : <http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/tools/nasapublications/>. Une version électronique de la grille peut être téléchargée en tant que fichier 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 du secteur commercial, ainsi que les représentants de toutes autres initiatives de suivi des ressources.

On trouvera la Grille nationale de financement sur le site de l'outil électronique d'enregistrement des rapports (www.unaids.org/AIDSreportingtool).

Une fois remplie, la Grille nationale de financement doit être soumise par le biais de l'outil électronique d'enregistrement 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).

Catégories de dépenses liées au sida	TOTAL (Devise locale)	Total partiel public	Central / National	Infra-national	Banques dev. Remboursable (ex. prêts)	Sécurité sociale	Toutes autres publiques	Total partiel international	Bilatérales	Institutions ONU	Fonds mondial	Banques dev. non-Remboursable (ex. subventions)	Toutes autres Multilatérales	Toutes autres Internationales	Total partiel privé	Institutions à but lucratif / Entreprises	Revenus des ménages	Toutes autres privées
1. Prévention (total partiel)																		
1.01 Communication ; changement social et comportemental																		
1.02 Mobilisation communautaire																		
1.03 Conseils et test volontaires (CTV)																		
1.04 Réduction du risque - populations vulnérables accessibles																		
1.05. Prévention - Jeunes scolarisés																		
1.06 Prévention - Jeunes non scolarisés																		
1.07 Prévention de la transmission du VIH à l'intention des personnes vivant avec le VIH																		
1.08 Programmes de prévention pour les professionnel(le)s du sexe et leurs clients																		
1.09 Programmes de prévention pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes																		
1.10 Programmes de réduction des risques pour les consommateurs de drogues injectables																		
1.11 Programme de prévention sur le lieu de travail																		
1.12 Marketing social des préservatifs																		
1.13 Distribution de préservatifs masculins par les secteurs public et privé																		
1.14 Distribution de préservatifs féminins par les secteurs public et privé																		
1.15 Microbicides																		
1.16 Prévention, diagnostic et traitement des maladies sexuellement transmissibles (MST)																		
1.17 Prévention de la transmission mère-enfant																		
1.18 Circoncision masculine																		
1.19 Sécurité transfusionnelle																		
1.20 Injections médicales sûres																		
1.21 Précautions universelles																		
1.22 Prophylaxie post-exposition																		
1.98 Activités de prévention non ventilées par intervention																		
1.99 Activités de prévention non classées ailleurs																		
2. Soins et traitement (total partiel)																		
2.01 Traitement ambulatoire (total partiel)																		
2.01.01 Conseils et test à l'initiative du prestataire																		
2.01.02 Prophylaxie et traitement ambulatoire des infections opportunistes (OI)																		
2.01.03 Traitement antirétroviral																		
2.01.04 Soutien nutritionnel associé au traitement antirétroviral																		
2.01.05 Surveillance des laboratoires de dépistage du VIH																		
2.01.06 Soins bucco-dentaires pour les PVV																		
2.01.07 Services de traitement et de soutien psychologiques																		
2.01.08 Soins palliatifs pour malades ambulatoires																		
2.01.09 Soins à domicile																		
2.01.10 Médecine traditionnelle et services informels de soins et traitement																		
2.01.98 Services ambulatoires non ventilés par intervention																		
2.01.99 Services ambulatoires non classés ailleurs																		
2.02 Soins en établissement (total partiel)																		
2.02.01 Traitement en établissement des infections opportunistes (IO)																		
2.02.02 Soins palliatifs en établissement																		
2.02.98 Soins en établissement non ventilés par intervention																		
2.02.99 Soins en établissement non classés ailleurs																		
2.03 Transport des patients et services d'urgence																		

Appendice 3. Questionnaire RARSM spécial 2013

Il n'est pas nécessaire d'établir un rapport 2013 sur l'Instrument des politiques et des engagements nationaux (NCPI), seul ce bref questionnaire est demandé.

Les principaux changements ayant été apportés aux politiques gouvernementales de riposte au sida depuis le début de l'année 2012, lorsque vous avez soumis votre dernier NCPI, peuvent être présentés dans les deux dernières questions (questions 3 et 4). La question 3 concerne les sources gouvernementales et la question 4 les sources non gouvernementales.

PARTIE A : SOURCES GOUVERNEMENTALES

1) Avez-vous déjà estimé la taille des populations clés suivantes ?

Population clé	Estimation de taille réalisée (oui/non)	Si oui, quand la dernière estimation a-t-elle été réalisée ? (année)	Si oui, a combien la taille a-t-elle été estimée ?
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 la population clé dans la case réservée aux commentaires			
e) Commentaires :			

2) Est-ce que des centres de santé fournissant des services liés au VIH sont intégrés dans d'autres services de santé ?

Domaine	Plusieurs	Peu	Aucun
a) Conseils et dépistage du VIH avec santé sexuelle et reproductive			
b) Conseils et dépistage du VIH et tuberculose			
c) Conseils et dépistage du VIH et consultations générales externes			
d) Conseils et dépistage du VIH et maladies chroniques non transmissibles			
e) Traitement antirétroviral et tuberculose			
f) Traitement antirétroviral et consultations générales externes			
g) Traitement antirétroviral et maladies chroniques non transmissibles			
h) PTME et services natals/santé de la mère et de l'enfant			
i) Autres commentaires sur l'intégration du VIH :			

3) Est-ce que des changements importants ont été apportés aux politiques gouvernementales visant à lutter contre le sida depuis le début de l'année 2012, lorsque votre dernier NCPI (Instrument des politiques et des engagements nationaux) ont été soumis ? Si oui, veuillez les présenter dans la case ci-dessous. (Sources gouvernementales)

PARTIE B : Sources non gouvernementales, par ex. société civile, secteur privé, sources bilatérales, sources multilatérales.

4) Est-ce que des changements importants ont été apportés aux politiques gouvernementales visant à lutter contre le sida depuis le début de l'année 2012, lorsque votre dernier NCPI (Instrument des politiques et des engagements nationaux) ont été soumis ? Si oui, veuillez les présenter dans la case ci-dessous.

Appendice 4. Modèle de liste de points à vérifier pour élaborer le Rapport d'activité des pays

- Processus d'élaboration des rapports établi, y compris le calendrier, les échéances et les rôles respectifs du CNLS, des instances gouvernementales, des institutions des Nations Unies, de la société civile et d'autres partenaires concernés.
- Obtention d'un financement pour tous les aspects du processus d'établissement du rapport.
- Instauration d'un processus 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 correspondant avec d'autres efforts de collecte des données, notamment celles obtenues auprès d'organismes de financement comme le Fonds mondial et le PEPFAR, et des institutions des Nations Unies
 - Calendrier de la transmission des informations concernant les indicateurs relatifs aux services qui doivent être rassemblées 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 :
 - Épuration 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
- Saisie des données sur l'indicateur dans l'outil d'enregistrement des rapports
- Identité de vues des parties prenantes, notamment les instances gouvernementales et la société civile concernant le rapport final à présenter
- Soumission du rapport et des formulaires à l'ONUSIDA, à Genève (AIDSreporting@unaids.org) avant le 31 mars 2013
- Nomination du point focal chargé de la communication avec le Secrétariat de l'ONUSIDA en cas de points à éclaircir au sujet du rapport et/ou des données fournies.

Appendice 5. Bibliographie succincte

- 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) *Le sida 30 ans après : un tournant pour les nations*. 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 (2010) *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida*. Genève : ONUSIDA
- ONUSIDA (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
- ONUSIDA (2009). *UNGASS : Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base*. Genève : ONUSIDA
- OMS (2010) *Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent*. Genève : ONUSIDA
- UNICEF (2011). *La situation des enfants dans le monde - Rapport* New York : UNICEF.
- UNICEF (2009) *Country-led Monitoring and Evaluation Systems*. New York : UNICEF.

Appendice 6. Indicateurs sur la circoncision masculine

Ces deux indicateurs concernent uniquement les 16 pays ayant une prévalence élevée du VIH, de faibles niveaux de circoncision masculine et des épidémies hétérosexuelles généralisées, 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

Pourcentage d'hommes âgés de 15 à 49 ans étant 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 à VIH lors de rapports hétérosexuels. Trois essais, réalisés sous contrôle et de manière aléatoire, ont montré que la circoncision masculine pratiquée par des professionnels de la santé formés et réalisée 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 insistent sur le fait qu'on devrait considérer la circoncision masculine comme une intervention efficace pour prévenir la diffusion du VIH dans les pays et les régions ayant des épidémies hétérosexuelles, une prévalence élevée du VIH et un nombre faible de circoncisions masculines.

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 auprès de la population (enquêtes démographiques et sanitaires (DHS), enquêtes sur les indicateurs du sida (AIS), et enquêtes en grappe à indicateurs multiples (MICS) et autres enquêtes représentatives)
Fréquence de mesure :	Tous les 3 à 5 ans
Ventilation :	<ul style="list-style-type: none">• par âge : 15-19, 20-24 et 25-49 ans• Source/professionnel ayant pratiqué 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.

Il est possible que les enquêtes réalisées auprès des populations (telles que les DHS) n'évaluent pas avec précision la circoncision masculine véritable, notamment en raison d'un manque de connaissances sur la circoncision masculine, d'une confusion sur le statut de circoncis ou d'un désir d'être, d'un point de vue social, circoncis. D'autres approches visant à déterminer le statut de circoncision peuvent être utilisées, par exemple en ayant recours à des images ou des illustrations (lesquelles peuvent être culturellement plus appropriées), à des incitations ou encore à des examens directs. Pour estimer l'impact potentiel de l'évolution des taux de circoncision masculine sur l'incidence du VIH, une connaissance précise du statut de la circoncision masculine sur le temps est nécessaire.

Informations supplémentaires

Pour de plus amples informations sur les indicateurs sur la circoncision masculine, consulter le document *A guide to indicators for male circumcision programmes in the formal health care system*, WHO, UNAIDS, 2009 (en anglais) à l'adresse http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598262_eng.pdf

1.23 Nombre de circoncisions pratiquées

Nombre de circoncisions masculines ayant été pratiquées selon les normes nationales au cours des 12 derniers mois

Objet

Il évalue les progrès réalisés pour diffuser les services pratiquant 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 à VIH lors de rapports hétérosexuels. Trois essais, réalisés sous contrôle et de manière aléatoire, ont montré que la circoncision masculine pratiquée par des professionnels de la santé formés et réalisée 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 insistent sur le fait qu'on devrait considérer la circoncision masculine comme une intervention efficace pour prévenir la diffusion du VIH dans les pays et les régions ayant des épidémies hétérosexuelles, une prévalence élevée du VIH et un nombre faible de circoncisions masculines.

Numérateur :	Nombre d'hommes ayant été circoncis selon les normes nationales au cours des 12 derniers mois
Dénominateur :	Non applicable
Méthode d'évaluation :	Registres des établissements de santé et formulaires de notification
Fréquence de mesure :	Annuelle
Ventilation :	Par 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 ayant été pratiquées est un indice des changements 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 par statut VIH et par âge permet, grâce aux logiciels d'estimations, de déterminer l'impact des programmes consacrés à la circoncision masculine sur l'incidence du VIH. Si un pays s'est focalisé sur des groupes d'âge en particulier, 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 de financements peuvent être évalués. 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 l'attribution de financements.

Certains programmes travailleront en étroite collaboration avec les services de conseils et de dépistage du VIH volontaires pour dispenser des dépistages du VIH. Il est probable qu'un patient ayant émis le souhait d'être circoncis ait récemment été dépisté ; le cas échéant, il ne serait pas nécessaire de pratiquer un test du VIH sur place. Dans ce cas, une feuille indiquant des « résultats vérifiés » pourra être demandée par l'établissement afin de vérifier l'état sérologique vis-à-vis du 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 à VIH mais de dépister les hommes en quête de soins et d'identifier les hommes séropositif 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 sur la circoncision masculine, consulter le document *A guide to indicators for male circumcision programmes in the formal health care system*, WHO, UNAIDS, 2009 (en anglais) à l'adresse http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598262_eng.pdf

PARTIE 2

GUIDE SUR LES INDICATEURS POUR LE SUIVI ET LE BILAN DE LA RIPOSTE DU SECTEUR DE LA SANTÉ AU VIH/SIDA

Acronymes

ARV	Antirétroviraux (médicaments)
CDI	Consommateurs/trices de drogues injectables
CTX	Cotrimoxazole
GARPR	Rapport d'Activité sur la Riposte au SIDA dans le Monde 2012
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
IST	Infections sexuellement transmises
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des nations unies
ONUDC	Office des nations unies contre la drogue et le crime
ONUSIDA	Programme commun des nations unies sur le VIH/SIDA
PCR	Polymerase Chain Reaction
PEPFAR	U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief
PPE	Prophylaxie post exposition
PS	Professionnel(le)s du sexe
PTME	Prévention de la transmission mère enfant
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
TAR	Thérapie antirétrovirale
TB	Tuberculose
TME	Transmission mère enfant
UNGASS	UNGASS (<i>Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le sida</i>)
UNICEF	UNICEF – Fonds des Nations unies pour l'enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION	121
Introduction	121
Descriptions des indicateurs dans ce guide	122
Appui Technique et Personne Contact pour Questions	123
Remerciements	123
II. DESCRIPTIONS DES INDICATEURS	124
Liste des indicateurs	124
Objectif 1. Réduire de 50 pour cent la transmission sexuelle du VIH à l'horizon 2015	128
<i>Dépistage et Conseil</i>	
1.16 Dépistage du VIH et Conseil parmi les femmes et les hommes âgés de 15 ans et plus	128
<i>Infections sexuellement transmises (IST)</i>	
1.17 Infections sexuellement transmises (IST)	130
Objectif 2. Réduire de 50 pour cent la transmission du VIH parmi les personnes qui consomment des drogues par injection à l'horizon 2015	141
2.6 Personnes bénéficiant de traitement de substitution aux opiacés	141
2.7 Nombre de sites ciblés où des programmes d'aiguilles et de seringues sont menés	141
Objectif 3. Éliminer la transmission mère-enfant du VIH et réduire fortement les décès maternels liés au sida à l'horizon 2015	143
3.4 Pourcentage de femmes enceintes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH et qui ont reçu les résultats - au cours de leur grossesse, durant le travail et l'accouchement, et pendant la période post-partum (≤ 72 heures) - y compris celles dont le statut sérologique vis-à-vis du VIH était déjà connu	143
3.5 Pourcentage de femmes enceintes consultant dans les services de soins prénatals, dont le partenaire masculin a été dépisté pour le VIH	146
3.6 Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH dont l'éligibilité à l'accès au traitement antirétroviral a été évaluée selon les critères cliniques ou immunologiques (numération des CD4)	147
3.7 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	150

3.8 Nourrissons nés de femmes séropositives au VIH, recevant des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du VIH durant la période de l'allaitement au sein	152
3.9 Pourcentage de nourrissons nés de femmes séropositives au VIH et ayant débuté une prophylaxie par cotrimoxazole (CTX) dans les deux mois suivant leur naissance	155
3.10 Distribution des pratiques d'alimentation à l'âge de 3 mois (allaitement au sein exclusif, de substitution, mixte/autre) pour les enfants nés de femmes séropositives au VIH, à la visite DTC3	157
3.11 Nombre de femmes enceintes qui ont consulté dans les dispensaires de services de soins prénatals au moins une fois durant la période couverte par les données	160
Objectif 4. Permettre à 15 millions de personnes d'accéder à un traitement antirétroviral à l'horizon 2015	161
4.1 Traitement contre le VIH : Thérapie antirétrovirale	161
4.2b Traitement contre le VIH : Rétention à 24 mois	162
4.2c Traitement contre le VIH : Rétention à 60 mois	162
4.3 Établissements de santé qui dispensent des traitements antirétroviraux	164
4.4 Ruptures de stocks d'antirétroviraux	167
4.5 Late diagnosis	169
4.6 HIV care	169
Number of adults newly enrolled in pre-antiretroviral therapy (pre-ART) during the reporting period (2012)	169
Number of adults newly enrolled in HIV care (pre-ART or ART) during the reporting period (2012)	171
Objectif 5. Réduire de 50 pour cent le nombre de décès liés à la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH à l'horizon 2015	173
5.2 Nombre d'établissements de santé (dispensant des traitements antirétroviraux) qui respectent des pratiques attestées de lutte contre l'infection, notamment de lutte antituberculeuse	173
5.3 Pourcentage d'adultes et d'enfants récemment pris en charge dans les services de soins pour l'infection par le VIH et ayant débuté une thérapie contre la tuberculose latente (thérapie préventive par isoniazide)	174
5.4 Pourcentage d'adultes et d'enfants bénéficiant d'une prise en charge du VIH, dépistés pour la tuberculose à leur dernière visite	176
Policy questions, relevant questions for all 10 targets	178
P.1b WHO Policy Questions	178

I. Introduction

À mesure que les pays étendent leurs programmes de lutte contre le VIH/sida vers un Accès Universel à la prévention, au traitement, au soin et aux services d'appui¹, la collecte d'information stratégique sur l'épidémie et sur les ripostes nationales au VIH/sida, en vue de documenter ces politiques et ces programmes, d'améliorer l'efficacité des interventions et de promouvoir la transparence prend une importance croissante.

Au plan international, l'OMS s'est engagée depuis la 59^{ème} Assemblée Générale sur la Santé en 2006 à évaluer annuellement les progrès mondiaux de la riposte du secteur de la santé et à en rendre compte, à travers ceux des pays, vers un Accès Universel à la prévention, au traitement, au soin et aux services d'appui². Avec l'UNICEF et le Secrétariat de l'ONUSIDA, l'OMS met en œuvre une harmonisation du suivi et du bilan mondial de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida, vers un Accès Universel. Cet effort commun des partenaires onusiens vise à harmoniser la collecte des données et à alléger la charge que représente pour les pays la transmission de ces données.

Afin de collecter les données des pays, les trois agences ont développé un Formulaire de Rapport en ligne. Ce Formulaire d'Outil de saisie de données et les directives concernant les indicateurs pour la riposte mondiale du secteur santé au VIH/SIDA, sont disponibles sur www.unaids.org/fr/dataanalysis/monitoringcountryprogress/rapportmondiald'avancementsurlaluttecontrelesida/

Le présent guide compile les descriptions détaillées des indicateurs additionnels pour le secteur de la santé qui ne sont pas décrits dans le « Rapport d'Activité sur la Riposte au SIDA dans le Monde 2012 Directives » de l'ONUSIDA. En complément d'autres informations, il doit également être utilisé pour le suivi et l'évaluation de la riposte du secteur de la santé au niveau national, afin d'en mesurer les progrès. En résumé :

- **Rapport mondial** : ce guide est complémentaire des « Directives de Rapport d'Activités sur la Riposte au SIDA dans le Monde 2012 » et « Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011 » publiées par l'ONUSIDA. Le processus général de l'établissement du rapport, recommandé pour chaque pays, est détaillé dans les directives pour le rapport mondial.³ Le guide présent vise à appuyer et faciliter la collecte des données grâce au « Formulaire Commun de Rapport en ligne » Distribué dans tous les pays, le formulaire de collecte des données est l'outil principal de production du rapport mondial annuel sur les progrès du secteur de la santé vers un Accès Universel à la prévention, au soin, et au traitement du VIH/sida.
- **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 de leurs propres objectifs chiffrés nationaux. Ils peuvent également ajouter ou retirer certains indicateurs en fonction de l'importance des domaines d'interventions pour l'épidémie dans le pays.

¹ Assemblée Générale des Nations Unies. Déclaration Politique sur le VIH/SIDA. New York, Nations Unies, 2006.

² VIH/sida. Contribution de l'OMS à l'Accès Universel à la prévention, au traitement et au soin du VIH/sida : rapport du Secrétariat. Genève, OMS, 2006.

³ http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/JC2215_Global%20AIDS%20Response%20Progress%20Reporting_fr.pdf

Descriptions des indicateurs dans ce guide

Les descriptions des indicateurs sont présentées selon le format suivant :

Le numéro de l'indicateur est celui qui figure dans le Formulaire de Rapport sur les progrès vers un Accès Universel

X. TITRE DE L'INDICATEUR	
Justification	Pourquoi cet indicateur est important
Que mesure l'indicateur	Ce que l'indicateur mesure
Numérateur	Définition du numérateur
Dénominateur	Définition du dénominateur (les sources d'information doivent être spécifiées : pour certains indicateurs, seules des estimations sont possibles et/ ou requises)
Comment mesurer et instruments de mesure	Éléments inclus dans le numérateur et dans le dénominateur Méthode de mesure Instruments de mesure
Ventilation	Ventilation (désagrégation) recommandée Même si non incluse dans le Formulaire de Rapport, la collecte des ventilations (désagrégation) est recommandée pour le suivi et le rapport national quand cela se justifie
Forces et faiblesses	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 qualité des données et informations pour remplir le Formulaire de Rapport	Informations complémentaires sur les éléments à prendre en compte en remplissant le Formulaire de Rapport. Comprennent des éléments de : <ul style="list-style-type: none"> • <i>Doublon</i> : Éléments à prendre en compte pour évaluer un éventuel doublon • <i>Représentativité nationale</i> : Éléments à prendre en compte pour évaluer la représentativité nationale de la valeur saisie. • <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 révisées pour évaluer la validité de l'indicateur
Autres références	Références en rapport avec l'indicateur, par exemple: <i>UNGASS</i> : indicateurs UNGASS exigés pour le Rapport UNGASS 2008 <i>PTME</i> : indicateur du guide réactualisé sur le suivi et l'évaluation de la PTME au VIH. Un guide pour les programmes nationaux (2011) <i>VIH/TB</i> : indicateurs dans le guide mis à jour de suivi et d'évaluation pour une collaboration dans les activités de suivi et d'évaluation pour TB/VIH (2009) <i>CDI</i> : Guide Technique pour les pays pour établir les cibles d'Accès Universel à la prévention du VIH, traitement et soins pour les Consommateurs/trices de drogues injectables (2009)

Appui Technique et Personne Contact pour Questions

L'OMS, l'UNICEF et le Secrétariat de l'ONUSIDA s'engagent à appuyer le processus d'amélioration des systèmes d'information stratégique des pays, qui comprend - sans pour autant se limiter à - une révision des systèmes de suivi et d'évaluation du secteur de la santé ; de la qualité et de la validation des données ; de l'évaluation de l'impact ; de la surveillance ; de la recherche opérationnelle ; et de la formation à des aspects divers de l'information stratégique.

N'hésitez pas à nous contacter à hivstrategicinfo@who.int pour nous faire part de vos questions, demandes, suggestions ou commentaires.

Veuillez nous faire part de vos commentaires et de vos suggestions en vue de l'amélioration de ce guide en contactant : beusenbergm@who.int

Remerciements

Nous adressons nos plus vifs remerciements aux équipes des Ministères qui dans les pays collectent, valident et communiquent chaque année ces informations.

Nous remercions le personnel de l'OMS, de l'UNICEF et du Secrétariat de l'ONUSIDA qui, aux niveaux nationaux et régionaux, facilitent la transmission des données et la production des rapports.

Nous apprécions la contribution de MACRO-DHS qui nous a fourni les derniers résultats disponibles de l'enquête DHS (Enquête Démographique et de Santé).

Nous apprécions l'appui, pour une partie de la traduction en français de ce document, de Philippe Gaillard, David Chomentowski, Alain Volny-Anne.

II. DESCRIPTIONS DES INDICATEURS

Le tableau ci-dessous donne un aperçu des indicateurs décrits dans les directives 2013 pour le « *Rapport d'Activité sur la Riposte au SIDA dans le Monde 2012* » (GARPR), et de ceux qui sont décrits dans ce guide pour le Rapport 2012 sur le suivi du secteur de la santé vers l'Accès Universel (AU 2013).

GARPR	AU 2013	
		Objectif 1. Réduire de 50 pour cent la transmission sexuelle du VIH à l'horizon 2015
		<i>Indicateurs pour la population générale</i>
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
		<i>Indicateurs pour les professionnel(le)s du sexe</i>
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
		<i>Indicateurs pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH)</i>
x		1.11 HSH : Programmes de prévention
x	x	1.12 HSH : Usage du préservatif
x	x	1.13 HSH : Dépistage du VIH
x	x	1.14 HSH : Prévalence du VIH
		<i>Dépistage et Conseil</i>
	x	1.15 Établissements de santé où le dépistage du VIH et les services de conseil sont disponibles
	x	1.16 Dépistage du VIH parmi les 15 ans et plus (à partir des comptes rendus des programmes)
		<i>Infections sexuellement transmises</i>
	x	1.17 Infections sexuellement transmises (IST)
		Pourcentage de femmes ayant consulté dans les services de soins prénatals et ayant bénéficié d'un dépistage de la syphilis à la première consultation
		Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals, séropositives à la syphilis
		Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals, séropositives à la syphilis et qui ont reçu un traitement
		Pourcentage de professionne(le)s du sexe qui sont affecté(e)s par la syphilis active
		Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et qui sont affectés par la syphilis active

		Number of adults reported with syphilis (primary/secondary and latent) during the reporting period (to be field tested in PAHO and EMRO)
		Number of reported congenital syphilis cases (live births and stillbirth) during the reporting period (to be field tested in PAHO and EMRO)
		Number of men reported with gonorrhoea during the reporting period (to be field tested in PAHO and EMRO)
		Number of men reported with urethral discharge during the reporting period (to be field tested in PAHO and EMRO)
		Number of adults reported with genital ulcer disease during the reporting period (to be field tested in PAHO and EMRO)STI
		Male Circumcision
X	X	1.22 Male circumcision, prevalence
X	X	1.23 Number of men circumcised last year
		Objectif 2. Réduire de 50 pour cent la transmission du VIH parmi les personnes qui consomment des drogues par injection à l'horizon 2015
X	X	2.1 Personnes qui consomment des drogues par injection : Programmes de prévention
		Nombre estimé de consommateurs de drogues par injection (dénominateur)
X	X	2.2 Personnes qui consomment des drogues par injection : Usage du préservatif
X	X	2.3 Personnes qui consomment des drogues par injection : Pratiques d'injection sans risques
X	X	2.4 Personnes qui consomment des drogues par injection : Dépistage du VIH
X	X	2.5 Personnes qui consomment des drogues par injection : Prévalence du VIH
	X	2.6 Personnes bénéficiant de traitement de substitution aux opiacés
	X	2.7 Nombre de sites ciblés où des programmes d'aiguilles et de seringues sont menés
		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 du nourrisson
X		3.3 Taux de transmission Mère-Enfant (modélisé)
	X	3.4 Femmes enceintes qui connaissent leur statut sérologique vis-à-vis du VIH
	X	3.5 Pourcentage de femmes enceintes consultant dans les services de soins prénatals, dont le partenaire masculin a été dépisté pour le VIH au cours des 12 derniers mois
	X	3.6 Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH dont l'éligibilité à l'accès au traitement antirétroviral a été évaluée selon les critères cliniques ou immunologiques (numération des CD4)
	X	3.7 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
	X	3.8 Nourrissons nés de femmes séropositives au VIH, recevant des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du VIH durant la période d'allaitement au sein
	X	3.9 Pourcentage de nourrissons nés de femmes séropositives au VIH et ayant débuté une prophylaxie par cotrimoxazole (CTX) dans les deux mois suivant leur naissance

	x	3.10 Distribution des pratiques d'alimentation à l'âge de 3 mois (allaitement au sein exclusif, de substitution, mixte/autre) pour les enfants nés de femmes séropositives au VIH, à la visite DTC3
	x	3.11 Nombre de femmes enceintes qui ont consulté dans les dispensaires de services de soins prénatals au moins une fois durant la période couverte par les données
	x	3.13 <i>EURO-specific PMTCT Indicator (pregnant women who inject drugs)</i>
		Objectif 4. Permettre à 15 millions de personnes d'accéder à un traitement antirétroviral à l'horizon 2015
x	x	4.1 Traitement contre le VIH : Thérapie antirétrovirale
x	x	Pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles, recevant actuellement un traitement antirétroviral
	x	Nombre d'adultes et d'enfants éligibles, ayant débuté un traitement antirétroviral durant la période couverte par les données (en 2010)
x	x	Pourcentage d'enfants séropositifs au VIH, âgés de 0 à 14 ans, recevant actuellement un traitement antirétroviral
x	x	4.2a Traitement contre le VIH : Rétention à 12 mois
	x	4.2b Traitement contre le VIH : Rétention à 24 mois
	x	4.2c Traitement contre le : Rétention à 60 mois
	x	4.3 Établissements de santé qui dispensent des traitements antirétroviraux
	x	4.4 Ruptures de stocks d'antirétroviraux
		4.5 <i>Late HIV diagnoses (EURO and PAHO only)</i>
	x	4.6 Soins pour l'infection par le VIH
		Objectif 5. Réduire de 50 pour cent le nombre de décès liés à la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH à l'horizon 2015
x	x	5.1 Prise en charge commune du traitement contre la tuberculose et du traitement contre le VIH
	x	5.2 Établissements de santé (dispensant des traitements antirétroviraux) qui respectent des pratiques attestées de lutte contre l'infection, notamment de lutte antituberculeuse (qui soient conformes aux recommandations internationales)
	x	5.3 Pourcentage d'adultes et d'enfants récemment pris en charge dans les services de soins pour l'infection par le VIH et ayant débuté une thérapie contre la tuberculose latente (thérapie préventive par isoniazide)
	x	5.4 Pourcentage d'adultes et d'enfants bénéficiant d'une prise en charge du VIH, dépistés pour la tuberculose à leur dernière visite
		Objectif 6. Atteindre un niveau important de dépenses annuelles mondiales (entre 22 et 24 milliards de dollars américains) 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
		Target 7. Eliminating gender inequalities
		7.1 Prévalence de la violence des partenaires intimes récents

	Target 8. Eliminating stigma and discrimination
	Indicator development, Stigma indicator for general population planned to be ready for 2014 reporting
	Target 9 Eliminate Travel restrictions
	Travel restriction data collected by Human Rights and Law Division at UNAIDS HQ, no data collected needed
	Objectif 10. Aides indispensables et synergies avec les secteurs du développement
	10.1 Assiduité des orphelins à l'école
x	10.2 Soutien économique externe pour les foyers les plus pauvres
	Policy Questions
	P.1 Special 2013 GARPR questionnaire
	P.1b WHO policy questions (old 7.1b)

La définition d'un **établissement de santé** est une question posée fréquemment. Pour répondre aux objectifs de ce processus de production de rapport, nous excluons les établissements de santé qui dispensent des soins spécialisés, en dehors de tout rapport avec le VIH (par ex. un centre de soins ophtalmologiques). En cas de difficultés pour établir quels établissements de santé doivent être comptabilisés en remplissant ce formulaire, veuillez nous faire part de vos commentaires en les notant dans la section qui leur est consacrée (Commentaires) ou par courrier électronique.

Objectif 1. Réduire de 50 pour cent la transmission sexuelle du VIH à l'horizon 2015
Dépistage et Conseil

1.16 Nombre de femmes et d'hommes de 15 ans et plus ayant bénéficié d'un dépistage du VIH et de conseil au cours des 12 derniers mois, et qui connaissent le résultat du dépistage	
Justification	La connaissance du statut sérologique vis-à-vis du VIH est critique pour l'accès au traitement, au soin, aux services d'appui et à la prévention du VIH. Il existe différents modèles de dispensation des services de dépistage et de conseil, tels que ceux du dépistage et du conseil à l'initiative de l'utilisateur et du dépistage et du conseil à l'initiative des prestataires de soins. Cependant, concernant le dépistage et le conseil, l'élément le plus important est que ceux qui bénéficient du dépistage reçoivent des conseils appropriés et connaissent le résultat du dépistage.
Que mesure l'indicateur	Nombre de personnes âgées de 15 ans et plus ayant bénéficié d'un dépistage du VIH et de conseil au cours des 12 derniers mois, quelle que soit la méthode utilisée et le contexte (excluant le dépistage et conseil obligatoires), au cours des 12 derniers mois et qui connaissent leurs résultats. (Note : Bien que non requis pour cet indicateur, le dénominateur peut être estimé en utilisant la population générale comme dénominateur dans les épidémies généralisées, et les populations les plus à risque et autres groupes pour les épidémies de faible ampleur et concentrées) Progrès des programmes en matière de dépistage et de services de conseil. L'observation du nombre de personnes qui bénéficient du dépistage et du conseil et connaissent leur statut sérologique permet d'obtenir des indications sur la sensibilisation au dépistage et aux services de conseil dans le pays.
Comment mesurer et instruments de mesure	Les statistiques des programmes, compilées à partir des rapports de routine sur le nombre de personnes ayant bénéficié du dépistage et qui en connaissent le résultat, provenant de tous les sites où ces services sont disponibles , (centres de dépistage et de conseil à l'initiative de l'utilisateur, les centres de soins, les hôpitaux et les ONG de proximité etc. – mais excluant le dépistage et le conseil obligatoires), qui sont souvent agrégées au niveau des districts et, par la suite, au niveau national. Cet indicateur n'est pas mesuré à travers les enquêtes en population.
Ventilation	Sexe : masculin, féminin, grossesse Statut sérologique : VIH positif, VIH négatif <i>Si possible :</i> Âge : 15-19, 20-24, 25 + Dépistage : Nouveau dépistage, dépistage répété
Forces et faiblesses	Cet indicateur permet de comparer les tendances pour la quantité de services de dépistage et de conseil fournis et pour l'extension de ces services dans le temps. Cet indicateur peut fournir des informations sur le nombre de fois où des services de dépistage et de conseil ont été délivrés, et pas forcément le nombre de personnes qui en ont bénéficié, à moins que les pays aient mis en place un mécanisme permettant d'éviter un doublon des personnes qui y ont recours plusieurs fois. L'indicateur ne permet pas de savoir si les personnes qui ont bénéficié du dépistage ont été réorientées vers d'autres services de manière appropriée, et si elles ont bénéficié de la connaissance de leur statut sérologique dans leur suivi par ces services.

Utilisation des données	Afin de revoir le nombre de tests de dépistage pratiqués dans le pays, on peut comparer aux années passées pour voir les tendances tout en considérant le pourcentage de la population qui peut avoir été testée récemment. Il peut être utile d'étudier les différents modèles de dispensation du dépistage, par exemple, l'augmentation possible du nombre de tests pratiqués pendant des 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 les communautés.
Autres facteurs à prendre en compte pour les pays	Dans certains pays, une proportion significative de services de dépistage et de conseil sont dispensés par des organisations à assise communautaire ou des organisations non déclarées qui pourraient souvent ne pas être incluses dans les statistiques nationales. Ces organisations sont encouragées à déclarer leurs activités auprès de leurs autorités nationales afin que toutes les données sur le dépistage et le conseil puissent être reflétées dans les statistiques nationales.
Contrôle de qualité des données et informations pour remplir le Formulaire de Rapport	<ul style="list-style-type: none"> • Doublon : les pays devront estimer l'étendue de la proportion de personnes qui ont recours au dépistage à plusieurs reprises, afin de déterminer le nombre véritable de personnes ayant bénéficié du dépistage au cours de la période couverte par les données. Si le pays a mis en place un mécanisme d'évaluations approfondies (ex. le nombre de personnes ayant recours au dépistage à plusieurs reprises), nous recommandons de l'utiliser et d'indiquer comment cela a été réalisé. Autrement, merci de rapporter le nombre total de tests de dépistage. • Représentativité nationale : veuillez assurer que les informations provenant d'établissements non-gouvernementaux sont également disponibles au niveau central. Si des informations significatives sont manquantes, veuillez nous en faire part en l'indiquant dans la section <i>Commentaires</i>. • Questions en rapport avec le dénominateur : <i>bien que non requise pour répondre à l'objectif de cet indicateur, la validité du numérateur pourra être utilisée par comparaison avec la population générale comme dénominateur pour les pays à épidémie généralisée, et la taille des populations les plus à risque et d'autres groupes pour les épidémies de faible ampleur ou concentrées.</i> • Options de triangulation : dans les contextes d'épidémie généralisée, les données provenant des enquêtes en population ayant documenté le nombre (et calculé le pourcentage) de personnes qui ont bénéficié du dépistage peuvent être comparées à cet indicateur. • Résultats des tests de dépistage : dans la section consacrée aux commentaires, veuillez communiquer les données par statut sérologique (<u>nombre de VIH +, VIH -</u>) si elles sont disponibles.

Infections sexuellement transmises (IST)

1.17 IST : Pourcentage de femmes ayant consulté dans les services dispensant des soins prénatals et ayant bénéficié d'un dépistage de la syphilis à la première consultation

Justification	Le dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes est essentiel à la fois pour leur santé et la santé du fœtus, et aussi pour la surveillance de deuxième génération.
Ce que mesure l'indicateur	Couverture du dépistage précoce de la syphilis pour les femmes qui consultent dans les services de soins prénatals
Numérateur	Nombre de femmes ayant consulté dans les services des soins prénatals et ayant bénéficié d'un dépistage de la syphilis à la première consultation
Dénominateur	Nombre de femmes ayant consulté pour la première fois dans les services de soins prénatals
Méthodes et outils de mesure	<p>Comment mesurer : toutes les femmes enceintes devraient bénéficier d'un dépistage ("screening") de la syphilis à leur première visite prénatale. Les pays qui ne peuvent distinguer la première visite des suivantes peuvent quand même rapporter les données pour cet indicateur, mais devraient clairement signaler cette impossibilité de distinction en le faisant. Cet indicateur doit être mesuré annuellement.</p> <p>Ce dépistage pourra être effectué par un test qui mesure les anticorps réaginniques (VDRL ou RPR) ou un autre qui mesure les anticorps tréponémiques (par ex. TPHA , TPPA, épreuve immuno-enzymatique ou différents tests rapides disponibles), ou idéalement une combinaison des deux. Pour cet indicateur, le seul fait d'être testé, quel que soit le test utilisé, est suffisant. Veuillez indiquer quel type de test est généralement utilisé dans votre pays dans la section <i>Commentaires</i>.</p> <p>Instruments de mesure : Dans l'idéal, les comptes-rendus des programmes nationaux agrégés à partir des données des établissements de santé doivent être utilisés. Cependant si les données du programme national ne sont pas disponibles, celles de la surveillance sentinelle ou des études spéciales peuvent être rapportées si l'on considère qu'elles sont représentatives de la situation nationale. Veuillez spécifier la source et la couverture de vos données (par ex., données du programme national dans l'ensemble des 12 provinces) dans la section <i>Commentaires</i>.</p>
Ventilation	Non demandée
Autres facteurs à prendre en compte	<ul style="list-style-type: none"> • Certains pays pourraient également souhaiter obtenir des données sur la semaine de grossesse au cours de laquelle chaque femme enceinte subit un dépistage. La prévention de la syphilis congénitale exige un dépistage précoce par rapport à la grossesse, la mort du bébé avant sa naissance pouvant se produire au deuxième trimestre de grossesse. Des informations montrant que les femmes bénéficient du dépistage tard dans leur grossesse indiqueront que soit elles n'accèdent pas suffisamment tôt aux services de soins prénatals, soit le test n'est pas pratiqué assez précocement au cours de la grossesse. • Les programmes qui assurent le dépistage de la syphilis et ceux qui assurent le dépistage du VIH dans cette même population doivent collaborer ensemble pour améliorer l'efficacité de leurs activités respectives.
Utilisation des données	<p>Mondial : examiner les tendances dans le temps pour évaluer les progrès envers les niveaux cibles de couverture de dépistage. La connaissance des politiques et pratiques de dépistage devraient contribuer à l'interprétation des tendances dans la couverture.</p> <p>Local : Les données peuvent identifier les services de soins qui ne mettent pas</p>

	pleinement en œuvre la politique nationale.
Contrôle de qualité des données et informations pour remplir le Formulaire de Rapport	Si les données que vous fournissez sont des données de routine du programme, et si l'on considère qu'elles sont représentatives de l'ensemble du pays, veuillez commenter.
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 IST : Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services dispensant des soins prénatals et qui sont séropositives à la syphilis

Justification	Le diagnostic d'infection par la syphilis chez les femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals peut être utilisé pour fournir des informations utiles afin d'évaluer les besoins des programmes de prévention des IST, et peut donner une alerte précoce 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 dont la sérologie pour la syphilis est positive.
Numérateur	Nombre de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et pour qui le dépistage de la syphilis est positif.
Dénominateur	Nombre de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals ayant bénéficié d'un dépistage de la syphilis.
Méthodes et outils de mesure	<p>Comment mesurer : la mesure de la positivité pour la syphilis peut se faire soit en utilisant des tests non-tréponémiques (par ex. VDRL ou RPR), des tests tréponémiques (par ex. TPHA, TPPA, épreuve immuno-enzymatique ou différents tests rapides disponibles), ou idéalement une combinaison des deux. Un test non-tréponémique réactif, particulièrement si le titre est > 1:8, 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 (permettant de mesurer la séropositivité), il est acceptable de rapporter la positivité basée sur un seul résultat de test. Si l'on dispose pour un patient à la fois des résultats d'un test tréponémique et des résultats d'un test non-tréponémique, la positivité pour la syphilis doit alors être définie comme un résultat positif à l'un des deux tests.</p> <p>L'utilisation de tests tréponémiques rapides a permis de réaliser le dépistage de la syphilis dans des environnements où l'on ne dispose d'aucune capacité de laboratoire, ce qui a permis d'accroître fortement le nombre de femmes pouvant bénéficier d'un dépistage et d'un traitement de la syphilis au cours de la grossesse.</p> <p>Les données doivent être collectées tous les ans.</p> <p>Instruments de mesure : comptes-rendus des programmes nationaux agrégés à partir des données des établissements de santé, de surveillance sentinelle, ou d'enquêtes spéciales utilisant des tests de dépistage de la syphilis basés sur la détection d'anticorps réaginique 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</p>

	ont consulté dans les services des soins prénatals dans deux des dix provinces).
Ventilation	Groupes d'âge : Nombre total, 15-19 ans, 20-24 ans
Forces et faiblesses	<p>Points forts : dans la plupart des pays, les données sur la positivité de la syphilis chez les femmes enceintes sont disponibles à partir des rapports de routine des systèmes de santé.</p> <p>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 ex. proportion de tests tréponémiques et de tests non-tréponémiques utilisés pour le dépistage).</p>
Autres facteurs à prendre en compte	<p>Dans la mesure où la plupart des systèmes de données au sein d'un pays n'utilisent pas d'identifiants uniques et qu'un test peut être réalisé à plusieurs reprises chez une femme au cours de la grossesse, ces données témoignent plutôt de la positivité pour la syphilis que de la véritable prévalence ou incidence.</p> <p>Comme la plupart des pays auront des données obtenues par la réalisation de différents types de test, une sous-analyse (avec ventilation) chez les femmes âgées de 15 à 24 ans peut permettre d'accroître la probabilité que la positivité des tests reflète une infection récente.</p>
Utilisation des données	<p>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. Pour identifier les zones ayant le plus besoin d'un ensemble d'interventions de prévention de la syphilis congénitale.</p> <p>Niveau local : pour suivre les tendances dans le temps et évaluer les changements de la charge que représente la maladie et des besoins en programmes de prévention des IST.</p> <p>Tous les niveaux : comparer les données sur les tendances de la syphilis et du VIH pour identifier des signes d'alerte précoce d'une augmentation du risque de transmission du VIH.</p>
Contrôle de qualité des données et informations pour remplir le Formulaire de Rapport	Veillez préciser si les données que vous fournissez sont des données de routine des programmes, si elles sont représentatives de la situation dans tout le pays, et quel type de test a été utilisé pour déterminer la positivité.
Autres références	<p>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 indicateurs apparentés (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242596830_fre.pdf)</p> <p>L'élimination mondiale de la syphilis congénitale :raison d'être et stratégie (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242595857_fre.pdf)</p>

1.17 IST : Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services dispensant des soins prénatals, séropositives à la syphilis et qui ont reçu un traitement

Justification	Le traitement des femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et séropositives à la syphilis est une mesure directe de l'efficacité des actions 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 de temps donnée, dont la sérologie pour la syphilis est positive et qui ont été traitées de façon appropriée.
Numérateur	Nombre de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals, pour qui le dépistage de la syphilis est positif, et qui ont reçu au moins une dose de benzathine benzylpénicilline de 2,4 millions d'unités IM.
Dénominateur	Nombre de femmes qui ont consulté dans les services dispensant des soins prénatals et pour qui le dépistage de la syphilis est positif.
Méthodes et outils de mesure	Comment mesurer : les données doivent être collectées tous les ans. La séropositivité soit à un test tréponémique, soit à un test non-tréponémique, est suffisante pour être considérée comme « positif(ve) » pour cet indicateur. Instruments de mesure : Idéalement, les comptes-rendus des programmes nationaux, agrégés à partir des données des établissements, doivent être utilisés. Cependant si les données du programme national ne sont pas disponibles, celles de la surveillance sentinelle ou des études spéciales peuvent être rapportées si l'on considère qu'elles sont représentatives de la situation nationale. Veuillez spécifier la source et la couverture de vos données (par ex., données du programme national dans l'ensemble des 12 provinces) dans la section <i>Commentaires</i> .
Ventilation	Aucune.
Forces et faiblesses	Points forts : les données sur le traitement de la syphilis chez les femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals sont surveillées en routine 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	<ul style="list-style-type: none"> • Pour répondre à l'objectif de cet indicateur, un document prouvant l'administration d'une dose unique de pénicilline est suffisant. Le traitement d'une femme enceinte séropositive à la syphilis par une injection unique de 2,4 millions d'unités de benzathine benzylpénicilline avant 24 semaines d'âge gestationnel est suffisant pour prévenir la transmission de la syphilis de la mère à l'enfant. Trois injections administrées à une semaine d'intervalle sont cependant nécessaires pour traiter une syphilis latente et prévenir une syphilis tertiaire chez la mère.
Utilisation des données	Niveau mondial, régional et local : pour estimer l'efficacité du programme pour réduire la morbidité et la mortalité périnatales associées à la syphilis. Niveau local : pour identifier les champs nécessitant une assistance pour que le programme soit appliqué ou pour obtenir des ressources supplémentaires. 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 qualité des données et informations pour remplir le Formulaire de Rapport	Si les données que vous fournissez ne couvrent pas l'ensemble du pays, veuillez donner des explications supplémentaires.

Autres références	<p>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 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242596830_fre.pdf)</p> <p>L'élimination mondiale de la syphilis congénitale : raison d'être et stratégie (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242595857_fre.pdf)</p>
-------------------	---

1.17 IST : Pourcentage de professionne(le)s du sexe qui sont affecté(e)s par la syphilis active	
Justification	Le dépistage de la syphilis chez les professionnel(le)s du sexe est essentiel à la fois pour leur santé et les objectifs de surveillance de deuxième génération.
Ce que mesure l'indicateur	Les progrès de la réduction des comportements sexuels à risque élevé, et les interventions de contrôle de la syphilis.
Numérateur	Nombre de professionnel(le)s qui ont testé positif pour la syphilis
Dénominateur	Nombre de professionnel(le)s du sexe ayant bénéficié d'un dépistage de la syphilis
Méthodes et outils de mesure	<p>Instruments de mesure : Surveillance sentinelle ou enquêtes spéciales (ex. enquêtes de surveillance biologique et comportementale - IBBSS), utilisant des tests basés sur la détection des anticorps réaginniques ET tréponémiques.</p> <p>Comment mesurer : l'approche la plus courante pour déterminer la séroprévalence consiste à pratiquer un screening avec un test qui mesure les anticorps réaginniques (VDRL ou RPR) et, s'il se révèle positif, obtenir la confirmation de ce résultat avec un test qui mesure les anticorps tréponémiques (par ex. TPHA, TPPA, MHAPT, épreuve immuno-enzymatique ou test tréponémique rapide). De nouveaux tests tréponémiques rapides qui détectent l'antigène tréponémal et qui sont comparativement plus faciles à utiliser, devraient cependant encourager le recours au dépistage, couplés de façon idéale avec un test non-tréponémal qui détectent les anticorps réaginniques. Quelle que soit l'approche utilisée, l'indicateur proposé exige un résultat positif pour le test réaginnique et le test tréponémique à la fois pour suggérer une infection active. Il devrait être titré et supérieur ou égal à 1:8 pour confirmer la présence de la syphilis active.</p> <p>L'usage du seul test réaginnique, ou du seul test tréponémique, bien que très utile dans certaines situations, notamment des objectifs thérapeutiques, n'est pas suffisamment spécifique pour des objectifs de surveillance de professionnels du sexe. L'obligation d'avoir à la fois un test positif non tréponémique et un test tréponémal positif parmi les professionnel(le)s du sexe diffère de l'indicateur d'Accès Universel de syphilis parmi les consultantes de services de soins prénatals car les professionnel(le)s du sexe ont une probabilité plus élevée d'avoir une histoire précédente d'infection. Un test positif tréponémique mesure l'exposition à vie, tandis que le test non-tréponème est un meilleur indicateur de l'infection active.</p>
Ventilation	Si les données sont disponibles pour une ventilation par sexe ou par typologie rurale/urbaine, veuillez l'indiquer dans la section <i>Commentaires</i> .
Forces et faiblesses	<p>Points forts :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le dépistage effectué avec les deux tests améliore la spécificité des nombres rapportés de tests positifs. De plus, l'usage du dépistage effectué avec les deux tests pourrait contribuer à minimiser des changements artificiels des prévalences, conséquents à des changements dans les types de tests utilisés.

	<p>• Points faibles : Le dépistage effectué avec les deux tests augmente la difficulté à obtenir des données pour cet indicateur.</p>
Autres facteurs à prendre en compte	L'assurance et le contrôle de qualité devraient faire partie intégrante du dépistage de la syphilis pour assurer des résultats fiables.
Utilisation des données	Merci d'observer les tendances dans des groupes comparables sur le temps. Comparez-les avec des données sur les tendances de la syphilis et du VIH, si disponibles
Contrôle de qualité des données et informations pour remplir le Formulaire de Rapport	Il est important de ne PAS compter les dépistages multiples effectués sur un même patient. Par exemple, si une personne a bénéficié du dépistage à plusieurs reprises au cours des 12 mois, elle ne doit pas être comptabilisée plus d'une fois.

1.17 IST : Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et qui sont affectés par la syphilis active

Justification	Le dépistage de la syphilis chez les hommes (HSH) qui ont des rapports sexuels avec des hommes est essentiel à la fois pour leur santé et les besoins de la surveillance de deuxième génération.
Ce que mesure l'indicateur	Les progrès de la réduction des comportements sexuels à risque élevé, et les interventions de contrôle de la syphilis.
Numérateur	Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, pour lesquels le dépistage de la syphilis est positif
Dénominateur	Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et ayant bénéficié d'un dépistage de la syphilis
Méthodes et outils de mesure	<p>Instruments de mesure : Surveillance sentinelle ou enquêtes spéciales (ex. enquêtes de surveillance biologique et comportementale - IBBSS), utilisant des tests basés sur la détection des anticorps réaginique ET tréponémiques.</p> <p>Comment mesurer : l'approche la plus courante pour déterminer la séroprévalence consiste à pratiquer un screening avec un test qui mesure les anticorps réaginique (VDRL ou RPR) et, s'il se révèle positif, obtenir la confirmation de ce résultat avec un test qui mesure les anticorps tréponémiques (par ex. TPHA, TPPA, MHAPT, épreuve immuno-enzymatique ou test tréponémique rapide). De nouveaux tests tréponémiques rapides qui détectent l'antigène tréponémal et qui sont comparativement plus faciles à utiliser, devraient cependant encourager le recours au dépistage, couplés de façon idéale avec un test non-tréponémal qui détectent les anticorps réaginique. Quelle que soit l'approche utilisée, l'indicateur proposé exige un résultat positif pour le test réaginique et le test tréponémique à la fois pour suggérer une infection active. Il devrait être titré et supérieur ou égal à 1:8 pour confirmer la présence de la syphilis active.</p> <p>L'usage du seul test réaginique, ou du seul test tréponémique, bien que très utile dans certaines situations, notamment des objectifs thérapeutiques, n'est pas suffisamment spécifique pour des objectifs de surveillance de HSH. L'obligation d'avoir à la fois un test positif non tréponémal et un test tréponémal positif parmi les HSH diffère de l'indicateur d'Accès Universel de syphilis parmi les consultantes de services de soins prénatals car les HSH ont une probabilité plus élevée d'avoir une histoire précédente d'infection. Un test positif tréponémal mesure l'exposition à vie, tandis que le test non-tréponème est un meilleur indicateur de l'infection active.</p>
Ventilation	Aucune

Forces et faiblesses	<p>Points forts :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le dépistage effectué avec les deux tests améliore la spécificité des nombres rapportés de tests positifs. De plus, l'usage du dépistage effectué avec les deux tests pourrait contribuer à minimiser des changements artificiels des prévalences, conséquents à des changements dans les types de tests utilisés. <p>Points faibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le dépistage effectué avec les deux tests augmente la difficulté à obtenir des données pour cet indicateur.
Autres facteurs à prendre en compte	L'assurance et le contrôle de qualité devraient faire partie intégrante du dépistage de la syphilis pour assurer des résultats fiables.
Utilisation des données	Merci d'observer les tendances dans des groupes comparables sur le temps. Comparez-les avec des données sur les tendances de la syphilis et du VIH, si disponibles
Contrôle de qualité des données et informations pour remplir le Formulaire de Rapport	<ul style="list-style-type: none"> • Il est important de ne PAS compter les dépistages multiples effectués sur un même patient. Par exemple, si une personne a bénéficié du dépistage à plusieurs reprises au cours des 12 mois, elle ne doit pas être comptabilisée plus d'une fois.

Indicateurs pilotes pour les IST (pour les pays de la Région des Amériques et de la Région de la Méditerranée orientale uniquement)

1.17.6 IST : Nombre de cas de syphilis notifiés chez l'adulte (primaire/secondaire et latente /statut inconnu) 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 l'infection à VIH et la transmission du VIH. La surveillance de la syphilis primaire/secondaire contribue donc à la surveillance de deuxième génération du VIH en fournissant un moyen d'alerte rapide sur le potentiel épidémique du VIH par transmission sexuelle ainsi que sur les pratiques sexuelles à haut risque actuelles pour lesquelles des interventions programmatiques plus fermes pourraient être nécessaires afin de réduire les risques. De plus, la syphilis non traitée entraîne des mortinaissances et des maladies néonatales, et peut être débiliteuse voire mortelle chez l'adulte.
Ce que mesure l'indicateur	Progrès accomplis pour réduire les rapports sexuels non protégés dans la population générale.
Numérateur	Nombre de cas de syphilis notifiés chez l'adulte 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 outils de mesure	Systèmes d'information sanitaire courants
Ventilation	Sexe, syphilis primaire/secondaire et syphilis latente /statut inconnu : total, total pour les femmes, total pour les hommes, primaire/secondaire chez la femme, primaire/secondaire chez l'homme
Forces et faiblesses	Même si l'OMS a donné une définition mondiale du cas de syphilis, des définitions différentes peuvent être en pratiques utilisées selon les pays. De plus, les capacités de diagnostic peuvent être différentes selon les pays et en leur sein. Même s'il arrive que cet indicateur soit sous-notifié, 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.
Considérations supplémentaires	Il est important que les pays, lorsqu'ils font rapport sur la syphilis, indiquent dans quelle mesure les données sont jugées représentatives pour la population nationale.
Utilisation des données	Examen des tendances au fil du temps au sein de groupes comparables.
Contrôle de qualité des données et informations pour remplir le Formulaire de rapport	Indicateur recommandé pour les Stratégies et méthodes de laboratoire pour renforcer la surveillance des infections sexuellement transmissibles (2012)

1.17.7 IST : Nombre de cas de syphilis congénitale notifiés (naissances vivantes et mortinaissances) au cours des 12 derniers mois

Justification	Durant la grossesse, une infection syphilitique non traitée a pour effet d'accroître le risque de transmission et d'acquisition du VIH entre la mère et l'enfant, mais peut aussi entraîner des mortinaissances, des décès néonataux et des maladies congénitales (collectivement, 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 de ces interventions programmatiques.
Ce que mesure l'indicateur	Progrès accomplis dans l'élimination de la transmission mère-enfant de la syphilis.
Numérateur	Nombre de cas de syphilis congénitale notifiés (naissances vivantes et mortinaissances) au cours des 12 derniers mois
Dénominateur	Nombre de naissances vivantes selon la Division de la population des Nations Unies
Méthodes et outils de mesure	Systèmes d'information sanitaire courants
Ventilation	Aucune
Forces et faiblesses	Le diagnostic le plus fiable de la syphilis congénitale est établi à partir de tests diagnostiques qui sont rarement disponibles même dans les pays développés. La plupart des pays se fondent donc sur les antécédents cliniques et un examen, ce qui complique la surveillance. Même si l'OMS a établi une définition mondiale du cas, la définition peut varier d'un pays et d'une région à l'autre et en leur sein.
Considérations supplémentaires	Il est important que les pays, lorsqu'ils font rapport sur la syphilis, indiquent dans quelle mesure les données sont jugées représentatives pour la population nationale.
Utilisation des données	Compte tenu des difficultés liées au diagnostic de la syphilis congénitale, et selon la définition des cas utilisée, des problèmes de sous-notification et de surnotification peuvent se présenter. Il convient de toujours tenir compte de l'importance de ces erreurs de notification lorsque l'on examine les taux de syphilis congénitale. Cependant, pour autant que l'on utilise une définition cohérente des cas, le suivi des tendances peut s'avérer utile.
Contrôle de qualité des données et informations pour remplir le Formulaire de rapport	Indicateur recommandé dans les Méthodes pour la surveillance et le contrôle de l'élimination de la syphilis congénitale dans les systèmes existants.

1.17.8 IST : Nombre de cas de gonorrhée notifiés chez l'homme 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 l'infection à VIH et la transmission du VIH. La surveillance de la gonorrhée contribue donc à la surveillance de deuxième génération du VIH en fournissant un moyen d'alerte rapide sur le potentiel épidémique du VIH par transmission sexuelle ainsi que sur les pratiques sexuelles à haut risque actuelles pour lesquelles des interventions programmatiques plus fermes pourraient être nécessaires afin de réduire les risques. De plus, la gonorrhée non traitée peut entraîner des infections utéro-annexielles, des grossesses extra-utérines, l'infertilité, la cécité et des pathologies disséminées. L'augmentation de la résistance aux traitements actuellement recommandés pourrait rendre cette infection intraitable.
Ce que mesure l'indicateur	Progrès accomplis pour réduire les rapports sexuels non protégés chez les hommes.
Numérateur	Nombre de cas de gonorrhée notifiés chez l'homme au cours de la période considérée
Dénominateur	Nombre d'hommes âgés de 15 ans et plus selon la Division de la population des Nations Unies
Méthodes et outils de mesure	Systèmes d'information sanitaire courants
Ventilation	Aucune
Forces et faiblesses	Même si l'OMS a donné une définition mondiale du cas, les définitions effectivement utilisées peuvent varier d'un pays à l'autre et au sein même des pays. Il se peut également que les capacités de diagnostic soient différentes entre les pays et en leur sein. Même si une sous-notification est possible pour cet indicateur, ces données pourront généralement 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 changements substantiels en ce qui concerne les pratiques de dépistage.
Considérations supplémentaires	Il est important que les pays, lorsqu'ils font rapport sur la gonorrhée, indiquent dans quelle mesure les données sont jugées représentatives pour la population nationale. Les données concernant la gonorrhée chez la femme, bien qu'elles soient utiles à des fins de suivi local et national, ne sont pas requises à l'échelle mondiale car la majorité des femmes infectées à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> sont asymptomatiques et car les pays en développement ne disposent pas de volumes importants de tests diagnostiques sensibles. C'est pourquoi on estime 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.
Utilisation des données	Examen des tendances au fil du temps au sein de groupes comparables.
Contrôle de qualité des données et informations pour remplir le Formulaire de rapport	Indicateur recommandé pour les Stratégies et méthodes de laboratoire pour renforcer la surveillance des infections sexuellement transmissibles (2012)

1.17.9 IST : Nombre de cas d'écoulement urétral notifiés chez l'homme 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 l'écoulement urétral facilite la transmission et l'acquisition du VIH. La surveillance de l'écoulement urétral contribue donc à la surveillance de deuxième

	génération du VIH en fournissant un moyen d'alerte rapide sur le potentiel épidémique du VIH par transmission sexuelle ainsi que sur les pratiques sexuelles à haut risque actuelles pour lesquelles des interventions programmatiques plus fermes pourraient être nécessaires afin de réduire les risques. En outre, l'écoulement urétral non traité peut entraîner une infertilité, une cécité et des pathologies disséminées. L'augmentation de la résistance aux traitements actuellement recommandés pour <i>Neisseria gonorrhoeae</i> pourrait rendre cette infection intraitable.
Ce que mesure l'indicateur	Progrès accomplis pour réduire les rapports sexuels non protégés chez les hommes.
Numérateur	Nombre de cas d'écoulement urétral notifiés chez l'homme au cours de la période considérée
Dénominateur	Nombre d'hommes âgés de 15 ans et plus selon la Division de la population des Nations Unies
Méthodes et outils de mesure	Systèmes d'information sanitaire courants
Ventilation	Aucune
Forces et faiblesses	Même si l'OMS a donné une définition mondiale du cas, les définitions effectivement utilisées peuvent varier d'un pays à l'autre et au sein même des pays. Il se peut également que les capacités de diagnostic soient différentes entre les pays et en leur sein. Même si une sous-notification est possible pour cet indicateur, ces données pourront généralement 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 changements substantiels en ce qui concerne les pratiques de dépistage.
Considérations supplémentaires	Il est important que les pays, lorsqu'ils font rapport sur l'écoulement urétral, indiquent dans quelle mesure les données sont jugées représentatives pour la population nationale. Le suivi des tendances en matière d'écoulement urétral est un moyen utile de suivre les cas incidents d'IST dans une population. Les données sur l'écoulement vaginal chez la femme, bien qu'elles soient utiles à des fins de suivi aux niveaux local et national, ne sont pas requises à l'échelle mondiale car, dans de nombreuses régions du monde, la majorité des cas d'écoulement vaginal ne sont pas dus à des infections sexuellement transmissibles. Les pays devraient mener des évaluations périodiques de l'étiologie de l'écoulement urétral en vue de comprendre quelles en sont les principales causes et de déterminer la thérapie appropriée.
Utilisation des données	Examen des tendances au fil du temps au sein de groupes comparables.
Contrôle de qualité des données et informations pour remplir le Formulaire de rapport	Indicateur recommandé pour les Stratégies et méthodes de laboratoire pour renforcer la surveillance des infections sexuellement transmissibles (2012)

1.17.10 IST : Nombre de cas d'ulcère génital notifiés chez l'adulte au cours des 12 derniers mois

Justification	L'ulcère génital est 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 l'ulcère génital est un marqueur de rapports sexuels non protégés et cet ulcère facilite la transmission et l'acquisition du VIH. La surveillance de l'ulcère génital contribue donc à la surveillance de deuxième génération du VIH
---------------	---

	en fournissant un moyen d'alerte rapide sur le potentiel épidémique du VIH par transmission sexuelle ainsi que sur les pratiques sexuelles à haut risque actuelles pour lesquelles des interventions programmatiques plus fermes pourraient être nécessaires afin de réduire les risques. En outre, l'ulcère génital non traité peut entraîner des mortinaissances et des maladies néonatales et peut être débilitant voire mortel chez l'adulte.
Ce que mesure l'indicateur	Progrès accomplis pour réduire les rapports sexuels non protégés dans la population générale.
Numérateur	Nombre de cas d'ulcère génital notifiés chez l'adulte au cours de la période considérée
Dénominateur	Nombre d'hommes âgés de 15 ans et plus selon la Division de la population des Nations Unies
Méthodes et outils de mesure	Systèmes d'information sanitaire courants
Ventilation	Sexe : total, hommes, femmes
Forces et faiblesses	Même si l'OMS a donné une définition mondiale du cas, les définitions effectivement utilisées peuvent varier d'un pays à l'autre et au sein même des pays. Il se peut également que les capacités cliniques de diagnostic soient différentes entre les pays et en leur sein. Même si une sous-notification est possible pour cet indicateur, ces données pourront généralement 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 changements substantiels en ce qui concerne les pratiques de dépistage.
Considérations supplémentaires	Il est important que les pays, lorsqu'ils font rapport sur l'écoulement urétral, indiquent dans quelle mesure les données sont jugées représentatives pour la population nationale. Les pays devraient mener des évaluations périodiques de l'étiologie de l'ulcère génital afin de choisir des médicaments adéquats pour la prise en charge syndromique et d'apprécier dans quelle mesure l'ulcère génital est imputable à une infection incidente due à une infection récurrente au virus de l'herpès, ou à une infection aiguë à la syphilis, au chancre mou ou au virus de l'herpès.
Utilisation des données	Examen des tendances au fil du temps au sein de groupes comparables.
Contrôle de qualité des données et informations pour remplir le Formulaire de rapport	Indicateur recommandé pour les Stratégies et méthodes de laboratoire pour renforcer la surveillance des infections sexuellement transmissibles (2012)

Objectif 2 : Réduire de 50 pour cent la transmission du VIH parmi les personnes qui consomment des drogues par injection à l'horizon 2015

2.6 Nombre de personnes bénéficiant de traitement de substitution aux opiacés	
Justification	Le traitement de substitution aux opiacés représente un engagement à traiter la dépendance aux opiacés 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 drogues par injection chez les personnes s'injectant des opiacés. Son utilisation est également cruciale pour aider au traitement d'autres pathologies, notamment l'infection à VIH, la tuberculose et les hépatites virales.
Ce que mesure l'indicateur	Les engagements nationaux et les avancées obtenues au niveau du pays en faveur du traitement des consommateurs d'opiacés et de la réduction de la probabilité de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues par injection.
Méthodes et outils de mesure	Données des programmes.
Ventilation	<i>Unités administratives ; milieu urbain, milieu rural.</i>
Forces et faiblesses	Le nombre de personnes sous traitement de substitution aux opiacés doit être facilement disponible et valide puisque, normalement, ces personnes bénéficient d'autorisations des autorités compétentes.
Autres facteurs à prendre en compte	Pour accéder à un ensemble complet d'indicateurs en rapport avec les consommateurs de drogues par injection et faisant l'objet d'un consensus mondial, consulter le Guide Technique destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'Accès Universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida (OMS, ONUDC, ONUSIDA - http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide_fr.pdf).
Utilisation des données	Aider à évaluer le rapport entre l'offre et la demande de traitements de substitution aux opiacés, en fonction du nombre et de la distribution des personnes dépendantes aux opiacés dans le pays.
Autres références	OMS, ONUDC, ONUSIDA - Guide Technique destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida (http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide_fr.pdf).

2.7 Nombre de sites ciblés où des programmes d'aiguilles et de seringues sont menés	
Justification	Les programmes d'aiguilles et de seringues sont parmi les interventions les plus efficaces pour la prévention de la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues par injection. Cet indicateur permet de mesurer si l'accès aux aiguilles propres dans cette population est suffisant.
Ce que mesure l'indicateur	Le nombre de sites ciblés de programmes d'aiguilles et de seringues (incluant les pharmacies qui délivrent des aiguilles et des seringues gratuitement). La disponibilité des sites pouvant fournir des aiguilles et des seringues propres aux consommateurs de drogues par injection.
Méthodes et outils de mesure	Les données des programmes nationaux.

Ventilation	<p>Numérateur</p> <p>Nombre de sites ciblés où le traitement de substitution aux opiacés est disponible</p> <p><i>Unités administratives</i></p> <p><i>Milieu urbain, milieu rural</i></p>
Forces et faiblesses	De nombreux programmes d'aiguilles et de seringues ne bénéficient pas d'une reconnaissance « officielle », si bien qu'ils n'apparaissent pas dans les données des programmes nationaux.
Autres facteurs à prendre en compte	<p>Par « programmes d'aiguilles et de seringues », on entend tout programme qui comprend un accès à du matériel propre 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 significative – de matériel d'injection propre accessible aux consommateurs de drogues 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 composantes d'un programme de santé publique ou de réduction des risques. Si leur nombre 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.</p> <p>Pour accéder à un ensemble complet d'indicateurs en rapport avec les consommateurs de drogues par injection et faisant l'objet d'un consensus mondial, consulter le Guide Technique destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'Accès Universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida (OMS, ONUDC, ONUSIDA - http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide_fr.pdf).</p>
Utilisation des données	Avoir un aperçu de la disponibilité des sites de programmes d'aiguilles et de seringues, et des tendances qui se dégagent dans le temps. Une analyse de la répartition géographique des sites, ainsi que de la répartition géographique et de la densité de la population de consommateurs de drogues par injection dans le pays peut compléter l'analyse ; de même il est utile de procéder à une étude de l'adéquation entre la demande de seringues par les consommateurs de drogues par injection et l'offre de programmes d'aiguilles et de seringues en tenant compte de leur nombre et de leur répartition géographique dans le pays.
Contrôle de qualité des données et informations pour remplir le Formulaire de Rapport	<ul style="list-style-type: none"> • Représentativité nationale : de nombreux sites de programmes d'aiguilles et de seringues ne bénéficient pas d'une reconnaissance « officielle » et peuvent être gérés par des ONG ; il est possible que le gouvernement n'ait aucune informations sur celles-ci. Veuillez essayer d'évaluer la représentativité nationale des nombres donnés dans votre rapport.
Autres références	- OMS, ONUDC, ONUSIDA - Guide Technique destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'Accès Universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida (http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide_fr.pdf).

Objectif 3 : Éliminer la transmission mère-enfant du VIH et réduire fortement la mortalité maternelle liée au sida à l'horizon 2015

3.4 Pourcentage de femmes enceintes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH et qui ont reçu les résultats - au cours de leur grossesse, durant le travail et l'accouchement, et pendant la période post-partum (≤ 72 heures) - y compris celles dont le statut sérologique vis-à-vis du VIH était déjà connu	
Justification	L'identification du statut sérologique d'une femme enceinte vis-à-vis du VIH assure un point d'entrée pour qu'elle bénéficie des services de PTME et pour l'adaptation de la prévention, des soins et des traitements à ses besoins.
Ce que mesure l'indicateur	Cet indicateur évalue les actions mises en place pour identifier le statut sérologique des femmes enceintes vis-à-vis du VIH au cours des 12 derniers mois.
Numérateur	<p>Nombre de femmes dont le statut vis-à-vis du VIH est connu : il est établi à partir du nombre de femmes qui consultent dans les services de soins prénatals, de maternité et du post-partum, dont le statut sérologique vis-à-vis du VIH n'était pas connu, qui ont bénéficié du dépistage du VIH et reçu le résultat, et du nombre de femmes dont l'infection à VIH était connue et qui sont revenues vers les services de soins prénatals pour une nouvelle grossesse au cours des 12 derniers mois.</p> <p>Femmes enceintes dont l'infection à VIH est connue : femmes ayant bénéficié du dépistage du VIH dont le résultat s'est révélé positif à tout moment préalable à la grossesse actuelle, et qui consultent les services de soins prénatals pour une nouvelle grossesse.</p> <p>Pour ces femmes, si l'on dispose de documents conformes aux directives nationales de dépistage chez la femme enceinte qui prouvent qu'elles sont séropositives⁴, il n'est alors pas nécessaire de refaire le test. En revanche, elles ont besoin de bénéficier des services de PTME, et sont comptabilisées dans le numérateur.</p> <p>Le numérateur est la somme des catégories a à c ci-dessous :</p> <p>(a-1) femmes enceintes ayant bénéficié du dépistage du VIH qui ont reçu le résultat dans les services de soins prénatals ;</p> <p>(a-2) femmes enceintes dont l'infection à VIH était connue et qui ont consulté les services de soins prénatals pour une nouvelle grossesse ;</p> <p>(b) femmes enceintes dont le statut sérologique vis-à-vis du VIH était inconnu, qui sont entrées dans un service de maternité, qui ont bénéficié du dépistage du VIH et reçu le résultat ;</p> <p>(c) femmes enceintes dont le statut sérologique vis-à-vis du VIH était inconnu, qui ont consulté pour des services du post-partum dans les 72 heures suivant l'accouchement, qui ont bénéficié du dépistage du VIH et reçu le résultat ; et femmes enceintes (ou au cours de la période post-partum) dont le statut sérologique vis-à-vis du VIH était inconnu : femmes qui n'ont pas bénéficié d'un dépistage lors de cette grossesse dans les services de soins prénatals ou à la maternité, ou pour qui aucun document ne montre qu'elles ont bénéficié d'un</p>

⁴ La documentation de l'infection à VIH (carte des soins et de traitement, carte maternelle d'une grossesse précédente, ou tout autre document écrit fiable confirmant le statut sérologique vis-à-vis du VIH) est généralement requise dans la plupart des cas. Sans preuve de l'existence de l'infection à VIH, les femmes sont généralement considérées comme ayant un statut sérologique « inconnu » vis-à-vis du VIH et le test est alors souvent refait. Il faut consulter les directives nationales.

	<p>dépistage au cours de cette grossesse.</p> <p>(a-1), (b) et (c) incluent toutes les femmes chez qui un test VIH a été réalisé et qui ont reçu leur résultat, quel que soit le résultat du test. (a-2) inclut les femmes dont le statut vis-à-vis du VIH était déjà connu.</p> <p>Ventilation selon les catégories suivantes :</p> <p>(a) femmes dont l'infection à VIH est déjà connue (positive) quand elles se présentent dans les services de soins prénatals ;</p> <p>(b) femmes dont l'infection à VIH a été récemment identifiée ; et</p> <p>(c) femmes dont le test VIH est négatif (les autres).</p>
Dénominateur	Nombre estimé de femmes enceintes au cours des 12 derniers mois.
Méthodes et outils de mesure	<p>Le numérateur est calculé en utilisant les comptes-rendus des programmes nationaux agrégés à partir des registres des établissements des services de soins prénatals, des maternités et des services de soins pour la période post-partum.</p> <p>Dans les pays où les taux de fréquentation des services de maternité sont élevés, les données peuvent être collectées en utilisant seulement les registres de ces services, le résultat du dépistage y étant stipulé pour la plupart des femmes enceintes.</p> <p>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.</p> <p>Il faut inclure tous les établissements publics, privés et gérés pas des ONG qui dispensent le dépistage du VIH et le conseil pour les femmes enceintes.</p> <p>Le dénominateur est généré à partir d'une estimation du nombre de femmes enceintes ayant accouché au cours des 12 derniers mois, qui peut être obtenue à partir des estimations des naissances du Bureau Central des Statistiques ou de celles de la Division des Nations Unies sur les populations ou des systèmes d'enregistrement des grossesses disposant de données exhaustives.</p>
Ventilation	<p>Stades de la grossesse : prénatal, travail et accouchement, post-partum.</p> <p>Statut sérologique vis-à-vis du VIH : nombre de femmes séropositives.</p>
Forces et faiblesses	<p>Cet indicateur permet à un pays de suivre les tendances pour le dépistage du VIH parmi les femmes enceintes.</p> <p>Les différents moments où les femmes sont perdues de vue au cours du processus de dépistage et de conseil et les raisons de ce phénomène ne sont pas pris en compte par cet indicateur.</p> <p>Cet indicateur ne mesure pas la qualité du dépistage ou du conseil. Il ne prend pas non plus en compte le nombre de femmes qui ont bénéficié d'un conseil avant le test.</p>
Autres facteurs à prendre en compte pour les pays	<p>Pour que les femmes enceintes dont l'infection à VIH est déjà connue et qui consultent dans les services de soins prénatals pour une nouvelle grossesse puissent bénéficier des interventions appropriées de PTME, les registres des établissements de santé doivent indiquer ces cas d'infections à VIH connues par un code, un cercle ou tout autre moyen.</p> <p>Toutes les catégories ne seront pas toujours pertinentes ou importantes dans tous les contextes (par ex. les femmes dont le statut sérologique n'est pas connu et qui bénéficient du dépistage dans les 72 heures post-partum). Les</p>

	<p>pays peuvent souhaiter laisser la priorité à l'investissement de ressources (révision des outils existants, temps, argent) pour mesurer les catégories pertinentes dans leur contexte.</p> <p>Il peut être important pour les directeurs de programmes d'utiliser des indicateurs additionnels au niveau infranational et au niveau des établissements pour mesurer les tendances et l'évolution du processus de dépistage et de conseil, comme l'accès effectif au dépistage et à la réception des résultats.</p> <p>Il est également important de connaître le nombre de femmes dont le statut sérologique vis-à-vis du VIH a été identifié dans chaque service, c'est-à-dire le % de femmes ayant consulté dans les services de soins prénatals et dont le statut est connu ; le % de celles qui ont été reçues dans les maternités et dont le statut est connu, etc.</p> <p>Cet indicateur peut être triangulé et validé en utilisant les enquêtes en population, comme l'Enquête démographique et sanitaire (DHS) qui est généralement conduite tous les cinq ans, ou l'Enquête sur les indicateurs du sida, une enquête en population qui peut être menée à une fréquence plus rapprochée.</p>
Utilisation des données	<p>Observer les tendances dans le temps. Si des données ventilées sont disponibles par région, identifier les régions les moins performantes. Vérifier la disponibilité des données sur le % de femmes qui consultent les services de soins prénatals et qui connaissent leur statut sérologique vis-à-vis du VIH (parmi lesquelles celles dont la séropositivité au VIH était déjà préalablement confirmée et celles qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH) et le % des femmes reçues dans les services de maternité qui connaissent leur statut vis-à-vis du VIH.</p>
Contrôle de qualité des données et informations pour remplir le Formulaire de Rapport	<p>Doublet : il existe un risque de double-comptage pour cet indicateur, puisque le dépistage du VIH chez une femme enceinte peut être réalisé à plusieurs reprises pendant la période prénatale, celles de l'accouchement et du post-partum. Cela est particulièrement vrai quand le test est refait chez les femmes consultant dans différents établissements, ou qui arrivent à la maternité sans preuves écrites qu'un test a déjà été réalisé. Il est impossible d'éviter entièrement les cas de double comptage, 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.</p> <p>Veuillez ne pas additionner le nombre <i>total</i> de femmes ayant bénéficié du dépistage du VIH dans les services de soins prénatals <i>et</i> dans les maternités pour obtenir le nombre <i>total</i> de femmes ayant bénéficié du dépistage. Nous nous intéressons au nombre de <i>femmes</i> ayant bénéficié de ce dépistage et non au nombre total de tests effectués (c'est-à-dire que si une femme bénéficie du dépistage dans les services de soins prénatals puis de 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 la séropositivité au VIH était déjà connue – même si un nouveau test de dépistage du VIH n'est pas réalisé, l'infection au VIH est identifiée pour leur permettre de bénéficier des interventions de PTME.</p>

	<p>- Nombre de femmes ayant bénéficié du dépistage, et nombre de femmes ayant bénéficié du dépistage et reçu le résultat : si ces nombres sont disponibles, veuillez indiquer celui des femmes enceintes ayant bénéficié du dépistage du VIH, ainsi que celui des femmes ayant bénéficié du dépistage et reçu le résultat (ce dernier ne devant pas dépasser le premier).</p> <p>- Si, pour l'heure, votre système de collecte de données ne peut faire la distinction entre les femmes qui connaissent leur statut vis-à-vis du VIH et celles qui ne le connaissent pas, et s'il vous est impossible de fournir les données ventilées de façon spécifique, veuillez analyser les données disponibles, et en extraire les données les plus fiables sur les <i>femmes enceintes dont le statut vis-à-vis du VIH a été identifié</i> au cours de la grossesse, de l'accouchement, ou des premières 72 heures de la période post-partum.</p> <p>- Veuillez indiquer dans la section <i>Commentaires</i> tout détail pouvant nous aider à mieux interpréter les données.</p> <p>- Veuillez faire part de tout commentaire sur la source de votre dénominateur.</p>
Autres références	Indicateur clé de suivi et d'évaluation de la PTME #3.

3.5 Pourcentage de femmes enceintes consultant dans les services de soins prénatals, dont le partenaire masculin a été dépisté pour le VIH

Justification	<p>L'implication des hommes est d'une importance cruciale pour fournir des services axés sur la famille aux femmes enceintes séropositives au VIH, à leur nourrisson, et aux autres membres de leur famille. Elle représente également un outil important de prévention de l'infection à VIH, et elle peut aider les couples séronégatifs à le rester.</p> <p>Le dépistage du partenaire est la première étape pour impliquer les partenaires masculins, indépendamment du statut sérologique du couple vis-à-vis du VIH.</p>
Ce que mesure l'indicateur	Le pourcentage de femmes enceintes consultant dans les services de soins prénatals dont le partenaire masculin a bénéficié du dépistage du VIH au cours de la grossesse de leur partenaire féminine, au cours des 12 derniers mois.
Numérateur	Nombre de femmes enceintes consultant dans les services de soins prénatals et dont le partenaire masculin a bénéficié du dépistage du VIH, au cours des 12 derniers mois.
Dénominateur	Nombre de femmes enceintes consultant dans les services de soins prénatals.
Méthodes et outils de mesure	<p>Le numérateur peut être calculé en utilisant les comptes-rendus des programmes nationaux compilés à partir des registres des établissements.</p> <p>Le partenaire masculin peut bénéficier du 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.</p> <p>En fonction du contexte, les données peuvent être agrégées à partir des registres des services de soins prénatals ou des registres de dépistage et de conseil.</p>

	<p>Il faut inclure tous les établissements de santé publics, privés et gérés par des ONG qui dispensent des services de soins prénatals.</p> <p>Si cela est faisable, les programmes peuvent envisager de collecter des données pour savoir si, en présence d'un membre du personnel du service de consultation, le partenaire masculin ou le partenaire féminin a dévoilé à l'autre son statut vis-à-vis du VIH.</p>
Forces et faiblesses	<p>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 vérifier si le partenaire masculin a reçu son résultat, ni tout autre service de suivi.</p> <p>L'indicateur ne prend pas en compte les femmes qui consultent dans les services de soins prénatals et qui ont plus d'un partenaire ou dont le partenaire pourrait changer dans le temps. De même, il n'inclut pas les partenaires bénéficiant du dépistage du VIH en dehors des services de soins prénatals et dans des contextes disjoints de ces services (par ex. les centres de dépistage et de conseil volontaire ou le dépistage à l'initiative du prestataire).</p> <p>Il est possible que certains sites ne collectent pas les données sur le dépistage des partenaires masculins, ou bien qu'ils n'agrègent ou ne transmettent pas systématiquement ces données. La mesure de l'indicateur peut exiger un investissement et des ressources supplémentaires pour la révision des outils de collecte des données et des formulaires de synthèse.</p>
Autres facteurs à prendre en compte	<p>Bien que le dépistage du VIH parmi les partenaires masculins soit un outil important pour impliquer ces derniers 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. Les prestataires de soins doivent assurer et prouver que les services de suivi appropriés sont dispensés à tous les partenaires dont le dépistage du VIH se révèle positif, dans le cadre d'un programme complet de soins et de traitement.</p>
Utilisation des données	<p>Interpréter en se basant sur le contexte du pays et l'applicabilité. Discuter des moyens d'augmenter la couverture.</p>
Contrôle de qualité des données et informations pour remplir le Formulaire de Rapport	<p>Veuillez nous faire part de tout commentaire pouvant nous aider à interpréter la représentativité des données.</p> <p>Si le nombre de couples sérodifférents est facilement disponible, veuillez l'indiquer dans la section <i>Commentaires</i>, en les accompagnants si nécessaire de tout commentaire permettant de les étayer.</p>
Autres références	<p>Indicateur additionnel PTME #A3.</p>

3.6 Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH dont l'éligibilité à l'accès au traitement antirétroviral a été évaluée selon les critères cliniques ou immunologiques (numération des CD4)

Justification	<p>Les femmes enceintes séropositives au VIH qui répondent aux critères cliniques et immunologiques (quand ces derniers sont disponibles) pour recevoir un TAR doivent recevoir ce traitement. Le TAR préserve la santé maternelle et réduit le risque de transmission de la mère à l'enfant. Les services de PTME doivent réaliser cette évaluation. Les femmes qui ne répondent pas encore aux critères d'éligibilité pour le TAR doivent recevoir une prophylaxie par ARV pour la PTME selon les directives et les recommandations nationales.</p>
---------------	---

Ce que mesure l'indicateur	La couverture de l'évaluation de l'éligibilité pour le TAR des femmes enceintes séropositives au VIH, soit en fonction de critères cliniques conformes aux critères définissant les stades cliniques de l'OMS, soit selon des critères immunologiques au moyen de la numération des CD4. L'évaluation de l'éligibilité peut être faite sur place ou après réorientation (numération des CD4 ou stade clinique).
Numérateur	<p>Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH qui ont consulté dans les services de PTME au cours des 12 derniers mois, et dont l'éligibilité pour le TAR a été évaluée soit par la détermination du stade clinique, soit par la numération des CD4, sur place ou après réorientation.</p> <p>« 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 ».</p> <p>La « réorientation » peut se faire sur place ou dans un autre établissement, et est définie comme le fait d'adresser un patient vers un service, un prestataire de soins, ou un établissement de santé différent.</p> <p>Il arrive souvent que les patients reviennent vers l'établissement ou l'unité de services 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.</p> <p>Les établissements vers lesquels les patients ont été réorientés doivent recueillir des informations sur les services fournis à ces patients et sur les résultats obtenus pas ces derniers.</p> <p>Cet indicateur doit être ventilé par type d'évaluation (stade clinique ou numération des CD4). Les femmes dont l'éligibilité pour le TAR a été évaluée à partir du stade clinique et de la numération des CD4 ne doivent être comptabilisées qu'une seule fois et considérées comme ayant bénéficié de cette évaluation à partir de la numération des CD4.</p>
Dénominateur	Nombre estimé de femmes enceintes séropositives au VIH au cours des 12 derniers mois.
Méthodes et outils de mesure	<p>Le numérateur est calculé à partir des comptes-rendus des programmes nationaux, agrégés à partir des registres des établissements.</p> <p>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 réorientation. Les données doivent être agrégées à partir des registres d'établissements appropriés en tenant compte des registres qui collectent des données, du lieu où l'évaluation a été réalisée, de la possibilité d'un double comptage ou d'un défaut de comptage, et de la nécessité d'obtenir des données nationales précises.</p> <p>Il faut inclure tous les établissements de santé publics, privés et gérés par des ONG où l'éligibilité pour le TAR des femmes enceintes séropositives au VIH est évaluée, que ce soit sur place ou après réorientation.</p> <p>Deux méthodes peuvent être utilisées pour calculer le dénominateur :</p> <p>a) un modèle de projection, par exemple celui fourni par le logiciel Spectrum :</p>

	<p>utiliser le résultat du « nombre de femmes enceintes qui ont besoin de PTME » ; ou</p> <p>b) la multiplication du nombre de femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois (qui peut être obtenu à partir des estimations du nombre de naissances données par le Bureau Central des Statistiques ou par la Division des Nations Unies sur les populations, ou à partir des systèmes d'enregistrement des grossesses disposant de données exhaustives) par l'estimation nationale la plus récente de la prévalence de l'infection à VIH parmi les femmes enceintes (pouvant être obtenue à partir des estimations 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.</p>
Ventilation	Méthode d'évaluation de l'éligibilité pour le TAR : stade clinique, numération des CD4.
Forces et faiblesses	<p>Le point fort de cet indicateur est qu'il permet aux pays d'observer dans quelle mesure les femmes enceintes séropositives au VIH bénéficient d'une intervention cruciale pour accéder au TAR pour leur propre santé.</p> <p>Il ne prend pas en compte le fait de savoir si, dans les faits, les femmes qui ont rempli les critères d'éligibilité pour recevoir un TAR ont bien reçu ce traitement.</p> <p>Bien que chaque catégorie soit entièrement distincte des autres, il existe pour cet indicateur un risque de double comptage des femmes enceintes séropositives au VIH dont l'éligibilité pour le TAR a été évaluée à la fois au plan clinique et immunologique, et de celles qui ont bénéficié de cette évaluation dans différentes unités ou dans différents établissements. Les pays doivent assurer la mise en place de mécanismes pour réduire ce risque de doublon.</p> <p>Cet indicateur ne prend pas en compte les femmes qui peuvent avoir été identifiées comme séropositives au VIH au moment du travail et de l'accouchement et qui ont bénéficié ultérieurement d'une évaluation de leur éligibilité pour le TAR.</p>
Autres facteurs à prendre en compte	<p>Pour obtenir davantage d'informations sur les tendances nationales du pourcentage des femmes enceintes éligibles pour le TAR, il est recommandé aux pays de ventiler les données en fonction du statut d'éligibilité pour le TAR.</p> <p>Dans les situations où les femmes enceintes séropositives au VIH sont réorientées vers un autre établissement de santé ou une autre unité de service au sein du même établissement de santé, et pour faciliter et améliorer le suivi de ces femmes, les prestataires de soins doivent prendre des mesures pour documenter dans le registre du service de soins prénatals/PTME ces réorientations et les services dont ces femmes ont bénéficié.</p>
Utilisation des données	<p>Le but serait 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 de l'éligibilité pour le 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.</p>
Contrôle de qualité des données et informations pour remplir le Formulaire	<p>Veuillez nous faire part de tout commentaire pouvant nous aider à interpréter les données.</p>

de Rapport	
Autres références	Indicateur clé de suivi et d'évaluation de la PTME #4.

3.7 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 (c'est à dire la transmission en période de postpartum précoce, autour de leurs six premières semaines)

Justification	Le risque de transmission de la mère à l'enfant peut être réduit de manière importante par l'utilisation d'approches complémentaires à la fourniture d'ARV aux mères pendant la grossesse ou l'accouchement (pour un traitement ou une prophylaxie), d'une prophylaxie par ARV aux nourrissons, aux mères et aux nourrissons pendant la période d'allaitement (si allaitement), par des pratiques d'accouchement sûres, et des pratiques à moindre risque d'alimentation du nourrisson.
Ce que mesure l'indicateur	Les avancées obtenues dans la PTME au cours de la période du postpartum précoce grâce à la fourniture d'une prophylaxie par ARV aux nourrissons exposés au VIH.
Numérateur	Nombre de nourrissons nés de femmes séropositives au VIH au cours des 12 derniers mois, qui ont une prophylaxie par ARV pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant (c'est à dire postpartum précoce, dans les six premières semaines).
Dénominateur	Nombre estimé de naissances vivantes chez les femmes séropositives au VIH au cours des 12 derniers mois.
Méthodes et outils de mesure	<p>Le numérateur est calculé à partir des comptes-rendus des programmes nationaux agrégés à partir des registres d'établissements.</p> <p>Les ARV peuvent être dispensés aux nourrissons exposés au VIH peu après l'accouchement ; en fonction des pays, cette dispensation peut avoir lieu dans les maternités pour les nourrissons nés dans un établissement de soins, dans les services de consultation de soins postnatals ou de santé infantile pour les nourrissons nés à domicile et amenés en consultation 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.</p> <p>Trois méthodes de calcul du numérateur peuvent être envisagées :</p> <p>Faire le 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 double comptage 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 doublon.</p> <p>Faire le décompte à un moment proche de l'accouchement : dans les situations où une grande proportion de 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 spécifique avant leur sortie de la maternité. Cette méthode est probablement la plus fiable et la plus précise</p>

	<p>pour calculer cet indicateur quand le taux d'accouchement en maternité est élevé et le taux de suivi est faible, le schéma d'ARV dispensé correspondant étant comptabilisé au moment où il est donné au nourrisson.</p> <p>Faire le 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 et la probabilité de connaître le statut d'exposition du nourrisson (par ex. registres des services de soins postnatals, registres spécifiques ou intégrés pour les nourrissons exposés au VIH) sont élevées. Il faut inclure tous les établissements de santé publics, privés et gérés par des ONG où sont dispensés des ARV pour la PTME aux nourrissons exposés au VIH.</p> <p>Deux méthodes peuvent être utilisées pour obtenir une estimation du dénominateur :</p> <p>(a) un modèle de projection, par exemple celui fourni par le logiciel Spectrum : utiliser comme indication indirecte le résultat « nombre de femmes enceintes qui ont besoin de PTME » ; ou</p> <p>(b) la multiplication du nombre de femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois (qui peut être obtenu à partir des estimations du nombre de naissances données par le Bureau Central des Statistiques ou par la Division des Nations Unies sur les populations, ou à partir des systèmes d'enregistrement des grossesses disposant de données exhaustives) par l'estimation nationale la plus récente de la prévalence de l'infection à VIH parmi les femmes enceintes (pouvant être obtenue à partir des estimations 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.</p> <p>S'il existe des données sur le nombre de naissances vivantes, elles doivent être ajustées pour obtenir une meilleure indication indirecte.</p>
Forces et faiblesses	<p>Cet indicateur permet aux pays de suivre la couverture des schémas prophylactiques d'ARV dispensés ou commencés chez les nourrissons exposés par le VIH pour réduire le risque de transmission mère-enfant précoce du VIH. Après ventilation, cet indicateur peut mesurer l'augmentation de l'accès à des schémas d'ARV plus efficaces pour la PTME dans les pays qui étendent l'accès à de nouveaux types de schémas d'ARV.</p> <p>L'indicateur mesure la dispensation des ARV aux nourrissons en tant que prophylaxie. Il ne prend pas en compte le fait que ces nourrissons ont consommé ou non ces ARV. Il est donc impossible de déterminer l'observance des schémas d'ARV, ou de savoir si l'ensemble du schéma a été reçu.</p>
Autres facteurs à prendre en compte	<p>Les pays qui ont développé des mécanismes pour que les nourrissons exposés au VIH puissent recevoir des ARV dans leur communauté doivent s'assurer qu'un système de collecte de données est en place pour permettre la transmission d'informations sur les nourrissons recevant des schémas d'ARV dans ce contexte.</p>
Utilisation des données	<p>Comparer la valeur de l'indicateur avec la couverture des schémas d'ARV pour les mères (Indicateur 3.9) et déterminer la signification possible des données dans le contexte du pays. Certains pays voudront approfondir ces questions et</p>

	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 qualité des données et informations pour remplir le Formulaire de Rapport	Veuillez nous faire part de tout commentaire pouvant nous aider à interpréter les données.
Autres références	Indicateur clé de suivi et d'évaluation de la PTME #6.

3.8 Nourrissons nés de femmes séropositives au VIH, recevant des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du VIH durant la période de l'allaitement au sein

Justification	Le risque de transmission de la mère à l'enfant peut être réduit de manière importante par la fourniture d'ARV aux mères pendant la grossesse ou l'accouchement (pour un traitement à vie ou une prophylaxie), avec une prophylaxie par ARV pour les nourrissons, et des ARV pour les mères et les enfants pendant la période d'allaitement (si allaitement), ainsi que des pratiques d'accouchement sûres, et des pratiques à moindre risque d'alimentation du nourrisson. Dans les populations où l'allaitement au sein est pratiqué, les interventions basées sur les ARV auprès des femmes et des nourrissons peuvent spécifiquement réduire le risque de transmission par l'allaitement au sein, et doivent être suivies.
Que mesure l'indicateur	Les avancées de la prévention de la transmission mère-enfant dans les populations où est pratiqué l'allaitement au sein, par la fourniture d'antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du VIH durant la période de l'allaitement au sein
Numérateur	Nombre de nourrissons nés de femmes séropositives au VIH qui, au cours des 12 derniers mois, sont allaités par le sein et bénéficient d'une intervention basée sur des antirétroviraux (c'est à dire ARV pour la mère ou pour le nourrisson) pour réduire le risque de transmission mère-enfant par l'allaitement au sein
Dénominateur	Nombre estimé de nourrissons nés de femmes séropositives au VIH (nourrissons exposés au VIH) qui sont allaités au sein au cours des 12 derniers mois
Comment mesurer et instruments de mesure	<p>Le numérateur est calculé d'après les comptes-rendus des programmes nationaux agrégés à partir des registres des établissements</p> <p>Les interventions par ARV pour réduire la transmission du VIH par l'allaitement au sein peuvent être instaurées très peu de temps après l'accouchement dans les maternités, si les nourrissons sont nés dans ces établissements ; dans les services de consultation de soins postnatals ou de santé infantile pour les nourrissons nés à domicile et amenés en consultation 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, en fonction du pays.</p> <p>Dans les populations où l'allaitement au sein est courant, les antirétroviraux sont recommandés jusqu'à une semaine après l'arrêt de l'allaitement au sein. La couverture en ARV doit être suivie pendant toute la durée de l'allaitement au sein. Actuellement, le moment suggéré pour la collecte d'un indicateur de couverture en ARV durant la période de l'allaitement au sein se situe à - ou aux environs de - 2-3 mois, c'est à dire à celui de la visite du nourrisson à sa 6^{ème} semaine pour le dépistage précoce du VIH ou de la visite pour le DTC3 – ce moment étant celui où le</p>

risque de perte de vue devrait être minime. La collecte de cet indicateur est actuellement testée sur le terrain et les directives pourraient être amenées à changer à l'avenir. Les pays sont encouragés à inclure le suivi de la couverture en ARV durant la période de l'allaitement au sein dans leur système de suivi et d'évaluation existant (veuillez contacter pmtctmoneval@who.int pour plus d'informations).

Les données pour le numérateur doivent être collectées à la visite du nourrisson pour le dépistage précoce du VIH (à sa 6^{ème} semaine) ou à sa visite pour le DTC3 (2-3 mois), et distinguées de celles correspondant aux interventions basées sur les ARV visant à prévenir la transmission en péri-partum. Les données sur la fourniture d'antirétroviraux à la mère ou au nourrisson pour réduire la transmission post-natale doivent être enregistrées pour les nourrissons allaités au sein. Les femmes enceintes infectées par le VIH qui sont éligibles à l'accès à la thérapie antirétrovirale et qui reçoivent un traitement, et dont les nourrissons bénéficient par conséquent de l'effet prophylactique du TAR pour la réduction du risque de transmission par l'allaitement au sein, sont également incluses dans cet indicateur.

Le dénominateur doit représenter le nombre de nourrissons exposés au VIH qui sont allaités au sein. Dans les situations où c'est le cas pour la plupart d'entre eux, le nombre estimé de nourrissons exposés au VIH peut être considéré comme une indication indirecte du dénominateur (avec des ajustements pour les décès des nourrissons se produisant avant le moment choisi pour la collecte, si ces informations sont disponibles). Dans d'autres situations, où une population importante de nourrissons exposés au VIH n'est probablement pas allaitée au sein, il sera nécessaire d'estimer le nombre de nourrissons exposés au VIH qui sont allaités au sein.

Trois méthodes peuvent être utilisées pour obtenir une estimation du dénominateur :

Faire le décompte à un moment proche du travail et de l'accouchement : dans les situations où une grande proportion de 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 pour lesquels la pratique d'alimentation initiale a été l'allaitement au sein, en tant qu'indicateur indirect du dénominateur.

Faire le 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 qui sont allaités au sein, enregistrés dans les services de consultation de soins postnatals ou dans les services de santé infantile, si la fréquentation et la probabilité de connaître le statut d'exposition du nourrisson (par ex. registres des services de soins postnatals, registres spécifiques ou intégrés pour les nourrissons exposés au VIH) sont élevées.

Nombre estimé de femmes nécessitant la PTME comme indicateur indirect : Dans les situations où presque toutes les femmes séropositives au VIH sont susceptibles d'allaiter leurs nourrissons au sein, le nombre estimé de femmes séropositives qui accouchent (par exemple, les femmes qui ont besoin d'interventions de PTME, selon les projections du logiciel Spectrum) peut être revu comme un indicateur indirect, avec un ajustement pour tout nombre estimé de décès, si les données sont

	<p>disponibles. Cet indicateur indirect peut aussi être revu avec des données obtenues des établissements afin de se faire une meilleure idée de la proportion de population saisie par le numérateur.</p> <p>Il faut inclure tous les établissements de santé publics, privés et gérés par des ONG où sont dispensés des ARV pour la PTME aux nourrissons exposés au VIH.</p>
Ventilation	<p>Les données permettant de vérifier si 1) les ARV pour la mère 2) la prophylaxie par ARV pour la mère 3) les ARV pour les nourrissons ont été dispensés pour réduire le risque de transmission post-natale doivent être enregistrées par rapport aux nourrissons allaités au sein.</p> <p>Le moment choisi (par exemple, « à 3 mois ») pour collecter les données doit lui aussi être indiqué dans la section <i>Commentaires</i>.</p>
Forces et faiblesses	<p>Le point fort de cet indicateur est qu'il permet aux pays d'observer la couverture en prophylaxies antirétrovirales dispensées ou initiées parmi les nourrissons exposés au VIH pour réduire le risque de transmission post-natale du VIH dans les populations où l'allaitement au sein est pratiqué.</p> <p>Cet indicateur ne prend pas en compte le fait de savoir si les médicaments ont bien été pris et pendant combien de temps, de sorte qu'il n'est pas possible de déterminer l'adhésion aux traitements, ou si le traitement a été pris jusqu'à son terme.</p> <p>Dans l'idéal, il est important d'évaluer la couverture en antirétroviraux le long de la période d'allaitement au sein, mais dans de nombreuses situations, le taux de perdus de vue est significatif après la visite à 6 semaines, de sorte qu'il est difficile d'obtenir une estimation exacte de la couverture en antirétroviraux à un moment plus tardif. Dans les populations où l'allaitement au sein est pratiqué, tout doit être mis en œuvre pour garantir une couverture en antirétroviraux durant la période d'allaitement au sein au-delà des 6 semaines prises en compte par cet indicateur.</p>
Autres facteurs à prendre en compte pour les pays	<p>Les pays qui ont développé des mécanismes pour faire en sorte que les femmes séropositives au VIH qui allaitent au sein et les nourrissons exposés au VIH puissent recevoir des ARV pendant la période post-natale dans leur communauté doivent s'assurer qu'un système de collecte de données est en place pour permettre la transmission d'informations pertinentes.</p> <p>Il faut s'attendre à ce qu'un modèle unique de prophylaxie par antirétroviraux soit mis en œuvre, c'est à dire la prophylaxie maternelle (ex. Option B) ou la prophylaxie pour le nourrisson (ex. Option A) au sein d'un pays. Aussi ne peut-on espérer que des données sur différents types de prophylaxie pour la transmission post-natale seront collectées et enregistrées dans un pays, hormis le nombre de mères qui reçoivent le TAR pour leur propre santé, protégeant ainsi leurs nourrissons. Cependant, les interventions de prévention de la transmission peri-partum doivent être distinguées de celles par ARV qui visent à prévenir la transmission post-natale.</p> <p>Les pays doivent périodiquement revoir leurs données pour évaluer si la prophylaxie par ARV pour la durée complète recommandée (jusqu'à l'arrêt complet de l'allaitement au sein) a bien été prise.</p>

Utilisation des données	Comparer la valeur de l'indicateur avec la couverture en régimes d'ARV pour la mère (Indicateur 3.9) et discutez de la signification possible des données par rapport au contexte du pays. Certains pays peuvent souhaiter explorer de manière plus approfondie les prophylaxies par ARV pendant l'allaitement au sein, et les passer en revue en les confrontant au traitement ARV donné à la mère.
Contrôle de qualité des données et informations pour remplir le Formulaire de Rapport	Veuillez nous faire part de tout commentaire pouvant nous aider à interpréter les données.
Autres références	Indicateur clé de suivi et d'évaluation de la PTME #7

3.9 Pourcentage de nourrissons nés de femmes séropositives au VIH et ayant débuté une prophylaxie par cotrimoxazole (CTX) dans les deux mois suivant leur naissance

Justification	La prophylaxie par cotrimoxazole est une intervention simple et d'un bon rapport coût-efficacité pour prévenir la pneumonie à <i>Pneumocystis Carinii</i> chez les nourrissons infectés par le VIH. Cette infection est la cause principale des maladies respiratoires graves chez ces nourrissons dans les pays à ressources limitées, et survient souvent avant que l'infection à VIH ne soit diagnostiquée. En raison des contraintes en termes de ressources et des problèmes logistiques pour diagnostiquer l'infection à VIH chez le jeune nourrisson, tous les nourrissons nés de femmes séropositives au VIH doivent recevoir une prophylaxie par cotrimoxazole, à partir de la 4 ^{ème} à la 6 ^{ème} semaine après la naissance, et la poursuivre jusqu'à ce que le diagnostic d'infection à VIH ait été éliminé et que les nourrissons ne soient plus à risque d'être infectés par le VIH par l'allaitement au sein.
Ce que mesure l'indicateur	La dispensation et la couverture de la prophylaxie par cotrimoxazole pour les nourrissons exposés au VIH, conformément aux directives internationales ⁵ .
Numérateur	Nombre de nourrissons nés de femmes séropositives au VIH et ayant débuté une prophylaxie par cotrimoxazole dans les deux mois suivant leur naissance, au cours des 12 mois précédents.
Dénominateur	Nombre estimé de femmes enceintes séropositives au VIH ayant donné naissance à un enfant au cours des 12 derniers mois.
Méthodes et outils de mesure	Le numérateur peut être calculé à partir des comptes-rendus des programmes nationaux établis à partir des données agrégées des registres des établissements de soins. Ces données doivent être agrégées à partir des registres d'établissements appropriés, comme un registre spécifique ou intégré des nourrissons exposés au VIH. Le registre à utiliser peut dépendre de l'endroit où les services sont proposés. 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. Il faut inclure tous les établissements de santé publics, privés et gérés par des ONG où du cotrimoxazole est dispensé aux nourrissons exposés au VIH. Deux méthodes peuvent être utilisées pour obtenir une estimation du

⁵ 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.

	<p>dénominateur :</p> <p>(a) un modèle de projection, par exemple celui fourni par le logiciel Spectrum : utiliser comme indication indirecte le résultat « nombre de femmes enceintes qui ont besoin de PTME » ; ou</p> <p>(b) la multiplication du nombre de femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois (qui peut être obtenu à partir des estimations du nombre de naissances données par le Bureau Central des Statistiques ou par la Division des Nations Unies sur les populations, ou à partir des systèmes d'enregistrement des grossesses disposant de données exhaustives) par l'estimation nationale la plus récente de la prévalence de l'infection à VIH parmi les femmes enceintes⁶ (pouvant être obtenue à partir des estimations 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.</p> <p>S'il existe des données sur le nombre de naissances vivantes, elles doivent être ajustées pour obtenir une meilleure indication indirecte.</p>
Ventilation	Non demandée.
Forces et faiblesses	<p>Cet indicateur permet aux pays de suivre les avancées obtenues dans le suivi précoce des nourrissons exposés au VIH, en mesurant la dispensation du cotrimoxazole conformément aux directives internationales. Il peut également être utilisé comme indication indirecte des visites de suivi précoce des nourrissons exposés au VIH au cours des 4 à 6 premières semaines de vie. Cet indicateur prend seulement en compte 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 cotrimoxazole pour les nourrissons exposés au VIH, certains nourrissons pouvant avoir débuté un traitement par le cotrimoxazole après les deux mois qui suivent leur naissance. Une valeur faible pour cet indicateur peut indiquer la présence d'obstacles potentiels dans le système, tels qu'une gestion inefficace des approvisionnements en cotrimoxazole dans le pays, une collecte de données de qualité insuffisante et des systèmes inadéquats de distribution.</p>
Autres facteurs à prendre en compte	<p>Les pays peuvent également souhaiter obtenir des informations sur la dispensation du cotrimoxazole aux nourrissons exposés au VIH de plus de deux mois, en considérant cette opération comme un moyen de suivre les avancées du programme d'une manière générale, d'identifier les problèmes que peut poser le début précoce de la prophylaxie par cotrimoxazole, et de suivre le rapport entre la consommation et l'approvisionnement.</p> <p>Une gestion inappropriée de l'approvisionnement peut avoir un impact négatif sur la valeur de l'indicateur et réduire de manière importante l'accès au cotrimoxazole pour les nourrissons exposés au VIH. Les pays doivent s'assurer de la mise en place de systèmes et d'instruments appropriés, en particulier des instruments du Système d'information et de gestion logistique national pour l'approvisionnement, la distribution et la gestion des stocks au niveau des établissements, des districts et au niveau central.</p>

⁶ Les estimations nationales du nombre de femmes enceintes séropositives au 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.

Utilisation des données	Les données peuvent aussi être utilisées en tant qu'indication du nombre de nourrissons exposés au VIH qui consultent dans un établissement de santé au cours des deux mois qui suivent leur naissance. Si la valeur de l'indicateur est faible, étudier ce qui peut en être la cause (par ex. 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 stocks de cotrimoxazole, etc.).
Contrôle de qualité des données et informations pour remplir le Formulaire de Rapport	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.
Autres références	Indicateur clé de suivi et d'évaluation de la PTME #8.

3.10 Distribution des pratiques d'alimentation à l'âge de 3 mois (allaitement au sein exclusif, de substitution, mixte/autre) pour les enfants nés de femmes séropositives au VIH, à la visite DTC3 (3^{ème} dose vaccination diphtérie, coqueluche, tétanos)

Justification	La transmission du VIH peut se produire lors de l'allaitement au sein, même quand 100 % des femmes reçoivent soit un TAR pour la vie entière, soit des ARV en tant que prophylaxie pour la PTME. Comparé à l'allaitement au sein exclusif, une alimentation mixte avant l'âge de 6 mois augmente le risque de transmission. Quand une femme connue pour être séropositive au VIH allaite son nourrisson au sein, l'OMS recommande donc qu'elle reçoive des ARV pour diminuer le risque de transmission, allaite exclusivement au sein pendant six mois, introduise des aliments de complément à partir de l'âge de six mois, et continue à allaiter au sein jusqu'à l'âge de 12 mois. Dans la plupart des pays, la couverture de la 3 ^{ème} dose de vaccin des nourrissons contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC3), autour de l'âge recommandé de 14 semaines, est relativement élevée. Nous proposons que les données soient collectées à ce moment car il correspond à celui où la plupart des nourrissons sont vus en consultation et 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 obtenues dans les Enquêtes démographiques et sanitaires.
Ce que mesure l'indicateur	Les pratiques d'alimentation ⁷ des nourrissons exposés au VIH, en utilisant la méthode de remémoration après 24 heures. Elles sont mesurées au moment

⁷ 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 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 (= allaitement au sein partiel) : alimentation constituée par du lait maternel et d'autres solides ou liquides pour les nourrissons âgés de 0 à 6 mois.

	de l'administration aux nourrissons de la 3 ^{ème} dose de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC3), qui a souvent lieu autour de l'âge de trois mois ou à la visite la plus proche après l'âge de trois mois.
Numérateur	<p>Les numérateurs sont ventilés comme suit :</p> <p>I12a : nombre de nourrissons exposés au VIH exclusivement allaités au sein à ou autour de la visite d'administration du DTC3</p> <p>I12b : nombre de nourrissons exposés au VIH recevant une alimentation de substitution à ou autour de la visite d'administration du DTC3</p> <p>I12c : nombre de nourrissons exposés au VIH recevant une alimentation mixte à ou autour de la visite d'administration du DTC3</p> <p>Les numérateurs ne prennent en compte les pratiques d'alimentation que pour les seuls nourrissons connus pour être exposés au VIH qui visitent les établissements de santé.</p>
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 d'administration du DTC3 . Les nourrissons seront âgés d'environ trois mois ou plus.
Méthodes et outils de mesure	<p>Les numérateurs sont calculés à partir des comptes-rendus des programmes nationaux agrégés à partir des registres d'établissements.</p> <p>Idéalement, les données doivent être agrégées à partir des sites et des registres appropriés, comme un registre spécifique ou intégré des nourrissons exposés au VIH, selon le lieu où les services sont dispensés et où les données sont enregistrées.</p> <p>À chaque visite, le prestataire de soins doit s'enquérir des pratiques d'alimentation du nourrisson au cours des dernières 24 heures, en posant les questions suivantes : « 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 d'administration de la 3^{ème} dose de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche. Cette information sera compilée et transmise 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 autour de l'âge de trois mois.</p> <p>Le dénominateur est calculé à partir du nombre total de nourrissons exposés dont 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.</p> <p>Il faut inclure tous les établissements de santé publics, privés et gérés par des ONG qui assurent un suivi des nourrissons exposés au VIH.</p>
Ventilation	Donner la distribution des pratiques d'alimentation des nourrissons : allaitement au sein exclusif, alimentation de substitution, alimentation mixte/autre, sans catégorie/autres catégories.

Forces et faiblesses	<p>Les indicateurs mesurent les avancées importantes obtenues en matière de pratiques d'alimentation à moindre risque des nourrissons exposés au VIH lorsque leur mère est infectée par ce virus. Ils peuvent aussi être utilisés pour indiquer la qualité du conseil sur les pratiques d'alimentation des nourrissons (un faible taux d'alimentation mixte indiquant probablement un conseil et un soutien appropriés en matière d'alimentation du nourrisson), et pour modéliser 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 GARPR – taux modélisé de TME). À noter que l'indicateur ne dit rien de la qualité de l'alimentation de substitution donnée au nourrisson, ni de l'impact des pratiques d'alimentation sur la survie des enfants.</p> <p>L'information peut être comparée à celle obtenue à partir des enquêtes en population (par ex. Enquêtes démographiques et sanitaires) qui suivent les pratiques d'alimentation des nourrissons dans la population générale.</p> <p>Ces indicateurs peuvent ne pas refléter 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 être déjà 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 pour recevoir le DTC3 ou pour toute autre raison autour de l'âge de trois mois.</p>
Autres facteurs à prendre en compte	<p>Pour bien comprendre l'étendue et la nature des pratiques d'alimentation des nourrissons, les pays peuvent envisager de mener des études spécifiques en suivant une cohorte de femmes séropositives au VIH qui optent pour une alimentation de substitution ou pour un allaitement au sein exclusif. En plus de mesurer les pratiques d'alimentation des nourrissons, ces études peuvent permettre d'examiner les raisons pour lesquelles les femmes qui ont opté pour l'allaitement au sein ou l'alimentation de substitution ont ou n'ont pas recours exclusivement à ces pratiques, et vérifier si les critères d'une alimentation acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable sont respectés. Elles peuvent aussi permettre d'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, et les questions en rapport avec l'arrêt de l'allaitement au sein exclusif à six mois et le début de l'alimentation complémentaire à partir de ce moment. D'autres questions à examiner sont celle de l'impact du diagnostic précoce du nourrisson sur les pratiques d'alimentation, et si celui-ci est négatif, et celle des moyens à mettre en place pour améliorer le soutien fourni aux mères à cette période.</p> <p>Dans les pays où le suivi des nourrissons exposés a été intégré dans les services de proximité communautaires, les programmes doivent identifier un mécanisme de collecte de données au niveau communautaire pour cet indicateur.</p> <p>Les pays peuvent souhaiter collecter ces données à d'autres moments définis, par exemple à la fois 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.</p>
Utilisation des données	Étudier la distribution des pratiques d'alimentation des nourrissons et discuter de stratégies en vue de l'adoption de pratiques à moindre risque.

Contrôle de qualité des données et informations pour remplir le Formulaire de Rapport	<ul style="list-style-type: none"> • Veuillez indiquer toute information pertinente 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 des nourrissons parmi les femmes séropositives au VIH.
Autres références	Indicateur clé de suivi et d'évaluation de la PTME #10

3.11 Nombre de femmes enceintes qui ont consulté dans les dispensaires de services de soins prénatals au moins une fois durant la période couverte par les données (AU 2011 #11)

Notes pour le Formulaire de Rapport	<p>Veuillez indiquer le nombre de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals au cours de la période couverte par les données.</p> <p>Notez qu'il s'agit de comptabiliser le nombre de <i>personnes</i>, et non celui des <i>visites</i> ; ce qui signifie par exemple qu'une femme enceinte effectuant trois visites dans les services sera comptabilisée une seule fois.</p> <p>Si le nombre obtenu ne représente pas le nombre au niveau national (par ex. 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 commenter la représentativité du nombre que vous rapportez.</p>
-------------------------------------	---

Objectif 4 : Permettre à 15 millions de personnes d'accéder à un traitement antirétroviral à l'horizon 2015

4.1 Pourcentage d'adultes et d'enfants éligibles, qui reçoivent actuellement un traitement antirétroviral

Veillez noter que l'indicateur ci-dessus est décrit dans les directives GARPR), alors que l'indicateur suivant pour les personnes ayant récemment débuté un TAR est additionnel à la section 4.1 et ne figure pas dans les directives GARPR :

4.1 Traitement contre le VIH : Thérapie antirétrovirale	
Nombre d'adultes et d'enfants éligibles, ayant nouvellement débuté un traitement antirétroviral durant la période couverte par les données	
Justification	En plus de la couverture, il est important de suivre la mise sous TAR. La comparaison de l'évolution du nombre de personnes sous TAR à la fin de chaque année (indicateur G2a) ne donne aucune information sur le nombre de personnes qui ont nouvellement débuté un TAR, alors que la fonte naturelle du nombre de patients est maximale au cours de la première année sous TAR. Cela signifie que l'ensemble des patients qui ont nouvellement débuté un TAR au cours de l'année couverte par les données n'ont pas tous continué à recevoir ce traitement à la fin de l'année. Il est donc important de rendre compte du nombre exact de patients qui ont nouvellement débuté un TAR au cours de l'année couverte par les données.
Ce que mesure l'indicateur	Le nombre d'adultes et d'enfants éligibles pour débiter un TAR et qui ont commencé ce traitement au cours de l'année couverte par les données (2010). L'évolution annuelle du nombre de patients nouvellement inscrits pour un TAR.
Méthodes et outils de mesure	Registres de dispensation des TAR des établissements de santé et formulaires de gestion des approvisionnements en médicaments. En comptant le nombre de patients ayant nouvellement été inscrits pour un TAR au cours de la période couverte par les données. Il ne faut pas compter les patients transférés depuis un autre établissement ou ceux qui ont arrêté momentanément puis recommencé leur traitement au cours de la période couverte par les données (risque de doublon). 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	En fonction du sexe : masculin, féminin. Par groupe d'âge : < 1 an, 1-4 ans, 5-14 ans, 15 ans+ à inclure, si disponibles, dans la section « Commentaires »
Forces et faiblesses	Cet indicateur permet de suivre les tendances de la mise sous TAR mais ne cherche pas à pas à faire une distinction entre les différents types de TAR, ni à mesurer le coût, la qualité ou l'efficacité du traitement fourni. Tous ces éléments sont variables à l'intérieur d'un pays et d'un pays à l'autre, et sont susceptibles de changer dans le temps. Le degré de mise sous TAR dépendra de facteurs tels que le rapport entre le coût et les revenus locaux, les infrastructures pour la prestation de services et la qualité de cette prestation, la disponibilité et l'utilisation des services de dépistage et de conseil volontaire, et la perception de l'efficacité et des effets indésirables potentiels 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 éligibles pour recevoir un TAR mais qui n'ont pas débuté ce traitement.
Utilisation des données	En plus du nombre d'anciens patients sous TAR (rétention sous TAR), le nombre de patients qui ont nouvellement débuté un TAR est nécessaire pour une planification

	précise des ressources et des stocks de médicaments (afin d'éviter les pénuries et le gaspillage).
Contrôle de qualité des données et informations pour remplir le Formulaire de Rapport	<p>Doublon : si des patients sont transférés dans le service ou à l'extérieur du service sans que chaque changement soit correctement enregistré, et si les patients suivis dans différents sites de dispensation des TAR ne sont pas identifiés, il existe un risque de double enregistrement pouvant conduire à une surestimation de la mise sous TAR. Si tel est le cas, veuillez l'indiquer en commentaire.</p> <p>De façon similaire, si les patients qui arrêtent momentanément puis recommencent leur TAR sont codés comme de nouveaux patients, il en résultera une surestimation du nombre réel de patients qui ont nouvellement débuté un TAR.</p> <p>Représentativité nationale : le numérateur est un indicateur cumulatif national, habituellement produit par tous les établissements de santé (dans le cas contraire, il peut conduire à une sur-estimation de la mise sous TAR). Veuillez commenter ces données si nécessaire.</p> <p>Options de triangulation : rapports des pharmacies, comparant le nombre de nouveaux patients dans les registres de pharmacie et dans les registres de traitement.</p>
Autres références	Indicateur et lignes directrices de PEPFAR.

4.2 Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH, dont on sait qu'ils sont toujours vivants et sous traitement antirétroviral
(b) 24 mois après le début du traitement parmi les patients ayant débuté le traitement antirétroviral en 2010,
(c) 60 mois après le début du traitement parmi les patients ayant débuté le traitement antirétroviral en 2007

Justification	La thérapie antirétrovirale se prend à vie. Mesurer la rétention sous TAR est critique pour documenter l'efficacité des programmes, extrapoler leur impact and identifier les obstacles pour leur extension et amélioration.
Ce que mesure l'indicateur	Cet indicateur mesure la rétention sous thérapie antirétrovirale liée à l'augmentation de la survie et à la volonté de poursuivre la thérapie. Il doit être produit à 12 mois, puis régulièrement tout au long du suivi ; les rétentions à 24 et 60 mois sont décrites ici (la rétention à 12 mois est incluse dans le document d'orientation du GARPR). Il complète le suivi de la couverture des programmes avec une mesure de l'effectivité.
Numérateur	Nombre d'adultes et d'enfants dont on sait qu'ils sont toujours vivants et sous traitement antirétroviral b) 24 mois, c) 60mois, après le début du traitement (parmi ceux qui ont débuté le TAR en b) 2010 et c) 2007).
Dénominateur	<p>b) à 24 mois : nombre total d'adultes et d'enfants ayant débuté un TAR en 2009 (ou autre période spécifiée), et donc devait atteindre 24 mois de traitement durant la période couverte par les données (2011) (ou 24 mois après la période spécifiée de début de traitement), en incluant ceux qui sont décédés depuis le début du TAR, qui ont arrêté le TAR et ceux qui sont enregistrés comme perdus de vue à 24 mois.</p> <p>c) à 60 mois : nombre total d'adultes et d'enfants ayant débuté un TAR en 2006 (ou autre période spécifiée) et donc devait atteindre 60 mois de traitement durant la période couverte par les données (2011) (ou 60 mois après la période spécifiée de début de traitement), en incluant ceux qui sont décédés depuis le début du TAR, qui ont arrêté le TAR, et ceux qui sont enregistrés comme perdus de vue à 60 mois</p>

Méthodes et outils de mesure	<p>Numérateur et dénominateur : instruments de suivi des programmes ; registres des dispensations des thérapies antirétrovirales ; formulaires des analyses de cohorte. Pour mesurer la rétention il est important de sélectionner précisément les patients en fonction de l'année de début du TAR et d'analyser leurs résultats quand ils atteignent la durée de suivi précisée.</p> <p>Mesurer les résultats à 24 mois, doit se faire en incluant tous les patients ayant débuté dans les deux dernières années ; et à 60 mois, en incluant tous les patients ayant débuté 5 ans auparavant. Si les données disponibles ne correspondent pas vraiment à ces périodes standards, il est important de préciser la période pendant laquelle les patients ont débuté le TAR.</p>
Ventilation	<p>Parmi les patients ayant débuté le TAR (dénominateur), en plus de rapporter (1) le nombre de ceux qui sont vivants et sous traitement (numérateur), il est très important de rapporter aussi les autres résultats (2) perdus de vue, (3) arrêt du traitement et (4) décédés. La somme de ces 4 résultats doit égaler le nombre de personnes ayant débuté le TAR.</p> <p>Quand l'information est générée au niveau du site, les patients transférés dans un nouvel établissement doivent être inclus dans le calcul et les patients transférés hors d'un établissement doivent être exclus. Si ces données de transfert sont agrégées au niveau national lors de la compilation des rapports de sites, ces données doivent être rapportées dans les analyses à 12 mois.</p>
Forces et faiblesses	<p>La poursuite de la thérapie antirétrovirale est principalement liée à la survie (mais aussi à la volonté de continuer). La survie pourrait refléter les services offerts aux personnes, mais dépend aussi des caractéristiques de base des patients au début de leur thérapie. Les stades clinique, immunologique et virologique sont des facteurs de prédiction indépendants de la survie sous thérapie antirétrovirale. Les caractéristiques de base recueillies par la cohorte des patients doivent aider à interpréter les résultats et, surtout, comparer les sites de dispensation des thérapies antirétrovirales.</p>
Autres facteurs à prendre en compte	<p>Si les données à 24 et 60 mois de rétention ne sont pas disponibles pour les patients qui ont débuté le TAR en 2009 ou 2006, respectivement, mais sont disponibles pour les patients ayant débuté le TAR dans une période plus éloignée (ex. 2008 ou 2007, ou 2005 ou 2004), veuillez indiquer précisément quelle est cette période dans la section <i>Commentaires</i> : ex. ont débuté le TAR entre (mois/année) et (mois/année). Le numérateur ne requiert pas des patients ayant été continuellement sous thérapie antirétrovirale pendant la période de 24 mois ou celle de 60 mois. Par exemple, les patients qui pourraient ne s'être pas présentés à un ou deux rendez-vous ou à une ou deux dispensations de médicaments, et pourraient avoir temporairement interrompu leur traitement au cours des 24 mois après le début de ce traitement, mais qui sont enregistrés comme étant toujours sous traitement à 24 ou 60 mois, sont inclus dans le numérateur. En revanche, les patients qui sont décédés, ont arrêté leur traitement ou sont perdus de vue à 24 ou 60 mois, après le début de leur traitement, ne sont pas inclus dans le numérateur.</p> <p>Dans les pays où cet indicateur n'est pas produit par tous les sites de dispensation, mais l'est dans un sous ensemble d'établissements, les données doivent être interprétées en gardant à l'esprit la représentativité, et cela doit être signalé dans la section <i>Commentaires</i>.</p>
Utilisation des données	<p>Merci de rapporter toute rétention particulièrement faible et d'en évaluer les raisons. L'analyse des données sur la répartition des personnes qui ne sont plus sous thérapie antirétrovirale doit être envisagée : décédés, interruptions de traitement, ou</p>

	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 ; ayant arrêté leur traitement ; transférées ailleurs. Merci de procéder à une comparaison des cohortes.
Contrôle de qualité des données et informations complémentaires	Représentativité nationale : si cet indicateur est produit seulement dans un sous-ensemble d'établissements, merci de nous faire part de tout commentaire sur la source d'information et sur la représentativité de cette information par rapport à tous les sites dispensant des thérapies antirétrovirales.

4.3a Nombre d'établissements de santé qui dispensent des traitements antirétroviraux (TAR)	
Justification	La thérapie antirétrovirale (TAR) est la pierre angulaire d'un traitement efficace contre le VIH, et la mesure du pourcentage des établissements de santé qui la dispensent apporte des informations précieuses sur la disponibilité des antirétroviraux.
Ce que mesure l'indicateur	Nombre d'établissements de santé qui dispensent des traitements antirétroviraux (les prescrivent et/ou assurent le suivi clinique) La capacité des établissements de santé à dispenser des antirétroviraux, exprimée en pourcentage des établissements de santé qui dispensent des antirétroviraux (les prescrivent et/assurent le suivi clinique). Les établissements de santé incluent les établissements publics et privés, les centres de santé et les centres de soins (y compris les centres de soins pour la tuberculose), ainsi que les établissements de santé qui sont dirigés par des organisations confessionnelles ou non gouvernementales.
Méthodes et outils de mesure	Le numérateur est calculé en totalisant le nombre d'établissements de santé qui rendent compte de la disponibilité des services de dispensation des thérapies antirétrovirales. L'information sur la disponibilité des services spécifiques est habituellement stockée au niveau national ou au niveau infranational. Les programmes nationaux de lutte contre le sida devraient conserver des données sur tous les établissements qui dispensent les services en lien avec la thérapie antirétrovirale. Un recensement ou une enquête sur les établissements de santé peuvent également apporter ces informations, parallèlement à des informations plus approfondies sur les services disponibles, à condition que ces informations soient collectées à partir d'un échantillon représentatif de ces établissements dans le pays. Les réponses à une série de questions permettent de déterminer si les prestataires de soins dans ces établissements dispensent les thérapies antirétrovirales directement (les prescrivent et/ou assurent le suivi clinique), ou réorientent les patients vers d'autres établissements pour qu'ils obtiennent ces services. De plus, les comptes rendus des établissements documentant le statut actuel de l'offre de services doivent être consultés. Une des limites potentielles des enquêtes ou des recensements dans les établissements est qu'ils sont habituellement espacés dans le temps. Les pays doivent régulièrement mettre à jour les comptes-rendus de leurs programmes en ce qui concerne les établissements de santé dispensant des thérapies antirétrovirales, et compléter ces données par celles obtenues grâce à une enquête en lieux de soins ou un recensement, même espacés de quelques années. Pour les enquêtes ou les recensements dans les établissements, des outils tels que l'Évaluation de la Fourniture des Services (SPA) ou la Cartographie de la Disponibilité des Services (SAM) peuvent être employés.

Ventilation	Secteur : public, privé
Forces et faiblesses	Cet indicateur apporte une information précieuse sur la disponibilité des services pour la thérapie antirétrovirale dans les établissements de santé, mais ne saisit pas l'information sur la qualité de ces services. La thérapie antirétrovirale en soi est complexe, et doit être dispensée en étant accompagnée d'autres interventions comme la prophylaxie par cotrimoxazole, la gestion des maladies opportunistes et les co-morbidités, le soutien nutritionnel et les soins palliatifs. Le seul suivi de la disponibilité des thérapies antirétrovirales ne garantit pas que tous les services qui les accompagnent soient dispensés de manière appropriée à ceux qui en ont besoin. Il est néanmoins important de connaître le pourcentage d'établissements qui dispensent ces services en vue d'une planification de leur extension en réponse aux besoins, et vers les objectifs de l'Accès Universel.
Autres facteurs à prendre en compte	<ul style="list-style-type: none"> • Une des stratégies d'extension des services de thérapies antirétrovirales consiste à rendre ces thérapies disponibles dans un nombre plus important d'établissements de santé. Cet objectif peut être atteint à travers une décentralisation des services de thérapies antirétrovirales, des établissements tertiaires (par ex. les hôpitaux) vers des établissements de niveau primaire ou secondaire. Une plus grande disponibilité des services de dispensation des thérapies antirétrovirales est une contribution essentielle aux progrès des objectifs d'un Accès Universel aux traitements du VIH en 2010. • Selon le type d'épidémie dans le pays, le dénominateur peut ne pas être aussi pertinent si la stratégie des programmes nationaux de lutte contre le sida vise à cibler un nombre limité de sites de dispensation des thérapies antirétrovirales.
Utilisation des données	Pour observer les progrès en pourcentage des établissements de santé qui dispensent les thérapies antirétrovirales. Analyser les données en fonction de la répartition géographique et par type d'établissement de santé, et les trianguler avec les estimations de la densité du VIH peut donner un aperçu des lieux où il y a nécessité d'accroître la disponibilité des services des thérapies antirétrovirales.
Contrôle de qualité des données et informations pour remplir le Formulaire de Rapport	<ul style="list-style-type: none"> • Merci de nous indiquer si les données rapportées proviennent d'un registre d'établissement, d'un recensement national ou d'une enquête. Si les données du secteur privé ou d'autres secteurs sont indisponibles, merci de nous l'indiquer. <p>Merci de communiquer toute information additionnelle sur la répartition géographique des établissements dispensant les thérapies antirétrovirales (par ex. zones urbaines/rurales, pourcentage des établissements avec les thérapies antirétrovirales dans des régions à forte concentration de PVVIH).</p>
Autres références	Indicateurs additionnels recommandés par l'ONUSIDA pour les programmes nationaux de lutte contre le sida #5

4.3b Établissements de santé

Nombre d'établissements de santé qui dispensent la thérapie antirétrovirale pédiatrique

Justification	Le TAR est une pierre angulaire du traitement efficace de l'infection à VIH, et la mesure du pourcentage des établissements de santé qui dispensent des TAR pédiatriques apporte une information précieuse sur la capacité à répondre à la demande de soins concernant l'infection à VIH pour les enfants.
Ce que mesure l'indicateur	<p>Le nombre d'établissements de santé qui dispensent des TAR pédiatriques.</p> <p>La capacité des établissements de santé à fournir des TAR pédiatriques, exprimée en pourcentage d'établissements qui dispensent ces traitements. Les établissements de santé incluent les établissements publics et privés, les</p>

	centres de santé et les services de consultation (y compris les centres de soins pour la tuberculose), ainsi que les établissements de santé gérés par des organisations confessionnelles ou non gouvernementales.
Méthodes et outils de mesure	<p>Le numérateur est calculé en faisant la somme des établissements déclarant disposer de services de dispensation des TAR pédiatriques. Les informations sur la disponibilité de services spécifiques sont habituellement stockées au niveau national ou infranational. Les programmes nationaux de lutte contre le sida doivent répertorier tous les établissements de santé disposant de services de dispensation des TAR.</p> <p>Un recensement ou une enquête dans les établissements de santé peut aussi apporter cette information, parallèlement à des informations plus approfondies sur les services disponibles, à condition que ces informations soient collectées à partir d'un échantillon représentatif des établissements de santé du pays. Les réponses à une série de questions permettent de déterminer si les prestataires de soins de ces établissements dispensent des TAR directement ou réorientent les patients vers d'autres établissements pour qu'ils bénéficient de ces services. Il faut de plus consulter la liste répertoriant les établissements qui rassemblent les informations sur le statut de l'offre de services. Une limite potentielle des enquêtes ou des recensements dans les établissements est qu'ils ne sont habituellement réalisés qu'avec une périodicité de plusieurs années.</p> <p>Les pays doivent régulièrement mettre à jour leurs comptes-rendus de programmes sur les établissements de santé qui dispensent des TAR pédiatriques, et compléter ces données avec celles provenant d'une enquête ou d'un recensement dans les établissements de santé réalisés avec une périodicité de plusieurs années. Pour ces enquêtes ou ces recensements dans les établissements de santé, il est possible d'utiliser des outils tels que l'Évaluation de la prestation des services (<i>Service Provision Assessment - SPA</i>) ou la Cartographie de la disponibilité des services (<i>Service Availability Mapping - SAM</i>).</p> <p>Il n'est pas nécessaire de disposer d'un dénominateur pour le Rapport de l'Accès Universel ; certains pays qui essaient d'étendre le TAR pédiatrique au niveau national peuvent envisager d'utiliser le Nombre total d'établissements de santé, sans inclure les établissements spécialisés où la dispensation des TAR pédiatriques n'est pas/ne sera jamais pertinente, qui 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, des listes répertoriant les établissements et/ou des documents de stratégie ou de planifications nationales. Il faut exclure les établissements spécialisés pour lesquels la dispensation de TAR n'est/ne sera jamais pertinente (par ex. les établissements spécialisés en ophtalmologie où le TAR ne sera jamais introduit).</p>
Ventilation	Secteur : public, privé.
Forces et faiblesses	Cet indicateur apporte une information précieuse sur la disponibilité des services de dispensation des TAR pédiatriques dans les établissements de santé, mais il ne prend pas en compte les informations sur la qualité des services fournis. Le TAR lui-même est complexe, et doit être dispensé dans le cadre d'un paquet d'interventions de soins, parmi lesquelles la dispensation

	<p>d'une prophylaxie par cotrimoxazole, la prise en charge des maladies opportunistes et des comorbidités, le soutien nutritionnel et les soins palliatifs. Le seul suivi de la disponibilité des TAR ne garantit pas que tous les services ayant un rapport avec le TAR soient fournis de façon adéquate à ceux qui en ont besoin. Il est néanmoins important de connaître le pourcentage d'établissements de santé qui dispensent les TAR afin de planifier une extension des services en fonction des besoins en vue d'atteindre les objectifs de l'accès universel.</p> <p>Une des limites potentielles des enquêtes ou des recensements dans les établissements de santé est qu'ils sont habituellement répétés après un intervalle de quelques années et peuvent ne pas tenir compte des données les plus récentes, notamment en cas d'accélération récente de l'extension.</p>
Autres facteurs à prendre en compte	<ul style="list-style-type: none"> • Une stratégie d'extension des services de dispensation des TAR est de rendre ces derniers – y compris les TAR pédiatriques – disponibles dans un nombre plus important d'établissements de santé. Cette stratégie peut atteindre son but par une décentralisation des services de dispensation des TAR des établissements du niveau tertiaire (par ex. les hôpitaux) vers les établissements de niveau primaire ou secondaire. Une plus grande disponibilité des services de dispensation des TAR pédiatriques représente un apport crucial à l'objectif de l'accès universel aux TAR. 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 VIH vise à cibler un nombre limité de sites dispensant les TAR pédiatriques.
Utilisation des données	Observer les tendances dans le temps. Examiner le nombre d'établissements qui dispensent des TAR au regard du nombre estimé d'enfants qui en ont besoin.
Contrôle de qualité des données et informations pour remplir le Formulaire de Rapport	<p>Veillez indiquer si les données transmises proviennent d'une liste répertoriant les établissements ou d'un recensement au niveau national, ou d'une enquête. S'il s'agit d'une enquête, ne pas oublier d'indiquer l'année où elle a été réalisée. Veillez signaler si les données des établissements privés ou d'autres secteurs ne sont pas disponibles.</p> <p>S'il est possible de fournir facilement des informations supplémentaires sur la répartition géographique des établissements de santé dispensant des TAR pédiatriques (par ex. milieu urbain/milieu rural, % d'établissements dispensant des TAR dans des régions à forte concentration de PVVIH), faites part de ces informations.</p>
Autres références	Indicateurs additionnels recommandés par l'ONUSIDA pour les programmes nationaux de lutte contre le sida #5.

4.4 Pourcentage des établissements de santé délivrant des antirétroviraux et ayant connu une rupture de stocks pour au moins un antirétroviral dans les 12 derniers mois (AU 2011 #H1)

Justification	<p>À mesure que les pays étendent les services de dispensation des thérapies antirétrovirales, il est important de garantir que tous ceux qui en ont besoin auront accès à ces médicaments. La thérapie antirétrovirale est une stratégie à long terme pour les personnes vivant avec l'infection à VIH à un stade avancé, et les interruptions de traitement peuvent avoir pour conséquence des échecs thérapeutiques et l'apparition de pharmacorésistances. Seule une gestion efficace de l'approvisionnement en antirétroviraux permettra d'assurer qu'il n'y ait pas des</p>
---------------	---

	épisodes de rupture des stocks.
Ce que mesure l'indicateur	Cet indicateur mesure un aspect essentiel de la gestion de l'approvisionnement en médicaments antirétroviraux : les établissements de santé qui dispensent ces médicaments ont-ils connu une rupture de stocks pour au moins un antirétroviral au cours des 12 derniers mois ?
Numérateur	Nombre d'établissements de santé délivrant des antirétroviraux et ayant connu une rupture de stocks d'un ou plusieurs antirétroviraux nécessaires dans les 12 derniers mois
Dénominateur	Nombre d'établissements de santé délivrant des antirétroviraux
Méthodes et outils de mesure	<p>Cette information est collectée au niveau central car c'est là que les structures de santé envoient leurs rapports de gestion de stock et les formulaires de commande d'ARV. Ces formulaires contiennent des données sur le nombre de personnes sous ARV, quantités consommées pour chaque ARV, niveau de stock en cours y compris produits en rupture de stock s'il y en a. Pour mesurer cet indicateur, on aura besoin des outils suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rapports de gestion de stock soumis par chaque structure de santé dans lesquels on recherchera le niveau de stock de chaque ARV y compris une rupture de stock éventuelle.. • Formulaire de commande des structures de santé au cas où le rapport susmentionné ne fournit pas l'information sur le niveau de stock et les ruptures de stock (ex. la dernière commande ou la commande de l'année passée). • La liste des ARV que chaque structure est autorisée à délivrer si cette information n'est déjà sur le formulaire de commande. <p>Tout ce qui précède est utile si les rapports LMIS (système d'information et de gestion logistique national) sont opérationnels. Si les informations LMIS n'existent pas, les enquêtes en établissements de santé comme l'Évaluation de l'approvisionnement en services (SPA) ou la cartographie de la disponibilité des services (SAM) peuvent être utilisés, à condition qu'ils incluent des questions sur les ruptures de stocks d'antirétroviraux.</p> <p>S'il existe un LMIS incluant des détails sur la disponibilité des antirétroviraux au niveau de l'établissement de santé, l'information doit être extraite de ce système afin de construire l'indicateur. Autrement, l'information peut être collectée par une enquête spéciale ou des visites sur sites. Si le nombre d'établissements qui dispensent des antirétroviraux est limité, tous les établissements qui dispensent des antirétroviraux doivent être ciblés par l'enquête ou les visites sur sites. Si le nombre d'établissements qui dispensent des antirétroviraux est important, il peut être nécessaire de sélectionner un échantillon représentatif à partir du nombre total d'établissements dispensant des antirétroviraux (leur liste complète doit être disponible au plan national). En cas d'échantillonnage, il est important de s'assurer que l'échantillon inclut les établissements de différents niveaux (tels que les niveaux central, des districts et périphériques). Dans les pays où les médicaments antirétroviraux sont délivrés dans les pharmacies ou dans d'autres sites indépendants des établissements de santé, les ruptures de stocks doivent également être observées dans ces lieux ; la faisabilité dépendra de la couverture du système d'information et de gestion logistique du pays.</p>
Ventilation	Secteur : public, privé
Forces et faiblesses	Cet indicateur saisit une composante essentielle du programme des thérapies antirétrovirales : y-a-t-il un approvisionnement continu et ininterrompu de l'approvisionnement en antirétroviraux au niveau des établissements de santé ? Cependant cet indicateur n'apporte pas d'information sur les causes des ruptures de

	stock ; lesquels des antirétroviraux sont/ont été en rupture de stock ; ou combien de temps a duré la rupture de stock concernant un antirétroviral particulier. Il n'apporte pas non plus d'information sur la qualité du stockage, des livraisons et de la distribution des antirétroviraux.
Autres facteurs à prendre en compte	Dans certaines situations un simple suivi des ruptures de stock pourrait être trompeur, un établissement pouvant garder en stock des réserves mais avoir une politique de non distribution de ces réserves. 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 médicament antirétroviral dont ils avaient besoin pour leur traitement. Dans les environnements où les réserves ne sont pas entamées durant les épisodes de rupture de stock d'antirétroviraux, il est préférable de collecter les données relatives à une rupture de stock fonctionnelle (c'est à dire, l'incapacité à accéder ou à utiliser un médicament antirétroviral nécessaire au traitement).
Utilisation des données	S'il existe des ruptures de stock, il est utile d'évaluer si le problème vient du système national de distribution ou s'il s'agit d'un problème local. Il est également utile de découvrir si le problème vient de projections de commandes d'approvisionnement, du système de distribution, ou est entraîné par un autre problème. C'est une opportunité de vérifier si le LMIS est fonctionnel.
Contrôle de qualité des données et informations pour remplir le Formulaire de Rapport	Merci de d'indiquer si les données sont basées sur des données nationales ou sur des données d'une enquête menée à partir d'un échantillon d'établissements. Merci de faire part de tout commentaire additionnel pouvant contribuer à l'interprétation des données (par ex. si seulement le secteur public ou privé est inclus, et s'il pourrait s'agir d'une sur ou sous-estimation).

4.5 Late HIV diagnoses: Percentage of HIV positive persons with first CD4 cell count < 200 cells/ μ L in 2012 (new for global reporting)

Rationale	As countries scale-up HIV services, it is important to monitor whether people are diagnosed at an earlier stage (or what percentage is still diagnosed at a late stage).
What it measures	This indicator measures the proportion of people with a CD4 cell count <200 cells/ μ l out of those who had a first CD4 count during the reporting period.
Numerator	Number of HIV-positive people with first CD4 cell count <200 cells/ μ l in 2012
Denominator	Total number of HIV-positive people with first CD4 cell count in 2012

4.6.a Prise en charge de l'infection à VIH

Nombre d'adultes inscrits pour la première fois à un programme de soins avant le traitement antirétroviral (pré-TAR) au cours de la période considérée (2012)

Justification	En plus du TAR, il est important de suivre les inscriptions aux programmes de soins avant le traitement antirétroviral (pré-TAR). De nombreuses personnes diagnostiquées séropositives ne remplissent pas les critères nationaux pour débiter un TAR. Il est important de faire participer cette population aux soins longitudinaux pré-TAR et les personnes suivant de tels soins auront ultérieurement besoin d'un TAR.
Ce que mesure l'indicateur	Nombre d'adultes inscrits pour la première fois à un programme de soins avant le traitement antirétroviral (pré-TAR) au cours de la période considérée (2012) Évolution annuelle du nombre de patients inscrits pour la première fois à un

	programme de soins pré-TAR.
Méthodes et outils de mesure	Registres de soins pré-TAR des établissements. Décompte des patients inscrits pour la première fois à un programme de soins pré-TAR au cours de la période considérée.
Ventilation	Sexe. Secteur public/secteur privé <i>Les données ventilées selon ces critères ou d'autres figureront dans l'encadré Commentaires.</i>
Forces et faiblesses	Cet indicateur permet de suivre les tendances concernant l'inscription aux programmes de soins pré-TAR, mais n'ont pas pour objet d'apprécier la nature ou la qualité de ceux-ci. Il n'indique pas non plus si les patients ont continué à suivre le programme pré-TAR durant la période.
Autres facteurs à prendre en compte	Les personnes sur la « liste d'attente » du TAR (c'est-à-dire, les patients qui remplissent les critères requis mais ne l'ont pas entamé) sont souvent recensées dans les registres des soins pré-TAR. Il est également important, lorsque possible, de recenser les personnes qui continuent de suivre le programme de soins pré-TAR, afin de faire en sorte que les personnes séropositives reçoivent des soins même lorsqu'elles n'ont pas entamé de TAR. Certains pays enregistrent tous les patients dans les programmes de soins pré-TAR, même s'ils remplissent les critères requis pour débiter un TAR (ils les enregistrent d'abord dans ces dossiers avant de les transférer dans le registre des TAR). Il arrive également que les patients remplissant les conditions requises pour un TAR ne soient immédiatement enregistrés que dans les registres de TAR, par exemple s'il n'existe pas de registres pour les soins pré-TAR. Il faut en tenir compte lors de l'examen des données y afférentes.
Utilisation des données	Examiner le nombre de personnes qui s'inscrivent pour la première fois dans un programme de soins pré-TAR, le nombre de personnes diagnostiquées séropositives et le nombre de personnes débutant un TAR (question précédente) fournit des informations sur les tendances d'inscription aux programmes de pré-TAR et de TAR.
Contrôle de qualité des données et informations pour remplir le Formulaire de rapport	Double notification : si les transferts de patients entre catégories ne sont pas correctement enregistrés, il y a un risque de doublons pouvant entraîner une surestimation des inscriptions aux programmes de soins pré-TAR. Si tel est le cas, veuillez fournir de plus amples renseignements. De la même manière, si des patients qui ont temporairement interrompu un programme de soins pré-TAR sont enregistrés comme de nouveaux patients lorsqu'ils s'y inscrivent de nouveau, cela aura pour effet de surestimer le nombre réel de patients nouvellement inscrits dans les programmes de soins pré-TAR. Représentativité nationale : le numérateur est un indicateur national cumulatif généralement communiqué par tous les établissements de santé. Veuillez commenter vos données si nécessaire. Options de triangulation : examiner le nombre de personnes diagnostiquées séropositives.
Autres références	

4.6.b Prise en charge de l'infection à VIH

Nombre d'adultes bénéficiant pour la première fois d'une prise en charge de l'infection à VIH (pré-TAR ou TAR) au cours de la période considérée (2012)	
Justification	Le nombre total de personnes nouvellement inscrites dans des programmes de soins du VIH (pré-TAR ou TAR) fournit une indication sur le nombre de personnes séropositives entamant une prise en charge du VIH dans le système de santé. Ce chiffre peut être comparé avec le nombre de personnes nouvellement diagnostiquées séropositives afin d'évaluer le recours aux services de soins et de traitement parmi les personnes récemment diagnostiquées séropositives.
Ce que mesure l'indicateur	Nombre d'adultes bénéficiant pour la première fois d'une prise en charge de l'infection à VIH (pré-TAR ou TAR) au cours de la période considérée (2012) Ce chiffre devrait correspondre au nombre de personnes qui, durant cette année, ont eu accès pour la première fois à des services de soins pré-TAR et de TAR.
Méthodes et outils de mesure	Registres des soins de pré-TAR et de TAR, selon le système de suivi en vigueur dans le pays. Compter les patients qui se sont inscrits pour la première fois à des programmes de soins (pré-TAR/TAR) durant la période considérée. Si les systèmes de suivi du VIH du pays sont conçus de telle manière que tous les patients sont enregistrés dans les registres pré-TAR, même ceux prêts à entamer un TAR, alors seuls les nouveaux inscrits dans les programmes de soins pré-TAR doivent être dénombrés (et ce nombre serait le même que celui indiqué dans la question précédente : nombre d'adultes s'inscrivant pour la première fois dans des programmes de soins pré-TAR). Si tel n'est pas le cas, les données disponibles devront être examinées et agrégées en fonction.
Ventilation	Sexe. Secteur public/secteur privé <i>Les données ventilées selon ces critères ou d'autres figureront dans l'encadré Commentaires.</i>
Forces et faiblesses	Cet indicateur permet de suivre les tendances d'inscription aux programmes de soins du VIH (pré-TAR et TAR) mais n'a pas pour objet d'évaluer leur qualité ni d'indiquer si les patients ont continué de les suivre.
Autres facteurs à prendre en compte	La plupart des pays notifient le nombre de personnes inscrites pour la première fois dans un programme de TAR en même temps que le nombre de personnes inscrites pour la première fois dans un programme pré-TAR (celles qui ont besoin d'un TAR sont ensuite transférées du registre pré-TAR au registre TAR). Si les personnes entamant un TAR ne sont pas enregistrées dans le registre pré-TAR, une manière de calculer le numérateur consiste à ajouter le nombre de personnes nouvellement inscrites en soins pré-TAR à celui des personnes nouvellement inscrites dans le programme de TAR et de soustraire de ce chiffre le nombre de personnes qui sont passées des soins pré-TAR à la TAR au cours d'une année donnée. Cependant, dans nombre de pays où les systèmes de suivi ne sont pas informatisés, il peut s'avérer difficile de déterminer combien de personnes, au niveau national, sont passées des programmes de soins pré-TAR à la TAR à moins de disposer à cette fin d'un formulaire de rapport transversal.
Utilisation des données	Mettre en relation le nombre de personnes nouvellement inscrites dans les programmes de soins du VIH (mise en route des régimes pré-TAR/ TAR) et le nombre de personnes nouvellement diagnostiquées séropositives donne une indication du recours aux soins du VIH parmi les personnes diagnostiquées

	séropositives.
Contrôle de qualité des données et informations pour remplir le Formulaire de rapport	<p>Double notification : veuillez faire part de vos observations en cas de forte possibilité de doublons.</p> <p>Représentativité : veuillez commenter vos données si nécessaire.</p> <p>Options de triangulation : confrontation avec le nombre de personnes diagnostiquées séropositives ou comparaison avec les années précédentes.</p>
Autres références	Il s'agit d'un nouvel indicateur pour les rapports mondiaux, et du numérateur de l'indicateur D-1 du <i>HIV testing and counselling M&E guide (field-test version)</i> .

Objectif 5 : Réduire de 50 pour cent le nombre de décès liés à la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH à l'horizon 2015

5.2 Nombre d'établissements de santé (dispensant des traitements antirétroviraux) qui respectent des pratiques attestées de lutte contre l'infection, notamment de lutte antituberculeuse	
Justification	Avec le dépistage intensifié des cas de tuberculose et le traitement préventif par l'isoniazide, la lutte contre l'infection tuberculeuse fait partie de la stratégie des « trois I » pour lutter contre les épidémies de VIH et de tuberculose.
Ce que mesure l'indicateur	Cet indicateur mesure si les établissements de santé recevant un grand nombre de personnes vivant avec le VIH ont mis en œuvre les mesures de prévention du risque de transmission de la tuberculose d'une personne à une autre.
Numérateur	Nombre d'établissements de santé (dispensant des services de TAR aux personnes vivant avec le VIH) qui respectent des pratiques attestées de lutte contre l'infection, notamment de lutte antituberculeuse.
Méthodes et outils de mesure	<p>Methodologie :</p> <p>Au niveau des établissements de santé, examen de la politique écrite de lutte contre les infections en répondant par oui ou par non aux questions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - existe-t-il un plan écrit de lutte contre les infections ? - y a-t-il une personne responsable de l'exécution du plan de lutte antituberculeuse ? - l'espace d'attente est-il bien aéré (par ex. fenêtres et portes ouvertes) ? - les personnes chez qui l'on suspecte une tuberculose sont-elles identifiées dès leur arrivée dans l'établissement et mises à l'écart des autres patients ? - les cas de tuberculose déclarés chez les prestataires de soins sont-ils systématiquement surveillés et déclarés ? <p>Un établissement de santé ne sera reconnu comme ayant une politique de lutte antituberculeuse conforme aux recommandations internationales que si chacune de ces questions a reçu une réponse affirmative. Une réponse positive à la question sur l'existence d'un plan écrit de lutte contre les infections doit obligatoirement être accompagnée d'une copie papier de ce plan. Il faut également chercher à obtenir des documents prouvant la véracité des réponses aux autres questions.</p> <p>Périodicité : collecte annuelle des données pour chaque établissement au moment des visites de supervision et/ou de l'évaluation externe des activités en rapport avec l'infection à VIH/la tuberculose ou de l'évaluation des programmes de lutte contre le VIH.</p> <p>Instruments de mesure : liste des points à vérifier (« check-list ») utilisée lors de l'évaluation des établissements de santé.</p>
Ventilation	Aucune.
Forces et faiblesses	L'existence d'une politique écrite de lutte contre les infections incluant des mesures de lutte contre la tuberculose et conforme aux lignes directrices internationales est la première étape essentielle pour assurer la lutte contre l'infection tuberculeuse dans les établissements de santé offrant des services (de TAR) pour les personnes vivant avec le VIH. L'existence d'une telle politique ne signifie cependant pas que celle-ci est appliquée dans les faits.

	Une enquête plus approfondie sera nécessaire pour établir si cette politique de lutte contre les infections est appliquée et respectée. Analyser la politique implique de porter un jugement subjectif, ce qui peut limiter les comparaisons de ces analyses entre pays ou pour rendre compte des tendances dans le temps. Cet indicateur va au-delà de la détermination de la simple existence d'une politique de lutte contre les infections ; des normes à respecter y sont définies afin d'établir la présence de pratiques pour assurer la lutte contre l'infection tuberculeuse dans les établissements de santé offrant des services (de TAR) aux personnes vivant avec le VIH qui soient acceptables et conformes aux lignes directrices internationales, ce qui élimine partiellement, mais pas entièrement, la subjectivité du jugement.
Autres facteurs à prendre en compte	Responsabilité : programmes de lutte contre le VIH.
Utilisation des données	Objectif : 100 % ; tous les établissements de santé offrant un TAR doivent avoir mis en œuvre les mesures de lutte contre la tuberculose afin de prévenir la transmission de la tuberculose d'une personne à une autre.
Contrôle de qualité des données et informations pour remplir le Formulaire de Rapport	Visites de supervision et enquêtes au niveau des établissements de santé.
Autres références	Guide du suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH) disponible sur le site Web : http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242598193_fre.pdf

5.3 Pourcentage d'adultes et d'enfants nouvellement pris en charge dans les services de soins pour l'infection par le VIH et ayant débuté une thérapie contre la tuberculose latente (thérapie préventive par isoniazide)

Justification	Pour garantir que les personnes séropositives répondant aux critères de mise sous traitement de la tuberculose latente y ont bien accès, et par conséquent, pour réduire l'incidence de la TB parmi les personnes vivant avec le VIH.
Ce que mesure l'indicateur	Le nombre d'adultes et d'enfants récemment pris en charge par les services de soins pour l'infection par le VIH et ayant débuté un traitement pour la TB latente (thérapie préventive de la TB, thérapie préventive par isoniazide), exprimé en proportion du nombre total d'adultes et d'enfants récemment pris en charge par les services de soins pour l'infection par le VIH au cours d'une période donnée.
Numérateur	Nombre total d'adultes et d'enfants nouvellement pris en charge dans les services de soins pour l'infection par le VIH et qui débutent (à qui il est donné au moins une dose) un traitement de la tuberculose latente durant la période couverte par les données
Dénominateur	Nombre total d'adultes et d'enfants nouvellement pris en charge dans les services de soins pour l'infection par le VIH durant la période couverte par les données.
Méthodes et outils de mesure	Carte patient prise en charge/TAR et registre modifié de dispensation des soins pour l'infection par le VIH. Les données requises pour cet indicateur sont collectées à partir des registres (pré thérapie antirétrovirale et sous thérapie antirétrovirale) des centres de soins pour l'infection par le VIH, selon les lieux de prescription de la thérapie préventive de la

	<p>TB. Les patients séropositifs devraient bénéficier du dépistage de la TB. Ceux d'entre eux pour lesquels il ne sera pas détecté de TB active se verront proposer une thérapie préventive, en accord avec les recommandations élaborées au plan national. Tous les patients qui acceptent cette thérapie et reçoivent au moins la première dose de traitement doivent être enregistrés. Cette information est enregistrée dans une colonne additionnelle des registres de soins pour le VIH. Une anticipation précise des besoins en médicaments pour la gestion des approvisionnements exige le recueil d'informations plus détaillées.</p>
Ventilation	Aucune
Forces et faiblesses	<p>Le traitement de la TB latente a pour objectif de réduire l'incidence de la TB évolutive chez les personnes vivant avec le VIH, co-infectées par la TB mais pas sous sa forme active. Inclure des patients à qui au moins une dose de traitement est remise est relativement facile, même dans les environnements à ressources limitées. Il s'agit là de l'information minimale requise pour s'assurer que la thérapie préventive de la TB est proposée aux patients séropositifs en l'absence d'une confirmation de TB active. Cependant, à moins d'une collecte de données additionnelles, cet indicateur n'apporte pas d'information sur le nombre de patients qui adhèrent au traitement préventif de la TB ou arrivent à son terme. La collecte de données plus complètes sur l'adhésion au traitement ou sur sa poursuite jusqu'à son terme exige bien plus de sources d'information, mais les programmes peuvent souhaiter conduire des études périodiques pour déterminer, par exemple, les taux d'adhésion et la précision du questionnaire de pré-inclusion.</p>
Autres facteurs à prendre en compte	<p>Les registres de délivrance des thérapies préventives de la TB des pharmacies doivent enregistrer les visites des patients venus renouveler leur traitement. (d'ordinaire tous les mois). À partir de ce registre, les établissements devraient pouvoir rapporter le nombre de traitements nouveaux, en cours et terminés, à un rythme trimestriel. Si ces informations sont recueillies en routine, l'indicateur idéal serait «le nombre de patients séropositifs arrivant au terme de leur traitement de la TB latente, en tant que proportion du nombre total de patients séropositifs ayant débuté ce traitement ». Selon les sites pilotes de dépistage, on peut s'attendre à ce que 10–50% des patients dont le dépistage du VIH est positif débutent une thérapie préventive de la TB ; certains d'entre eux ne répondront pas aux critères de mise sous traitement, d'autres déclineront l'offre de traitement ou interrompront leur suivi pendant le processus de pré inclusion. La proportion de patients susceptibles de débuter une thérapie préventive de la TB dépend de l'algorithme employé (par exemple, l'usage du test de tuberculine comme outil de pré inclusion réduit le nombre des patients qui répondent aux critères de mise sous traitement) et aussi du type d'établissement où le diagnostic du VIH est établi. Concernant les réorientations vers les hôpitaux ou les centres de soins du VIH, le nombre de patients déjà malades et ne répondant pas aux critères de mise sous traitement de la TB latente serait plus élevé. De plus fortes proportions de patients proviendront probablement des sites de dispensation en lien avec la PTME ou des centres de dépistage et de conseil volontaires non associés à un établissement de soins. La plupart des programmes devraient cibler la mise sous traitement préventif par isoniazide dans l'année pour au moins 50 % des patients récemment pris en charge dans les services de soins pour l'infection par le VIH.</p>
Utilisation des données	<p>Si la valeur est faible, merci d'essayer d'en comprendre les raisons et de comparer les données ventilées avec la moyenne nationale afin d'identifier les régions nécessitant une attention particulière et les raisons pour lesquelles la couverture y est sous optimale. Explorez les données supplémentaires sur les traitements préventifs de la TB et les traitements la TB par isoniazide.</p>

Contrôle de qualité des données et informations pour remplir le Formulaire de Rapport	<ul style="list-style-type: none"> • Merci de préciser si les données que vous communiquez couvrent le pays entier, ou proviennent d'un échantillon sélectionné (si tel est le cas, indiquez en détail la situation représentée par les données, ainsi que les hypothèses d'extrapolation de ces données à un nombre à caractère national).
Autres références	Guide pour le suivi et l'évaluation des activités liées à la co-infection TB/VIH # B.2.1

5.4 Pourcentage d'adultes et d'enfants bénéficiant d'une prise en charge du VIH de patients dépistés pour la tuberculose à leur dernière visite

Justification	Il s'agit d'un indicateur de processus pour une activité visant à réduire l'impact de la TB parmi 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 du dépistage de la TB au moment du diagnostic du VIH et aux visites de suivi, en utilisant leur dernière visite comme mesure de substitution.
Ce que mesure l'indicateur	Le nombre d'adultes et d'enfants pris en charge dans les services de soins pour l'infection par le VIH, pour lesquels le diagnostic de tuberculose a été confirmé et enregistré lors de leur dernière visite, exprimé comme une proportion de tous les adultes et enfants pris en charge par ces services au cours de la période couverte par les données.
Numérateur	Nombre d'adultes et d'enfants bénéficiant d'une prise en charge du VIH, chez qui une recherche de la tuberculose a été effectuée et dont le résultat a été enregistré au cours de leur dernière visite.
Dénominateur	Nombre total d'adultes et d'enfants pris en charge dans les services de soins pour l'infection à VIH dans la période couverte par les données
Méthodes et outils de mesure	<p>L'OMS recommande le recours à un algorithme simplifié d'évaluation clinique pour détecter les cas de TB active, qui inclut 4 signes cliniques : 1-toux actuelle 2-fièvre, 3-perte de poids, 4-sueurs nocturnes.</p> <p>Le résultat de l'évaluation clinique du statut de TB à chaque visite ayant lieu au cours de la période couverte par les données ("Oui" si "aucun signe" ; "suspicion" ou "sous traitement" et "Non" si le statut n'est pas évalué) doit être enregistré sur la carte patient prise en charge/TAR, et transféré dans les registres pour la pré thérapie et la thérapie en cours, selon les cas, de tous les établissements qui dispensent des soins de routine pour l'infection par le VIH. « Pris en charge » inclut tous les patients qui sont régulièrement suivis dans les services de soins et ceux qui y sont inscrits depuis récemment, au cours de la période couverte par les données. Ces données doivent être analysées et rapportées simultanément à d'autres données transversales au niveau national.</p> <p>Le numérateur est saisi à partir des registres pré thérapies et thérapies en cours, après un comptage du nombre de patients ayant eu leur statut pour la TB évalué au cours de la période couverte par les données. Pour les patients ayant débuté une thérapie antirétrovirale au cours de la période couverte par les données, une attention particulière doit être prêtée à leur comptage dans le registre des patients sous antirétroviraux et non dans celui de la phase de pré thérapie.</p> <p>Le dénominateur pour les patients en phase de pré thérapie antirétrovirale sera le nombre de patients ayant consulté pour des soins au cours de la période couverte par les données.</p> <p>Le dénominateur est saisi à partir des registres pré thérapies et thérapies en cours en comptant le nombre de patients avec une visite au cours de la période couverte par les données. Il doit ensuite être enregistré sur le formulaire de rapport des données transversales.</p> <p>Les programmes de lutte contre la tuberculose et contre le VIH doivent collaborer</p>

	pour garantir que les critères de reconnaissance d'une suspicion de TB et les méthodes d'identification de la tuberculose sont utilisés, en accord avec les protocoles des programmes de contrôle de la tuberculose. ⁸
Ventilation	Aucune
Forces et faiblesses	L'évaluation du statut de la TB parmi les personnes vivant avec le VIH, suivie d'une réorientation rapide pour un diagnostic précis et un traitement, accroît les chances de survie, améliore la qualité de la vie, et réduit les risques de transmission de la tuberculose dans les communautés. Elle permet d'identifier les patients séropositifs qui ne montrent aucun signe de TB active et pourraient bénéficier du traitement par isoniazide pour la TB latente. L'indicateur ne mesure pas la qualité de la recherche intensive de cas de TB, et ne permet pas non plus de savoir si les personnes suspectées d'être atteintes de TB font l'objet d'investigations plus approfondies ou si ces investigations sont réelles. Cependant, il souligne bien l'importance de la recherche intensive de cas de TB parmi les personnes vivant avec le VIH dès le moment du diagnostic de VIH et à chaque contact qu'auront ces personnes avec les services de soins pour le VIH. Les programmes doivent viser une valeur élevée pour cet indicateur (près de 100 %) mais doivent l'interpréter conjointement aux valeurs des indicateurs qui mesurent l'adéquation des actions prises après le dépistage, c'est-à-dire les % de personnes suivies dans les services de soins pour le VIH qui a) sont sous traitement antituberculeux b) ont reçu un traitement pour la TB latente, afin d'être assuré que les actions appropriées ont été menées suite au processus de screening. Une valeur faible démontrera qu'il est peu probable que l'objectif de réduire l'impact de la TB parmi les personnes séropositives soit atteint.
Utilisation des données	Merci de consulter la section Forces et faiblesses pour l'interprétation des données et les autres champs à explorer.
Contrôle de qualité des données et informations pour remplir le Formulaire de Rapport	<ul style="list-style-type: none"> • Merci de faire part de tout commentaire sur la méthode de collecte de ces données et les hypothèses d'extrapolation des données à une estimation nationale.
Autres références	Guide pour le suivi et l'évaluation des activités liées à la co-infection TB/VIH # B.1.1.1 disponible sur : http://www.who.int/tb/publications/2009/tbhiv_guideq/en/

⁸ Une méthode suggérée pour le screening serait de demander aux patients séropositifs au VIH s'ils ont un traitement en cours contre la tuberculose. Si tel n'est pas le cas, il faut alors les interroger sur d'éventuels symptômes majeurs de la tuberculose (par ex. toux > 2 semaines, fièvre persistante, sueurs nocturnes, perte de poids inexplicable et lymphadénopathie). L'emploi d'une simple « check-list » 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), le patient doit subir des examens plus spécifiques de recherche de tuberculose (ou être réorienté vers des services de soins de la tuberculose pour ces examens) et bénéficier du traitement approprié. Les personnes dont le diagnostic de tuberculose est négatif doivent pouvoir bénéficier d'une thérapie préventive de cette infection par isoniazide.

Questions touchant aux politiques et intéressant les 10 cibles

P.1b Questions intéressant les politiques, OMS (AU 2012, indicateur 7.1b)	
Suivi et évaluation	<p>IIc. Le pays a-t-il un plan national de suivi et d'évaluation couvrant l'action menée par le secteur de la santé face au VIH/sida ? (plan assorti d'outils de collecte de données définis et précisant clairement le flux de données utilisé pour recueillir des indicateurs nationaux qui soient fondés sur des indicateurs reconnus au niveau international et harmonisés avec eux le cas échéant) (Oui/Non)</p> <p>Merci de communiquer votre plan national de suivi et d'évaluation et les outils de suivi y afférents (registres, cartes des patients, formulaires de rapport). Veuillez les télécharger ou les envoyer par courriel à l'OMS à l'adresse hivstrategicinfo@who.int.</p> <p>Prévoyez-vous de revoir votre système de suivi et d'évaluation à l'avenir ? (oui/non) Si oui, année :</p> <p>Quelles sont les principales difficultés auxquelles votre pays est confronté en matière de suivi et d'évaluation ? Quels outils et orientations et quelles formes d'assistance pourraient soutenir votre système de suivi et d'évaluation ?</p>
Pharmacorésistance du VIH (HIVDR)	<p>(iii) Des études sont-elles menées dans tous les sites de TAR pour évaluer les résultats au regard des indicateurs d'« alerte précoce » de la HIVDR ?</p> <p>(iv) Des études ont-elles été menées sur la HIVDR chez les personnes nouvellement infectées à VIH (études de seuil) ou chez celles qui vont entamer pour la première fois un TAR dans une ou plusieurs zones où le TAR a été fréquemment administré depuis 3 ans ou plus ?</p>
Observations et suggestions	Ajouter ici d'éventuelles observations sur la surveillance du VIH ou les systèmes de suivi et d'évaluation
Questions programmatiques et politiques relatives au dépistage et au conseil	<p>Le pays est-il doté d'une politique stipulant que le dépistage et le conseil en matière de VIH sont recommandés (mais non obligatoires) ?</p> <p>Le pays met-il en œuvre des approches de dépistage communautaires ?</p> <p>Le pays est-il doté de politiques encourageant les non-spécialistes à réaliser des dépistages rapides du VIH sur les lieux de soins ?</p> <p>Le dépistage du VIH a-t-il été conduit systématiquement dans certains cas ? (veuillez préciser)</p> <p>Le dépistage du VIH a-t-il été conduit systématiquement pour certains groupes ? (veuillez préciser)</p>
Questions programmatiques et politiques relatives aux femmes et aux enfants	<p>Si oui, quelle option de prophylaxie a été retenue (A/ B/ B+/autre) ?</p> <p>Si possible, merci d'envoyer également une copie électronique à l'adresse hivstrategicinfo@who.int.</p> <p>Si oui, réalisez-vous un suivi de la couverture en ARV durant l'allaitement ?</p> <p>Quelle est la politique nationale sur l'alimentation du nourrisson dans le contexte du VIH ?</p>
Questions politiques et programmatiques relatives aux consommateurs de	Dans la liste suivante, quels éléments de l'ensemble complet d'interventions de prévention, de traitement et de soins du VIH pour les consommateurs de drogues injectables sont mis en œuvre dans votre pays ? (Oui/Non)

<p>drogues injectables, aux travailleurs du sexe et aux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes</p>	<ul style="list-style-type: none"> (1) Programmes d'échanges d'aiguilles et de seringues (2a) Thérapies de substitution aux opioïdes (2b) Autres traitements de la pharmacodépendance (3) Dépistage et conseils en matière de VIH (4) Thérapie antirétrovirale (5) Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) (6) Programmes de distribution de préservatifs pour les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels (7) Efforts ciblés d'IEC (information, éducation et communication) (8) Diagnostic, traitement et vaccination en matière d'hépatite virale (9) Prévention, diagnostic et traitement en matière de tuberculose chez les consommateurs de drogues injectables <p>Dans la liste suivante, quels éléments de l'ensemble complet d'interventions de prévention, de traitement et de soins du VIH pour les professionnels du sexe sont mis en œuvre dans votre pays ? (Oui/Non)</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Programmes ciblés de préservatifs (3) Dépistage et conseils en matière de VIH (4) Thérapie antirétrovirale et soins (4a) Traitement des IST symptomatiques (4a) Traitement des IST asymptomatiques (4c) Traitement présomptif périodique des IST (5) Ensemble complet d'interventions pour les travailleurs du sexe consommant des drogues injectables, y compris des interventions reposant sur des données factuelles contre la dépendance aux non-opioïdes tels que l'alcool et les stimulants de type amphétaminique (6) Autonomisation des travailleurs du sexe (participation à la planification et à la mise en œuvre des activités de prévention et de soins en matière de VIH/sida et d'IST) <p>Dans l'ensemble complet d'interventions de prévention, de traitement et de soins du VIH destiné aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, quels éléments sont mis en œuvre dans votre pays parmi ceux présentés ci-dessous ? (Oui/Non)</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Promotion continue de l'utilisation du préservatif (2) Interventions individuelles et communautaires (3) Interventions de prévention dans les lieux du sexe (4) Campagnes de marketing social (5) Prévention sur l'Internet (6) Dépistage et conseils en matière de VIH (7) Thérapie antirétrovirale et soins
--	---

	<p>(8) Prise en charge des IST ; y compris dépistage de la gonorrhée, de la chlamydie et de la syphilis asymptomatiques</p> <p>(9) Vaccination contre l'hépatite B</p> <p>(10) Ensemble complet d'interventions pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et consommant des drogues injectables, y compris des interventions reposant sur des données factuelles contre la dépendance aux non-opioides tels que les stimulants de type amphétaminique</p>
Questions politiques et programmatiques touchant aux ressources humaines	<p>Veillez développer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans votre pays, combien de médecins fournissent des traitements et des soins en matière de VIH/sida ? • Le pays a-t-il une politique sur la mise en route du TAR par les infirmiers et les autres prestataires non-médecins ? • Le pays a-t-il une politique sur la poursuite du TAR par les infirmiers et les autres prestataires non-médecins ? • Le pays a-t-il une politique pour faire participer les agents de santé aux efforts de soutien aux patients ?
Questions politiques et programmatiques relatives au financement de la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Médicaments pour la prise en charge des infections opportunistes ? <p>Votre pays et les donateurs internationaux qui y travaillent (Fonds mondial, etc.) disposent-ils de ressources financières suffisantes pour fournir des antirétroviraux à tous ceux qui en ont besoin ?</p> <p>Comment les besoins en TAR sont-ils calculés aux fins des achats ?</p>
Questions politiques et programmatiques relatives à la thérapie antirétrovirale	<p>Quand les lignes directrices sur le TAR ont-elles été actualisées pour la dernière fois ?</p> <p>Si possible, merci d'envoyer également une copie électronique.</p> <p>Un mécanisme existe-t-il pour actualiser les lignes directrices à la lumière des « recommandations rapides » ?</p> <p>Le pays est-il doté d'un plan d'abandon progressif de la stavudine (d4T) (conformément aux recommandations de 2010 de l'OMS) ?</p> <p>Le pays utilise-t-il de préférence des associations d'antirétroviraux en doses fixes ?</p> <p>Le pays est-il doté d'un plan d'introduction progressif pour l'accès au dépistage de la charge virale (conformément aux recommandations de 2010 de l'OMS) ?</p> <p>Le pays utilise-t-il une technique de numération des CD4 sur le lieu de soins ?</p>
Questions politiques et programmatiques sur la co-infection tuberculose/VIH	<p>Un TAR est-il fourni dans les centres de soins de la tuberculose ?</p> <p>Des antituberculeux sont-ils disponibles dans les centres de soins qui fournissent des TAR ?</p> <p>Une politique prévoit-elle de fournir un TAR aux patients atteints de la tuberculose indifféremment de la numération en CD4 ?</p>
Questions politiques et programmatiques relatives aux soins	<p>Existe-t-il des lignes directrices nationales sur l'administration de cotrimoxazole (CTX) aux patients infectés à VIH ?</p> <p>Si oui, quand ont-elles été mise à jour pour la dernière fois ?</p>

	<p>Votre pays possède-t-il une politique nationale sur le soutien nutritionnel apporté aux personnes vivant avec le VIH et à leurs familles ?</p> <p>Si oui, indiquez si la politique englobe les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conseils nutritionnels • Supplémentation • Sécurité des aliments
Hépatite B et C (VHB et VHC)	<p>Nombre et pourcentage de personnes séropositives ayant été dépistées pour le VHB</p> <p>Nombre et pourcentage de personnes séropositives ayant été dépistées pour le VHC</p> <p>Nombre de personnes présentant une co-infection VIH/VHB ayant reçu un TAR (et un autre traitement contre le VHB)</p> <p>Nombre de personnes présentant une co-infection VIH/VHC ayant reçu un TAR (et un traitement contre le VHC)</p>

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/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