



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

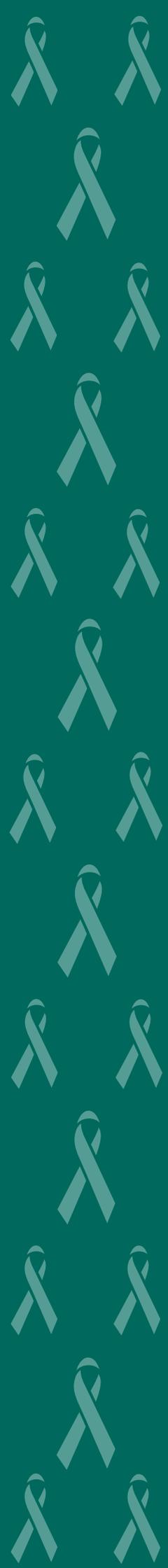
HCR • UNICEF • PAM • PNUD • UNFPA • ONUDC
OIT • UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA

Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA

DIRECTIVES POUR L'ELABORATION D'INDICATEURS DE BASE

Août 2005



ONUSIDA/05.17F (version française, août 2005)

Version originale anglaise, UNAIDS/05.17E, juillet 2005 :
*Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS – GUIDELINES ON
CONSTRUCTION OF CORE INDICATORS*
Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) 2005.

Tous droits de reproduction réservés. Les publications produites par l'ONUSIDA peuvent être obtenues auprès du Centre d'information de l'ONUSIDA. Les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction des publications de l'ONUSIDA – qu'elles concernent la vente ou une distribution non commerciale – doivent être adressées au Centre d'Information à l'adresse ci-dessous ou par fax, au numéro +41 22 791 4187 ou par courriel : 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.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'ONUSIDA, de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

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.

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

ONUSIDA.

Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA : directives pour l'élaboration d'indicateurs de base.

1.Infection à VIH – statistique 2.SIDA – statistique 3.Collecte données 4.Indicateur état sanitaire 5.Indicateurs qualité santé 6.Ligne directrice 1.Nations Unies. Assemblée Générale. Session Extraordinaire sur le VIH/SIDA II.Titre.

ISBN 92 9 173434 9

(NLM classification: WC 503.2)

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Genève 27 – Suisse
Téléphone : (+41) 22 791 36 66 – Fax : (+41) 22 791 41 87
Courrier électronique : unaids@unaids.org – Internet : <http://www.unaids.org>

**Session extraordinaire de l'Assemblée
générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA**

Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA

**DIRECTIVES POUR L'ELABORATION
D'INDICATEURS DE BASE**

Août 2005

Table des matières

Remerciements	5
Acronymes	6
Introduction	7
Objet	7
Contexte	7
Indicateurs de base	8
Indicateurs nationaux : Vue d'ensemble	8
Indicateurs nationaux : Épidémies généralisées, concentrées ou à faible prévalence	9
Indicateurs mondiaux	10
Application au niveau national	10
Élaboration des indicateurs	10
Outils d'évaluation et sources de données	11
Numérateurs et dénominateurs	11
Données ventilées	13
Interprétation et analyse	14
Épidémies concentrées ou à faible prévalence	15
Rôle de la société civile	16
Transmission des informations	16
Indicateurs de base pour l'application de la <i>Déclaration d'engagement</i>	19
Épidémies généralisées	21
Indicateurs des actions et des engagements nationaux	21
1. Fonds nationaux alloués à la riposte au VIH et au SIDA	22
2. Politiques nationales en matière de VIH et de SIDA	25
3. Dans les écoles, enseignement lié au VIH basé sur des compétences psychosociales	28
4. Riposte au VIH et au SIDA sur le lieu de travail	30
5. Infections sexuellement transmissibles : Totale prise en charge des cas	32
6. Prévention de la TME : traitement antirétroviral	34
7. Traitement du VIH : association d'antirétroviraux	36
8. Soutien destiné aux enfants affectés par le VIH et le SIDA	38
9. Sécurité transfusionnelle	40
Indicateurs des connaissances et des comportements	41
10. Connaissances des jeunes en matière de prévention du VIH	42
11. Rapports sexuels chez les jeunes de moins de 15 ans	44
12. Rapports sexuels à haut risque chez les jeunes	46
13. Utilisation du préservatif par les jeunes lors de rapports sexuels avec des partenaires occasionnels	47
14. Scolarisation des enfants rendus orphelins	49
Indicateurs de l'impact	51
15. Réduction de la prévalence du VIH	52
16. Traitement du VIH : survie après 12 mois sous traitement antirétroviral	54
17. Réduction de la transmission de la mère à l'enfant	56

Épidémies concentrées/à faible prévalence	57
Indicateurs des actions et des engagements nationaux	57
1. Fonds nationaux alloués à la riposte au VIH et au SIDA	
2. Politiques nationales en matière de VIH et de SIDA	
3. Dépistage du VIH parmi les populations les plus à risque	60
4. Programmes de prévention destinés aux populations les plus à risque	62
Connaissances et comportements	65
5. Connaissances des populations les plus à risque en matière de prévention du VIH	66
6. Utilisation du préservatif par les professionnel(le)s du sexe	68
7. Utilisation du préservatif par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	69
8. Pratiques d'injection et comportements sexuels sans risque chez les consommateurs de drogues injectables	71
Indicateurs de l'impact	73
9. Réduction de la prévalence du VIH parmi les populations les plus à risque	74
Indicateurs des actions et des engagements mondiaux	75
1. Flux financiers bilatéraux et multilatéraux (engagements et versements) au profit des pays à faible et moyen revenus	76
2. Fonds publics mis à la disposition de la recherche et du développement de vaccins et de microbicides anti-VIH	77
3. Riposte au VIH et au SIDA sur le lieu de travail dans les sociétés transnationales	78
4. Riposte au VIH et au SIDA sur le lieu de travail dans les organisations internationales	79
Annexes	81
1. Calendrier de communication des indicateurs de base pour l'application de la <i>Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA</i>	82
2. Processus de consultation/de préparation du Rapport national de surveillance du suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA	83
3. Questionnaire sur l'Indice composite des politiques nationales	84
4. Dans le cadre de la riposte au VIH et au SIDA, méthodologie utilisée pour évaluer la couverture de certains services aux fins de l'enquête menée sur la prévention, les soins et l'appui	108
5. Format de communication des informations des pays	109
6. Bibliographie choisie	111

Remerciements

L'élaboration des indicateurs révisés pour l'application de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA* et des directives jointes n'aurait pas été possible sans le soutien et l'assistance d'un grand nombre de personnes, d'institutions, d'organisations et de pays.

Nous voudrions tout particulièrement remercier le Groupe de référence pour le suivi et l'évaluation de l'ONUSIDA (y compris les experts en évaluation des organismes coparrainants, des agences partenaires, des établissements universitaires et des organisations non gouvernementales) pour ses orientations et les informations en retour qu'il nous a régulièrement fournies ainsi que les points focaux du Secrétariat et des coparrainants de l'ONUSIDA pour leur contribution et leur appui pendant toute la durée du processus.

Acronymes

BSS	Enquêtes de surveillance comportementale
CAD	Comité d'Aide au développement
CCA	Bilan commun de pays
CDI	Consommateur(s) de drogues injectables
CE	Communauté européenne
CNLS	Conseil(s) national(aux) de lutte contre le SIDA
CNUCED	Conférence des Nations Unies sur le Commerce et le Développement
CRIS	Système d'information sur la riposte des pays
CTV	Conseil et test volontaires
DHS	Enquête démographique et de santé
DSRP	Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté
FHI	Family Health International
IST	Infection(s) sexuellement transmissible(s)
MICS	Enquêtes par grappes d'indicateurs multiples
MST	Maladie(s) sexuellement transmissible(s)
NIDI	Institut démographique interdisciplinaire des Pays-Bas
OCDE	Organisation pour la Coopération et le Développement économiques
OIT	Organisation internationale du Travail
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
PNLS	Programme(s) national(aux) de lutte contre le SIDA
PNS	Programme(s) national(aux) de lutte contre le SIDA
PSN	Plan stratégique national
PTME	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
PVVS	Personnes vivant avec le VIH et le SIDA
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
S/O	Sans objet
UNDAF	Cadre d'Aide au Développement des Nations Unies
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGASS	Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

Objet

Le principal objet du présent document est de fournir aux essentielles parties intéressées – qui participent activement à la riposte individuelle des pays au VIH et au SIDA – des informations essentielles sur les indicateurs de base qui permettent d'évaluer l'efficacité de cette riposte. Ces directives aideront également à garantir la transparence du processus suivi par les gouvernements nationaux et l'ONUSIDA pour préparer les rapports d'activité sur l'application de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA* de l'UNGASS.

Les pays sont vivement encouragés à intégrer les indicateurs de base au sein de leurs programmes de suivi et d'évaluation actuellement en place. Ces indicateurs sont conçus pour aider les pays à évaluer l'état actuel de leur riposte nationale tout en contribuant parallèlement à une meilleure connaissance de la riposte mondiale à la pandémie de SIDA, y compris des progrès en direction de la réalisation des objectifs de la *Déclaration d'engagement*. Étant donné les applications parallèles des indicateurs, les directives proposées dans le présent document ont pour but d'améliorer la qualité et la cohérence des données collectées à l'échelon des pays, ce qui permettra d'affiner les conclusions tirées des données au niveau mondial et au plan régional.

Le présent document contient également une vue d'ensemble des indicateurs mondiaux que l'ONUSIDA et ses partenaires utiliseront afin d'apprécier les composantes-clés de la riposte dont l'évaluation est la plus fournie au niveau mondial.

Contexte

En juin 2001, lors de la clôture d'une Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS) tout à fait exceptionnelle, les gouvernements de 189 États Membres ont adopté la *Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA*. Cette *Déclaration* reflète un consensus mondial sur un cadre de travail complet pour atteindre l'Objectif de Développement pour le Millénaire qui est de stopper et de commencer à inverser le cours de l'épidémie de VIH et de SIDA d'ici 2015.

Conscient de la nécessité de mettre en place une action multisectorielle sur tout un éventail de fronts, la *Déclaration d'engagement* appuie les ripostes aux niveaux mondial, régional et national pour prévenir les nouvelles infections à VIH, élargir l'accès aux soins et atténuer l'impact de l'épidémie. Bien que la *Déclaration d'engagement* ait initialement été approuvée par les gouvernements, sa perspective s'étend bien au-delà du secteur public – jusqu'aux groupes industriels privés et aux organisations du monde du travail, aux organisations confessionnelles, aux organisations non gouvernementales et autres entités de la société civile, y compris les organisations de personnes vivant avec le VIH.

En vertu des dispositions de la *Déclaration d'engagement*, les progrès de la riposte au SIDA sont évalués par la réalisation d'objectifs concrets dans des délais prescrits. La *Déclaration* invite à un suivi attentif des progrès réalisés dans la mise en œuvre d'engagements convenus et requiert du Secrétaire général des Nations Unies qu'il publie un rapport d'activité annuel. Ces rapports sont destinés à exposer la nature des problèmes et des obstacles rencontrés et à encourager des actions, de manière à accélérer la réalisation des objectifs de la *Déclaration*.

Afin de remplir ces missions, le Secrétariat de l'ONUSIDA a collaboré en 2002 avec les coparrainants du Programme commun et d'autres partenaires pour élaborer une série d'indicateurs de base destinés à évaluer les progrès dans l'application de la *Déclaration d'engagement*. Les indicateurs de base ont été regroupés en quatre grandes catégories : (i) les indicateurs des actions et des engagements nationaux, (ii) les indicateurs des connaissances et des comportements nationaux, (iii) les indicateurs de l'impact national, et (iv) les indicateurs des actions et des engagements mondiaux. Une fois ces indicateurs élaborés, l'Unité pour le suivi et l'évaluation de l'ONUSIDA a établi des définitions claires pour chaque indicateur et des mécanismes destinés à une collecte régulière des informations.

En 2003, 103 États membres ont remis à l'ONUSIDA des rapports nationaux articulés autour des indicateurs de base. Parmi ces rapports, 29 émanaient d'Afrique Subsaharienne, 17 de la région Asie/Pacifique, 21 de la région Amérique latine/Caraïbes, 14 d'Europe de l'Est et d'Asie Centrale, 8 d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient et 14 de pays à revenu élevé. Dans la plupart des cas, les Conseils nationaux de lutte contre le SIDA ou les organes équivalents avaient supervisé la compilation du rapport national et plus des trois quarts intégraient des données provenant de trois ministères publics, voire plus. La société civile était impliquée dans la préparation d'environ deux tiers des rapports et les personnes vivant avec le VIH et le SIDA avaient participé à l'élaboration d'un peu plus de la moitié de ces rapports.

Au plan mondial, on a constaté que les données remises en 2003 pour le *Rapport de situation sur la riposte mondiale au VIH/SIDA* de l'ONUSIDA étaient extrêmement limitées. Par exemple, alors que la plupart des pays avaient complété le questionnaire sur l'Indice composite de politiques nationales, seuls 40 % de ceux ayant remis des rapports ont fourni des informations liées à d'autres indicateurs nationaux. En outre, moins de 20 % des données nationales communiquées étaient ventilées par sexe, âge, lieu, etc., compliquant par conséquent tout bilan rigoureux de ces données. Le degré d'information s'est lui aussi révélé inégal entre régions, la plus forte proportion de pays participants par région revenant à l'Afrique Subsaharienne et le plus faible niveau d'informations recueillies émanant de pays d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient.

Indicateurs de base

Le présent document se concentre sur les indicateurs nationaux même s'il intègre des informations de base relatives aux indicateurs mondiaux. Pour améliorer la qualité des données remises pour le *Rapport de situation sur la riposte mondiale au VIH/SIDA*, 2006, les indicateurs nationaux ont été affinés ainsi que leurs directives jointes. Ces révisions (intégrées dans ce manuel) prennent également en compte les données reçues des différentes parties intéressées de premier plan, telles que les Conseils nationaux de lutte contre le SIDA ou des organes apparentés, les organisations de la société civile et les personnes vivant avec le VIH et le SIDA. En outre, les directives répondent maintenant aux besoins spécifiques en matière de suivi des pays à épidémies concentrées ou à faible prévalence.

Concernant les pays à épidémie généralisée, les révisions incluent des modifications mineures de quatre indicateurs et l'ajout de cinq indicateurs de base. Un ensemble distinct de neuf indicateurs de base a été spécifiquement élaboré pour les pays à épidémies concentrées ou à faible prévalence. Toutes les révisions correspondent à un développement de la liste des indicateurs de base élaborée en 2002 et largement adoptée, et reposent sur bon nombre des mêmes outils d'évaluation afin d'éviter toute confusion ou complication (voir la liste complète des indicateurs de base en page 19).

Indicateurs nationaux : vue d'ensemble

Les indicateurs nationaux sont essentiels, et ce, pour deux raisons. Premièrement, ils peuvent aider chaque pays à évaluer l'efficacité de sa riposte nationale, ce qui conforte le bien-fondé de l'intégration de ces indicateurs dans les cadres nationaux de suivi et d'évaluation. Deuxièmement, lorsque les données de nombreux pays sont analysées collectivement, les indicateurs peuvent fournir des informations majeures sur l'efficacité de la riposte au plan régional et au niveau mondial tout en offrant simultanément aux pays un aperçu des activités d'autres ripostes nationales.

Les indicateurs de base nationaux sont répartis en trois catégories :

- *Les indicateurs des actions et des engagements nationaux.* Ces indicateurs s'articulent autour des contributions politiques, stratégiques et financières destinées à la prévention de la propagation de l'infection à VIH, aux soins et au soutien de ceux qui sont infectés, et à l'atténuation des conséquences socioéconomiques de niveaux élevés de morbidité et de mortalité dus au SIDA. Ils permettent également d'apprécier les retombées, la couverture et les résultats des programmes, notamment en matière de prévention du risque de transmission de la mère à l'enfant et de traitement par association d'antirétroviraux.
- *Les indicateurs des connaissances et des comportements nationaux.* Ces indicateurs couvrent un éventail de résultats spécifiques relatifs aux connaissances et aux comportements, y compris des connaissances précises sur la transmission du VIH, l'âge du premier rapport sexuel, les comportements sexuels et la scolarisation des enfants rendus orphelins.
- *Les indicateurs de l'impact des programmes au niveau national.* Ces indicateurs évaluent à quel point les autres activités du programme national sont parvenues à réduire les taux d'infection à VIH et leur impact sur les adultes et les enfants recevant un traitement antirétroviral.

Ces indicateurs nationaux sont pour la plupart **applicables** à tous les pays. Dans le cas de certains d'entre eux cependant, quelques indicateurs peuvent ne pas se révéler appropriés, les données réunies étant susceptibles de fournir une image inexacte de l'épidémie nationale. Les nouveaux indicateurs des connaissances et des comportements concernant les populations les plus à risque sont par exemple plus particulièrement pertinents pour les pays à épidémies concentrées. Les pays présentant des épidémies généralisées devraient toutefois également collecter des données sur ces indicateurs s'ils enregistrent une sous-épidémie concentrée au sein d'un groupe spécifique.

de population. À l'inverse, les pays qui observent une épidémie concentrée sont encouragés à rassembler des données relevant d'activités plus générales, telles que l'enseignement d'aptitudes psychosociales, les comportements sexuels des jeunes et les programmes de riposte au VIH et au SIDA sur le lieu de travail, comme mécanisme permettant de suivre les tendances susceptibles d'influencer la nature de la riposte nationale.

Quatre de ces indicateurs nationaux constituent en outre des **Indicateurs de Développement pour le Millénaire** élaborés pour suivre les progrès réalisés en direction des Objectifs de Développement pour le Millénaire fixés par la Déclaration du Millénaire, adoptée par l'ensemble des 189 Etats membres de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2000. Ces quatre indicateurs concernent les connaissances des jeunes sur le VIH, l'utilisation du préservatif, la scolarisation des enfants rendus orphelins et le pourcentages de jeunes affectés par le virus.

Quatre des indicateurs nationaux sont assortis d'un **indicateur supplémentaire** qui peut fournir des informations complémentaires précieuses. Par exemple, l'indicateur de base sur le traitement du VIH qui concerne le « pourcentage de personnes présentant une infection à VIH parvenue à un stade avancé qui reçoivent une association d'antirétroviraux » est assorti d'un indicateur supplémentaire permettant d'évaluer le « pourcentage de centres de santé en mesure de fournir des soins appropriés aux personnes vivant avec le VIH et le SIDA ». Si les pays peuvent se prévaloir de ressources suffisantes, ils sont encouragés à collecter et à analyser les données relatives à ces indicateurs supplémentaires afin d'acquérir une meilleure connaissance de leur riposte nationale et de contribuer à une perception plus globale de l'épidémie. Dans la plupart des cas, les données relatives à ces indicateurs supplémentaires sont déjà collectées pour un ou plusieurs indicateurs de base.

Indicateurs nationaux : Épidémies généralisées, concentrées ou à faible prévalence

Depuis le *Rapport de situation sur la riposte mondiale au VIH/SIDA, 2003*, de nouveaux indicateurs de base ont été élaborés pour mieux connaître la nature et l'envergure de la riposte au VIH et au SIDA à l'échelon national. En outre, il existe maintenant des recommandations pour l'utilisation d'ensembles distincts d'indicateurs destinés aux pays présentant des épidémies généralisées et à ceux où l'on observe des épidémies concentrées ou à faible prévalence.

Pour les pays à épidémies généralisées, il existe cinq nouveaux indicateurs de base (voir la Figure 1 ci-dessous). Une liste complète des indicateurs nationaux pour les épidémies généralisées figure en page 19 du présent manuel. (Prière de noter que l'un des indicateurs nationaux originaux – pourcentage de CDI ayant adopté des comportements propices à une diminution du risque de transmission du VIH – a été inclus dans l'ensemble des indicateurs pour les pays à épidémies concentrées ou à faible prévalence).

Figure 1

Cinq nouveaux indicateurs de base pour les épidémies généralisées

- Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge.
- Pourcentage d'unités de sang transfusées ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH.
- Pourcentage de jeunes ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans.
- Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels hors mariage avec un partenaire non régulier au cours des 12 derniers mois.
- Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH toujours en vie et sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celui-ci.

Figure 2

Neuf indicateurs de base pour les épidémies concentrées ou à faible prévalence

- Montant des fonds nationaux versés par les gouvernements dans les pays à faible et moyen revenus
- Indice composite des politiques nationales
- Parmi les [populations les plus à risque], pourcentage de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat
- Parmi les [populations les plus à risque], pourcentage de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre
- Parmi les [populations les plus à risque], pourcentage de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les manières de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus
- Pourcentage de professionnel(le)s du sexe indiquant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client
- Pourcentage d'hommes mentionnant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin
- Pourcentage de CDI ayant adopté des comportements propices à une diminution du risque de transmission du VIH, c'est-à-dire qui évitent d'employer un matériel d'injection non stérile et utilisent des préservatifs, au cours du dernier mois (Applicable uniquement aux pays dans lesquels la consommation de drogues injectables est un mode avéré de transmission du VIH)
- Parmi les [populations les plus à risque], pourcentage de personnes infectées par le VIH

Note : La dénomination « populations les plus à risque » mentionnée dans les indicateurs ci-dessus doit être remplacée par le segment spécifique de population (ex : professionnel(le)s du sexe, consommateurs de drogues injectables, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) faisant l'objet de l'évaluation. S'agissant des pays où l'on a dénombré plusieurs groupes de « populations les plus à risque », les indicateurs doivent être communiqués pour chacun de ces groupes.

Indicateurs mondiaux

Les indicateurs mondiaux sont conçus pour fournir des informations sur les niveaux de l'appui international à des composantes-clés de la riposte mondiale et pour en recenser les tendances. Les indicateurs évaluent les fonds que les donateurs allouent à la riposte au VIH et au SIDA dans les pays à faible et moyen revenus, le montant des fonds publics mis à la disposition de la recherche et du développement de vaccins et de microbicides, et le pourcentage de sociétés transnationales et d'organisations internationales ayant mis en place des politiques/des programmes de riposte au VIH et au SIDA sur le lieu de travail. Compte tenu de la portée internationale du processus de collecte des données, l'ONUSIDA et ses partenaires assument la responsabilité du calcul des indicateurs mondiaux.

Application au niveau national

Cette section du manuel traite des questions liées à la collecte, à l'analyse, à l'interprétation et à la transmission des données utilisées dans le cadre de l'élaboration des indicateurs de base nationaux. Les pays ayant besoin d'informations complémentaires sur cette application peuvent solliciter une assistance technique auprès de leurs Groupes thématiques élargis et de leurs groupes de travail sur le suivi et l'évaluation. Une assistance est en outre disponible auprès de l'unité d'évaluation du Secrétariat de l'ONUSIDA à l'adresse suivante : UNGASSindicators@unaids.org.

Élaboration des indicateurs

Le présent manuel inclut des directives détaillées pour l'élaboration de chaque indicateur national. Ces directives mentionnent l'objet de l'indicateur, son applicabilité dans un pays donné, la fréquence à laquelle il convient de rassembler les données concernées, les outils et les méthodes d'évaluation recommandés et une interprétation résumée de l'indicateur. Lorsqu'un indicateur supplémentaire est proposé en complément d'un indicateur de base, il est également décrit dans les directives. Toutefois, le présent manuel ne contient pas d'outils/de méthodes d'évaluation ni d'interprétations concernant les indicateurs complémentaires. (Voir l'Annexe 6 : Bibliographie choisie.)

Des **objectifs** ont été définis pour trois indicateurs de base de la Déclaration d'engagement. Les objectifs concernant le « pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans qui possèdent tout à la fois des connaissances exactes sur les manières de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concer-

nant la transmission du virus » et le « pourcentage de nourrissons infectés par le VIH nés de mères elles-mêmes infectées par le virus » sont applicables pour tous les pays. Les objectifs relatifs au « pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans qui sont infectés par le VIH » s'appliquent uniquement aux pays où la prévalence de l'épidémie demeure élevée en d'ici 2005 et à tous les pays d'ici 2010. Chaque pays peut choisir d'établir des objectifs pour d'autres indicateurs. Dans ce cas, il serait utile qu'ils expliquent comment et pourquoi un objectif spécifique a été fixé lorsqu'ils remettent leurs rapports sur ces indicateurs.

Outils d'évaluation et sources des données

Les principaux outils d'évaluation sont : (i) les enquêtes menées au niveau national auprès d'un échantillon de population représentatif, telles que les enquêtes démographiques et de santé (DHS et DHS+), les enquêtes par grappes d'indicateurs multiples (MICS) et l'Enquête SIDA, (ii) les enquêtes conduites auprès des écoles, dans les centres de soins et sur le lieu de travail, et (iii) les enquêtes et les questionnaires spécialement conçus, y compris celles et ceux réalisés auprès de groupes spécifiques de population (ex : enquêtes ciblées sur les populations les plus à risque et enquêtes couvrant des services spécifiques) et le questionnaire sur l'Indice composite des politiques nationales inclus dans le présent manuel. Il serait souhaitable que les ressources existantes en matière de suivi – lesquelles incluent l'examen des données et des programmes des centres de santé et des écoles ainsi que les informations spécifiques obtenues lors d'enquêtes de surveillance et auprès des programmes de riposte au VIH et aux infections sexuellement transmissibles – complètent les principaux outils d'évaluation. Les organisations de la société civile constituent également des sources précieuses de données pour de nombreux indicateurs, en particulier ceux liés aux interventions dans le cadre desquelles les organisations non gouvernementales, confessionnelles et communautaires jouent un rôle actif, y compris les travaux réalisés auprès des jeunes, des populations les plus à risque et des femmes enceintes.

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 et qu'il faille adapter les outils de suivi existants ou réaliser des enquêtes spécifiques supplémentaires. Les pays qui réalisent régulièrement des enquêtes auprès d'un échantillon représentatif de population, telles que les enquêtes démographiques et de santé, collecteront 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 nécessaires sur le VIH peuvent être intégrés au processus de collecte des données déjà en place.

Dans les cas où les systèmes de suivi ne permettent pas de fournir de **données couvrant** les services représentatifs au niveau national, les pays peuvent utiliser les données collectées à partir des entretiens réalisés auprès d'informateurs-clés. Bien que les données rassemblées de cette manière soient moins précises que celles collectées par les systèmes de suivi, la méthode peut être rapidement appliquée et de manière relativement peu onéreuse. (L'Annexe 4 fournit des informations sur une autre méthode de collecte des données relatives à différents niveaux de couverture.)

Pour les pays présentant des épidémies concentrées ou des sous-épidémies parmi les populations les plus à risque (ex : les professionnel(le)s du sexe, les CDI et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes), il importe d'entreprendre des actions ciblées pour collecter des données propres à chacun de ces groupes. C'est parce que les populations les plus à risque sont habituellement marginalisées et souvent mobiles qu'il est difficile de suivre les tendances comportementales et la prévalence du VIH, et collecter les données essentielles requerra des efforts plus importants. Dans de nombreux cas, le plus efficace – pour collecter les données – sera de collaborer avec des organisations de la société civile qui travaillent au contact direct de ces populations. Il est important de signaler que les populations les plus à risque peuvent être cachées ou difficiles à atteindre. En conséquence, les pays peuvent être contraints d'utiliser d'autres méthodes et d'autres calculs pour estimer la densité totale d'une population donnée.

Numérateurs et dénominateurs

Les directives comprennent des instructions détaillées sur la manière d'évaluer la riposte nationale par rapport à chaque indicateur de base. 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.

Lorsque c'est le cas, des définitions précises sont données dans les directives tant pour le numérateur que pour le dénominateur. Par exemple, le numérateur de l'indicateur portant sur l'association d'antirétroviraux est : « Nombre de personnes ayant une infection à VIH avancée qui reçoivent une association d'antirétroviraux conformément au protocole de traitement approuvé au niveau national ». Le dénominateur correspondant est « Nombre de personnes

ayant une infection à VIH avancée ». Chacun des numérateurs et des dénominateurs du présent manuel est défini de manière aussi détaillée et accompagné de commentaires afin de s'assurer que tous les pays sachent exactement quelles sont les informations nécessaires pour calculer un indicateur de base et comment les utiliser.

Dans la plupart des cas, il est demandé aux pays de ventiler les données pour les numérateurs et les dénominateurs. Par exemple, le numérateur de l'indicateur portant sur l'association d'antirétroviraux ventile les données à différents niveaux (voir la Figure 3 ci-dessous). Les données sont d'abord ventilées par sexe. Pour chaque sexe, les données sont ventilées entre personnes traitées par une association d'antirétroviraux au sein d'un établissement de santé public et celles qui sont traitées dans un établissement de santé privé. Puis le numérateur est une nouvelle fois ventilé par catégories d'informations sur les personnes recevant un traitement antirétroviral, à savoir les personnes recevant un traitement, les personnes entamant un traitement et les personnes dont le traitement a été interrompu, soit parce que décédées ou pour toute autre raison.

Figure 3

NUMERATEUR : Pourcentage de personnes présentant une infection à VIH de stade avancé qui reçoivent une association d'antirétroviraux	Hommes			Femmes			Ensemble		
	Public	Privé	Total	Public	Privé	Total	Public	Privé	Total
1. Nombre de personnes qui recevaient une association d'antirétroviraux au début de l'année									
2. Nombre de personnes qui ont commencé à recevoir un traitement dans les 12 derniers mois									
3. Nombre de personnes qui recevaient une association d'antirétroviraux au début de l'année et qui sont décédées au cours de celle-ci									
4. Nombre de personnes qui ont interrompu leur traitement pour d'autres raisons									
5. <i>Nombre de personnes qui recevaient une association d'antirétroviraux à la fin de l'année</i>									
Calculer la ligne 5 en ajoutant les lignes 1 et 2 puis en soustrayant les lignes 3 et 4									

Pour ce même indicateur, le dénominateur repose également sur des données ventilées (voir la Figure 4 ci-dessous). Dans ce cas, les données sont d'abord ventilées par sexe puis par catégories spécifiques. Bien que les données du dénominateur soient moins ventilées que celles du numérateur, la ventilation est tout aussi importante pour le calcul total de l'indicateur.

Figure 4

DENOMINATEUR : Pourcentage de personnes présentant une infection à VIH parvenue à un stade avancé qui reçoivent une association d'antirétroviraux	Hommes	Femmes	Ensemble
6. Nombre de personnes (adultes et enfants) présentant une infection à VIH dans l'ensemble de la population			
7. Pourcentage de personnes séropositives au VIH qui dont l'infection est parvenue à un stade avancé			
8. <i>Nombre de personnes présentant une infection à VIH parvenue à un stade avancé</i>			
Calculer la ligne 8 en multipliant la ligne 6 et la ligne 7 et en divisant le produit par 100			

S'agissant d'un indicateur donné, il importe que la période de collecte des données soit cohérente pour l'ensemble des informations concernant les numérateurs et les dénominateurs dudit indicateur. Par exemple, les données doivent être communiquées de manière cohérente d'une année sur l'autre, soit par année civile soit par exercice financier. Si les données sont collectées à des périodes différentes pour les numérateurs et les dénominateurs, cela compromet la précision et la validité des informations. 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.

Les méthodes décrites dans les présentes directives peuvent être appliquées au niveau sous-national. Pour la plupart des pays, cela nécessitera toutefois des données détaillées, vraisemblablement moins disponibles et trop chères ou plus difficiles à collecter au niveau local. En outre, la méthodologie standardisée décrite dans ce manuel a été conçue pour faciliter l'émission d'estimations mondiales à partir de données nationales. Des approches plus simples, plus rapides et plus souples, adaptées aux situations locales, peuvent donc se révéler plus appropriées pour orienter les prises de décision au niveau sous-national. Une exception majeure demeure : elle concerne les pays à très forte densité de population, tels que la Chine, l'Inde, l'Indonésie et le Nigéria, lesquels rencontrent de nombreuses difficultés dans la collecte de données au niveau national et où il serait approprié d'employer une approche sous-nationale utilisant les directives du présent manuel.

Données ventilées

L'un des principaux enseignements tirés du *Rapport de situation sur la riposte mondiale au VIH/SIDA*, 2003 a été l'importance d'obtenir des données ventilées par sexe, âge, zone géographique et secteur, par exemple. Comme indiqué précédemment, moins de 20 % des données communiquées pour le rapport 2003 étaient ventilées, d'où la difficulté d'en tirer des déductions pertinentes. A l'avenir, il sera essentiel que les pays collectent des données au niveau de leurs différentes composantes et pas uniquement à un niveau récapitulatif. Sans ces données ventilées, il est difficile de contrôler l'ampleur et la vigueur de la riposte à l'épidémie à l'échelon national ou au plan mondial. Il est tout aussi difficile de contrôler l'accès aux activités, l'égalité de l'accès, le caractère approprié du choix des populations spécifiques ciblées et les évolutions significatives dans le temps.

L'obstacle le plus important concernant les données ventilées se situe au niveau de la collecte d'informations. Il est manifeste que la collecte de données au niveau des différentes composantes en présence requiert davantage d'efforts. Il est cependant important de signaler qu'une bonne partie des données collectées aux niveaux sous-régionaux sont ventilées lorsqu'elles sont initialement relevées. Malheureusement, les données plus détaillées sont souvent perdues lorsque l'information est transmise au niveau national. Le déficit, pour les Conseils nationaux de lutte contre le SIDA ou les organes parents, est de s'assurer que les données restent ventilées et sont conservées sous cette forme lorsqu'elles remontent du niveau local au niveau national.

Il est vivement recommandé aux pays de faire de la collecte de données ventilées l'un des pivots des activités de suivi et d'évaluation. 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 sous-nationaux, y compris au niveau des centres et des projets. En outre, les organisations du secteur privé et/ou de la société civile impliquées dans la riposte nationale au VIH et au SIDA doivent prendre conscience de l'importance des données ventilées, et dans le cadre de leurs activités en cours, la collecte et la diffusion de ces données devrait constituer une priorité.

Le présent manuel comporte des formulaires que les pays utilisent pour transmettre leurs informations sur chaque indicateur national. Ces formulaires recensent clairement les données ventilées qui sont nécessaires pour fournir des informations précises, s'agissant du numérateur et du dénominateur de chaque indicateur (voir la section précédente *Numérateurs et dénominateurs* pour des informations complémentaires sur ces facteurs). Les données figurant sur ces formulaires sont ventilées selon différentes caractéristiques, en fonction des spécificités de l'indicateur. Ces caractéristiques incluent le sexe (homme/femme), l'âge (<20/20+, <25/25+), la situation géographique (zone urbaine/rurale/nationale) et le secteur (public/privé).

Dans le cas où les Conseils nationaux de lutte contre le SIDA ou leurs organes parents peinent à obtenir des données ventilées, il est possible d'extraire les informations nécessaires pour les indicateurs de base d'ensembles de données de plus large envergure. Même si la source de ces données est susceptible de varier d'un pays à l'autre, les discussions établies avec ceux d'entre eux ayant participé à la préparation du *Rapport de situation sur la riposte mondiale au VIH/SIDA, 2003* ont permis de recenser un certain nombre de ressources précises pour les données liées aux indicateurs de base, ce qui peut servir dans d'autres pays. La Figure 5 fournit une liste indicative qui met en perspective des indicateurs, des données ventilées nécessaires et des sources d'information.

Lorsque la collecte des données ventilées nécessaires à la finalisation du calcul des indicateurs de base se révèle problématique, les pays sont invités à solliciter une assistance technique auprès de l'ONUSIDA et de ses partenaires à l'échelon des pays. Il est vivement conseillé aux gouvernements d'investiguer au-delà de leurs systèmes d'information internes afin de collecter et de valider des données. Les organisations de la société civile fournissent fréquemment des données issues de sources directes et indirectes tout à fait précieuses.

Figure 5

Liste informative d'indicateurs, de données ventilées et de sources d'information		
Indicateur	Données ventilées	Sources des données
Écoles dans lesquelles les enseignants ont été formés à un enseignement relatif au VIH et au SIDA basé sur des aptitudes psychosociales et qui l'ont dispensé au cours de la dernière année scolaire	<ul style="list-style-type: none"> • Écoles primaires/Écoles secondaires/Toutes les écoles • Zones urbaines/rurales/niveau national 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Systèmes d'information sur l'éducation (ex : ministères de l'Éducation, ministères de la Jeunesse) ▪ Données DHS/DHS+/MICS ▪ Enquêtes ciblées
Enfants rendus orphelins et autres enfants vulnérables vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> • Sexe • Âge 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Systèmes d'information sur l'éducation (ex : ministères de l'Éducation, de la Jeunesse, de la Sécurité sociale) ▪ Systèmes d'information sur la santé (ex : ministères de la Santé, centres de soins) ▪ Données fournies par les ONG et d'autres organisations de la société civile ▪ Enquêtes ciblées
Indicateurs des infections sexuellement transmissibles, de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant et liés aux antirétroviraux	<ul style="list-style-type: none"> • Sexe • Âge • Secteur public/privé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Données cliniques des systèmes d'information sur la santé (ex : ministères de la Santé, centres de soins) ▪ Données sur les services fournis par les ONG et autres organisations de la société civile
Indicateurs sur les comportements, y compris ceux des jeunes et des populations les plus à risque	<ul style="list-style-type: none"> • Sexe • Âge • Zones urbaines/rurales/niveau national 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Données DHS/MICS/BSS ▪ Enquêtes ciblées

Interprétation et analyse

Les directives du présent manuel comportent une section sur l'interprétation de chacun des indicateurs de base nationaux. Les pays sont invités à étudier attentivement cette section avant de commencer à collecter et à analyser les informations pour chaque indicateur, car cela les aidera à comprendre l'intention spécifique de l'indicateur concerné et les questions qui lui sont associées. Ils leur est également conseillé de reconsidérer les points soulevés

dans la section relative à l'interprétation avant de finaliser leur rapport national, de manière à confirmer le caractère approprié de leurs conclusions pour chaque indicateur.

De nombreux points soulevés dans la section relative à l'interprétation des directives ont pour but d'améliorer la précision et la cohérence des données communiquées à l'ONUSIDA dans les rapports d'activité nationaux. D'autres points de cette section fournissent des informations complémentaires sur l'utilité d'un indicateur spécifique. 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 dans les régimes de traitement.

Une fois compilé leur rapport d'activité nationale, les pays sont vivement encouragés à poursuivre l'analyse de leurs conclusions, lesquelles sont susceptibles de favoriser une meilleure compréhension de la riposte nationale et de permettre de définir les opportunités 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 et au SIDA, changements contrôlables des comportements et prévalence du VIH. 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 proposent une prévention de la TME aux 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 ?

Des liens de ce type existent à tous les niveaux 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 ne peut que concourir à minimiser les perspectives et les informations nécessaires à la compréhension des liens constatés et des tendances existantes ou émergentes.

Epidémies concentrées ou à faible prévalence

L'un des autres enseignements importants tirés du *Rapport de situation sur la riposte mondiale au VIH/SIDA, 2003* a été d'établir le besoin d'indicateurs spécifiquement liés à la situation des pays à épidémies concentrées ou à faible prévalence. Les informations en retour obtenues auprès des pays participants a eu pour effet direct l'élaboration par l'ONUSIDA d'un ensemble de neuf indicateurs de base approprié pour les épidémies concentrées ou à faible prévalence, y compris les épidémies peu développées.

Ces indicateurs de base se concentrent sur les populations les plus à risque, notamment les professionnel(le)s du sexe, les CDI et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Ces groupes de population sont habituellement plus vulnérables à l'infection à VIH, et ce, pour deux raisons. D'une part, ils adoptent des comportements à haut risque et, d'autre part, ils sont souvent mis en marge de la société, et rencontrent d'autant plus de difficultés lorsqu'il s'agit pour eux d'accéder à l'information, aux produits et aux services susceptibles de réduire le risque d'infection.

Les pays touchés par une épidémie concentrée ou à faible prévalence seront pour la plupart en mesure d'identifier des indicateurs applicables, outre les neuf indicateurs de base. Il est également vraisemblable que ces pays n'aient pas besoin de transmettre des informations sur tous les indicateurs de base. En conséquence, il est recommandé aux pays présentant une épidémie concentrée ou à faible prévalence d'examiner l'ensemble des indicateurs pour déterminer ceux qui sont applicables dans leur situation. Un pays observant par exemple un phénomène d'épidémie concentrée parmi les professionnel(le)s du sexe uniquement pourra s'abstenir de transmettre des informations sur les indicateurs de base concernant les consommateurs de drogues injectables. Toutefois, ce même pays serait bien inspiré de calculer les indicateurs spécifiques aux professionnel(le)s du sexe ainsi que des indicateurs plus larges (ex : professeurs formés à un enseignement lié au VIH et au SIDA basé sur des aptitudes psychosociales, programmes et politiques de riposte au VIH et au SIDA sur le lieu de travail, diagnostic des infections sexuellement transmissibles, traitement et conseil) qui sont pertinents pour prévenir et suivre la propagation du VIH au sein de l'ensemble de la population.

De même, les pays où l'on observe une épidémie généralisée devraient examiner les indicateurs spécifiquement destinés à l'évaluation des épidémies concentrées ou à faible prévalence, pour déterminer si l'un (ou plusieurs) d'entre eux est(sont) applicable(s) dans leur situation. Par exemple, un pays présentant une épidémie généralisée peut également enregistrer une sous-épidémie concentrée parmi les CDI et il pourrait en outre s'avérer utile de calculer et de documenter les indicateurs qui portent sur les populations les plus à risque.

Rôle de la société civile

A l'échelle mondiale, on constate que la société civile joue un rôle-clé dans la riposte à l'épidémie de SIDA organisée dans les pays. 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 positionnées pour fournir des informations quantitatives et qualitatives complémentaires des données collectées pour les gouvernements. Elles sont en mesure de fournir une analyse éclairée des questions incluses dans l'Indice composite des politiques nationales et leur situation est également opportune, s'agissant de participer à l'examen et au processus de contrôle des rapports d'activité.

Les Conseils nationaux de lutte contre le SIDA ou leurs organes apparentés doivent chercher à obtenir la contribution de l'ensemble des entités présentes dans la société civile, y compris celle des organisations non gouvernementales, des organisations confessionnelles, des syndicats, des organisations communautaires, pour leurs rapports sur les indicateurs de base nationaux à la base de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA* de l'UNGASS. L'importance qu'il y a à 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 parle 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.

Afin de garantir une relation productive avec la société civile pendant la préparation de leurs rapports sur les indicateurs de base, il importe que les Conseils nationaux de lutte contre le SIDA ou leurs organes apparentés facilitent l'accès des organisations de la société civile à leurs plans de collecte de données ainsi qu'à un mécanisme direct de transmission et d'évaluation des informations destinées au rapport d'activité national. Dans le cadre de cet effort, ces organisations devraient également être invitées à participer à des ateliers nationaux pour déterminer comment elles pourraient soutenir de manière optimale le processus de transmission des données rassemblées au niveau national. En outre, la société civile devrait disposer dans tous les pays d'opportunités suffisantes pour examiner et commenter le rapport d'activité national avant qu'il ne soit finalisé et remis. De plus, le rapport adressé à l'ONUSIDA devrait être largement diffusé afin de s'assurer que l'ensemble des représentants de la société civile puisse aisément y avoir accès.

Le personnel de l'ONUSIDA présent au niveau des pays peut faciliter la contribution de la société civile tout au long du processus. Le personnel en question peut 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 lorsque cela est possible, de rapports dans les langues nationales.

L'ONUSIDA a également mis en place un processus parallèle permettant à la société civile de transmettre directement au Siège du Programme commun les données essentielles recueillies en matière d'indicateurs de base. Pour le *Rapport de situation sur la riposte mondiale au VIH/SIDA, 2006*, l'ONUSIDA donnera son accord pour que lui soient adressés les rapports émanant de la société civile articulés autour des recommandations émises sur des domaines thématiques--clés.

Transmission des informations

Les gouvernements nationaux, par l'intermédiaire des Conseils nationaux de lutte contre le SIDA ou de leurs organes apparentés, sont responsables de la transmission des indicateurs nationaux avec l'appui de l'ONUSIDA et de ses partenaires. Les procédures décrites dans le présent manuel doivent être suivies pour la collecte et l'évaluation des informations nécessaires pour chaque indicateur. Le format de transmission proposé (Annexe 5) doit être utilisé pour le rapport remis à l'ONUSIDA. Le rapport et les formulaires de déclaration nationaux complétés (inclus dans la prochaine version du Système d'information sur la riposte des pays) devront être retournés au Secrétariat de l'ONUSIDA à Genève d'ici au 31 décembre 2005.

Le rapport devra indiquer les succès enregistrés ainsi que les obstacles rencontrés et les plans nationaux futurs envisagés pour améliorer la performance, en particulier dans les domaines pour lesquels les données rassemblées montrent une faiblesse de la riposte du pays. Ce rapport doit également inclure une courte note d'explication pour chaque indicateur, signalant comment le numérateur et le dénominateur ont été calculés et évaluant la précision des données globales et ventilées.

Comme cela est évoqué ci-dessus et requis par la *Déclaration d'engagement*, il importe de solliciter la contribution de la société civile, y compris des personnes vivant avec le VIH et le SIDA, dans la préparation du rapport d'activité national. Le secteur privé au sens large devrait avoir la même opportunité de participer à ce processus. L'ONUSIDA

recommande vivement aux gouvernements nationaux d'organiser un atelier/forum pour présenter ouvertement les conclusions du rapport d'activité national et en débattre avant que ce rapport ne lui soit remis. Le cas échéant, le rapport final devrait faire état des discussions qui ont eu lieu à cette occasion. Les Groupes thématiques des Nations Unies et les Groupes thématiques élargis dans les pays peuvent faciliter ce processus de discussion. Une fois transmis, tous les rapports nationaux seront rendus publics sur le site Internet de l'ONUSIDA.

L'Annexe 1 fournit un calendrier de transmission de l'ensemble des indicateurs. En 2006, il est prévu que les pays fournissent des informations sur chacun des indicateurs nationaux applicable à leur riposte. Il est recommandé aux pays touchés par des épidémies concentrées ou à faible prévalence de consulter l'ONUSIDA pour connaître la nature des indicateurs appropriés à leur situation spécifique.

S'agissant des pays pouvant se prévaloir d'un Système d'information sur la riposte des pays (CRIS) efficient, cette base de données servira de système d'information principal pour les ripostes nationales et devrait intégrer toutes les données obtenues sur les indicateurs de base et complémentaires appuyant la *Déclaration d'engagement*. Le système fournit une structure pour les informations rassemblées au niveau national concernant l'épidémie, la riposte et l'impact, y compris des informations épidémiologiques, d'autres relatives aux capacités de planification stratégique, d'évaluation des coûts et de coordination, ou encore sur les budgets alloués à l'organisation de la riposte au SIDA, de même que sur d'autres flux de ressources, et enfin sur les taux relatifs à la mise en œuvre des projets.

Les CRIS locaux fournissent des données à l'ONUSIDA pour que le Programme commun les collationne et les présente sur son site Internet « Base de données informatiques sur la riposte mondiale » (GRID) qui sera prochainement en ligne. Ce site fournira des outils pour faciliter la création de rapports et proposera une analyse plus détaillée des données mondiales des trois modules du CRIS (Indicateur, Suivi des ressources et Inventaire des recherches).

Cadre d'information au niveau national

La transmission d'informations sur les indicateurs de base au niveau national est essentielle si l'on veut que le *Rapport de situation sur la riposte mondiale au VIH/SIDA, 2006* contribue à la riposte mondiale à l'épidémie. Il est vivement recommandé aux pays d'établir des emplois du temps et des dates butoir pour finaliser les tâches nécessaires. Vous trouverez ci-dessous un cadre simple récapitulant les actions nécessaires à entreprendre dans la plupart des pays pour finaliser le rapport national. Sous la direction du Conseil national de lutte contre le SIDA ou d'un organe apparenté, il serait souhaitable que les pays :

- recensent les besoins en matière de données, conformément aux exigences du plan stratégique national ;
- élaborent et diffusent un plan pour la collecte des données, leur analyse et la rédaction d'un rapport, y compris la chronologie des actes et la nature du rôle joué par le Conseil national de lutte contre le SIDA ou l'organe apparenté, par les autres agences gouvernementales et par les représentants de la société civile ;
- recensent les outils nécessaires à la collecte de données ;
- obtiennent les financements essentiels à l'ensemble du processus de collecte, d'analyse et de transmission des données ;
- collectent les données, y compris dans le cadre d'une coordination avec les organisations gouvernementales partenaires, avec les représentants de la société civile et ceux de la communauté internationale ;
- analysent les données, y compris dans le cadre d'une coordination avec les organisations gouvernementales partenaires, avec les représentants de la société civile et ceux de la communauté internationale ;
- remplissent les formulaires de déclaration nationaux appropriés et rédigent un projet de rapport joint ;
- permettent aux différentes parties intéressées, y compris les agences gouvernementales et les représentants de la société civile, de commenter le projet de rapport ;
- saisissent les données dans le CRIS ou les systèmes équivalents de gestion des données, et
- transmettent avant le 31 décembre 2005 les données et les rapports à l'ONUSIDA à Genève.
- Un projet final de rapport sera présenté à la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le SIDA au terme du premier semestre 2006. Des copies des rapports des pays seront également diffusées sur le site Internet de l'ONUSIDA à ce moment-là.

Bien que les Conseils nationaux de lutte contre le SIDA ou leurs organes apparentés ne jouent pas de rôle direct au niveau de la transmission des indicateurs de base mondiaux, il existe un processus similaire pour la collecte, l'analyse et la transmission des données directement géré par l'ONUSIDA et ses partenaires. Dans le cadre de ce processus, les organisations de la société civile au niveau national peuvent collaborer directement avec l'ONUSIDA, y compris en lui adressant des données essentielles à l'élaboration des indicateurs de base et des commentaires relatifs au projet de rapport.

Une sensibilisation fondée sur des éléments concrets

La transmission d'informations relatives aux indicateurs de base pour le *Rapport de situation sur la riposte au VIH/SIDA* et l'UNGASS offre aux pays une opportunité d'évaluer les efforts de sensibilisation engagés jusqu'alors et – il s'agit sans doute là d'un élément plus important – de définir le calendrier des prochaines actions de sensibilisation aux niveaux mondial et national. Le rôle majeur de la sensibilisation en faveur de l'élaboration de politiques, de l'allocation de ressources et de la mise en œuvre des programmes aux deux niveaux renforce l'importance de l'ensemble des informations transmises au niveau national, notamment des données ventilées et de celles rassemblées par les organisations du secteur public et du secteur privé engagées dans la riposte au VIH et au SIDA.

L'acte de sensibilisation est un processus stratégique ayant pour but d'influencer les changements politiques, sociaux, économiques et culturels nécessaires pour améliorer la riposte au VIH et au SIDA. Une réelle sensibilisation est basée sur des données crédibles qui permettent d'influencer ceux qui prennent les décisions et les leaders d'opinion, et fait évoluer le statu quo. Les pays qui s'engagent à collecter, analyser et transmettre des informations sur les indicateurs de base énumérés dans ce manuel disposeront d'une multitude de données susceptibles d'être utilisées dans le cadre d'une sensibilisation nationale et mondiale, et notamment des réponses aux questions suivantes.

- Quelle est la situation de l'épidémie dans le pays ?
- Quelles sont les tendances de base de la transmission du VIH et de la couverture des services proposés ?
- Quels sont les principaux obstacles à l'accès aux services de prévention, de soins et de traitement du VIH ?
- Quel est le niveau de qualité des services fournis ?
- Les services sont-ils fournis de manière équitable et efficace ?
- Quels sont les facteurs qui amplifient ces problèmes (ex : politiques, lois, ressources, vie politique, us et coutumes, organisations, personnes) ?
- Qui peut faire évoluer cette situation (ex : représentants élus, bureaucrates, chefs religieux, représentants communautaires, chefs traditionnels, donateurs, organisations internationales, organisations non gouvernementales) ?
- Que font actuellement ces personnes pour lutter contre les problèmes ?

Si les données requises pour les indicateurs de base ne sont pas facilement disponibles, cela met en évidence le besoin d'actes de sensibilisation destinés à résoudre les problèmes des systèmes de suivi et d'évaluation eux-mêmes.

Indicateurs de base pour l'application de la *Déclaration d'engagement* Rapport d'information – 2006

Indicateurs

Fréquence de
transmission

Méthode de collecte
des données

Épidémies généralisées

Actions et engagements nationaux

Dépenses		
1. Montant des fonds nationaux engagés par les gouvernements dans les pays à faible et moyen revenus	Ad hoc selon la demande et les financements du pays	Évaluation des dépenses nationales destinées à la riposte au VIH et au SIDA Enquête sur les flux de ressources financières
Élaboration des politiques et situation de la mise en œuvre		
2. Indice composite des politiques nationales Domaines couverts : prévention, soins et appui, droits de la personne, participation de la société civile, suivi et évaluation Groupes cibles : personnes vivant avec le VIH et le SIDA, femmes, jeunes, enfants rendus orphelins et populations les plus à risque	Bisannuelle	Examen des documents et entretiens avec des informateurs-clés
Programmes nationaux : éducation, politiques sur le lieu de travail, gestion de cas d'IST, sécurité transfusionnelle, couverture de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, couverture de l'association d'antirétroviraux et services destinés aux enfants rendus orphelins et aux autres enfants vulnérables		
3. Pourcentage d'écoles dans lesquelles les professeurs ont été formés à un enseignement relatif au VIH basé sur des aptitudes psychosociales et qui l'ont dispensé au cours de la dernière année scolaire	Bisannuelle	Enquête auprès des écoles et examen des programmes d'éducation
4. Pourcentage de grandes entreprises/sociétés qui ont mis en place des politiques et des programmes de riposte au VIH et au SIDA sur le lieu de travail	Bisannuelle	Enquête sur le lieu de travail
5. Pourcentage de patients atteints d'IST reçus dans des centres de soins, dont le diagnostic a été correctement établi, qui sont traités et conseillés de manière opportune	Bisannuelle	Enquête dans les centres de santé
6. Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral complet pour réduire le risque de TME	Bisannuelle	Suivi des programmes et estimations
7. Pourcentage de personnes dont l'infection à VIH est parvenue à un stade avancé qui reçoivent une association d'antirétroviraux	Bisannuelle	Suivi des programmes et estimations
8. Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge	Tous les 4 à 5 ans	Enquête de population
9. Pourcentage d'unités de sang transfusées ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH	Bisannuelle	Suivi des programmes/enquête spécifique

Connaissances et comportements

10. ** Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les manières de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus (Objectif : 90 % d'ici 2005 et 95 % d'ici 2010)	Tous les 4 à 5 ans	Enquête de population
11. Pourcentage de jeunes ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans		
12. Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels hors mariage avec un partenaire non régulier au cours des 12 derniers mois		
13. ** Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans indiquant avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire non régulier, hors mariage		
14. ** Ratio de scolarisation actuelle entre enfants rendus orphelins et enfants non orphelins, âgés de 10 à 14 ans		

** Objectifs de Développement pour le Millénaire

Impact

15. ** Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH (Objectif : réduction de 25 % dans les pays les plus affectés d'ici 2005 et de 25 % au niveau mondial d'ici 2010)	Annuelle	Enquête de surveillance sentinelle du VIH et enquête de population
16. Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH toujours en vie et sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celui-ci	Bisannuelle	Suivi des programmes
17. Pourcentage de nourrissons infectés par le VIH nés de mères elles-mêmes infectées par le virus (Objectif : réduction de 20 % d'ici 2005 et de 50 % d'ici 2010)	Bisannuelle	Estimation basée sur la couverture des programmes

Épidémies concentrées/à faible prévalence

Actions et engagements nationaux

Dépenses		
1. Montant des fonds nationaux engagés par les gouvernements dans les pays à revenu faible et moyen revenus	Ad hoc selon la demande et les financements du pays	Évaluation des dépenses nationales destinées à la riposte au VIH et au SIDA Enquête sur les flux de ressources financières
Élaboration des politiques et situation relative à l'application		
2. Indice composite des politiques nationales Domaines couverts : prévention, soins et appui, droits de la personne, participation de la société civile, suivi et évaluation Groupes cibles : populations les plus à risque	Bisannuelle	Examen des documents et entretiens avec des informateurs-clés
Programmes nationaux : programmes de dépistage et de prévention du VIH destinés aux populations les plus à risque		
3. Parmi les [populations les plus à risque], pourcentage de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Bisannuelle	Suivi des programmes/enquête spécifique
4. Parmi les [populations les plus à risque], pourcentage de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre	Bisannuelle	Suivi des programmes/enquête spécifique

Connaissances et comportements

5. Parmi les [populations les plus à risque], pourcentage de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les manières de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	Bisannuelle	Enquête spécifique
6. Pourcentage de professionnel(le)s du sexe indiquant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client		
7. Pourcentage d'hommes mentionnant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin		
8. Pourcentage de CDI ayant adopté des comportements propices à une diminution du risque de transmission du VIH, c'est-à-dire qui évitent d'employer un matériel d'injection non stérile et utilisent des préservatifs, au cours du dernier mois (Applicable uniquement aux pays dans lesquels la consommation de drogues injectables est un mode avéré de transmission du VIH)		

Impact

9. Parmi les [populations les plus à risque], pourcentage de personnes infectées par le VIH	Annuelle	Surveillance sentinelle du VIH
---	----------	--------------------------------

Actions et engagements mondiaux

1. Montant des flux financiers bilatéraux et multilatéraux (engagements et versements) au profit des pays à faible et moyen revenus	Annuelle	Enquête sur les flux de ressources financières
2. Montant des fonds publics mis à la disposition de la recherche et du développement de vaccins et de microbicides anti-VIH	Annuelle	Enquête sur les flux de ressources financières
3. Pourcentage des sociétés transnationales qui sont présentes dans les pays en développement et ont mis en place des politiques et des programmes de riposte au VIH et au SIDA sur le lieu de travail	Annuelle	Examen de documents
4. Pourcentage d'organisations internationales qui ont mis en place des politiques et des programmes de riposte au VIH et au SIDA sur le lieu de travail	Annuelle	Examen de documents

EPIDEMIES GENERALISEES

INDICATEURS DES ACTIONS ET DES ENGAGEMENTS NATIONAUX

1. Montant des fonds nationaux engagés par les gouvernements.
2. Indice composite des politiques nationales.
 - Plan stratégique.
 - Appui politique.
 - Prévention.
 - Soins et appui.
 - Droits de la personne.
 - Participation de la société civile.
 - Suivi et évaluation.

Fonds nationaux alloués à la riposte au VIH et au SIDA

Montant des fonds nationaux engagés par les gouvernements dans les pays à faible et moyen revenus

Il existe à l'heure actuelle deux méthodes utilisées pour évaluer avec précision les ressources allouées à la riposte au VIH et au SIDA dans les pays à faible et moyen revenus, collectivement désignées sous le terme « Évaluations des dépenses nationales allouées à la riposte au VIH et au SIDA ».

1. Comptes nationaux destinés à la riposte au SIDA dans le cadre des comptes nationaux de la santé.
2. Comptes nationaux destinés à la riposte au SIDA autonomes.

Des efforts ont été engagés pour harmoniser les comptes nationaux destinés à la riposte au SIDA dans le cadre des comptes nationaux de la santé et les comptes nationaux destinés à la riposte au SIDA autonomes. Ces deux approches fournissent des informations sur la prévention et la santé publique, les soins et le traitement, l'atténuation de l'impact, les infrastructures et l'administration.

D'autres approches, telles que l'analyse des budgets alloués à la riposte au VIH et au SIDA, ont été limitées à la description de ceux-ci. Des modifications seront apportées pour s'assurer que l'on comptabilise aussi les dépenses. D'ici là, il pourrait s'avérer utile d'évaluer les dépenses publiques comme cela est énuméré en page 23.

Des enquêtes sont en outre conduites par le projet UNFPA/ONUSIDA/NIDI sur les flux de ressources au sujet des flux de ressources financières. Celles-ci doivent toutefois être minutieusement analysées pour évaluer leur degré d'adéquation avec la question du VIH et du SIDA, dans la mesure où elles s'attachent essentiellement à la santé reproductive. Il peut arriver que ces rapports ne soient pas basés sur des méthodologies normalisées, ce qui signifie qu'ils peuvent ne pas inclure d'estimations des dépenses publiques qui ne sont pas clairement identifiées au niveau des budgets nationaux.

Pour les pays qui ont accès à des informations ou à des bases de données relatives aux budgets nationaux, il importe tout particulièrement de s'assurer que les budgets sont dépensés conformément aux lignes budgétaires énumérées dans le budget initial. En outre, il est essentiel de s'assurer de la prise en compte des dépenses qui ne sont pas habituellement incluses dans les lignes budgétaires explicites (ex : le traitement des infections opportunistes n'est pas un poste budgétaire en soi, il est cependant habituellement financé par des ressources publiques internes aux budgets des hôpitaux).

Les pays qui n'ont élaboré aucun des outils susmentionnés (évaluation des dépenses nationales destinées à la riposte au VIH et au SIDA, analyse des budgets alloués à la riposte au SIDA ou enquêtes spécifiques sur les flux de ressources financières) peuvent fournir des informations sur cet indicateur en se basant sur les budgets nationaux tels que mis en œuvre. Toutefois, ils devraient ici aussi compléter ces informations par l'évaluation du coût d'autres activités non incluses de manière explicite dans les postes budgétaires. Dans un certain nombre de pays, les dépenses peuvent la plupart du temps être engagées par les centres de santé et ne pas être clairement identifiées comme « allouées à la riposte au VIH et au SIDA » (ex : le traitement des infections opportunistes dans les hôpitaux publics, etc.). Pour inclure ces dépenses publiques en tant que composantes de l'indicateur, il n'y a pas d'autre solution que d'évaluer le coût de la mise à disposition de ces services et de déterminer la source de financement pour distinguer les dépenses publiques des dépenses privées.

Il importe également d'inclure dans les dépenses publiques globales le coût des actes engagés dans d'autres domaines que celui de la santé et supportés par les budgets de différents ministères. Cet indicateur ne doit pas être limité aux données de la Commission nationale de lutte contre le SIDA ou du Programme national de lutte contre le SIDA du Ministère de la Santé.

Description des outils utilisés pour les évaluations des dépenses nationales destinées à la riposte au VIH et au SIDA

Comptes nationaux destinés à la riposte au SIDA¹

OBJET	Approche complète du suivi des dépenses destinées à la riposte au VIH et au SIDA dans tous les secteurs
FREQUENCE	Ad hoc selon la demande du pays
OUTILS D’EVALUATION	Examen de documents
METHODE D’EVALUATION	<p>Examen des sources de données primaires et secondaires des donateurs, des entités publiques et privées.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agences gouvernementales concernées. 2. Employeurs. 3. Foyers de personnes vivant avec le VIH et le SIDA (enquête ponctuelles auprès des foyers ou conduites au niveau de la prestation de service et des patients). 4. Organisations non gouvernementales. 5. Donateurs. 6. Compagnies d’assurance. 7. Prestataires de services dispensés dans le cadre de la riposte au VIH et au SIDA, y compris les hôpitaux, les dispensaires, les cabinets médicaux, les pharmacies et les soigneurs traditionnels. <p>A. Dépenses de santé liées au VIH et au SIDA – dépenses destinées aux activités qui :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ont principalement pour but d’avoir un impact sur la santé des personnes vivant avec le VIH et le SIDA, ceci dans une période donnée, et 2. ont pour but de prévenir la propagation du VIH et peuvent donc cibler la population au sens large (ex : bénéficiaires des programmes de distribution de préservatifs, dans le but de réduire la propagation du VIH). <p>B. Dépenses de santé directes – dépenses principalement ou totalement associées à la santé</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Activités développées dans le cadre de la prévention du VIH. 2. Services de diagnostic et de traitement pour la prise en charge des cas d’infection à VIH. 3. Gestion des services dispensés dans le cadre de la riposte au VIH et au SIDA. 4. Activités relevant des soins dispensés et de l’appui fourni. <p>C. Dépenses liées à la santé – dépenses contribuant à la santé mais indépendantes du domaine médical et/ou rejoignant d’autres domaines</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atténuation de l’impact. 2. Formation et appui. 3. Investissements en biens d’équipement des établissements fournisseurs <p>D. Dépenses non liées à la santé – toutes les autres dépenses liées à la riposte au VIH et au SIDA dans des secteurs autres que celui de la santé</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Secteurs de l’éducation et social. 2. Enfants rendus orphelins et autres enfants vulnérables. 3. Avantages en nature ou matériels destinés aux personnes vivant avec le VIH.

¹ Comptes nationaux destinés à la riposte au SIDA établis par l’Initiative régionale de lutte contre le SIDA pour l’Amérique latine et les Caraïbes et Comptes nationaux destinés à la riposte au SIDA dans le cadre des Comptes nationaux de la santé établis par PHRPlus/Abt Associates

INTERPRETATION

La méthodologie :

- permet la comparaison des données à l'échelon du pays, au plan régional et au niveau international
- permet d'établir de quelle manière les ressources sont mobilisées dans un pays :
 - a. Qui paye ?
 - b. Qui finance ?
 - c. Dans le cadre de quelles structures ?
- permet d'établir de quelle manière les ressources sont gérées dans un pays
- permet de déterminer quelles sont les entités dispensant des services en rapport avec la riposte au VIH et au SIDA et qui sont ceux qui en bénéficient
- permet d'évaluer la complémentarité, et
- offre la possibilité de dégager une analyse sur les bénéficiaires des biens et des services fournis

Analyse du budget alloué à la riposte au VIH et au SIDA²

OBJET

1. Assurer un suivi des dépenses budgétaires engagées dans le cadre de la riposte nationale au VIH et au SIDA et analyser le budget sous l'angle de la riposte au VIH et au SIDA.
2. Comparer les montants des financements alloués aux activités de riposte au VIH et au SIDA par l'Etat et les différents donateurs.
3. Utiliser les montants alloués sur le budget national comme indicateurs des résultats obtenus dans le domaine des droits de la personne ou des violations de ces droits.

FREQUENCE

Ad hoc, selon la demande du pays.

OUTILS D'EVALUATION

1. Examen de documents.
2. Documents budgétaires officiels (cadres des dépenses à moyen terme, registres des dépenses).
3. Entretiens avec des responsables et des parties intéressées-clés.

TERMINOLOGIE USITEE

Postes budgétaires alloués à la santé et à la riposte au VIH et au SIDA.

LIMITES

1. Inaccessibilité et indisponibilité des documents budgétaires, ventilation limitée de ceux-ci.
2. Variabilité des systèmes budgétaires et comptables – limite la comparabilité.
3. Absence de base de données centrale sur les fonds des donateurs.
4. Difficulté à garantir le fondement et la qualité des données énumérées dans les rapports de pays, en particulier si leur collecte est effectuée par des organisations non universitaires de la société civile.
5. Incapacité d'estimer les montants alloués par rapport aux dépenses réelles, les résultats selon les indicateurs des programmes et l'impact des dépenses.

INTERPRETATION

La méthodologie :

- Permet de développer un cadre commun destiné au contrôle des montants alloués spécifiquement à la riposte au VIH et au SIDA et des dépenses engagées sur le budget national
- fournit une indication sur les résultats obtenus dans le domaine des droits de la personne – questions d'équité et d'efficacité en matière d'allocation des ressources, si basée sur les besoins
- permet d'établir un ordre de priorité des interventions, et
- fournit aux décideurs une vue d'ensemble et des recommandations sur l'efficacité et l'efficience des mécanismes de budgétisation et de financement pour les ripostes des gouvernements au VIH et au SIDA .

² Mis en œuvre par l'Institut pour la Démocratie en Afrique du Sud dans certains pays subsahariens.

Politiques nationales en matière de VIH et de SIDA

Indice composite des politiques nationales

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et des stratégies contre le VIH/SIDA au niveau national
APPLICABILITE	Tous les pays
FREQUENCE	Bisannuelle
OUTILS D'EVALUATION	Questionnaire d'évaluation dans les pays (voir l'Annexe 3)
METHODE D'EVALUATION	<p>L'indice composite couvre les grands domaines suivants en matière de politiques :</p> <p>Partie A</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Plan stratégique. 2. Appui politique. 3. Prévention. 4. Soins et appui. 5. Suivi et évaluation. <p>Partie B</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Droits de la personne. 2. Participation de la société civile. 3. Prévention. 4. Soins et appui. <p>Différents indicateurs de politiques spécifiques ont été recensés pour chacun de ces domaines (voir l'Annexe 3).</p>

INTERPRETATION

- L'Indice composite des politiques nationales révisé a pour but d'évaluer l'élaboration des politiques et leur efficacité au moyen d'éléments de l'enquête sur les activités des programmes de riposte au SIDA réalisée dans certains pays par le Policy Project.

PROGRAMMES NATIONAUX :

Education, politiques sur le lieu de travail, prise en charge des cas d'infections sexuellement transmissibles, sécurité transfusionnelle, couverture de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, couverture de la combinaison d'antirétroviraux et services destinés aux enfants rendus orphelins et aux autres enfants vulnérables

3. Pourcentage d'écoles dans lesquelles des professeurs ont été formés à un enseignement relatif au VIH basé sur des aptitudes psychosociales et qui l'ont dispensé au cours de la dernière année scolaire.
4. Pourcentage de grandes entreprises/sociétés qui ont mis en place des politiques et des programmes de riposte au VIH et au SIDA sur le lieu de travail.
5. Pourcentage de patients atteints d'IST reçus dans des centres de soins, dont le diagnostic a été correctement établi, qui sont traités et conseillés de manière opportune
6. Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral complet pour réduire le risque de TME.
7. Pourcentage de personnes dont l'infection à VIH est parvenue à un stade avancé qui reçoivent une association d'antirétroviraux
8. Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge
9. Pourcentage d'unités de sang transfusées ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH.

Enseignement relatif au VIH basé sur des aptitudes psychosociales dispensé dans les écoles

L'approche psychosociale est une méthode d'enseignement efficace qui s'appuie sur des exercices interactifs dont le but est d'enseigner aux jeunes les comportements susceptibles de les aider à gérer les difficultés et les questions existentielles soulevées au quotidien. Elle peut inclure des aptitudes en matière de prise de décision et de résolution des problèmes, de réflexion créative et critique, de prise de conscience de soi-même, de transmission et de relations entre personnes. Elle peut aussi apprendre aux jeunes comment gérer leurs émotions et déceler leurs propres causes d'anxiété. Lorsqu'elle est spécifiquement adaptée à un enseignement relatif au VIH dispensé dans les écoles, l'approche psychosociale aide les jeunes à comprendre et à évaluer les facteurs individuels, sociaux et environnementaux qui accroissent et réduisent le risque de transmission du VIH. Si elle est correctement mise en œuvre, cette approche peut avoir un impact positif sur les comportements, y compris un report dans le temps du premier rapport sexuel et une réduction du nombre de partenaires sexuels.

Pourcentage d'écoles dans lesquelles des professeurs ont été formés à un enseignement relatif au VIH basé sur des aptitudes psychosociales et qui l'ont dispensé au cours de la dernière année scolaire.

OBJET	Évaluer les progrès réalisés dans le développement d'un enseignement relatif au VIH basé sur des aptitudes psychosociales au sein de l'ensemble des écoles
APPLICABILITE	Tous les pays
FREQUENCE	Bisannuelle
OUTILS D'EVALUATION	Enquête en milieu scolaire ou examen des programmes d'enseignement
METHODE D'EVALUATION	<p>Les proviseurs/responsables d'un échantillon d'écoles représentatif au niveau national (qui inclut à la fois les écoles privées et les écoles publiques) sont informés de la signification d'un enseignement relatif au VIH basé sur des aptitudes psychosociales puis interrogés sur les questions suivantes.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Votre école dispose-t-elle au minimum d'un enseignant qualifié ayant reçu une formation interactive à l'enseignement de sujets relatifs au VIH basé sur des aptitudes psychosociales au cours des cinq dernières années ? 2. Si la réponse à la question 1 est « oui » la question suivante est : cette personne a-t-elle régulièrement dispensé un enseignement relatif au VIH basé sur des aptitudes psychosociales dans chacune des classes de votre école au cours de la dernière année scolaire ? <p>Il faut que la formation de l'enseignant ait notamment porté sur la maîtrise des techniques nécessaires à un apprentissage de l'interactivité, dont le but est de développer les connaissances, les attitudes et les compétences positives (ex : communication entre personnes, négociation, prise de décision, compétences en matière de pensée critique et stratégies d'adaptation) qui aident les jeunes à préserver un mode de vie dépourvu de risque. Lorsque cela est possible, la formation de l'enseignant doit avoir été menée conformément aux dernières directives de l'UNICEF en la matière – lesquelles sont disponibles à l'adresse suivante : http://www.unicef.org/lifeskills/index_documents.html.</p> <p>Aux fins du calcul de cet indicateur, il faut au moins 30 heures de cours par an et par classe pour qu'un enseignement relatif au VIH basé sur des aptitudes psychosociales soit considéré comme « standard ». Les pays peuvent toutefois adapter ce nombre d'heures en fonction des contextes locaux.</p>

Numérateur : Nombre d'écoles dont le personnel est formé et dispense régulièrement un enseignement relatif au VIH basé sur des aptitudes psychosociales.

Dénominateur : Nombre d'écoles ayant fait l'objet d'une enquête.

Les scores de l'indicateur doivent être établis pour toutes les écoles confondues et pour les écoles primaires et secondaires séparément, chaque fois en fonction de son statut d'école publique ou d'école privée et de sa situation en milieu urbain ou en milieu rural. A cet égard, les écoles religieuses doivent être considérées comme des écoles privées. Lorsqu'une école fournit à la fois un enseignement primaire et secondaire, les informations doivent être collectées et communiquées séparément pour chaque niveau d'enseignement.

INTERPRETATION

- Il est important qu'un enseignement relatif au VIH basé sur des aptitudes psychosociales soit mis en place dans les petites classes de l'école primaire puis poursuivi tout au long de la scolarité, avec une adaptation des contenus et des méthodes en fonction de l'âge et du vécu des élèves. Dans le cas des établissements dotés d'un cycle primaire et d'un cycle secondaire, un professeur au moins doit avoir été formé à l'enseignement de sujets relatifs au VIH basé sur des aptitudes psychosociales, pour chacun des niveaux scolaires.
- L'indicateur fournit des informations utiles sur les tendances en matière de couverture de l'enseignement relatif au VIH basé sur des aptitudes psychosociales dans les écoles. Toutefois, les différences substantielles au niveau de la scolarisation doivent être prises en compte lorsqu'on interprète cet indicateur (ou que l'on fait une comparaison entre pays). En conséquence, le taux de scolarisation dans les cycles primaire et secondaire pour l'année scolaire la plus récente doivent être indiqués en complément des informations fournies pour cet indicateur.
- Les stratégies complémentaires qui répondent aux besoins des jeunes non scolarisés seront particulièrement importantes dans les pays où les taux de scolarisation sont faibles.
- L'indicateur est une mesure de couverture. La qualité de l'enseignement fourni peut également varier entre pays et dans le temps.

INDICATEUR SUPPLEMENTAIRE

Pourcentage d'écoles primaires et secondaires au sein desquelles un enseignement relatif au VIH basé sur des aptitudes psychosociales est dispensé

APPLICABILITE	Tous les pays
FREQUENCE	Bisannuelle
OUTILS D'EVALUATION	Enquête en milieu scolaire ou examen des programmes d'éducation

Riposte au VIH et au SIDA sur le lieu de travail

Les travailleurs du secteur officiel sont essentiels pour les efforts de développement des pays à faible revenu. La productivité des entreprises est laminée par l'épidémie de SIDA du fait des effets préjudiciables d'une augmentation de la morbidité et de la mortalité sur l'activité du personnel, de l'absentéisme et des rotations de personnel, de l'insuffisance de travailleurs qualifiés et du manque d'optimisme de la main-d'œuvre. Les travailleurs ont souvent, à titre personnel, un grand nombre de parents à charge. Les hommes, en particulier, sont souvent confrontés à un risque important d'infection et de transmission du VIH, notamment lorsque les déplacements géographiques sont fréquents. Ceux qui sont infectés risquent également de souffrir de la stigmatisation et de la discrimination sur leur lieu de travail. Toutefois, ce lieu est souvent un endroit très pratique et propice pour mettre en place des actions de riposte au VIH et les interventions sur le lieu de travail se sont souvent révélées efficaces.

Pourcentage de grandes entreprises/sociétés qui ont mis en place des politiques et des programmes de riposte au VIH et au SIDA sur le lieu de travail

OBJET Evaluer les progrès réalisés dans la mise en œuvre des politiques et des programmes de riposte au VIH et au SIDA sur le lieu de travail.

APPLICABILITE Tous les pays

FREQUENCE Bisannuelle

OUTILS D'ÉVALUATION Enquête auprès d'un échantillon représentatif des plus grands employeurs des secteurs public et privé. Les employeurs du secteur public doivent, au minimum, inclure les ministères des Transports, de l'Emploi, du Tourisme, de l'Éducation et de la Santé. Les employeurs du secteur privé doivent être choisis en fonction de l'importance de leurs effectifs.

METHODE D'ÉVALUATION Il est demandé aux employeurs d'indiquer s'ils appliquent actuellement des politiques et des procédures internes qui couvrent, au minimum, tous les aspects suivants.

1. La prévention de la stigmatisation et de la discrimination liées à la séropositivité au VIH dans (a) les opérations de recrutement et de promotion du personnel et (b) l'attribution d'avantages sociaux, de prestations maladie et d'indemnités de départ.
2. Des programmes de prévention du VIH et du SIDA sur le lieu de travail qui couvrent : (a) les connaissances de base sur le VIH et le SIDA, (b) les risques et les protections spécifiques en matière de transmission du VIH dans le travail, (c) la promotion du préservatif, (d) le conseil et test volontaires, (e) le diagnostic et le traitement des IST et (f) la mise à disposition de médicaments en rapport avec le VIH et le SIDA.

Numérateur : Nombre d'employeurs dont les politiques et les programmes en matière de VIH et de SIDA satisfont à tous les critères susmentionnés.

Dénominateur : Nombre d'employeurs ayant fait l'objet d'une enquête.

Il faut obtenir des copies écrites des politiques et réglementations internes et les évaluer lorsque cela est possible.

Les scores de l'indicateur doivent être établis pour tous les employeurs confondus et pour ceux du secteur public et du secteur privé séparément.

Il importe en outre de fournir des estimations du nombre de travailleurs (hommes et femmes) recensés dans le secteur officiel, en complément des informations fournies pour cet indicateur.

INTERPRETATION

- Les personnes employées dans les petites sociétés et dans le secteur non-officiel représentent souvent une proportion significative de la main-d'œuvre globale que les programmes de riposte au VIH et au SIDA sur le lieu de travail n'atteignent pas aussi aisément. Les tendances de cet indicateur fourniront néanmoins des informations utiles pour améliorer la couverture nationale.
- L'indicateur est utile même dans les pays où la prévalence du VIH est faible car une action précoce d'éducation des travailleurs sur la prévention du VIH est essentielle si l'on veut réduire la probabilité d'avoir à subir les conséquences économiques et sociales désastreuses du VIH et du SIDA.

Infections sexuellement transmissibles : totale prise en charge de cas

Le risque de transmission du VIH est fortement accru lorsque l'un des partenaires, ou les deux, est/sont atteint(s) d'une autre infection sexuellement transmissible. En conséquence, la disponibilité et l'utilisation de services qui traitent et limitent la propagation des IST sont susceptibles de réduire le taux de transmission du VIH dans l'ensemble de la population. L'un des pivots de la riposte aux IST est la prise en charge totale des cas chez les patients atteints d'IST symptomatiques.

Pourcentage de patients atteints d'IST reçus dans des centres de soins, dont le diagnostic a été correctement établi, qui sont traités et conseillés de manière opportune

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans la mise en place de diagnostics, de traitements et de conseils systématiquement efficaces contre les IST
APPLICABILITE	Tous les pays
FREQUENCE	Bisannuelle
OUTILS D'EVALUATION	Enquête dans les centres de santé – en se basant sur le document ONUSIDA/MEASURE (2000) <i>Programmes SIDA nationaux : Guide de suivi et d'évaluation</i>
METHODE D'EVALUATION	<p>Les données sont collectées en observant l'interaction prestataire-patient dans un échantillon de centres de soins mettant à disposition des services de traitement des IST. Voir <i>Evaluation d'un programme national de lutte contre le SIDA : Ensemble de méthodes</i>, ONUSIDA/OMS (1999) pour des détails sur la manière de sélectionner cet échantillon. Les prestataires sont évalués selon les critères suivants : prise en compte des antécédents du patient, examen, diagnostic et traitement appropriés, et conseil effectif, y compris conseil sur la notification du partenaire, utilisation du préservatif et test de dépistage du VIH.</p> <p>Les procédures « appropriées » de diagnostic, de traitement et de conseil d'un pays sont celles stipulées dans les directives des services nationaux de lutte contre les IST.</p> <p>Un « centre de soins » est défini comme un endroit (y compris dans les secteurs public, privé et confessionnel) dans lequel des services de soins sont mis à disposition par une ou plusieurs personnes qualifiées sur le plan médical.</p> <p>Numérateur : Nombre de patients atteints d'IST pour lesquels les procédures correctes ont été suivies concernant : (a) la prise en compte des antécédents du patient, (b) l'examen, (c) le diagnostic et le traitement, et (d) le conseil effectif sur la notification du partenaire, l'utilisation du préservatif et le test de dépistage du VIH.</p> <p>Dénominateur : Nombre de patients atteints d'IST pour lesquels des interactions prestataire-patient ont été observées.</p> <p>Il faut indiquer des scores distincts pour les hommes et pour les femmes, et pour les patients âgés de moins et de plus de 20 ans.</p> <p>Les scores de chacune des composantes de l'indicateur (prise en compte des antécédents du patient, examen, diagnostic et traitement, et conseil) doivent être indiqués en plus du score global de l'indicateur.</p>

INTERPRETATION

- Cet indicateur composite reflète les compétences manifestées par les prestataires de services de santé dans le dépistage et le traitement corrects des IST, la disponibilité des équipements, médicaments et matériels nécessaires, et la qualité des conseils prodigués aux patients.
- Il traduit la qualité des services fournis mais non leur coût ou leur accessibilité.
- La norme en matière de soins « appropriés » sur laquelle le calcul de l'indicateur est basé varie selon les pays (et dans le temps). Actuellement, on considère que la prise en charge syndromique constitue l'approche la plus pratique dans les pays à forte prévalence et à faible revenu. Elle génère en effet moins de problèmes liés à l'émission d'un diagnostic.

Prévention de la transmission de la mère à l'enfant (TME) : traitement antirétroviral

En l'absence d'interventions préventives, les nourrissons nés de mères infectées par le VIH et allaités par elles présentent globalement un risque sur trois de contracter eux-mêmes l'infection. Cela peut se produire pendant la grossesse, le travail et l'accouchement, ou après l'accouchement lors de l'allaitement. Le risque de TME peut être réduit grâce à des stratégies complémentaires de traitement antirétroviral de la mère, avec ou sans traitement du nourrisson, le respect de pratiques d'accouchement sans risque, et l'utilisation d'un substitut adapté du lait maternel. Le traitement antirétroviral suivi par un allaitement exclusif au sein peut également réduire le risque de transmission verticale lorsque l'allaitement est limité aux six premiers mois.

Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral complet pour réduire le risque de TME

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
APPLICABILITE	Tous les pays
FREQUENCE	Bisannuelle
OUTILS D'EVALUATION	Suivi des programmes et estimations
METHODE D'EVALUATION	<p>Le nombre de femmes enceintes infectées par le VIH ayant reçu un traitement antirétroviral pour réduire le risque de TME au cours des 12 derniers mois est obtenu à partir des dossiers de suivi des programmes. Seules les femmes étant parvenues au terme de leur protocole de traitement doivent être prises en compte.</p> <p>Le nombre de femmes enceintes infectées par le VIH auxquelles un traitement antirétroviral pour réduire le risque de TME <i>aurait éventuellement pu être</i> prodigué est estimé en multipliant le nombre total de femmes qui ont accouché dans les 12 derniers mois (estimations des naissances du bureau central des statistiques) par l'estimation nationale la plus récente de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes (estimations établies lors d'enquêtes de surveillance sentinelle du VIH dans les maternités).</p> <p>Numérateur : Nombre de femmes enceintes infectées par le VIH ayant reçu un traitement antirétroviral complet pour réduire la TME selon le protocole de traitement approuvé au niveau national (ou les normes OMS/ONUSIDA) au cours des 12 derniers mois.</p> <p>Dénominateur : Nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH.</p> <p>La décision d'inclure ou de ne pas inclure les femmes qui reçoivent un traitement dispensé dans une maternité privée ou dépendant d'une d'ONG dans le calcul de cet indicateur est laissée à la discrétion du pays concerné. Toutefois, la décision qui est prise doit être indiquée et respectée de manière régulière dans le calcul tant du numérateur que du dénominateur. Les maternités privées et celles dépendant d'ONG qui fournissent des ordonnances pour des antirétroviraux mais laissent les patientes acheter elles-mêmes les médicaments ailleurs ne doivent pas être incluses dans cet indicateur, et ce, même si ces maternités sont d'importants prestataires de services liés à la réduction de la TME.</p>

La définition d'un traitement antirétroviral « complet » dépendra de la politique du pays en matière de traitements antirétroviraux pour réduire le risque de TME et peut ou non inclure un traitement des nouveau-nés. Il faut indiquer tous les détails sur la définition utilisée.

Il faut également fournir des estimations séparées du nombre de femmes enceintes ayant reçu un traitement antirétroviral dans les dispensaires du secteur public et dans ceux du secteur privé.

INTERPRETATION

- Dans de nombreux pays, l'estimation de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes utilisée dans le calcul de cet indicateur sera basée sur les données recueillies lors d'enquêtes de surveillance du VIH dans les maternités. Dans certains de ces pays, de nombreuses femmes enceintes n'ont pas accès aux services prénatals ou choisissent de ne pas les utiliser. Il se peut que les femmes enceintes infectées par le VIH soient plus ou moins susceptibles d'utiliser les services des maternités (ou des services prénatals publics plutôt que privés) que celles qui ne sont pas infectées, notamment lorsqu'il est possible d'accéder à des traitements antirétroviraux par l'intermédiaire de tels services. Dans ce cas, cet indicateur doit être interprété par rapport aux estimations récentes sur l'utilisation des services prénatals nationaux.
- Même si le test et le conseil volontaires et le traitement antirétroviral destiné à réduire la TME sont mis à la disposition des femmes, ce sont elles qui, en fin de compte, décideront ou non d'utiliser ces services. En conséquence, le score d'un pays pour cet indicateur reflétera le degré d'intérêt des femmes pour ces services (qui dépend en partie de la manière dont leur promotion est assurée) ainsi que l'étendue de leur disponibilité.
- Les pays auront des définitions différentes de ce qui constitue un traitement antirétroviral « complet ». De ce fait, les comparaisons entre pays peuvent être quelque peu faussées et doivent être interprétées en tenant compte des différences entre les définitions utilisées dans chaque cas.
- Cet indicateur ne mesure pas le respect du suivi d'un traitement antirétroviral parce qu'il n'est pas possible de suivre avec précision les prises de médicaments, sauf en cas de mise en place d'un contrôle direct.

Traitement du VIH : association d'antirétroviraux

À mesure que la pandémie de VIH arrive à maturité, un nombre croissant de personnes atteint des stades avancés de l'infection. Les traitements basés sur une association d'antirétroviraux ont permis de réduire la mortalité parmi les personnes infectées et des efforts sont faits pour qu'ils soient plus abordables d'un point de vue matériel, et ce, même dans les pays les moins développés. Le traitement basé sur une association d'antirétroviraux doit être dispensé conjointement avec des services plus larges de soins et d'appui, y compris de conseil pour ceux qui fournissent des soins aux familles et les prennent en charge.

Pourcentage de personnes dont l'infection à VIH est parvenue à un stade avancé qui reçoivent une association d'antirétroviraux

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans la mise à disposition d'un traitement basé sur une association d'antirétroviraux à toutes les personnes présentant une infection à VIH parvenue à un stade avancé
APPLICABILITE	Tous les pays
FREQUENCE	Bisannuelle
OUTILS D'EVALUATION	Suivi des programmes
METHODE D'EVALUATION	Le nombre de personnes présentant une infection à VIH parvenue à un stade avancé qui reçoivent actuellement une association d'antirétroviraux est obtenu à partir des dossiers de suivi des programmes.

Numérateur : Nombre de personnes présentant une infection à VIH parvenue à un stade avancé qui reçoivent une association d'antirétroviraux conformément au protocole de traitement approuvé au niveau national (ou aux normes OMS/ONUSIDA) ; il est calculé comme suit : nombre de personnes recevant un traitement en début d'année + nombre de personnes qui ont entamé un traitement au cours des 12 derniers mois – nombre de personnes dont le traitement s'est achevé au cours des 12 derniers mois (y compris les personnes décédées).

Dénominateur : Nombre de personnes présentant une infection à VIH parvenue à un stade avancé avéré (c'est-à-dire ayant besoin d'une association d'antirétroviraux).

Le nombre d'adultes ayant besoin d'une association d'antirétroviraux est calculé en ajoutant le nombre d'adultes confrontés à un récent besoin de traitement au nombre d'adultes sous traitement l'année précédente et toujours en vie l'année suivante..

On estime que le nombre d'adultes confrontés à un récent besoin d'une association d'antirétroviraux correspond au nombre d'adultes développant une infection à VIH parvenue à un stade avancé qui ne sont pas encore sous traitement. Dans la mesure où il est possible que certains des adultes dont on prévoyait qu'ils allaient développer une infection à VIH aient déjà commencé à suivre un traitement l'année précédente, le nombre d'adultes dont le besoin d'une association d'antirétroviraux a récemment été établi est ajusté, en soustrayant le nombre de personnes entrant dans cette catégorie. Actuellement, on suppose que 80 % à 90 % des adultes sous traitement survivront l'année suivante, en fonction de l'observance du traitement, de facteurs de résistance, de la qualité de la gestion clinique et d'autres facteurs.

Le dénominateur est établi en estimant le nombre de personnes présentant une infection à VIH parvenue à un stade avancé nécessitant une association d'antirétroviraux, ce qui se fait le plus fréquemment sur la base des dernières données rassemblées lors d'enquêtes de surveillance sentinelle. Dans la mesure du possible, il importe d'inclure dans le calcul de l'indicateur la mise à disposition d'antirétroviraux par le secteur privé, et son étendue doit être indiquée séparément.

Les dates de début et de fin de la période durant laquelle une association d'antirétroviraux est donnée doivent être indiquées. Dans la mesure du possible, on évitera les chevauchements entre périodes.

INTERPRETATION

- L'indicateur permet de suivre les tendances en matière de couverture mais ne cherche pas à faire de distinction entre les différentes formes de traitement antirétroviral ni à mesurer le coût, la qualité ou l'efficacité des traitements dispensés. Ceux-ci varieront au sein-même d'un pays et entre pays, et sont susceptibles d'évoluer avec le temps.
- La proportion de personnes dont l'infection à VIH est parvenue à un stade avancé variera en fonction du stade de développement de l'épidémie elle-même et de la couverture globale et de l'efficacité du traitement (combinaison d'antirétroviraux) parmi les adultes et les enfants.
- L'évolution de la prévalence affecte l'exactitude de l'estimation de la population éligible. La prévalence actuelle ne reflète pas les variations des estimations de la prévalence. Cela a en particulier une incidence sur le dénominateur.
- Le degré d'utilisation d'un traitement antirétroviral dépendra de son coût par rapport aux revenus locaux, des infrastructures existantes pour la mise à disposition de services et de leur qualité, de la disponibilité et de l'utilisation des services CTV, des perceptions de l'efficacité et des éventuels effets secondaires du traitement, etc.
- Le traitement antirétroviral préventif destiné à prévenir la TME et le traitement post-exposition n'intègrent pas cet indicateur.

INDICATEUR SUPPLEMENTAIRE

Pourcentage de centres de santé qui sont en mesure de fournir des soins appropriés aux personnes vivant avec le VIH et le SIDA

APPLICABILITE	Tous les pays
FREQUENCE	Bisannuelle
OUTILS D'EVALUATION	Enquête auprès des centres de santé (ONUSIDA/MEASURE (2000), <i>Programmes SIDA Nationaux : Guide de suivi et d'évaluation</i>)

Soutien destiné aux enfants affectés par le VIH et le SIDA

Le nombre d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables continuant d'augmenter, il est nécessaire d'assurer aux familles et aux communautés un soutien approprié. Dans la pratique, les enfants rendus orphelins reçoivent des soins et un soutien des familles et des communautés. Pour que cette prise en charge soit effective, il est fondamental que les foyers bénéficient d'une aide supplémentaire extérieure.

Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans l'aide prodiguée aux foyers qui prennent en charge des enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables
APPLICABILITE	Pays dans lesquels la prévalence du VIH est élevée
FREQUENCE	Tous les 4 à 5 ans
OUTILS D'EVALUATION	Enquêtes de population (enquêtes démographiques et de santé, MICS)
METHODE D'EVALUATION	<p>On pose aux chefs de famille les quatre questions suivantes sur le type et la fréquence des aides obtenues, et la principale source d'aide pour chaque enfant rendu orphelin et vulnérable.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le foyer a-t-il reçu une assistance médicale, y compris des soins médicaux et/ou des fournitures destinées aux soins, au cours des 12 derniers mois ? 2. Le foyer a-t-il reçu un soutien pour la scolarisation des enfants, y compris au niveau des frais d'inscription à l'école, au cours des 12 derniers mois ? 3. Le foyer a-t-il reçu un soutien psychique/psychologique, y compris des conseils de la part d'un conseiller spécialement formé et/ou un soutien/un accompagnement psychique/spirituel, au cours des trois derniers mois ? 4. Le foyer a-t-il reçu un autre soutien social, y compris un soutien socioéconomique (ex : vêtements, produits alimentaires supplémentaires, appui financier, gîte) et/ou une aide au quotidien (ex : aide ménagère, formation pour prodiguer des soins, garde des enfants, services juridiques) au cours des trois derniers mois ? <p>Numérateur : Nombre d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables vivant dans des foyers qui ont répondu OUI à l'une au moins des quatre questions.</p> <p>Dénominateur : Nombre total d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables.</p>

INTERPRETATION

- L'aide extérieure est définie comme une aide gratuite obtenue auprès de personnes autres que les amis, la famille ou les voisins, excepté lorsque ceux-ci travaillent pour un groupe ou une organisation communautaire.
- Le suivi de cet indicateur devrait être effectué dans les seuls milieux où la prévalence du VIH est élevée.
- Cet indicateur n'évalue pas les besoins du foyer ou des enfants rendus orphelins et des autres enfants vulnérables. Des questions supplémentaires peuvent être ajoutées pour évaluer les besoins exprimés par les familles qui prennent en charge des enfants rendus orphelins. Cet indicateur suggère implicitement que tous les foyers accueillant des enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables ont besoin d'une aide extérieure,

- or certains enfants rendus orphelins et autres enfants vulnérables ont plus besoin d'une aide extérieure que d'autres. En conséquence, il est important de ventiler les informations en fonction d'autres marqueurs de la vulnérabilité, tels que la situation socioéconomique du foyer, le ratio de dépendance, le chef de famille, etc.
- Si la taille de l'échantillon le permet, il serait utile de ventiler les données entre celles relatives aux enfants rendus orphelins et celles relatives aux autres enfants vulnérables. Il conviendrait également de les ventiler par âge et en fonction de la date à laquelle l'enfant a perdu ses parents, dans la mesure où ces deux facteurs jouent un rôle essentiel pour déterminer le type d'aide nécessaire. Par exemple, l'aide dont aura besoin un orphelin ayant perdu l'un de ses/ses deux parents 10 ans auparavant est différente de celle nécessaire à un orphelin dont l'un des/les deux parents est/sont décédé(s) l'année précédente.

Sécurité transfusionnelle

Les programmes de sécurité transfusionnelle ont pour but de s'assurer que l'écrasante majorité (dans l'idéal 100 %) des unités de sang a fait l'objet d'un dépistage du VIH et que les unités qui sont incluses dans les réserves nationales de sang ne sont pas infectées. Dans de nombreux pays, les unités de sang ne font l'objet d'aucun test ; souvent, si elles sont soumises à un dépistage, celui-ci est réalisé par un personnel manquant de qualification ou doté d'un équipement dépassé ou ne disposant que d'un nombre limité d'informations, ce qui risque de conduire à classer comme du sang sain des unités de sang infecté.

Pourcentage d'unités de sang transfusées ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH

OBJET Evaluer les progrès réalisés dans le dépistage du VIH des unités de sang transfusées

APPLICABILITE Tous les pays

FREQUENCE Bisannuelle

OUTILS D'EVALUATION Protocole d'*Evaluation* de la sécurité transfusionnelle MEASURE

METHODE D'EVALUATION Trois éléments d'information sont nécessaires pour cet indicateur : le nombre d'unités de sang transfusées au cours des 12 derniers mois, le nombre d'unités de sang ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et, parmi les unités testées, le nombre d'unités ayant fait l'objet d'un test répondant aux normes de l'OMS ou nationales.

Les systèmes d'informations sanitaires nationaux devraient pouvoir indiquer le nombre d'unités de sang transfusées et le nombre d'unités ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH. La qualité du test peut être déterminée à partir d'une étude spéciale au cours de laquelle un nouveau test sur un échantillon de sang testé préalablement est réalisé. Dans les cas où cela n'est pas faisable, il est possible d'utiliser les données sur le pourcentage de centres ayant des registres fiables de dépistage et de transfusion et n'étant pas confrontés à des ruptures de stocks de kits de dépistage pour établir une estimation des unités de sang correctement testées nécessaires pour le calcul de cet indicateur.

Numérateur : Nombre d'unités de sang ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois répondant aux normes de l'OMS ou nationales.

Dénominateur : Nombre d'unités de sang transfusées au cours des 12 derniers mois.

INTERPRETATION

- Lorsque les systèmes de santé sont décentralisés, ou lorsque le secteur privé (y compris les hôpitaux et les dispensaires) est impliqué dans le dépistage du sang ou les activités de banque du sang, il peut s'avérer difficile d'obtenir des informations suffisamment précises pour établir un indicateur valable au niveau national. Dans ce cas, il sera sans doute nécessaire de sélectionner des hôpitaux et des laboratoires sentinelle dans le secteur public et dans le secteur privé pour les enquêtes dans les centres de santé sur la transfusion de sang et la qualité du dépistage.
- Il arrive que les pays possèdent des normes nationales différentes concernant le dépistage du VIH dans le sang. Si les normes sont inférieures à celles publiées par l'OMS, il est essentiel que des informations détaillées sur les normes nationales soient incluses dans les commentaires sur cet indicateur.

CONNAISSANCES ET COMPORTEMENTS

10. ** Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les manières de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus **(Objectif : 90 % d'ici 2005 et 95 % d'ici 2010)**.
11. Pourcentage de jeunes ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans.
12. Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels hors mariage avec un partenaire non régulier au cours des 12 derniers mois.
13. ** Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans indiquant avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire non régulier, hors mariage.
14. ** Ratio de scolarisation actuelle entre enfants rendus orphelins et enfants non orphelins, âgés de 10 à 14 ans.

Connaissances des jeunes en matière de prévention du VIH

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 et le SIDA – même si ce n'est souvent pas suffisant – pour qu'ils adoptent des comportements propices à une diminution du risque de transmission du VIH.

Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les manières de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans le sens de l'acquisition d'une connaissance globale des éléments relatifs à la transmission du VIH
APPLICABILITE	Tous les pays
OBJECTIFS	2005 – 90% 2010 – 95%
FREQUENCE	Bisannuelle de préférence Minimum : tous les 4 à 5 ans
OUTILS D'EVALUATION	Enquêtes de population, telles que les enquêtes démographiques et de santé, les MICS, les BSS (section jeunesse)
METHODE D'EVALUATION	<p>Cet indicateur est établi à partir des réponses obtenues à l'ensemble des questions suivantes.</p> <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 ? 3. Une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive au VIH ? 4. Une personne peut-elle être infectée par le VIH si elle est piquée par des moustiques ? 5. Une personne peut-elle être infectée par le VIH si elle partage un repas avec quelqu'un qui est infecté ? <p>Numérateur : Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 24 ans) qui ont répondu correctement à l'ensemble des cinq questions.</p> <p>Dénominateur : Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 24 ans) qui ont répondu (y compris par la réponse « ne sait pas ») à l'ensemble des cinq questions.</p> <p>Il faut exclure du numérateur celles de ces personnes qui n'ont jamais entendu parler du VIH et du SIDA mais les inclure dans le dénominateur.</p> <p>Il faut indiquer les scores de l'indicateur pour toutes les personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans et pour les hommes et les femmes séparément, dans chaque cas en fonction de leur lieu de résidence (zone urbaine/zone rurale).</p> <p>Les scores établis pour chacune des questions (basés sur le même dénominateur) sont nécessaires en plus du score de l'indicateur composite.</p>

INTERPRETATION

- Le fait de croire qu'une personne paraissant en bonne santé ne peut être infectée par le VIH est une idée fausse largement partagée qui peut 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 si l'on partage sa nourriture 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.

Rapports sexuels parmi les jeunes de moins de 15 ans

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 lorsque l'on est plus âgé réduit le risque d'infection par rapport sexuel, au moins chez les femmes.

Pourcentage de jeunes ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans le report du premier rapport sexuel chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans
APPLICABILITE	Tous les pays
FREQUENCE	Tous les 4 à 5 ans
OUTILS D'EVALUATION	Enquêtes de population, telles que les enquêtes démographiques et de santé, les MICS, les BSS (section jeunesse)
METHODE D'EVALUATION	<p>Lors d'enquêtes dans les foyers ou d'enquêtes spécifiques menées auprès de jeunes gens, 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.</p> <p>Il faut indiquer les scores de l'indicateur pour les hommes et les femmes séparément, dans chaque cas en fonction de leur lieu de résidence (zone urbaine/ zone rurale) et ventilés par groupes d'âge (15 à 19 ans et 20 à 24 ans).</p> <p>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.</p> <p>Dénominateur : Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans.</p>

INTERPRETATION

- 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 contribue 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 évolutions 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.

INDICATEUR SUPPLEMENTAIRE**Âge médian lors du premier rapport sexuel****APPLICABILITE** Tous les pays**FREQUENCE** Tous les 4 à 5 ans**OUTILS D'EVALUATION** Enquête de population

(ONUSIDA/MEASURE (2000), *Programmes SIDA Nationaux : Guide de suivi et d'évaluation* ; Enquêtes sur les infections sexuellement transmissibles du *British Media Journal* de décembre 2004, volume 80 supplément II, Evaluation du comportement sexuel, pages 28-35).

Rapports sexuels à haut risque parmi les jeunes

La propagation du VIH est favorisée par des rapports sexuels non protégés entre personnes ayant un nombre élevé de partenaires. Les partenaires qui ne vivent pas ensemble sont ceux qui sont les plus susceptibles d'avoir d'autres partenaires en l'espace d'une année. Ces rapports impliquent en conséquence un risque plus élevé de transmission du virus que les rapports qui n'impliquent pas un réseau de partenaires sexuels plus large.

Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels hors mariage avec un partenaire non régulier au cours des 12 derniers mois

OBJET	Evaluer les progrès réalisés en matière de recul du pourcentage de jeunes ayant des rapports sexuels à haut risque entre l'âge de 15 et 25 ans
APPLICABILITE	Tous les pays
FREQUENCE	Tous les 4 à 5 ans
OUTILS D'EVALUATION	Enquêtes de population, telles que les enquêtes démographiques et de santé, les MICS, les BSS (section jeunesse)
METHODE D'EVALUATION	Les personnes participant à l'enquête sont interrogées sur leur situation matrimoniale et sur leurs trois derniers partenaires sexuels au cours des 12 mois écoulés. Pour chaque partenaire, les données rassemblées indiquent le type de relation, sa durée, et fournissent des informations sur l'utilisation de préservatifs et sur d'autres facteurs. Numérateur : Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels hors mariage avec un partenaire non régulier au cours des 12 derniers mois. Dénominateur : Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans ayant indiqué avoir eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois.

INTERPRETATION

- Cet indicateur fournit un schéma de la fréquence des rapports sexuels à haut risque. Si les personnes cessent d'avoir des rapports sexuels avec l'ensemble de leurs partenaires non réguliers, ce changement sera visible au niveau des variations de l'indicateur. Toutefois, si une personne réduit le nombre de ses partenaires non réguliers de 7 à 1 (par exemple), 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.

Utilisation du préservatif par les jeunes lors de rapports sexuels avec des partenaires occasionnels

Une utilisation opportune et régulière des préservatifs avec des partenaires sexuels occasionnels réduit de manière substantielle le risque de transmission sexuelle du VIH. Ceci est particulièrement important pour les jeunes qui enregistrent souvent les taux d'infection les plus élevés parce qu'ils ont préalablement été peu exposés à l'infection et ont (généralement) un nombre relativement élevé de rapports sexuels avec des partenaires occasionnels. L'utilisation régulière du préservatif avec des partenaires sexuels occasionnels est importante même dans les pays où la prévalence du VIH est faible parce qu'elle peut prévenir la propagation du virus dans les cas où les relations occasionnelles sont chose courante. L'utilisation du préservatif est une mesure de protection contre le VIH mais le report du premier rapport sexuel, la réduction du nombre de partenaires sexuels occasionnels et la fidélité à un seul partenaire non infecté sont également importants.

Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans qui indiquent utiliser un préservatif lors de rapports sexuels avec un partenaire occasionnel

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans la prévention d'une exposition précoce au VIH, lors de rapports sexuels non protégés avec des partenaires occasionnels
APPLICABILITE	Tous les pays
FREQUENCE	Bisannuelle de préférence Minimum : tous les 4 à 5 ans
OUTILS D'EVALUATION	Enquêtes de population, telles que les enquêtes démographiques et de santé, les MICS, les BSS (section jeunesse)
METHODE D'EVALUATION	<p>Il est demandé aux personnes de 15 à 24 ans interrogées si leur activité sexuelle a débuté (sinon cela est déduit des réponses obtenues à la question relative à l'âge au moment du premier rapport). Il est ensuite demandé à celles qui indiquent avoir une activité sexuelle (qu'elles soient mariées ou non à ce moment-là) de répondre aux questions suivantes.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un rapport sexuel hors mariage avec un partenaire occasionnel et non régulier ? 2. Si la réponse à la question 1 est « oui », la question suivante est : Avec combien de partenaires occasionnels avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ? 3. Si la réponse à la question 1 est « oui », une autre question consiste à demander : Avez-vous (ou votre partenaire occasionnel le plus récent a-t-il) utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel ? <p>Numérateur : Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 24 ans) qui déclarent avoir eu un partenaire sexuel occasionnel (c'est-à-dire extraconjugal et non régulier) au cours des 12 derniers mois et qui ont également déclaré avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec ce partenaire.</p> <p>Dénominateur : Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 24 ans) qui déclarent avoir eu un partenaire sexuel occasionnel au cours des 12 derniers mois.</p>

Les scores établis pour l'indicateur en question doivent être fournis pour l'ensemble des personnes de 15 à 24 ans interrogées et pour les hommes et les femmes séparément, dans chaque cas en fonction de leur lieu de résidence (zone urbaine/ zone rurale).

Le pourcentage des jeunes qui indiquent avoir commencé à être sexuellement actifs et le pourcentage de ceux qui ont eu un partenaire sexuel occasionnel au cours des 12 derniers mois doivent être indiqués.

INTERPRETATION

- Cet indicateur montre dans quelle proportion les jeunes qui ont des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels utilisent des préservatifs. La valeur de l'un ou l'autre des scores relevés pour cet indicateur dépendra toutefois de l'attitude adoptée par les jeunes à l'égard de ce type de relations. En conséquence, les niveaux et les tendances doivent être interprétés prudemment en utilisant les données obtenues sur les pourcentages de jeunes qui ont commencé à avoir des rapports sexuels et de ceux qui ont eu des rapports occasionnels au cours de la dernière année.
- L'effet protecteur maximal des préservatifs lors de rapports sexuels occasionnels est atteint lorsque leur utilisation est régulière plutôt qu'occasionnelle. L'indicateur actuel fournira une surestimation du niveau d'utilisation régulière 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 précise 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 reflétera généralement une tendance à l'utiliser de manière régulière avec de tels partenaires.

Scolarisation des enfants rendus orphelins

Le SIDA coûte la vie à un nombre toujours croissant d'adultes au moment même où ils fondent une famille et élèvent des enfants. Il en résulte que la prévalence des enfants rendus orphelins augmente régulièrement dans de nombreux pays et le fait qu'il y ait parallèlement moins de parents dans la force de l'âge signifie que les enfants rendus orphelins sont confrontés à un avenir de plus en plus incertain. L'enfant rendu 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 de l'entraîner 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.

Ratio de scolarisation actuelle entre enfants rendus orphelins et enfants non orphelins, âgés de 10 à 14 ans

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans le cadre d'une prévention d'un désavantage relatif en matière de scolarisation des enfants rendus orphelins par rapport aux enfants non-orphelins
APPLICABILITE	Tous les pays
FREQUENCE	Bisannuelle de préférence Minimum : tous les 4 à 5 ans
OUTILS D'EVALUATION	Enquêtes de population, telles que les enquêtes démographiques et de santé, les MICS ou d'autres enquêtes représentatives
METHODE D'EVALUATION	Ratio de scolarisation actuelle entre les enfants âgés de 10 à 14 ans dont les deux parents biologiques sont décédés et les enfants du même âge possédant encore leurs deux parents et qui vivent actuellement avec l'un au moins de leurs parents biologiques.
Scolarisation des enfants rendus orphelins (1)	Numérateur : Nombre d'enfants qui ont perdu leurs deux parents et sont encore scolarisés. Dénominateur : Nombre d'enfants qui ont perdu leurs deux parents.
Scolarisation des enfants non-orphelins (2)	Numérateur : Nombre d'enfants possédant encore leurs deux parents et qui vivent avec l'un d'entre eux au moins et sont encore scolarisés. Dénominateur : Nombre d'enfants possédant encore leurs deux parents et qui vivent avec l'un d'entre eux au moins.
Calculer le ratio (1) / (2).	Les scores établis pour cet indicateur doivent être fournis pour tous les enfants âgés de 10 à 14 ans et pour les garçons et les filles séparément. Lorsque cela est possible, l'indicateur doit également être calculé pour chaque année d'âge (voir section sur l'interprétation). Le nombre minimum d'enfants âgés de 10 à 14 ans rendus orphelins nécessaire pour calculer cet indicateur est de 50 (voir section sur l'interprétation).

INTERPRETATION

- Les définitions relatives à l'enfant rendu 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 morts/sont encore en vie, respectivement, sont 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 d'orphelins plus jeunes, il est probable que leurs parents seront très récemment décédés et ainsi, tout effet préjudiciable sur leur éducation n'aura pas eu le temps de se matérialiser. On constate toutefois que les enfants

rendus orphelins considérés sont généralement plus âgés que les enfants non-orphelins, sachant que dans le cas d'enfants plus jeunes, le laps de temps au cours duquel le décès de l'un ou/et l'autre de leur(s) parent(s) est susceptible d'être survenu est plus court, et que les enfants plus âgés sont plus susceptibles d'avoir quitté l'école. En conséquence, la valeur de cet indicateur tendra à être légèrement supérieure à 1, et ce, même lorsque les enfants rendus orphelins ne souffrent d'aucun désavantage relatif.

- Généralement, les données utilisées pour mesurer cet indicateur seront issues des enquêtes menées auprès des ménages. Les enfants non couverts par ces enquêtes, parce qu'ils vivent dans des institutions ou dans la rue, par exemple, sont généralement plus désavantagés et plus susceptibles d'être orphelins. En conséquence, l'indicateur tendra à sous-estimer le désavantage relatif en matière de scolarisation dont pâtissent les enfants rendus orphelins.
- L'indicateur ne fait pas la distinction entre les enfants qui ont perdu leurs parents à cause du SIDA et ceux dont les parents sont morts pour d'autres raisons. Dans les pays où l'épidémie est peu importante ou peu développée, 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 enfants rendus orphelins en raison de la cause connue ou suspectée du décès de leurs parents pourrait influencer les tendances de l'indicateur. A 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 rendus 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.

INDICATEUR SUPPLEMENTAIRE

Pourcentage d'enfants de moins de 15 ans rendus orphelins

Cet indicateur fournit des informations sur les tendances relatives à la charge que représentent les enfants rendus orphelins dans une population donnée. La perte de l'un ou de l'autre des parents ou bien des deux peut dans chaque cas avoir des implications différentes. De même, perdre ses parents peut avoir une incidence différente selon que l'on est plus ou moins âgé. De ce fait, les données devraient, dans l'idéal, être collectées en fonction de chaque situation (orphelin de mère, de père ou des deux parents) et par tranches d'âge de cinq ans ainsi que par sexe.

APPLICABILITE Tous les pays

FREQUENCE Tous les 4 à 5 ans

OUTILS D'EVALUATION Enquête auprès des centres de santé (ONUSIDA/MEASURE (2000), *Programmes SIDA Nationaux : Guide de suivi et d'évaluation*)

IMPACT

15. ** Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH
(Objectif : réduction de 25 % dans les pays les plus affectés d'ici 2005 et de 25 % au niveau mondial d'ici 2010).
16. Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH toujours en vie et sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celui-ci.
17. Pourcentage de nourrissons infectés par le VIH nés de mères elles-mêmes infectées par le virus **(Objectif : réduction de 20 % d'ici 2005 et de 50 % d'ici 2010).**

Réduction de la prévalence du VIH

Le but ultime de la riposte au virus est d'éradiquer l'infection à VIH. Dans la mesure où ce sont les jeunes adultes qui affichent généralement les taux d'infection les plus élevés, plus de 180 pays se sont engagés à parvenir à une réduction majeure de la prévalence du VIH parmi les jeunes – une réduction de 25 % dans les pays les plus affectés d'ici 2005 et de 25 % au niveau mondial d'ici 2010.

Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans le cadre de la réduction de l'infection à VIH
APPLICABILITE	Pays dans lesquels l'épidémie est généralisée
OBJECTIFS	2005 – réduction de 25 % (pays les plus affectés) 2010 – réduction de 25% (au niveau mondial)
FREQUENCE	Annuelle
OUTILS D'EVALUATION	<i>Directives ONUSIDA/OMS pour une surveillance de deuxième génération du VIH et Directives pour la réalisation d'une sérosurveillance du VIH chez les femmes enceintes et d'autres groupes.</i>
METHODE D'EVALUATION	<p>Cet indicateur est calculé en utilisant des données portant sur les femmes enceintes reçues dans des maternités dans les sites soumis à une surveillance sentinelle du VIH dans la capitale, dans les autres zones urbaines et en milieu rural.</p> <p>Numérateur : Nombre de femmes reçues dans une maternité (âgées de 15 à 24 ans) dont le test de dépistage du VIH indique qu'elles sont séropositives.</p> <p>Dénominateur : Nombre de femmes reçues dans une maternité (âgées de 15 à 24 ans) ayant subi un test de dépistage du VIH.</p> <p>Il faut utiliser les chiffres médians pour les autres zones urbaines et les zones rurales.</p> <p>Les scores établis pour les indicateurs doivent être fournis pour l'ensemble de la classe d'âge (15-24 ans) et ventilés pour chaque tranche d'âge de cinq ans (15-19 ans et 20-24 ans).</p> <p>Il faut également, lorsque cela est possible, fournir les proportions de la population totale de femmes âgées de 15 à 24 ans qui vivent dans la capitale, dans d'autres zones urbaines et en milieu rural pour permettre d'établir des estimations nationales.</p>

INTERPRETATION

- La prévalence du VIH à un âge donné résulte de la différence établie 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 élevé, 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 (BSS) parallèles doivent être utilisées pour aider à interpréter les tendances de la prévalence du VIH.
- Dans les pays où l'âge au moment du premier rapport sexuel est plus élevé et/ou dans lesquels le taux de contraception est élevé aussi, 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 maternités) fournit une estimation assez rigoureuse des tendances relativement récentes de l'infection à VIH dans des lieux où l'épidémie est principalement transmise par voie hétérosexuelle. Il est moins fiable en tant qu'indicateur des tendances de l'épidémie de VIH dans des lieux où la plupart des cas d'infection sont presque exclusivement observés parmi les groupes de population les plus à risque.
- Pour compléter les données rassemblées dans le cadre d'une surveillance sentinelle, les pays sont de plus en plus nombreux à proposer un dépistage du VIH lors d'enquêtes de population. Cette approche est recommandée dans les pays où la prévalence du virus est élevée. Lorsqu'ils sont disponibles, les résultats de l'enquête doivent être inclus dans les commentaires remis conjointement à cet indicateur.

Traitement du VIH : survie après 12 mois sous traitement antirétroviral

L'un des objectifs des programmes de traitement antirétroviral est de prolonger la durée de vie des personnes infectées. Le traitement antirétroviral s'étendant à un nombre croissant de pays à travers le monde, il est également 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 évidence les obstacles à leur élargissement et à leur amélioration.

Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH toujours en vie et sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celui-ci

OBJET	Evaluer les progrès en matière d'accroissement de la survie des adultes et des enfants infectés maintenus sous traitement antirétroviral
APPLICABILITE	Tous les pays
FREQUENCE	Bisannuelle
OUTILS D'EVALUATION	Suivi des programmes
METHODE D'EVALUATION	<p>Les registres de santé des patients (du système d'information sur la gestion de la santé) peuvent fournir des informations sur le prolongement de la durée de vie en comptabilisant les résultats de plusieurs cohortes mensuelles, le cas de chaque patient étant pris en compte lorsque celui-ci est sous traitement antirétroviral depuis 12 mois.</p> <p>Pour avoir une vision exhaustive des éléments relatifs à ce prolongement de la durée de vie, il est nécessaire de rassembler les données suivantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'adultes et d'enfants débutant un traitement antirétroviral et date de commencement. • Nombre d'adultes et d'enfants toujours sous traitement antirétroviral 12 mois après l'avoir commencé. • Nombre de personnes ayant interrompu un traitement antirétroviral, y compris celles ayant changé de programme de traitement, celles qui ont été perdues de vue et celles qui sont décédées. <p>Il est possible qu'un certain nombre de personnes ayant interrompu leur traitement ou que l'on a perdu de vue soient toujours en vie. Toutefois, dans la mesure où elles ne sont plus sous traitement, elles ne doivent pas être incluses dans le dénominateur.</p> <p>Les personnes qui ont changé de programme de traitement antirétroviral et pour lesquelles on possède la date de début de traitement doivent être comptabilisées comme maintenues sous traitement.</p> <p>Numérateur : Nombre d'adultes et d'enfants toujours sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celui-ci.</p> <p>Dénominateur : (a) Prolongement minimal de la durée de vie : Nombre total d'adultes et d'enfants qui ont entamé un traitement antirétroviral au sein d'un groupe l'ayant entamé 12 mois auparavant, y compris ceux qui ont interrompu leur traitement antirétroviral, ceux qui ont changé de programme et ceux qui ont été perdus de vue.</p> <p>(b) Prolongement maximal de la durée de vie : Nombre total d'adultes et d'enfants qui ont commencé un traitement antirétroviral au sein d'un groupe l'ayant débuté 12 mois plus tôt, en excluant ceux qui ont interrompu leur traitement, ceux qui ont changé de programme et ceux qui ont été perdus de vue.</p>

INTERPRETATION

- Dans la plupart des pays, les données nécessaires pour cet indicateur ne peuvent être obtenues qu'auprès d'un nombre limité de centres de soins de référence et/ou d'études cohortes désignées, tant que les systèmes d'information sur la gestion de la santé ne seront pas davantage élargis. Lorsqu'ils seront pleinement opérationnels, les données rassemblées seront d'autant plus accessibles et complètes.
- Il est possible que les registres de santé des patients n'incluent pas les populations migrantes ou la durée de leur traitement.

Réduction de la transmission de la mère à l'enfant

Dans les pays à revenu élevé, les stratégies telles que le traitement antirétroviral pendant la grossesse et après l'accouchement, et l'utilisation de substituts du lait maternel ont permis de réduire fortement le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Dans les pays en développement, il existe des obstacles significatifs à la mise en oeuvre de telles stratégies liés à des contraintes en matière d'accès, de disponibilités financières et d'utilisation des services de CTV et de santé reproductive, maternelle et infantile, qui interviennent dans la prévention de la TME et proposent l'utilisation de substituts du lait maternel (lorsque cela fait partie de la politique de prévention de la TME du pays). Il est néanmoins possible de parvenir à réduire substantiellement la TME par le biais de stratégies telles que le traitement antirétroviral de courte durée.

Pourcentage de nourrissons infectés par le VIH nés de mères elles-mêmes infectées par le virus

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
APPLICABILITE	Tous les pays
OBJECTIFS	2005 – réduction de 20 % 2010 – réduction de 50 %
FREQUENCE	Bisannuelle
OUTILS D'EVALUATION	Estimations basées sur la couverture des programmes
METHODE D'EVALUATION	<p>Cet indicateur peut être calculé en prenant la moyenne pondérée des probabilités de TME pour les femmes enceintes qui reçoivent et ne reçoivent pas de traitement antirétroviral, les éléments pondérateurs étant les proportions de femmes recevant et ne recevant pas de traitement, respectivement. L'indicateur est exprimé comme une simple formule mathématique :</p> <p>Score relatif à l'indicateur = $\{ T*(1-e) + (1-T) \} * v$</p> <p>où :</p> <p>T = proportion de femmes enceintes infectées par le VIH à qui l'on dispense un traitement antirétroviral</p> <p>v = taux de TME en l'absence de tout traitement</p> <p>e = efficacité du traitement fourni</p> <p>Test simplement l'indicateur national n°6. Des valeurs par défaut de 25 % et de 50 %, respectivement, peuvent être utilisées pour v et e. Toutefois, lorsqu'on dispose d'estimations scientifiques de l'efficacité de formes spécifiques de traitement antirétroviral (ex : névirapine) utilisées dans le pays, elles peuvent servir dans l'application de la formule. Lorsque cela est fait, les valeurs de ces estimations doivent être indiquées.</p> <p>Il faut également indiquer les formes les plus courantes de traitement dispensé pendant les 12 derniers mois.</p>

INTERPRETATION

- Cet indicateur se focalise sur la prévention de la TME du VIH par le biais de la fourniture accrue de traitements antirétroviraux. En conséquence, l'effet de l'allaitement sur la transmission verticale est ignoré et l'indicateur peut entraîner une sous-estimation des taux réels de TME dans les pays où il est courant d'allaiter pendant de longues périodes. De même, dans les pays où d'autres formes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (ex : césarienne) sont largement pratiquées, l'indicateur fournira généralement une surestimation de la transmission verticale. C'est pour ces raisons que les tendances de cet indicateur peuvent ne pas refléter les tendances générales de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.
- L'indicateur national n°6 peut fournir une mauvaise estimation pour T lorsque les services dispensés dans les maternités sont peu utilisés.

EPIDEMIES CONCENTREES / A FAIBLE PREVALENCE

ACTIONS ET ENGAGEMENTS NATIONAUX

Dépenses, élaboration des politiques et situation de la mise en œuvre

1. Montant des fonds nationaux engagés par les gouvernements.
2. Indice composite des politiques nationales.
 - Plan stratégique.
 - Appui politique.
 - Prévention.
 - Soins et appui.
 - Droits de la personne.
 - Participation de la société civile.
 - Suivi et évaluation.

Pour les indicateurs nationaux 1 et 2 sur les dépenses, l'élaboration des politiques et la situation de la mise en œuvre, se reporter aux pages 22 à 26.

PROGRAMMES NATIONAUX :

Programmes de prévention et de dépistage du VIH pour les populations les plus à risque

3. Parmi les [populations les plus à risque], pourcentage de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.
4. Parmi les [populations les plus à risque], pourcentage de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre.

Dépistage du VIH parmi les populations les plus à risque

Il est important que les populations les plus à risque connaissent leur état sérologique vis-à-vis du VIH afin de se protéger elles-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 la recherche/à la demande d'un traitement. *Cet indicateur doit être calculé séparément pour chacun des groupes de population considérés comme les plus à risque dans un pays donné, tels que les professionnel(le)s du sexe, les CDI, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, par exemple.*

Note : les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une sous-épidémie concentrée parmi un ou plusieurs de ces groupes. Dans ce cas, il serait utile pour eux de rassembler et de transmettre des informations sur cet indicateur au sujet des populations en question.

Parmi les [populations les plus à risque], pourcentage de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans la mise en place de services de conseil et de dépistage du VIH parmi les populations les plus à risque
APPLICABILITE	Pays où l'on observe des épidémies concentrées ou à faible prévalence, y compris les pays présentant des sous-épidémies concentrées internes à une épidémie généralisée
FREQUENCE	Bisannuelle
OUTILS D'EVALUATION	A. Enquêtes spécifiques telles que les enquêtes de surveillance comportementale FHI B. Suivi des programmes
METHODE D'EVALUATION	A. Enquêtes : 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 ? 2. Si la réponse à la question 1 est « oui », la question suivante est : Connaissez-vous le résultat de ce test ? B. Suivi des programmes : la proportion de la population ayant accès à des services de conseil et de dépistage du VIH est calculée à partir des données collectées par les prestataires de services. Numérateur : Nombre des personnes interrogées [parmi les groupes de population les plus à risque] ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat. Dénominateur : Nombre de personnes [parmi les groupes de population les plus à risque] incluses dans l'échantillon (A) ou indiqué par les méthodes d'estimation destinées à déterminer la densité des populations les plus à risque (B). Les données relatives à cet indicateur doivent être ventilées par sexe et par âge (moins de 25 ans / 25 ans et plus). Lorsque cela est possible, les données pour les [populations les plus à risque] doivent être collectées par l'intermédiaire d'organisations de la société civile qui travaillent en collaboration étroite avec les populations concernées sur le terrain. Il importe de préserver un caractère de confidentialité aux contacts établis avec les personnes interrogées et aux informations collectées auprès d'elles.

INTERPRETATION

- Il peut s'avérer difficile d'établir un contact avec les populations les plus à risque et/ou de conduire des enquêtes à leur sujet. En conséquence, il est possible que les données obtenues ne soient pas basées sur un échantillon représentatif des [populations les plus à risque] 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/la fiabilité des données et les questions annexes.
- Il peut s'avérer difficile de maintenir un suivi des populations les plus à risque afin d'évaluer les progrès réalisés, en raison de leur mobilité.

Programmes de prévention destinés aux populations les plus à risque

Les programmes de prévention du VIH rencontrent souvent des difficultés à atteindre les populations les plus à risque. Toutefois, pour prévenir la propagation du virus parmi ces groupes spécifiques ainsi que dans l'ensemble de la population, il importe de leur donner accès à ces services. *Cet indicateur doit être calculé séparément pour chacun des groupes de population considérés comme les plus à risque dans un pays donné, tels que les professionnel(le)s du sexe, les CDI et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, par exemple.*

Note : Les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une sous-épidémie concentrée parmi un ou plusieurs de ces groupes. Dans ce cas, il serait utile pour eux de rassembler et de transmettre des informations sur cet indicateur au sujet des populations en question.

Parmi les [populations les plus à risque], pourcentage de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans la mise en place de programmes de prévention du VIH destinés aux populations les plus à risque
APPLICABILITE	Pays où l'on observe des épidémies concentrées ou à faible prévalence, y compris les pays présentant des sous-épidémies concentrées internes à une épidémie généralisée
FREQUENCE	Bisannuelle
OUTILS D'EVALUATION	A. Enquêtes spécifiques, telles que les enquêtes de surveillance comportementale FHI B. Suivi des programmes
METHODE D'EVALUATION	A. Enquêtes : les personnes interrogées doivent répondre à une série de questions sur la mise à disposition/l'utilisation des principaux services de prévention du VIH. En fonction des contextes locaux, la série doit inclure : (1) l'éducation de proximité et par les pairs, (2) un accès aux médias de masse ciblés, (3) le dépistage et/ou le traitement des infections sexuellement transmissibles, (4) le conseil et le dépistage du VIH, (5) le traitement de substitution et les pratiques d'injection sans risque pour les CDI. B. Suivi des programmes : les registres des programmes fournissant les services susmentionnés sont compilés et cumulés pour obtenir une évaluation globale de la portée des programmes de prévention.
	Numérateur : Nombre de personnes interrogées [parmi les groupes de population les plus à risque] qui ont eu accès à des programmes de prévention du VIH au cours des 12 derniers mois.
	Dénominateur : Nombre des personnes [parmi les groupes de population les plus à risque] incluses dans l'échantillon (A) ou indiqué par les méthodes d'estimation destinées à déterminer la densité des populations les plus à risque (B).
	Les données relatives à cet indicateur doivent être ventilées par sexe et par âge (moins de 25 ans / 25 ans et plus).
	Lorsque cela est possible, les données pour les [populations les plus à risque] doivent être collectées par l'intermédiaire d'organisations de la société civile qui travaillent en collaboration étroite avec les populations concernées sur le terrain.
	Il importe de préserver un caractère de confidentialité aux contacts établis avec les personnes interrogées et aux informations collectées auprès d'elles.

INTERPRETATION

- Il peut s'avérer difficile d'établir un contact avec les populations les plus à risque et/ou de conduire des enquêtes à leur sujet. En conséquence, il est possible que les données obtenues ne soient pas basées sur un échantillon représentatif des [populations les plus à risque] 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/la fiabilité des données et les questions annexes.
- Les différents types de services compteront de manière équivalente dans l'estimation de la couverture globale des services.
- Dans le cas où l'indicateur est basé sur des données issues de travaux de programmes, il faut essayer de résoudre les problèmes de double comptage pendant la période de référence. Il importe de s'assurer que l'on comptabilise le nombre de personnes ayant obtenu un service (par opposition à de simples visites) pour le même service ou entre services.

CONNAISSANCES ET COMPORTEMENTS

5. Parmi les [populations les plus à risque], pourcentage de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les manières de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus.
6. Pourcentage de professionnel(le)s du sexe indiquant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client.
7. Pourcentage d'hommes mentionnant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin.
8. Pourcentage de CDI ayant adopté des comportements propices à une diminution du risque de transmission du VIH, c'est-à-dire qui évitent d'employer un matériel d'injection non stérile et utilisent des préservatifs, au cours du dernier mois.

Connaissances en matière de prévention du VIH manifestées par les populations les plus à risque

Les épidémies concentrées se propagent généralement par une transmission sexuelle ou l'utilisation d'un matériel d'injection contaminé. De solides connaissances en matière de VIH et de SIDA sont le préalable essentiel à l'adoption de comportements diminuant le facteur de risque d'infection. *Cet indicateur doit être calculé séparément pour chacun des groupes de population considérés comme les plus à risque dans un pays donné, tels que les professionnel(le)s du sexe, les CDI et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, par exemple.*

Note : Les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une sous-épidémie concentrée parmi un ou plusieurs de ces groupes. Dans ce cas, il serait utile pour eux de rassembler et de transmettre des informations sur cet indicateur au sujet des populations en question.

Parmi les [populations les plus à risque], pourcentage de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les manières de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans le renforcement des connaissances des faits essentiels concernant la transmission du VIH parmi les populations les plus à risque
APPLICABILITE	Pays où l'on observe des épidémies concentrées ou à faible prévalence, y compris les pays présentant des sous-épidémies concentrées internes à une épidémie généralisée
FREQUENCE	Bisannuelle
OUTILS D'EVALUATION	Enquêtes spécifiques, telles que les enquêtes de surveillance comportementale FHI
METHODE D'EVALUATION	<p>Il est demandé aux personnes interrogées de répondre aux cinq questions suivantes.</p> <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 des préservatifs ? 3. Une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive au VIH ? 4. Une personne peut-elle être infectée par le VIH si elle est piquée par des moustiques ? 5. Une personne peut-elle être infectée par le VIH si elle partage un repas avec quelqu'un qui est infecté ? <p>Numérateur : Nombre de personnes interrogées [parmi les groupes de population les plus à risque] qui ont répondu correctement à l'ensemble des cinq questions.</p> <p>Dénominateur : Nombre de personnes interrogées [parmi les groupes de population les plus à risque] qui ont répondu (y compris par la réponse « ne sait pas ») à l'ensemble des cinq questions.</p> <p>Il faut exclure du numérateur celles de ces personnes qui n'ont jamais entendu parler du VIH et du SIDA mais les inclure dans le dénominateur.</p> <p>Les scores relatifs à chaque question (basés sur le même dénominateur) sont nécessaires en plus du score de l'indicateur composite.</p> <p>Il faut indiquer les scores relatifs à l'indicateur pour toutes les personnes interrogées les ventiler par sexe et lieu de résidence (zone urbaine/zone rurale).</p>

Lorsque cela est possible, les données relatives aux [populations les plus à risque] doivent être collectées par l'intermédiaire d'organisations de la société civile qui travaillent en collaboration étroite avec les populations concernées sur le terrain.

Il importe de préserver un caractère de confidentialité aux contacts établis avec les personnes interrogées et aux informations collectées auprès d'elles.

INTERPRETATION

- Le fait de croire qu'une personne paraissant en bonne santé ne peut être infectée par le VIH est une idée fausse largement partagée qui peut 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 si l'on partage sa nourriture 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.
- Il peut s'avérer difficile d'enquêter sur les populations les plus à risque. En conséquence, il est possible que les données obtenues ne soient pas basées sur un échantillon représentatif des [populations les plus à risque] 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/la fiabilité des données et les questions annexes.

Utilisation du préservatif par les professionnel(le)s du sexe

Différents facteurs accroissent le risque d'exposition des professionnel(le)s du sexe au VIH, notamment le fait d'avoir des relations sexuelles avec différents partenaires occasionnels, 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.

Note : 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.

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

OBJET	Evaluer 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
APPLICABILITE	Pays où l'on observe des épidémies concentrées ou à faible prévalence, y compris les pays présentant des sous-épidémies concentrées internes à une épidémie généralisée
FREQUENCE	Bisannuelle
OUTILS D'EVALUATION	Enquêtes spécifiques, y compris les enquêtes de surveillance comportementale FHI s'attachant à la situation des professionnel(le)s du sexe
METHODE D'EVALUATION	<p>Il est demandé aux personnes interrogées de répondre aux questions suivantes :</p> <p>Au cours des 12 mois écoulés, avez-vous utilisé un préservatif avec votre dernier client ?</p> <p>Numérateur : Nombre de personnes interrogées qui ont indiqué avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client au cours des 12 mois écoulés.</p> <p>Dénominateur : Nombre de personnes interrogées qui ont indiqué avoir eu des rapports sexuels rémunérés au cours des 12 mois écoulés</p> <p>Les scores relatifs à cet indicateur doivent être ventilés par sexe et par lieu de résidence (zone urbaine/zone rurale).</p> <p>Lorsque cela est 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.</p> <p>Il importe de préserver un caractère de confidentialité aux contacts établis avec les personnes interrogées et aux informations collectées auprès d'elles.</p>

INTERPRETATION

- 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 du rapport sexuel le plus récent reflétera généralement une tendance à l'utiliser de manière régulière.
- 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 de 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/la fiabilité des données et les questions annexes.

Utilisation du préservatif par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

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.

Note : 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.

Pourcentage d'homme indiquant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans la prévention de l'exposition au VIH des hommes ayant des rapports sexuels anaux non protégés avec un partenaire masculin
APPLICABILITE	Pays où l'on observe des épidémies concentrées ou à faible prévalence, y compris les pays présentant des sous-épidémies concentrées internes à une épidémie généralisée
FREQUENCE	Bisannuelle
OUTILS D'EVALUATION	Enquêtes spécifiques, y compris les enquêtes de surveillance comportementale FHI s'attachant à la situation des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
METHODE D'EVALUATION	<p>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.</p> <p>Numérateur : Nombre de personnes interrogées indiquant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal.</p> <p>Dénominateur : Nombre de personnes interrogées indiquant avoir eu des rapports sexuels anaux avec un partenaire masculin au cours des six derniers mois.</p> <p>Les scores relatifs à cet indicateur doivent être ventilés par âge (moins de 25 ans/ 25 ans et plus) et par lieu de résidence (zone urbaine/zone rurale).</p> <p>Lorsque cela est 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.</p> <p>Il importe de préserver un caractère de confidentialité aux contacts établis avec les personnes interrogées et aux informations collectées auprès d'elles.</p>

INTERPRETATION

- 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 dans les populations faisant l'objet de l'enquête.
- Cet indicateur ne fournit aucune indication sur d'éventuels comportements à risque avec des partenaires féminines 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 féminines et leurs partenaire masculins. Dans ce cas, les données relatives aux préservatifs doivent toujours être présentées séparément selon le sexe du partenaire.

- 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 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/la fiabilité des données et les questions annexes.

Pratiques d'injection et comportements sexuels sans risque parmi les consommateurs de drogues injectables

Les pratiques d'injection et les comportements sexuels sans risque sont essentiels parmi les consommateurs de drogues injectables (CDI), et ce, même dans les pays où d'autres modes de transmission du VIH sont prédominants parce que (i) le risque de transmission du virus par des matériels d'injection contaminés est extrêmement élevé et parce que (ii) les CDI peuvent transmettre le virus (par voie sexuelle, par exemple) à l'ensemble de la population.

Note : Les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une sous-épidémie concentrée parmi les CDI. 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.

Pourcentage de CDI ayant adopté des comportements propices à une diminution du risque de transmission du VIH, c'est-à-dire qui évitent d'employer un matériel d'injection non stérile et utilisent des préservatifs, au cours du dernier mois

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans la prévention de la transmission du VIH liée à la consommation de drogues injectables
APPLICABILITE	Pays dans lesquels la consommation de drogues injectables constitue un mode avéré de transmission du virus
FREQUENCE	Bisannuelle
OUTILS D'EVALUATION	Enquêtes spécifiques, y compris les enquêtes de surveillance comportementale FHI s'attachant à la situation des CDI
METHODE D'EVALUATION	<p>Il est demandé aux personnes interrogées 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 dernier mois ? 2. Si la réponse à la question 1 est « oui », la question suivante est : Avez-vous utilisé un matériel d'injection non stérile à un moment quelconque au cours du dernier mois ? 3. Avez-vous eu des rapports sexuels au cours du dernier mois ? 4. Si les réponses aux questions 1 et 3 sont toutes les deux « oui », la question suivante est : Avez-vous (ou votre partenaire a-t-il) utilisé un préservatif lors de votre dernier rapport sexuel ? <p>Numérateur : Nombre de personnes interrogées qui indiquent n'avoir jamais employé de matériel d'injection non stérile au cours du dernier mois et qui mentionnent également avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.</p> <p>Dénominateur : Nombre de personnes interrogées qui indiquent s'être injectées des drogues au cours du dernier mois et avoir eu des rapports sexuels pendant la même période.</p> <p>Les scores relatifs à cet indicateur doivent être indiqués pour tous les CDI et ventilés par sexe et par âge (moins de 25 ans/25 ans et plus).</p> <p>Lorsque cela est possible, il faut collecter les données relatives aux CDI par l'intermédiaire d'organisations de la société civile qui travaillent en collaboration étroite avec cette population sur le terrain.</p> <p>Il importe de préserver un caractère de confidentialité aux contacts établis avec les personnes interrogées et aux informations collectées auprès d'elles.</p>

INTERPRETATION

- Il peut être difficile de mener une enquête sur les CDI. En conséquence, il est possible que les données obtenues ne soient pas basées sur un échantillon représentatif des CDI 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/la fiabilité des données et les 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 CDI et (iv) les schémas sexuels et l'utilisation des préservatifs parmi les CDI d'une part, et entre les CDI et des représentants de l'ensemble de la population d'autre part. Cet indicateur fournit des informations sur le troisième de ces facteurs et des informations partielles sur le quatrième.

IMPACT

9. Parmi les [populations les plus à risque], pourcentage de personnes infectées par le VIH.

Réduction de la prévalence du VIH parmi les populations les plus à risque

Les populations les plus à risque 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 populations les plus à risque constitue une mesure essentielle de la riposte nationale au VIH. *Cet indicateur doit être calculé séparément pour chacun des groupes de population considérés comme les plus à risque dans un pays donné, tels que les professionnel(le)s du sexe, les CDI et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, par exemple.*

Note : Les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une sous-épidémie concentrée parmi un ou plusieurs de ces groupes. Dans ce cas, il serait utile pour eux de rassembler et de transmettre des informations sur cet indicateur au sujet des populations en question.

Parmi les [populations les plus à risque], pourcentage de personnes infectées par le VIH

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans la réduction de la prévalence du VIH parmi les populations les plus à risque
APPLICABILITE	Pays présentant des épidémies concentrées ou à faible prévalence, lorsqu'il n'est pas recommandé de réaliser une surveillance de routine parmi les femmes enceintes. Inclure également les pays présentant des sous-épidémies concentrées internes à une épidémie généralisée.
FREQUENCE	Annuelle
OUTILS D'EVALUATION	ONUSIDA/OMS Directives de surveillance de seconde génération ; Directives FHI sur l'échantillonnage des groupes de population
METHODE D'EVALUATION	<p>Cet indicateur est calculé en utilisant les données rassemblées lors de tests de dépistage du VIH pratiqués parmi des représentants des groupes de [populations les plus à risque] dans les capitales :</p> <p>Numérateur : Nombre de représentants des [populations les plus à risque] ayant subi un test de dépistage du VIH et dont la séropositivité est avérée.</p> <p>Dénominateur : Nombre de représentants des [populations les plus à risque] ayant subi un test de dépistage du VIH.</p> <p>Les tendances obtenues pouvant être biaisées au fil du temps, il serait souhaitable que cet indicateur soit calculé pour la capitale uniquement. Ces dernières années, de nombreux pays ont multiplié le nombre de sites sentinelle pour y inclure des sites choisis en milieu rural, ce qui a introduit des biais dans les tendances établies, du fait de l'accumulation de données provenant de ces sites.</p>

INTERPRETATION

- En raison des difficultés rencontrées s'agissant d'entrer en contact avec les populations les plus à risque, le nombre de distorsions relatives aux données de séro-surveillance est susceptible d'être beaucoup plus élevé que pour les données concernant un ensemble plus large de la population, telles que les femmes reçues dans des maternités. 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 d'avoir une bonne connaissance de la relation entre la/les population(s) échantillonnée(s) et la/les population(s) plus large(s) qui partagent 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 d'être infecté par le VIH que l'âge. En conséquence, il est 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 ces groupes de population, 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.

ACTIONS ET ENGAGEMENTS MONDIAUX

1. Flux financiers bilatéraux et multilatéraux (engagements et versements) au profit des pays à faible et moyen revenus.
2. Fonds publics destinés à la recherche et au développement de vaccins et de microbicides anti-VIH.
3. Pourcentage de sociétés transnationales présentes dans les pays en développement et qui ont mis en place des politiques et des programmes de riposte au VIH et au SIDA sur le lieu de travail.
4. Pourcentage d'organisations internationales qui ont mis en place des politiques et des programmes de riposte au VIH et au SIDA sur le lieu de travail.

Montant des flux financiers bilatéraux et multilatéraux (engagements et versements) au profit des pays à faible et moyen revenus

OBJET	Suivre les flux financiers (engagements et versements) des pays membres du CAD et des organisations multilatérales (Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, système des Nations Unies, certaines banques pour le développement) au profit des pays à faible et moyen ³ revenus.
FREQUENCE	Annuelle
OUTILS D’EVALUATION	Questionnaire annuel de la Direction de la Coopération au Développement de l’Organisation pour la Coopération et le Développement économiques (OCDE)
METHODE D’EVALUATION	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riposte aux infections sexuellement transmissibles, y compris au VIH – toutes activités liées à la riposte au VIH et aux maladies sexuellement transmissibles (Système de notification des pays créanciers (CRS) – code 13040). 2. Aide publique au développement (APD) et aide publique aux pays à faible et moyen revenus.

INTERPRETATION

- L’indicateur permet une comparaison des données entre donateurs.
- Il reflète des données statistiques sur la contribution des donateurs à la riposte au VIH. Il ne donne aucune indication sur les flux du secteur privé (organisations non gouvernementales et fondations internationales, et entreprises).
- Pour l’heure, le code est limité aux interventions au sein du secteur de la santé. Des efforts sont actuellement engagés dans le but de mettre au point un code supplémentaire destiné à tenir un registre des sommes allouées par les donateurs à la riposte au VIH et au SIDA dans un autre domaine que celui de la santé et de déterminer la nature des composantes liées à la riposte au VIH et au SIDA dans des programmes élargis (voir note de bas de page).
- L’indicateur ne distingue pas les ressources allouées à la prévention de celles allouées au traitement, aux soins prodigués, à l’atténuation de l’impact social ou encore à l’aide apportée dans le cadre de la riposte au VIH et au SIDA.
- Les tendances révèlent que certains donateurs incluent des financements pour la recherche et le développement dans leurs notifications à l’OCDE/au CAD dans le cadre de la définition actuelle de la riposte au VIH et au SIDA, mais cela n’est cependant pas spécifique à l’ensemble d’entre eux.

C’est pour ces raisons que l’indicateur est susceptible de sous-estimer le montant total des dépenses affectées par les donateurs à la riposte au VIH et au SIDA et les fluctuations de l’indicateur refléteront les variations du taux de réponse à l’enquête en raison de l’amélioration de la méthode actuelle⁴.

³ Quatre grands flux appuient le financement des programmes de riposte au SIDA – les flux bilatéraux, multilatéraux, privés et nationaux. Les flux bilatéraux, multilatéraux et privés sont appelés flux internationaux.

⁴ Un code supplémentaire du CRS couvrant l’atténuation de l’impact social du VIH et du SIDA (mise à disposition d’une aide sociale et juridique aux personnes vivant avec le VIH et le SIDA : programmes spécifiques pour lutter contre les conséquences sociales du VIH et du SIDA) fait actuellement l’objet d’une étude par la Direction de la Coopération au Développement de l’OCDE, le CAD – Groupe de travail sur les statistiques. Le Groupe de travail discute également d’un système de codes à objets multiples. Cela permettrait un recensement des activités en rapport avec le VIH et le SIDA au sein des programmes de santé et autres.

Fonds publics mis à la disposition de la recherche et du développement de vaccins et de microbicides anti-VIH

OBJET	Suivre le flux des ressources publiques allouées à la recherche et au développement de vaccins et de microbicides anti-VIH
FREQUENCE	Annuelle
OUTILS D'ÉVALUATION	Enquête sur les flux de ressources financières ⁵ auprès des gouvernements concernés (organes de recherche publics, gouvernements aidant au développement, organisations multilatérales) finançant la recherche et le développement de vaccins et de microbicides anti-VIH.
METHODE D'ÉVALUATION	<p>Des informations sur les niveaux d'investissement annuels sont collectées auprès des autorités nationales/fédérales et des organisations multilatérales recensées qui fournissent des financements pour la recherche et le développement de vaccins et de microbicides anti-VIH. Des informations sont collectées sur les fonds déboursés chaque année pour financer tout un éventail d'activités : science de base sur les vaccins, recherche pré-clinique, essais cliniques, appui pour la préparation des essais cliniques, et efforts dans les domaines de la sensibilisation et de l'élaboration des politiques pour obtenir une accélération du développement de ces technologies et de leur éventuelle application. Cependant, les estimations n'incluent pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les dépenses/investissements de recherche et développement pour les vaccins ayant des applications principalement thérapeutiques • la recherche non prioritairement dirigée vers les vaccins et/ou les microbicides anti-VIH mais qui peut avoir des effets positifs ou des liens pour ces produits (ex : technologies de plate-forme).

INTERPRÉTATION

- Cet indicateur fournit des données sur les dépenses affectées annuellement par le secteur public à la recherche et au développement de vaccins et de microbicides anti-VIH susceptibles d'être utilisées pour suivre les niveaux actuels des efforts et des tendances des investissements, des dépenses et des axes de la recherche dans le temps.
- L'indicateur ne fournit qu'une image partielle des financements mondiaux alloués aux vaccins et aux microbicides anti-VIH car il n'inclut pas les fonds mis à disposition par les organisations caritatives et le secteur privé.

⁵ Mise en œuvre et analysée par le HIV Vaccines and Microbicides Resource Tracking Working Group (*groupe de travail sur le suivi des ressources allouées au développement de vaccins et de microbicides anti-VIH*) – AIDS Vaccine Advocacy Coalition, Alliance for Microbicide Development, Initiative internationale pour le vaccin contre le SIDA, ONUSIDA.

Riposte au VIH et au SIDA sur le lieu de travail dans les sociétés transnationales

Pourcentage de sociétés transnationales présentes dans les pays en développement et qui ont mis en place des politiques et des programmes de riposte au VIH et au SIDA sur le lieu de travail

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans la mise en œuvre de politiques et de programmes de riposte au VIH et au SIDA sur le lieu de travail dans les sociétés transnationales
FREQUENCE	Annuelle
OUTILS D'EVALUATION	Etude de documents et entretiens avec des informateurs-clés
METHODE D'EVALUATION	<p>Il est demandé aux 100 plus grandes sociétés transnationales classées par actifs à l'étranger et à 10 sociétés transnationales supplémentaires intervenant dans les secteurs minier et touristique de la liste de la Conférence des Nations Unies sur le Commerce et le Développement (CNUCED) d'indiquer si elles appliquent actuellement des politiques et des procédures internes qui couvrent, au minimum, tous les aspects suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La prévention de la stigmatisation et de la discrimination liées à la séropositivité au VIH dans (a) les procédures de recrutement et de promotion du personnel et (b) l'attribution d'avantages sociaux et de prestations maladie et d'indemnités de départ. 2. Des activités de prévention du VIH sur le lieu de travail qui couvrent : (a) les connaissances de base sur le VIH et le SIDA, (b) les risques et les protections spécifiques en matière de transmission du VIH dans le travail, (c) la promotion du préservatif, (d) le conseil et le test volontaires (CTV), (e) le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) et (f) la mise à disposition de médicaments en rapport avec le VIH et le SIDA. <p>Numérateur : Nombre d'employeurs ayant mis en place des politiques et des programmes de riposte au VIH et au SIDA qui satisfont à l'ensemble des critères susmentionnés.</p> <p>Dénominateur : Nombre d'employeurs dont les politiques et programmes ont fait l'objet d'un examen (110).</p> <p>Il importe d'obtenir des copies écrites des politiques et réglementations internes et les évaluer lorsque cela est possible.</p>

Riposte au VIH et au SIDA sur le lieu de travail dans les organisations internationales

Pourcentage d'organisations internationales qui ont mis en place des politiques et des programmes de riposte au VIH et au SIDA sur le lieu de travail

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de politiques et de programmes de riposte au VIH et au SIDA sur le lieu de travail dans les organisations internationales
FREQUENCE	Annuelle
OUTILS D'EVALUATION	Etudes de documents et entretiens avec des informateurs-clés
METHODE D'EVALUATION	<p>Il est demandé aux grandes organisations internationales – Nations Unies, Communauté européenne, organisations bilatérales et autres organisations internationales possédant une couverture mondiale et une mission de développement, humanitaire ou d'assistance dans les situations d'urgence – d'indiquer si elles appliquent actuellement des politiques et des procédures internes qui couvrent, au minimum, tous les aspects suivants.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La prévention de la stigmatisation et de la discrimination liées à la séropositivité au VIH dans (a) les procédures de recrutement et de promotion du personnel et (b) l'attribution d'avantages sociaux et de prestations maladie et d'indemnités de départ. 2. Des activités de prévention du VIH sur le lieu de travail qui couvrent : (a) les connaissances de base sur le VIH et le SIDA, (b) les risques et les protections spécifiques en matière de transmission du VIH dans le travail, (c) la promotion du préservatif, (d) le CTV, (e) le diagnostic et le traitement des IST et (f) la mise à disposition de médicaments en rapport avec le VIH et le SIDA. 3. Une formation à la riposte au VIH et au SIDA dans les situations de conflit, d'urgence et de catastrophe⁶. <p>Numérateur : Nombre de grandes organisations internationales qui ont mis en place des politiques et des programmes de riposte au VIH et au SIDA qui satisfont à l'ensemble des critères susmentionnés.</p> <p>Dénominateur : Nombre de grandes organisations internationales dont les politiques et les programmes ont fait l'objet de l'enquête.</p> <p>L'ONUSIDA conservera une liste de base des grandes organisations internationales qui répondent aux critères requis en matière de couverture mondiale et de mission de développement, humanitaire et d'assistance dans les situations d'urgence, utilisée aux fins du calcul de cet indicateur.</p> <p>Il importe d'obtenir des copies écrites des politiques et réglementations internes et de les évaluer lorsque cela est possible.</p>

INTERPRETATION

- Cet indicateur ne concerne pas spécifiquement les forces internationales de maintien de la paix : il est prévu que les gouvernements nationaux forment leurs forces de maintien de la paix dans le cadre de leur stratégie nationale de riposte au VIH et au SIDA destinée aux services nationaux en uniforme, y compris les forces armées et les forces civiles de défense.

⁶ Cet aspect ne s'applique qu'aux organisations dont le personnel intervient dans des situations de conflit, d'urgence et de catastrophe.

Annexes

Calendrier de transmission des indicateurs de base destiné à l'application de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA*

	Actions et engagements mondiaux	Actions et engagements nationaux	Connaissances et comportements nationaux	Impact
2003 ⁷	√	√	√	√
2004	<i>Pas de rapport</i>			
2005	<i>Rapport intermédiaire basé sur un sous-ensemble d'indicateurs</i>			
2006	√	√	√	√
2007	<i>Pas de rapport</i>			
2008	√	√	√	√
2009	<i>Pas de rapport</i>			
2010	√	√	√	√

⁷ Les données de 2003 seront utilisées comme des estimations de départ dans le processus de suivi.

Processus de consultation/de préparation du Rapport national de surveillance du suivi de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA*

- 1) Quelles institutions/entités ont été chargées de remplir les formulaires des indicateurs ?
- | | | |
|-----------------------------------|-----|-----|
| a) CNLS ou organe apparenté | Oui | Non |
| b) PNLS | Oui | Non |
| c) Autres
(Prière de préciser) | Oui | Non |
- 2) À partir de données venant de
- Ministères :
- | | | |
|--------------------------------|-----|-----|
| Éducation | Oui | Non |
| Santé | Oui | Non |
| Emploi | Oui | Non |
| Affaires étrangères | Oui | Non |
| Autres
(Prière de préciser) | Oui | Non |
- | | | |
|---|-----|-----|
| Organisations de la société civile | Oui | Non |
| Personnes vivant avec le VIH et le SIDA | Oui | Non |
| Secteur privé | Oui | Non |
| Organismes des Nations Unies | Oui | Non |
| Organismes bilatéraux | Oui | Non |
| ONG internationales | Oui | Non |
| Autres
(Prière de préciser) | Oui | Non |
- 3) Le rapport a-t-il donné lieu à discussion lors d'un forum élargi ?
- | | | |
|--|-----|-----|
| | Oui | Non |
|--|-----|-----|
- 4) Les résultats des enquêtes sont-ils conservés de manière centralisée ?
- | | | |
|--|-----|-----|
| | Oui | Non |
|--|-----|-----|
- 5) Le public peut-il consulter ces données ?
- | | | |
|--|-----|-----|
| | Oui | Non |
|--|-----|-----|

Nom / titre : _____

Date : _____

Signature: _____

Indice composite des politiques nationales – 2006

Pays :

Non du responsable du Conseil national de lutte contre le SIDA :

Signé par : Nom et titre

Adresse :

Téléphone :

Télécopie :

E-mail :

DATE :

Instructions

Contexte

L'instrument suivant permet de mesurer le deuxième indicateur des actions et des engagements nationaux de l'UNGASS, un indice composite des politiques conçu pour évaluer les progrès réalisés dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de stratégies de riposte au VIH et au SIDA au niveau national. Il fait partie intégrante de la liste des indicateurs de base et est à compléter dans le cadre des rapports de pays pour l'UNGASS 2006. Cet outil vient compléter le précédent utilisé en 2003 qui sert de base de départ pour les questions comparables (voir Indice composite des politiques nationales dans les *Directives pour l'élaboration des indicateurs de base*, ONUSIDA, Genève, 2002).

L'Indice composite des politiques nationales révisé est plus détaillé que le précédent et met davantage l'accent sur les progrès réalisés en matière de mise en œuvre des politiques. Il vise aussi à évaluer le montant des efforts engagés dans les programmes nationaux de riposte au VIH et au SIDA par le gouvernement national, les organisations non gouvernementales et les organisations internationales. Il a pour but d'évaluer l'efficacité des efforts engagés au niveau de la contribution et des résultats des programmes, de compléter les données sur les impacts des programmes, tels que le changement de comportement ou la diminution de la prévalence du VIH dont il est question dans les « indicateurs de l'impact et des comportements nationaux ». Dans la mesure du possible, cet outil a intégré bon nombre d'éléments d'une autre enquête, l'« indice d'effort du programme SIDA » calculé dans de nombreux pays par l'ONUSIDA, l'USAID et le Policy Project. Nous souhaitons que ce processus de collecte de données rationalisé aide les pays à identifier les lacunes à combler ainsi qu'à déterminer la priorité des activités programmatiques.

Structure du questionnaire

L'Indice composite des politiques nationales est divisé en deux parties.

Partie A administrée par les responsables publics (Conseil national de lutte contre le SIDA ou organe apparenté). Cette partie couvre cinq grands domaines :

1. Plan stratégique
2. Appui politique (*nouvelle section*)
3. Prévention
4. Soins et appui
5. Suivi et évaluation (*nouvelle section*)

Les sections 1, 3 et 4 contiennent des questions sur l'élaboration des politiques similaires à celles que l'on trouvait dans le questionnaire pour l'Indice composite des politiques nationales de 2003. Toutefois, des éléments plus détaillés liés au *contenu* des politiques et des programmes ont été ajoutés pour le rapport 2006. Les sections contiennent aussi pour la plupart des questions résumées auxquelles il faut répondre en donnant une opinion sur le niveau global d'effort dans ce domaine en 2003 et en 2005 pour évaluer les changements survenus dans le temps.

Partie B administrée par les représentants des principaux partenaires des gouvernements, y compris les organisations non gouvernementales, les organismes bilatéraux et les organisations du système des Nations Unies. Cette partie couvre quatre grands domaines et s'articule spécifiquement autour de la *mise en œuvre* des politiques pour la dernière section :

1. Droits de la personne
2. Participation de la société civile (*nouvelle section*)
3. Prévention
4. Soins et appui

La section sur la participation de la société civile a été élaborée à partir des enseignements tirés du rapport de 2003. Nous avons pris conscience que le plein engagement et la participation accrue de la société civile dans la conception, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de lutte contre le VIH et le SIDA n'étaient pas suffisamment étudiés dans le rapport précédent.

La responsabilité globale de la collecte d'informations liées à l'Indice composite des politiques nationales incombe aux gouvernements nationaux, par le biais de leur conseil national de lutte contre le SIDA ou de tout autre organe apparenté, avec l'appui de l'ONUSIDA et des partenaires.

Les réponses à la plupart des sections des questionnaires nécessitent souvent d'autres explications qu'un simple oui ou non. Un espace a été réservé dans le questionnaire (sous la rubrique « *commentaires* ») pour expliquer brièvement, si nécessaire, pourquoi une politique spécifique n'a pas été mise en œuvre par exemple, ou si elle a été mise en œuvre, quelles ont été les difficultés rencontrées dans des domaines particuliers. Si une éducation à la prévention du VIH destinée aux professionnel(le)s du sexe est proposée dans des camps de réinsertion, il sera important de mentionner cette information. Une analyse qualitative des commentaires sera effectuée. Si une section ou une question est *sans objet* pour un pays donné, la réponse « sans objet » doit être utilisée accompagnée d'une explication (le cas échéant).

Dans le questionnaire de l'Indice composite des politiques nationales de 2006, il est demandé aux personnes interrogées de fournir un score pour 2003 et 2005 afin de permettre une évaluation des changements survenus dans le temps. Ces comparaisons sont demandées pour des questions spécifiques sur la mise en œuvre et pour la notation globale.

ETAPES PROPOSEES POUR LA COLLECTE DES DONNEES

1. Nomination de deux coordonnateurs techniques pour l'étude (un pour chaque partie)

Les coordonnateurs techniques (si possible dépendant du CNLS ou d'un organe apparenté pour la Partie A et une personne indépendante du gouvernement pour la Partie B) auront la responsabilité d'examiner les documents et de mener les entretiens spécifiques à cet indicateur. Dans l'idéal, la personne aura des connaissances en matière de suivi et d'évaluation, et pourra demander l'assistance d'un consultant national disposant des mêmes compétences. Il est vivement recommandé que des représentants de la société civile fassent partie de l'équipe chargée de l'enquête pour la Partie B.

2. Nomination d'un groupe de travail technique sous la direction du CNLS ou d'un organe apparenté (quatre à six membres)

Composition : des représentants du gouvernement (principaux ministres concernés et responsables au niveau sous-national), des organisations non gouvernementales, des Nations Unies et des organisations bilatérales.

Rôle : convenir (i) du processus et du calendrier, (ii) de la sélection des personnes les mieux placées pour être interrogées pour chaque section, et (iii) des résultats finaux des deux parties.

3. Sélection des informateurs-clés pour chaque section

- *Plan stratégique et Appui politique* : le Directeur ou le Directeur adjoint du Programme ou du Conseil national de lutte contre le SIDA.
- *Suivi et évaluation* : des responsables du Conseil national de lutte contre le SIDA ou d'un organe apparenté, du Ministère de la Santé et les points focaux VIH des autres ministères.
- *Droits de la personne* : des experts, tels que les responsables du ministère de la Justice, des commissaires aux droits de l'homme et des représentants d'organisations non gouvernementales de protection des droits de l'homme ou de centres/d'institutions d'aide juridique.
- *Participation de la société civile* : un échantillon représentatif des grandes organisations de la société civile travaillant dans le domaine de la lutte riposte au VIH et au SIDA.
- *Sections Prévention et Soins et appui* : les grandes organisations chargées de la mise en œuvre dans ces domaines.

4. Collecte de données

Chaque section doit être complétée par l'examen de documents et lors d'entretiens avec deux ou trois personnes parmi les mieux informées sur la question traitée.

5. Saisie, analyse et interprétation des données

Une fois que les sections sont complétées, les coordonnateurs techniques doivent examiner avec attention les questions similaires et vérifier si des différences anormales existent entre les réponses du gouvernement et des autres contreparties. Si tel est le cas, il importe alors d'organiser une réunion avec les membres du groupe de travail pour discuter de ces problèmes et les résoudre avant la réunion finale qui devra parvenir à un consensus autour du rapport national pour l'UNGASS. Cette étape peut nécessiter l'organisation de certaines consultations supplémentaires ou l'examen de plus nombreux documents. Les données validées sont saisies dans le CRIS et leur analyse et interprétation sont effectuées par les deux coordonnateurs.

6. Atelier sur le consensus organisé par le CNLS (ou un organe apparenté)

Le Secrétariat de l'ONUSIDA recommande vivement au CNLS ou à l'organe apparenté agissant pour l'occasion d'organiser un large forum de consultation d'une journée pour discuter et avaliser les principales conclusions du rapport national pour l'UNGASS, y compris la section sur l'élaboration et la mise en œuvre des politiques.

Partie A du questionnaire sur l'Indice composite des politiques nationales

I. Plan stratégique

1. Votre pays a-t-il élaboré des stratégies/un cadre d'action multisectoriel(le)s pour combattre le VIH et le SIDA ?

(Les stratégies multisectorielles doivent inclure celles élaborées par les ministères mentionnés ci-dessous mais ne s'y limitent pas.)

Oui	Non	Sans objet (S/O)	Période couverte :
------------	------------	-------------------------	---------------------------

1.1 *Si la réponse est OUI*, quels sont les secteurs inclus ?

Secteurs inclus	Stratégie/Cadre d'action		Point focal/Responsable	
	Oui	Non	Oui	Non
Santé				
Éducation				
Emploi				
Transports				
Forces armées				
Femmes				
Jeunes				
Autres à préciser ⁸				

Commentaires :

1.2 *Si la réponse est OUI*, le cadre d'action/la stratégie national(e) traite-t-il/elle des domaines, populations ciblées et questions transversales suivants ? (*Oui/ Non*)

<p>Programme</p> <p>a. Conseil et test volontaires ?</p> <p>b. Promotion et distribution des préservatifs ?</p> <p>c. Prévention et traitement des IST ?</p> <p>d. Sécurité transfusionnelle ?</p> <p>e. Prévention de la TME ?</p> <p>f. Allaitement ?</p> <p>g. Soins et traitement ?</p> <p>h. Migration ?</p> <p>Populations cibles</p> <p>i. Femmes et jeunes filles ?</p> <p>j. Jeunes ?</p> <p>k. Populations les plus à risque⁹?</p> <p>l. Enfants rendus orphelins et autres enfants vulnérables ?</p>	<p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p> <p>d. _____</p> <p>e. _____</p> <p>f. _____</p> <p>g. _____</p> <p>h. _____</p> <p>i. _____</p> <p>j. _____</p> <p>k. _____</p> <p>l. _____</p>
--	---

⁸ Parmi les suivants : agriculture, finances, ressources humaines, minéraux et énergie, planification, travaux publics, tourisme, commerce et industrie.

⁹ Les populations les plus à risque sont les groupes qui ont été recensés au niveau local comme étant confrontés à un risque élevé de transmission du VIH (CDI, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, professionnel(le)s du sexe, conducteurs de moto-taxis, etc.).

Questions transversales	
m. VIH/SIDA et pauvreté ?	m. _____
n. Droits de la personne ?	n. _____
o. Participation des PVVS?	o. _____

1.3 *Si la réponse est OUI*, cela inclut-il un plan opérationnel ?

Oui	Non
------------	------------

1.4 *Si la réponse est OUI*, le plan opérationnel/la stratégie inclut-il/elle :

Oui	Non
------------	------------

- | | |
|------------|------------|
| Oui | Non |
| Oui | Non |
| Oui | Non |
- a. des objectifs de programme officiels ?
- b. un budget détaillé des coûts ?
- c. des indications sur les sources de financement ?

1.5 Votre pays s'est-il assuré de « l'implication et la participation totales » de la société civile dans la phase de planification ?

Oui	Non
------------	------------

1.6 Le cadre d'action/la stratégie national(e) a-t-il/elle été avalisé(e) par les principales parties intéressées ?

Oui	Non
------------	------------

Commentaires :

2. Votre pays a-t-il intégré la question du VIH et du SIDA dans ses programmes de développement global – tels que : a) les programmes pour le développement national, b) le Cadre d'Aide au développement des Nations Unies, c) les Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté, et d) le Bilan commun des pays ?

Oui	Non	S/O
------------	------------	------------

2.1 *Si la réponse est OUI*, dans quels programmes de développement ? a) ___ b) ___ c) ___ autre

Indiquer les aspects couverts parmi les suivants (*Oui/ Non*)

	a)	b)	c)
Prévention du VIH			
Soins et appui			
Atténuation de l'impact du VIH et du SIDA			
Réduction des inégalités liées à la sexospécificité, s'agissant de la prévention/des soins dispensés dans le cadre de la riposte au VIH et au SIDA			
Réduction des inégalités liées aux revenus, s'agissant de la prévention/des soins dispensés dans le cadre de la riposte au VIH et au SIDA			
Autres :			

3. Votre pays a-t-il évalué l'impact du VIH et du SIDA sur son développement économique à des fins de planification ?

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

3.1 *Si la réponse est OUI, dans quelle proportion prend-il des décisions éclairées d'allocation des ressources ? (noter de faible proportion à forte proportion)*

Faible											Forte
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Commentaires :

4. Votre pays dispose-t-il d'un cadre d'action/d'une stratégie qui traite des questions en rapport avec le VIH et le SIDA au sein de ses services nationaux de personnels en uniforme, ses forces armées, ses forces de maintien de la paix et sa police ?

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

4.1 *Si la réponse est OUI, quels aspects, parmi les suivants, ont été mis en œuvre ?*

Prévention du VIH	Oui	Non
Soins et appui	Oui	Non
Conseil et test volontaires (VIH)	Oui	Non
Conseil et test obligatoires (VIH)		
Autres à préciser :	Oui	Non

Commentaires :

Globalement, quelle note attribueriez-vous aux efforts de planification de la stratégie des programmes de riposte au VIH et au SIDA ?											
2005	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2003	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>En cas de différence entre la note de 2003 et celle de 2005, prière d'indiquer les principales raisons à l'origine de celle-ci :</i>											

II. Appui politique

On considère qu'un appui politique est massif lorsque les représentants gouvernementaux et politiques parlent haut, fort et souvent de la question du SIDA, président régulièrement des réunions importantes sur ce sujet, allouent des budgets nationaux de soutien aux programmes de riposte au SIDA et collaborent opportunément avec les organisations de la société civile et font un usage efficace des procédures publiques dans le but de soutenir les programmes de riposte au SIDA dont l'intérêt est avéré.

1. Le chef de votre gouvernement et/ou d'autres responsables haut placés parlent-ils publiquement et positivement des efforts de riposte au SIDA au moins deux fois par an ?

Chef de gouvernement

Oui	Non
Oui	Non

Autres responsables haut placés

2. Votre pays dispose-t-il d'un organe national de coordination/de gestion multisectoriel chargé de la question du VIH et du SIDA reconnu par la loi ? (Conseil ou comité national de lutte contre le SIDA)

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

2.1 Si la réponse est OUI, quand a-t-il été créé ? Année :

2.2 A-t-il ?

Un mandat	Oui	Non
Une composition prédéfinie incluant la société civile les personnes vivant avec le VIH le secteur privé	Oui	Non
	Oui	Non
	Oui	Non
	Oui	Non
Un plan d'action	Oui	Non
Un Secrétariat fonctionnel	Oui	Non
Date de la dernière réunion du Secrétariat	Date:	

Commentaires :

3. Votre pays dispose-t-il d'un organe national chargé de la question du VIH et du SIDA qui encourage une interaction entre le gouvernement, les personnes vivant avec le VIH, le secteur privé et la société civile pour mettre en œuvre les stratégies/les programmes de riposte au VIH et au SIDA ?

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

3.1 *Si la réponse est OUI, a-t-il ?*

Un mandat	Oui	Non
Une composition prédéfinie	Oui	Non
Un plan d'action	Oui	Non
Un Secrétariat fonctionnel	Oui	Non
Date de la dernière réunion	Date:	

Commentaires :

4. Votre pays dispose-t-il d'un organe national chargé que la question du VIH et du SIDA qui soutienne la coordination de la mise à disposition des services en rapport avec le VIH par des organisations de la société civile ?

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

4.1 *Si la réponse est OUI, a-t-il ?*

Un mandat	Oui	Non
Une composition prédéfinie	Oui	Non
Un plan d'action	Oui	Non
Un Secrétariat fonctionnel	Oui	Non
Date de la dernière réunion	Date:	

Commentaires :

Globalement, quelle note attribueriez-vous au soutien accordé aux programmes de riposte au VIH et au SIDA ?											
2005	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2003	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>En cas de différence entre la note de 2003 et celle de 2005, prière d'indiquer les principales raisons à l'origine de celle-ci :</i>											

III. Prévention¹⁰

- 1. Votre pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie de promotion de l'information, de l'éducation et de la communication (IEC) sur le VIH et le SIDA auprès de l'ensemble de la population ?**

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

- 1.1 Au cours de l'année dernière, avez-vous mis en œuvre un programme actif de promotion d'informations précises sur le VIH et le SIDA par l'intermédiaire des médias ?

Oui	Non
-----	-----

Commentaires :

- 2. Votre pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie de promotion d'une éducation sur la santé sexuelle et reproductive abordant la question du VIH et du SIDA destinée aux jeunes ?**

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

- 2.1 L'enseignement relatif au VIH fait-il partie des programmes dans :

les écoles primaires ?

Oui	Non
-----	-----

les écoles secondaires ?

Oui	Non
-----	-----

- 2.2 Le programme/la stratégie fournit-il/elle le même enseignement sur la santé sexuelle et reproductive aux jeunes hommes et aux jeunes femmes ?

Oui	Non
-----	-----

Commentaires :

- 3. Votre pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie de promotion de l'IEC et d'autres interventions de santé préventive destinée aux populations les plus à risque ?**

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

¹⁰ Les stratégies/politiques énumérées dans la partie Prévention du présent document peuvent être incluses dans le cadre d'action/la stratégie national(e) évoqué(e) au point I.1 ou séparées.

3.1 Votre pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie pour les populations les plus à risque ?

Consommateurs de drogues injectables, y compris :	Oui	Non	S/O
- Information, éducation et conseil sur la réduction des risques ?	Oui	Non	S/O
- Programmes d'échanges d'aiguilles et de seringues ?	Oui	Non	S/O
- Services de traitement ?	Oui	Non	S/O
- Si oui, traitement de substitution ?	Oui	Non	S/O
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ?	Oui	Non	S/O
Professionnel(le)s du sexe ?	Oui	Non	S/O
Détenus ?	Oui	Non	S/O
Migrants transfrontaliers, populations mobiles ?	Oui	Non	S/O
Réfugiés et/ou populations déplacées ?	Oui	Non	S/O
Autres populations les plus à risque ? <i>Prière de préciser</i>	Oui	Non	S/O

Commentaires :

4. Votre pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie destinée à élargir l'accès, y compris parmi les populations les plus à risque, aux principaux services liés à la prévention? (Ces services incluent – mais ne sont pas limités à – l'accès au conseil et test volontaires et confidentiels, les préservatifs, les aiguilles stériles et les médicaments destinés à traiter les IST.)

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

4.1 Disposez-vous de programmes à l'appui de cette politique ou de cette stratégie ?

Un programme de marketing social du préservatif ?	Oui	Non
Un programme de sécurité transfusionnelle ?	Oui	Non
Un programme destiné à garantir des injections sans risque dans les centres de soins ?	Oui	Non
Un programme sur le dépistage prénatal de la syphilis ?	Oui	Non
Autres programmes ? <i>Prière de préciser</i>	Oui	Non

Commentaires :

Globalement, quelle note attribueriez-vous aux politiques développées dans le cadre de la prévention ?											
2005	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2003	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>En cas de différence entre la note de 2003 et celle de 2005, prière d'indiquer les principales raisons à l'origine de celle-ci :</i>											

5. Parmi les activités de prévention suivantes, quelles sont celles mises en œuvre en 2003 et en 2005 en faveur de la stratégie/la politique de prévention du VIH ?

(Vérifier tous les programmes qui sont mis en œuvre au-delà de l'étape pilote et couvrent une partie significative des populations urbaines et rurales).

	2003	2005
a. Un programme de promotion d'informations précises sur le VIH et le SIDA par l'intermédiaire des médias	a. _____	a. _____
b. Un programme de marketing social des préservatifs	b. _____	b. _____
c. Un enseignement relatif au SIDA en milieu scolaire pour les jeunes	c. _____	c. _____
d. Des messages destinés à faire évoluer les comportements	d. _____	d. _____
e. Le conseil et le test volontaires	e. _____	e. _____
f. Des programmes destinés aux professionnel(le)s du sexe	f. _____	f. _____
g. Des programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	g. _____	g. _____
h. Des programmes destinés aux CDI, le cas échéant	h. _____	h. _____
i. Des programmes destinés aux autres groupes de population les plus à risque	i. _____	i. _____
j. La sécurité transfusionnelle	j. _____	j. _____
k. Des programmes de prévention de la TME du VIH	k. _____	k. _____
l. Des programmes pour garantir des précautions systématiques dans les centres de soins	l. _____	l. _____
m. Autres : <i>(Prière de préciser)</i>	m. _____	m. _____

Globalement, quelle note attribueriez-vous aux efforts de mise en œuvre des programmes de prévention du VIH ?												
2005	Faible										Elevée	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2003	Faible										Elevée	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>En cas de différence entre la note de 2003 et celle de 2005, prière d'indiquer les principales raisons à l'origine de celle-ci :</i>												

IV. Soins et appui¹¹

1. **Votre pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie de promotion des soins et d'un appui complets pour le VIH et le SIDA, mettant suffisamment l'accent sur les obstacles auxquels les femmes, les enfants et les populations les plus à risque sont confrontés ? (Les soins complets incluent – mais ne sont pas limités – au conseil et test volontaires, à la prise en charge psychosociale, à l'accès aux médicaments, et aux soins dispensés au domicile et dans la communauté.)**

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

2. **Parmi les activités suivantes, quelles sont celles qui ont été mises en œuvre dans le cadre des programmes de soins et de traitement du VIH et du SIDA ?**

	2003	2005
a. Dépistage du VIH dans le sang destiné aux transfusions	a. _____	a. _____
b. Précautions systématiques	b. _____	b. _____
c. Traitement des infections opportunistes	c. _____	c. _____
d. Traitement antirétroviral	d. _____	d. _____
e. Soins nutritionnels	e. _____	e. _____
f. Soins prodigués en présence d'IST	f. _____	f. _____
g. Service de planning familial	g. _____	g. _____
h. Appui psychosocial pour les personnes vivant avec le VIH et leur famille	h. _____	h. _____
i. Soins à domicile	i. _____	i. _____
j. Soins palliatifs et traitement des infections courantes liées au VIH : pneumonie, candidose buccale, candidose vaginale et tuberculose pulmonaire (DOTS)	j. _____	j. _____
k. Prophylaxie par cotrimoxazole parmi les personnes infectées par le VIH	k. _____	k. _____
l. Prophylaxie post-exposition (ex : exposition au VIH dans le cadre de sa profession, viol)	l. _____	l. _____
m. Autres : <i>(Prière de préciser)</i>	m. _____	m. _____

Commentaires :

¹¹ Les stratégies/politiques énumérées dans la partie Soins et appui du présent document peuvent être incluses dans le cadre d'action/la stratégie national(e) évoqué(e) au point I.1 ou séparées.

Globalement, quelle note attribueriez-vous aux efforts des programmes de soins et de traitement du VIH et du SIDA ?											
2005	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2003	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>En cas de différence entre la note de 2003 et celle de 2005, prière d'indiquer les principales raisons à l'origine de celle-ci :</i>											

3. Votre pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie qui traite des besoins supplémentaires en rapport avec le VIH et le SIDA des enfants rendus orphelins et des autres enfants vulnérables ?

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

3.1 *Si la réponse est OUI*, existe-t-il dans le pays une définition opérationnelle pour les enfants rendus orphelins et les autres enfants vulnérables ?

Oui	Non
-----	-----

Si la réponse est OUI, prière d'indiquer cette définition : _____

3.2 Parmi les activités suivantes, quelles sont celles mises en place dans le cadre des programmes destinés aux enfants rendus orphelins et aux autres enfants vulnérables ?

	2003	2005
Paiement des frais d'inscription à l'école des enfants rendus orphelins et des autres enfants vulnérables		
Programmes communautaires		
Autres : <i>(Prière de préciser)</i>		

Commentaires :

Globalement, quelle note attribueriez-vous aux efforts engagés pour répondre aux besoins des enfants rendus orphelins et des autres enfants vulnérables ?											
2005	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2003	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>En cas de différence entre la note de 2003 et celle de 2005, prière d'indiquer les principales raisons à l'origine de celle-ci :</i>											

V. Suivi et évaluation

1. Votre pays dispose-t-il d'un plan national de suivi et d'évaluation ?

Oui	Non	En cours d'élaboration	Années couvertes :
-----	-----	------------------------	--------------------

1.1 *Si la réponse est OUI*, a-t-il été avalisé par les partenaires-clés de l'évaluation ?

Oui	Non
-----	-----

Commentaires :

1.2 Le plan de suivi et d'évaluation a-t-il été élaboré en consultation avec les représentants de la société civile et les personnes vivant avec le VIH ?

Oui	Non
-----	-----

2. Le plan de suivi et d'évaluation inclut-il ?

une stratégie de collecte et d'analyse des données	Oui	Non
un ensemble normalisé défini d'indicateurs	Oui	Non
des directives sur les outils de collecte des données	Oui	Non
une stratégie pour évaluer la qualité et l'exactitude des données	Oui	Non
une stratégie de diffusion et d'utilisation des données	Oui	Non

3. Existe-t-il un budget pour le plan de suivi et d'évaluation ?

Oui	Non	En cours d'élaboration	Années couvertes :
-----	-----	------------------------	--------------------

3.1 *Si la réponse est OUI*, son financement est-il assuré ?

Oui	Non
-----	-----

4. Existe-t-il une Unité ou un Département fonctionnel de suivi et d'évaluation ?

Oui	Non	En cours d'élaboration
-----	-----	------------------------

Si la réponse est OUI,

basé au CNLS ou à l'organe équivalent ?

Oui	Non
-----	-----

basé au Ministère de la Santé ?

Oui	Non
-----	-----

Ailleurs ? *Prière de préciser*

--	--

4.1 *Si la réponse est OUI*, des mécanismes ont-ils été mis en place pour s'assurer que tous les principaux partenaires chargés de la mise en œuvre remettent leurs rapports à cette Unité ou à ce Département ?

Oui	Non
-----	-----

Commentaires :

4.2 Un administrateur à plein temps responsable des activités de suivi et d'évaluation du programme national a-t-il été désigné ?

Oui, à plein temps	Oui, à temps partiel	Pas d'administrateur responsable du suivi/ de l'évaluation
--------------------	----------------------	--

4.3 Si la réponse est OUI, depuis quand ? : Année _____

5. Existe-t-il un comité ou un groupe de travail qui se réunit régulièrement pour coordonner les activités de suivi et d'évaluation ?

Oui, de manière régulière	Oui, de manière irrégulière	Non	Date de la dernière réunion :
---------------------------	-----------------------------	-----	-------------------------------

5.1 Inclut-il un représentant de la société civile, des personnes vivant avec le VIH ?

Oui	Non
-----	-----

6. Les programmes des différents organismes ont-ils été examinés pour harmoniser les indicateurs de suivi et d'évaluation avec ceux de votre pays ?

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

7. Dans quelle proportion (noter de faible proportion à forte proportion) les Nations Unies, les organisations bilatérales et les autres organisations partagent-elles les résultats de leurs enquêtes de suivi et d'évaluation ?

Faible										Forte	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Commentaires :

8. L'Unité de suivi et d'évaluation gère-t-elle une base de données nationale centralisée ?

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

8.1 Si la réponse est OUI, de quel type ? _____

9. Existe-t-il un Système fonctionnel d'information sur la santé* ?

Niveau national

Oui	Non
-----	-----

Niveau sous-national*

Oui	Non
-----	-----

(*communiquant régulièrement des données des centres de santé cumulées au niveau des districts et envoyées au niveau national, analysées et utilisées à différents niveaux)

Commentaires :

10. Existe-t-il un Système fonctionnel d'information sur l'éducation?

Niveau national	Oui	Non
Niveau sous-national*	Oui	Non

* Si la réponse est OUI, prière de préciser le niveau (ex : district)

11. Votre pays publie-t-il au moins une fois par an un rapport d'évaluation sur le VIH et le SIDA, y compris des rapports de surveillance du VIH ?

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

12. Dans quelle proportion (noter de faible proportion à forte proportion) les informations stratégiques sont-elles utilisées pour la planification et la mise en œuvre ?

Commentaires :

13. Une formation en matière de suivi et d'évaluation a-t-elle été organisée l'an dernier ?

Au niveau national ?	Oui	Non
Au niveau sous-national ?	Oui	Non
Incluant la société civile ?	Oui	Non

Globalement, quelle note attribueriez-vous aux efforts de suivi et d'évaluation des programmes de riposte au VIH et au SIDA ?											
2005	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2003	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>En cas de différence entre la note de 2003 et celle de 2005, prière d'indiquer les principales raisons à l'origine de celle-ci :</i>											

Partie B du questionnaire sur l'Indice composite des politiques nationales

I. Droits de la personne

1. **Votre pays dispose-t-il de lois et de réglementations qui protègent de la discrimination les personnes vivant avec le VIH et le SIDA (telles que des dispositions générales non discriminatoires ou des dispositions mentionnant spécifiquement le VIH, s'articulant autour de la scolarisation, de la question du logement, de l'emploi, etc.)**

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

Commentaires :

2. **Votre pays dispose-t-il de lois et de réglementations non discriminatoires qui stipulent des protections pour certains groupes de personnes identifiés comme particulièrement vulnérables à la discrimination liée au VIH et au SIDA (ex : des groupes tels que les CDI, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe, les jeunes, les populations mobiles et les détenus) ?**

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

Si la réponse est OUI, prière de donner une liste de ces groupes :

3. **Votre pays dispose-t-il de lois et de réglementations qui font obstacle à une prévention et à de soins efficaces liés au VIH pour les populations les plus à risque ?**

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

Si la réponse est OUI, prière de fournir une liste :

4. **La promotion et la protection des droits de la personne sont-elles explicitement mentionnées dans la politique/la stratégie de riposte au VIH et au SIDA ?**

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

Commentaires :

- 5. Votre gouvernement a-t-il, par le biais d'un appui politique et financier, favorisé la participation des populations vulnérables à la conception des politiques publiques en rapport avec le VIH et à la mise en œuvre des programmes ?**

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

Si la réponse est OUI, fournir une liste de ces groupes :

- 6. Votre pays dispose-t-il d'une politique qui assure aux hommes et aux femmes un accès équitable à la prévention et aux soins ?**

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

Commentaires :

- 7. Votre pays dispose-t-il d'une politique qui assure aux populations les plus à risque un accès équitable à la prévention et aux soins ?**

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

Commentaires :

- 8. Votre pays dispose-t-il d'une politique interdisant le dépistage du VIH dans le cadre global de l'emploi (nomination, promotion, formation, attribution d'avantages sociaux) ?**

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

- 9. Votre pays dispose-t-il d'une politique garantissant que les protocoles de recherche sur le VIH et le SIDA impliquant des sujets humains sont examinés et approuvés par un comité d'éthique national/local ?**

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

9.1 *Si la réponse est OUI, le comité d'éthique inclut-il des représentants de la société civile et des personnes vivant avec le VIH ?*

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

Commentaires :

10. Votre pays dispose-t-il des mécanismes suivants de suivi et d'application ?

Collecte d'informations sur les questions des droits de la personne, du VIH et du SIDA, et exploitation de ces informations pour réformer les politiques et les programmes	Oui	Non
Existence d'institutions nationales indépendantes pour la promotion et la protection des droits de la personne, y compris des commissions pour les droits de la personne, des commissions pour la réforme des lois et des médiateurs qui étudient les questions liées au VIH et au SIDA dans le cadre de leur travail	Oui	Non
Mise en place de points focaux au sein du Ministère de la Santé et d'autres ministères publics pour surveiller les infractions aux droits de la personne en rapport avec le VIH	Oui	Non
Élaboration d'indicateurs de performance ou de référentiels permettant d'évaluer le degré de respect de droits de la personne normalisés dans le cadre de la riposte au VIH	Oui	Non

11. Les membres du système judiciaire ont-ils été formés/sensibilisés aux questions touchant aux droits de la personne, au VIH et au SIDA susceptibles d'être abordées dans le cadre de leur travail ?

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

12. Les services d'appui juridique suivants sont-ils disponibles dans votre pays ?

Systèmes d'aide juridique pour la prise en charge des cas de personnes vivant avec le VIH et le SIDA	Oui	Non
Appui de l'État aux cabinets de conseil juridique du secteur privé ou aux centres universitaires pour qu'ils fournissent des services juridiques gratuits aux personnes vivant avec le VIH et le SIDA dans des domaines tels que la discrimination	Oui	Non
Programmes d'éducation et de sensibilisation destinés aux personnes vivant avec le VIH et le SIDA au sujet de leurs droits		

13. S'agissant du VIH et du SIDA, existe-t-il des programmes conçus pour faire évoluer les attitudes discriminatoires et stigmatisantes de la société afin de parvenir à plus de compréhension et de tolérance ?

Globalement, quelle note attribueriez-vous aux politiques, aux lois et aux réglementations en vigueur visant à promouvoir et à protéger les droits de la personne dans le contexte du VIH et du SIDA ?											
2005	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2003	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>En cas de différence entre la note de 2003 et celle de 2005, prière d'indiquer les principales raisons à l'origine de celle-ci :</i>											

Globalement, quelle note attribueriez-vous aux efforts destinés à faire appliquer les politiques, lois et réglementations existantes ?											
2005	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2003	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>En cas de différence entre la note de 2003 et celle de 2005, prière d'indiquer les principales raisons à l'origine de celle-ci :</i>											

II. Participation de la société civile

1. Dans quelle proportion (noter de faible proportion à forte proportion) la société civile a-t-elle apporté une contribution significative au renforcement de l'engagement politique des personnalités haut placées et à la formulation des politiques nationales ?

Faible											Forte										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Dans quelle proportion (noter de faible proportion à forte proportion) les représentants de la société civile ont-ils participé au processus de planification et de budgétisation du Plan stratégique national de lutte contre le VIH et le SIDA ou au plan d'action actuel (assistance aux réunions de planification et à l'examen des projets) ?

Faible											Forte										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Dans quelle proportion (noter de faible proportion à forte proportion) les services gratuits fournis par la société civile dans les domaines de la prévention et des soins sont-ils inclus dans les plans et les rapports stratégiques nationaux ?

Faible											Forte										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Votre pays a-t-il réalisé un examen périodique national du Plan stratégique avec la participation de la société civile ?

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

Mois _____ Année _____

5. Dans quelle proportion (noter de faible proportion à forte proportion) votre pays dispose-t-il d'une politique garantissant que les protocoles de recherche sur le VIH et le SIDA impliquant des sujets humains sont examinés et approuvés par un comité d'éthique indépendant national/local auquel des personnes vivant avec le VIH et des prestataires de soins participent ?

Faible											Forte										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Globalement, quelle note attribueriez-vous aux efforts visant à accroître la participation de la société civile ?											
2005	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2003	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
En cas de différence entre la note de 2003 et celle de 2005, prière d'indiquer les principales raisons à l'origine de celle-ci :											

III. Prévention

1. Parmi les activités de prévention suivantes, quelles sont celles qui ont été mises en œuvre en 2003 et en 2005 en faveur de la politique/la stratégie de prévention du VIH ?

(Vérifier tous les programmes qui sont mis en œuvre au-delà de l'étape pilote et couvrent une partie significative des populations urbaines et rurales).

	2003	2005
a. Un programme de promotion d'informations précises sur le VIH et le SIDA par l'intermédiaire des médias	a. _____	a. _____
b. Un programme de marketing social des préservatifs	b. _____	b. _____
c. Un enseignement relatif au SIDA en milieu scolaire pour les jeunes	c. _____	c. _____
d. Des messages destinés à faire évoluer les comportements	d. _____	d. _____
e. Le conseil et test volontaires	e. _____	e. _____
f. Des programmes destinés aux professionnel(le)s du sexe	f. _____	f. _____
g. Des programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	g. _____	g. _____
h. Des programmes destinés aux CDI, le cas échéant	h. _____	h. _____
i. Des programmes destinés aux autres groupes de population les plus à risque ¹²	i. _____	i. _____
j. La sécurité transfusionnelle	j. _____	j. _____
k. Des programmes de prévention de la TME du VIH	k. _____	k. _____
l. Des programmes garantissant des injections sans risque dans les milieux sanitaires	l. _____	l. _____
m. Autres : (Prière de préciser)	m. _____	m. _____

Globalement, quelle note attribueriez-vous aux efforts engagés pour la mise en œuvre des programmes de prévention du VIH ?											
2005	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2003	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
En cas de différence entre la note de 2003 et celle de 2005, prière d'indiquer les principales raisons à l'origine de celle-ci :											

¹² Prière de préciser

IV. Soins et appui

1. Parmi les activités suivantes, quelles sont celles qui ont été mises en œuvre dans le cadre des programmes de soins et de traitement du VIH et du SIDA ?

	2003	2005
a. Dépistage du VIH dans le sang destiné aux transfusions	a. _____	a. _____
b. Précautions systématiques	b. _____	b. _____
c. Traitement des infections opportunistes	c. _____	c. _____
d. Traitement antirétroviral	d. _____	d. _____
e. Soins nutritionnels	e. _____	e. _____
f. Soins prodigués en présence d'IST	f. _____	f. _____
g. Service de planning familial	g. _____	g. _____
h. Appui psychosocial pour les personnes vivant avec le VIH et leur famille	h. _____	h. _____
i. Soins à domicile	i. _____	i. _____
j. Soins palliatifs et traitement des infections courantes liées au VIH : pneumonie, candidose buccale, candidose vaginale et tuberculose pulmonaire (DOTS)	j. _____	j. _____
k. Prophylaxie par cotrimoxazole parmi les personnes infectées par le VIH	k. _____	k. _____
l. Prophylaxie post-exposition (ex : exposition au VIH dans le cadre de sa profession, viol)	l. _____	l. _____
m. Autres : <i>(Prière de préciser)</i>	m. _____	m. _____

Globalement, quelle note attribueriez-vous aux efforts engagés par les programmes de soins et de traitement du VIH et du SIDA ?											
2005	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2003	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
En cas de différence entre la note de 2003 et celle de 2005, prière d'indiquer les principales raisons à l'origine de celle-ci :											

2. Votre pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie qui traite des besoins supplémentaires en rapport avec le VIH et le SIDA des rendus orphelins et des autres enfants vulnérables ?

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

2.1 Parmi les activités suivantes, quelles sont celles mises en place dans le cadre des programmes destinés aux enfants rendus orphelins et aux autres enfants vulnérables ?

	2003	2005
Paiement des frais d'inscription scolaire des enfants rendus orphelins et des autres enfants vulnérables		
Programmes communautaires		
Autres : <i>(Prière de préciser)</i>		

Commentaires :

Globalement, quelle note attribueriez-vous aux efforts engagés pour répondre aux besoins des enfants rendus orphelins et des autres enfants vulnérables ?											
2005	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2003	Faible										Elevée
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>En cas de différence entre la note de 2003 et celle de 2005, prière d'indiquer les principales raisons à l'origine de celle-ci :</i>											

Dans le cadre de la riposte au VIH et au SIDA, méthodologie utilisée pour évaluer la couverture de certains services aux fins de l'enquête menée sur la prévention, les soins et l'appui

Lorsque des données de couverture représentatives au niveau national ne peuvent être obtenues, il est possible que les pays soient amenés à utiliser des données collectées lors d'entretiens avec des informateurs-clés. Une étude entreprise par l'ONUSIDA, l'OMS, l'UNICEF, l'USAID et Policy Project intitulée *Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention, care and support in low and middle income countries in 2003*¹³ fournit un exemple d'application réussie de cette méthodologie. Cette étude a permis de collecter les données de 73 pays à faible et moyen revenus qui abritaient à ce moment-là 88 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH et le SIDA dans le monde en développement. Dans le rapport, la méthodologie fondamentale est décrite comme suit :

« Dans chaque pays, les informations ont été collectées par l'intermédiaire de consultants nationaux. Ceux-ci ont recensé les personnes les plus compétentes à interroger pour chaque service. Il a été demandé aux personnes interrogées de fournir, pour autant que possible, des statistiques sur le nombre d'individus ayant bénéficié du service au cours des douze mois écoulés. Nous avons également demandé aux personnes interrogées d'estimer le pourcentage d'individus ayant besoin du service qui y ont effectivement accès. Les personnes interrogées ont établi une estimation de l'accès de manière distincte pour la capitale, les autres zones urbaines et les zones rurales. Ces estimations sont uniquement utilisées pour vérifier les calculs de couverture et non pour les estimations de couverture indiquées ici. Les consultants ont utilisé un questionnaire standard qui peut être obtenu sur demande auprès des . »

« Une fois que les consultants ont eu collecté toutes les informations requises, les résultats ont été présentés et examinés lors d'ateliers nationaux organisés en vue d'établir un consensus. Ces derniers ont réuni 15-30 experts nationaux qui ont étudié les résultats, proposé des sources supplémentaires d'information et convenu des chiffres définitifs à inclure dans le rapport. Soixante des soixante-treize pays participants ont organisé ces ateliers nationaux. »

« L'approche utilisée ici est relativement peu onéreuse et peut être mise en œuvre rapidement. Dans la mesure où elle repose sur des statistiques de services et des estimations d'experts, les informations collectées évaluent la couverture de manière moins précise que les enquêtes nationales, et il est difficile d'apprécier les incertitudes relatives à chaque estimation. Les approches précédentes utilisant l'avis des experts pour estimer la couverture des programmes ont donné des résultats contrastés. L'Indice d'effort du programme de planning familial, qui repose sur l'avis d'un petit nombre d'experts nationaux et internationaux, s'est révélé cohérent dans le temps et a permis des comparaisons fiables entre les pays. Les données 2003 de l'Indice d'effort du programme SIDA, qui reposait sur l'avis des informateurs-clés de chaque composante d'effort du programme, a fourni des indications utiles de l'effort dans les pays sondés et permet des comparaisons entre les pays mais repose sur l'opinion d'experts pour évaluer le niveau d'effort. La présente étude vise à éviter ces problèmes en contactant uniquement les personnes les plus compétentes dans chaque pays et en se concentrant sur des informations quantitatives qui ne nécessitent pas que l'on évalue la qualité ou l'efficacité des services. Il a été demandé aux personnes interrogées de fournir un volume limité d'informations, à savoir pour la plupart des interventions, uniquement le nombre de personnes bénéficiant de services et le nombre de sites proposant chaque service. »

¹³ Le texte intégral de ce rapport peut être téléchargé à l'adresse suivante : <http://www.futuresgroup.com/abstract.cfm/1953>.

FORMAT DE TRANSMISSION DES INFORMATIONS DES PAYS

Période couverte : janvier 2003 – décembre 2005

TABLE DES MATIERES

- I. Coup d'œil sur l'état de la situation
- II. Vue d'ensemble de l'épidémie de SIDA
- III. Riposte nationale à l'épidémie de SIDA
- IV. Principaux obstacles rencontrés et actions nécessaires pour atteindre les buts/les objectifs de l'UNGASS
- V. Appui nécessaire des partenaires au développement dans le pays
- VI. Cadre de suivi et d'évaluation

ANNEXES

ANNEXE 1: Processus de consultation/de préparation pour le rapport national de surveillance du suivi de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA*

ANNEXE 2 : Questionnaire sur l'Indice composite des politiques nationales (via le CRIS)

ANNEXE 3 : Formulaire de déclaration nationaux pour les indicateurs sur les programmes, les connaissances, les comportements et les impacts (via le CRIS)

***PRIERE D'ENVOYER LE RAPPORT NATIONAL POUR L'UNGASS A L'ONUSIDA A GENEVE,
UNITE D'EVALUATION, PAR E-mail : UNGASSindicators@unaids.org***

I. Coup d'œil sur l'état de la situation

Cette section doit fournir au lecteur un résumé de la situation de l'épidémie et de la riposte. Il est recommandé d'insérer un tableau présentant les données sur les indicateurs de base de l'UNGASS retenus par le pays.

II. Vue d'ensemble de l'épidémie de SIDA

Cette section doit couvrir la situation de la prévalence du VIH dans le pays pendant la période comprise entre janvier 2003 et décembre 2005 sur la base des études de surveillance sentinelle et des études spécifiques (le cas échéant) sur les indicateurs d'impact. Il est vivement recommandé de préciser l'origine des informations pour toutes les données présentées dans le rapport.

III. Riposte nationale à l'épidémie de SIDA

Cette section doit montrer le changement au niveau de l'engagement national et de la mise en œuvre des programmes, avec une ventilation entre prévention, soins/traitement et appui, connaissances et évolution du comportement, et atténuation de l'impact, pendant la période comprise entre janvier 2003 et décembre 2005.

Les pays doivent étudier de près les *liens* entre politiques, mise en œuvre des programmes de riposte au VIH et au SIDA, évolution analysable des comportements et prévalence du VIH.

Lorsque nécessaire et comme mentionné dans la présentation des Directives, les scores relatifs aux indicateurs doivent être indiqués par lieu de résidence (zone urbaine/zone rurale), par sexe, et en fonction des groupes d'âge suivants : 15–19 ans, 20–24 ans, 25–49 ans. Les pays sont encouragés à transmettre des informations sur les indicateurs supplémentaires qui contribuent à une riposte nationale élargie.

IV. Principaux obstacles rencontrés et actions nécessaires pour atteindre les buts/les objectifs

Cette section doit se concentrer sur les principaux obstacles rencontrés pendant la période couverte qui ont freiné la riposte nationale et les actions envisagées pour les surmonter afin d'atteindre les objectifs de l'UNGASS.

V. Appui nécessaire des partenaires au développement dans le pays

Cette section est axée sur les principales actions qui doivent être mises en œuvre par les partenaires au développement pour aider les pays à atteindre leurs buts/leurs objectifs.

VI. Cadre de suivi et d'évaluation

Cette section doit fournir une vue d'ensemble du système de suivi et d'évaluation actuellement en place dans le pays, sur la base de l'Indice composite des politiques nationales (voir Annexe 3, Partie A-V), et mettre en évidence – lorsque nécessaire – les besoins d'assistance technique et de renforcement des capacités en matière de suivi et d'évaluation pour atteindre les objectifs de l'UNGASS.

Bibliographie choisie

ONUSIDA/OMS (1999) *Evaluation d'un programme national de lutte contre le SIDA : Ensemble de méthodes – Prévention de l'infection à VIH*. Genève : ONUSIDA

ONUSIDA/MEASURE (2000), *Programmes SIDA Nationaux : Guide de suivi et d'évaluation*. Genève : ONUSIDA. <http://www.cpc.unc.edu/measure/guide/guide.html>

ONUSIDA (2000) *Protocole pour l'identification de la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le SIDA*. Genève : ONUSIDA

Family Health International (2000) *Behavioural surveillance surveys: Guidelines for repeated behavioural surveys in populations at risk of HIV*. Arlington, USA: Family Health International

OMS/ONUSIDA (2004) *Programmes nationaux de lutte contre le SIDA : Guide des indicateurs de suivi et d'évaluation des programmes nationaux de prévention du VIH/SIDA pour les jeunes*. Genève : OMS

OMS/ONUSIDA (2004) *Programmes nationaux de lutte contre le SIDA : Guide de suivi et d'évaluation des soins et du soutien liés au VIH/SIDA* Genève : OMS

ONUSIDA/OMS (2004) *National guide to monitoring and evaluating programmes for the prevention of HIV in infants and young children*. Genève : OMS

UNICEF/ONUSIDA (2005) *Guide to Monitoring and Evaluation of the national response for Children Orphaned and Made Vulnerable by HIV/AIDS*. New York : UNICEF

OMS/ONUSIDA (2005) *Programmes nationaux de lutte contre le SIDA : Guide des indicateurs de suivi et d'évaluation des programmes antirétroviraux*. Genève : OMS

www.measuredhs.com/data

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) unit dans un même effort les activités de lutte contre l'épidémie de dix organismes des Nations Unies : le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Programme alimentaire mondial (PAM), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC), l'Organisation internationale du Travail (OIT), l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale.

L'ONUSIDA, en tant que programme coparrainé, rassemble les ripostes à l'épidémie de ses dix organismes coparrainants, tout en ajoutant à ces efforts des initiatives spéciales. Son but est de conduire et de soutenir l'élargissement de l'action internationale contre le VIH sur tous les fronts. L'ONUSIDA travaille avec un large éventail de partenaires – gouvernements et ONG, monde des affaires, scientifiques et non spécialistes – en vue de l'échange de connaissances, de compétences et des meilleures pratiques à travers les frontières.

L'objet des présentes directives révisées est de fournir aux Conseils nationaux de lutte contre le SIDA (ou à tout organisme apparenté) des orientations techniques sur la manière de mesurer les indicateurs de base pour l'application de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA adoptée par les États membres des Nations Unies lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA de juin 2001. 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.



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

HCR • UNICEF • PAM • PNUD • UNFPA • ONUDC
OIT • UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

ONUSIDA
20 avenue Appia
1211 Genève 27 • Suisse
Téléphone : (+41) 22 791 36 66
Fax : (+41) 22 791 41 87
Courrier électronique : unaids@unaids.org
Internet : <http://www.unaids.org>