

2015 | DIRECTIVES

RAPPORT D'ACTIVITE 2015 SUR LA RIPOSTE AU SIDA DANS LE MONDE

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Rapport d'activité 2015 sur la riposte au sida dans le monde.

1. Infections à VIH. 2. Syndrome d'immunodéficience acquise – prévention et contrôle. 3. Évaluation de programme. I. Organisation mondiale de la Santé. II. ONUSIDA.

ISBN 978 92 4 250934 2 (WHO) (Classification NLM : WC 503.6)
ISBN 978-92-9253-073-0 (ONUSIDA)

© Organisation mondiale de la Santé et ONUSIDA 2015

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int. Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé 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. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION	7
Objet	7
Comment utiliser ces directives	7
Contexte	8
Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011 – Objectifs et engagements d'élimination	8
Rapports déjà publiés	9
Format des rapports	10
Indicateurs nationaux pour les pays à revenu élevé	11
ÉLABORATION DES RAPPORTS D'ACTIVITÉ AU NIVEAU NATIONAL	12
Outils d'évaluation et sources des données	12
Indicateurs sous forme de pourcentages	13
Ventilation des données selon l'âge et le sexe	13
Données à l'échelle infranationale	14
Données récentes et représentatives issues des enquêtes	15
Interprétation et analyse	16
Sélection des indicateurs	16
Ventilation géographique des données et informations de suivi et d'évaluation	17
Rôle de la société civile	17
Contenu du rapport	19
Directives concernant la soumission des données	20
Outil de reporting	20
Rapport commun avec l'OMS et l'Unicef sur les indicateurs du secteur de la santé	21
Soumission des données	21
Processus de transmission des données : Checklist	21
SYNTHÈSE DES CHANGEMENTS INTERVENUS POUR LE RAPPORT D'ACTIVITÉ 2015 SUR LA RIPOSTE AU SIDA DANS LE MONDE	23
L'AVENIR DU RAPPORT D'ACTIVITÉ SUR LA RIPOSTE AU SIDA DANS LE MONDE	25

ENSEMBLE COMBINÉ D'INDICATEURS DE BASE DU RAPPORT D'ACTIVITÉ SUR LA RIPOSTE AU SIDA DANS LE MONDE ET D'INDICATEURS D'ACCÈS UNIVERSEL 26

OBJECTIF 1. RÉDUIRE DE 50 % LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PAR VOIE SEXUELLE À L'HORIZON 2015 31

1.1 Les jeunes : Connaissances des jeunes en matière de prévention du VIH	32
1.2 Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	33
1.3 Partenaires sexuels multiples	35
1.4 Utilisation du préservatif lors du dernier rapport chez les personnes ayant plusieurs partenaires sexuels	36
1.5 Dépistage du VIH dans la population générale	37
1.6 Prévalence du VIH chez les jeunes	38
1.7 Professionnel(le)s du sexe : programmes de prévention	40
1.8 Professionnel(le)s du sexe : utilisation du préservatif	42
1.9 Dépistage du VIH chez les professionnel(le)s du sexe	44
1.10 Prévalence du VIH chez les professionnel(le)s du sexe	46
1.11 Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : programmes de prévention	48
1.12 Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : utilisation du préservatif	50
1.13 Dépistage du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	52
1.14 Prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	54

OBJECTIFS 1 ET 2 ESTIMATION DE LA TAILLE DES POPULATIONS CLEFS 57

OBJECTIF 2. RÉDUIRE DE 50 % LA TRANSMISSION DU VIH CHEZ LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES À L'HORIZON 2015 58

2.1 Consommateurs de drogues injectables : programmes de prévention	58
2.2 Consommateurs de drogues injectables : utilisation du préservatif	60
2.3 Consommateurs de drogues injectables : pratiques d'injection sans risque	62
2.4 Dépistage du VIH chez les consommateurs de drogues injectables	64
2.5 Prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables	67

OBJECTIF 3. ÉLIMINER LES NOUVELLES INFECTIONS À VIH CHEZ LES ENFANTS ET RÉDUIRE SENSIBLEMENT LE NOMBRE DE DÉCÈS MATERNELS LIÉS AU SIDA À L'HORIZON 2015	69
3.1 Prévention de la transmission de la mère à l'enfant	69
3.1a Prévention de la transmission de la mère à l'enfant durant l'allaitement	74
3.2 Diagnostic infantile précoce	76
3.3 Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisée)	79
OBJECTIF 4. ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL VITAL À 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH À L'HORIZON 2015	81
4.1 Traitement du VIH : thérapie antirétrovirale	81
4.2 Rétention de douze mois sous thérapie antirétrovirale	84
OBJECTIF 5. RÉDUIRE DE 50 % LE NOMBRE DE DÉCÈS LIÉS À LA TUBERCULOSE CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH À L'HORIZON 2015	88
5.1 Cogestion du traitement de la tuberculose et du VIH	88
OBJECTIF 6. D'ICI À 2015, RÉDUIRE LE DÉFICIT MONDIAL DE MOYENS DE RIPOSTE AU SIDA, ET PARVENIR À UN INVESTISSEMENT MONDIAL ANNUEL DE 22 À 24 MILLIARDS DE DOLLARS AMÉRICAINS DANS LES PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE	90
6.1 Dépenses relatives au sida	90
OBJECTIF 7 : ÉLIMINER LES INÉGALITÉS ENTRE LES SEXES	93
7.1 Prévalence de la violence des partenaires intimes récents	93
OBJECTIF 8. ÉLIMINER LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION	97
8.1 Attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH	97
OBJECTIF 9. ÉLIMINER LES RESTRICTIONS EN MATIÈRE DE DÉPLACEMENT	102

OBJECTIF 10. RENFORCER L'INTÉGRATION DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH	103
10.1 Assiduité des orphelins à l'école	103
10.2 Soutien économique externe pour les foyers les plus pauvres	105
POLITIQUES GOUVERNEMENTALES DE RIPOSTE AU VIH ET AU SIDA	109
ANNEXES	110
Annexe 1. Modèle de rapport d'activité national	110
Annexe 2. Grille de financement nationale	112
Annexe 3. Modèle de checklist pour l'élaboration d'un rapport d'activité national	120
Annexe 4. Sélection bibliographique	121
Annexe 5. Indicateurs sur la circoncision masculine	122
Annexe 6. Collecte de données géographiques dans le cadre de la surveillance, du suivi et de l'évaluation	125
Annexe 7. Directives de suivi des progrès réalisés en matière d'élimination des inégalités sexospécifiques	127
ACRONYMES	137
PARTIE 2 GUIDE SUR LES INDICATEURS DE SUIVI ET DE NOTIFICATION EN MATIÈRE DE RIPOSTE AU VIH PAR LE SECTEUR DE LA SANTÉ (INDICATEURS SUPPLÉMENTAIRES DE L'OMS ET DE L'UNICEF RELATIFS À L'ACCÈS UNIVERSEL DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ)	139

AVANT-PROPOS

Des analyses intensives et de nouvelles données – la plupart ayant été générées par des pays en utilisant ce mécanisme du Rapport d'activité sur le sida dans le monde – ont permis à l'ONUSIDA de publier trois rapports cruciaux au cours des six derniers mois — le Rapport sur les lacunes, Procédure accélérée : mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030 et PERSPECTIVES : le rapports Villes. Ces trois rapports sont le reflet de notre grande réussite en matière d'infléchissement de la courbe de l'épidémie de sida. Depuis 2001, les nouveaux cas d'infection à VIH ont chuté de 38 %. Mieux encore, chez les enfants ce même chiffre a chuté de 58 %, passant pour la première fois en dessous de 200 000 cas au sein des 21 pays d'Afrique les plus touchés. Il s'agit là d'une étape cruciale dans la réalisation de nos objectifs pour 2020 et dans nos efforts pour mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace de santé publique d'ici à 2030.

Il ne nous reste plus que cinq ans pour modifier la trajectoire de l'épidémie de sida. Notre progression au cours des cinq prochaines années déterminera l'impact que nous pourrions avoir au cours des 10 années suivantes, jusqu'en 2030. C'est une preuve nouvelle et incontestable que nous ne pouvons pas ignorer.

C'est pourquoi l'ONUSIDA appelle à mettre en place de nouveaux objectifs en matière de Procédures accélérées, ce qui nous permettra de nous concentrer sur les résultats que nous pouvons et devons atteindre : amélioration des traitements anti-VIH par le biais des objectifs 90-90-90 (90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 90 % des personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti rétroviral, et 90 % des personnes sous traitement n'ont plus de charge virale détectable), et réalisation d'objectifs ambitieux en matière de prévention et de réduction de la stigmatisation. Nous devons combler les lacunes pour nous assurer que nous n'oublions personne dans le cadre de la riposte au sida.

En septembre 2014, 127 pays ont pu transmettre leurs données semestrielles concernant les TARV et la PTME, et 57 pays les ont réparties au niveau infranational. Cela illustre bien les progrès accomplis concernant les systèmes nationaux de suivi, et comment les pays concentrent leurs ripostes là où des investissements plus judicieux permettront d'obtenir de meilleurs avantages programmatiques.

Les directives 2015 indiquent dans le détail aux États membres de l'ONU comment recueillir des données et élaborer la prochaine série de rapports d'activité sur la riposte au sida. J'encourage tous les États membres à exploiter cette opportunité et à consulter les principaux intervenants, notamment la société civile, concernant les moyens permettant de concentrer la riposte au sida à l'échelon national. Cette série de rapports constitue une nouvelle opportunité de concentrer nos efforts sur la collecte et la transmission d'un plus grand nombre de données détaillées, puis d'analyser des données infranationales et de nous en servir pour une nouvelle programmation.

La collecte et la communication de résultats de haute qualité concernant la riposte au sida constituent un axe important de notre agenda pour la responsabilité partagée et la solidarité mondiale. L'ONUSIDA est déterminée à vous soutenir dans cet effort. Je vous invite à soumettre vos données de suivi et vos estimations 2014 concernant le VIH pour le 31 mars 2015 au plus tard.

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

Je vous remercie pour la constance de votre engagement dans la riposte au sida.



Michel Sidibé
Directeur exécutif
ONUSIDA

INTRODUCTION

Objet

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

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

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

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

Comment utiliser ces directives

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

Une aide est disponible pour chaque étape du processus. Les points clés et les sources d'information complémentaires — notamment les personnes à contacter et leurs coordonnées — sont soulignés par une flèche bleue dans cette rubrique introductive. 

Contexte

Nous voilà en 2015, la date butoir de la *Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011* et des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Le moment est donc propice à l'examen des progrès accomplis et à la préparation des rapports finaux concernant ces objectifs.

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

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

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

Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011

Objectifs et engagements d'élimination



RÉDUIRE LA TRANSMISSION PAR VOIE SEXUELLE



PRÉVENIR LE VIH CHEZ LES CONSOMMATEURS DE DROGUES



ÉLIMINER LES NOUVELLES INFECTIONS PAR LE VIH CHEZ LES ENFANTS



PERMETTRE À 15 MILLIONS DE PERSONNES D'ACCÉDER À UN TRAITEMENT



ÉVITER LES DÉCÈS LIÉS À LA TUBERCULOSE



PARER À L'INSUFFISANCE DES RESSOURCES



ÉLIMINER LES INÉGALITÉS ENTRE LES SEXES



ÉLIMINER LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION



ÉLIMINER LES RESTRICTIONS EN MATIÈRE DE DÉPLACEMENT



RENFORCER L'INTÉGRATION DE LA RIPOSTE AU VIH

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

Rapports déjà publiés

L'ONUSIDA a collecté des rapports d'activité nationaux tous les deux ans depuis 2004 et chaque année depuis 2013, afin d'assurer le suivi de plusieurs déclarations politiques. Les taux de réponse sont passés de 102 (53 %) États membres en 2004 à 180 (93%) en 2014 (consulter le graphique concernant les taux de réponses régionales et mondiales).

Graphique : Proportion de pays ayant transmis un rapport d'activité national sur la riposte au sida en 2014



Les informations fournies dans les rapports nationaux représentent les données les plus complètes, tant sur le statut que sur la riposte à l'épidémie. Les données des précédents rapports sont disponibles en ligne à travers AIDSInfo, sur le site aidsinfo.unaids.org. La base de données complète est disponible sur www.aidsinfoonline.org, et peut être utilisée pour créer des graphiques, des cartes et des tableaux. Les rapports narratifs nationaux originaux de 2014 sont disponibles à l'adresse www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogress/reports/2014countries.

Les rapports complets sur les engagements et moyens d'action nationaux (NCPI) sont disponibles à l'adresse www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/ncpi/2014countries.



Les indicateurs du Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde doivent être soumis via le site Internet réservé à la collecte des données (<https://aidsreportingtool.unaids.org>), afin d'améliorer l'exhaustivité et la qualité des données et faciliter le traitement et l'analyse aux niveaux national, régional et mondial.



La date limite pour la soumission des rapports via le site Internet susvisé est le mardi 31 mars 2015.

Format des rapports

Pour les rapports 2015, il suffit de transmettre les indicateurs de base ainsi que le rapport d'activité national narratif. Il n'est pas nécessaire d'adjoindre le questionnaire sur les engagements et moyens d'action nationaux (NCPI).

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

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

Les modifications qui interviennent pour cette nouvelle série de rapports, par comparaison à 2014, sont résumées en page 23.

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

La plupart des indicateurs nationaux sont applicables à tous les pays. Les indicateurs de comportement pour les principales populations à haut risque sont pertinents dans tous les pays, quel que soit le taux national de prévalence du VIH. Pareillement, les pays présentant une faible prévalence du VIH sont encouragés à collecter des données sur les comportements sexuels des jeunes afin de permettre un suivi de l'évolution des tendances et d'adapter l'action nationale en conséquence. Quelques indicateurs ne s'appliquent toutefois qu'à des épidémies spécifiques de VIH.

L'ONUSIDA recommande fortement l'utilisation de ces indicateurs dans le cadre des systèmes nationaux de suivi et d'évaluation. En fonction des besoins

spécifiques et lorsque les ressources le permettent, des indicateurs supplémentaires pourront être ajoutés aux programmes de suivi nationaux.

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

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

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

Indicateurs nationaux pour les pays à revenu élevé

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

L'ONUSIDA encourage les pays à revenus élevés à contacter le Département de l'information et de l'évaluation stratégiques de l'ONUSIDA (AIDSreporting@unaids.org) s'ils ont besoin d'autres conseils techniques quant à la communication de leurs programmes nationaux.



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

ÉLABORATION DES RAPPORTS D'ACTIVITÉ AU NIVEAU NATIONAL ÉLABORATION DES INDICATEURS

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

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

Outils d'évaluation et sources des données

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

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

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

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

En 2015, l'introduction des données Spectrum et la soumission des données destinées au RARSM interviendront simultanément, comme en 2014, afin de garantir des résultats harmonisés. Pour élaborer et finaliser les fichiers, les pays travailleront, en février et en mars, au sein d'ateliers de formation aux estimations, parrainés par l'ONUSIDA.

Les fichiers Spectrum finaux devront ensuite être transmis avant le 31 mars 2015. Les pays recevront en janvier 2015 les dates des ateliers régionaux ainsi que les instructions concernant leur participation.

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

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

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

Indicateurs sous forme de pourcentages

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

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

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

Ventilation des données selon l'âge et le sexe

Une des grandes leçons tirées des précédentes séries de rapports est l'importance de la ventilation des données, par exemple, selon l'âge et le sexe. Il est vital de collecter des données suffisamment détaillées et de ne pas se contenter d'agrégats trop larges. Sans ventilation des données, il est difficile de surveiller l'étendue et la profondeur de la riposte à l'épidémie, tant au niveau national que mondial. Il est également difficile de contrôler l'accès aux activités, l'égalité concernant ledit accès, l'adéquation d'une concentration sur certaines populations spécifiques, ainsi que les modifications significatives au fil du temps.



L'outil de reporting mondial en ligne (<https://aidsreportingtool.unaids.org>) identifie clairement les données ventilées requises pour pouvoir mettre au point le numérateur et le dénominateur de chaque indicateur (pour plus d'informations, consultez la rubrique précédente intitulée « Indicateurs sous forme de pourcentages »). D'une manière générale, les données qui s'y prêtent devraient toutes être ventilées selon l'âge et le sexe. Lorsque la collecte de données ventilées se révèle difficile, il est possible d'introduire des données partielles.

Il est vivement recommandé aux pays de collecter des données ventilées, notamment selon l'âge et le sexe, deux critères essentiels dans le cadre du suivi et de l'évaluation du VIH. Il serait également souhaitable de procéder à une analyse en termes d'égalité, si cela est possible. Des dynamiques liées au sexe (masculin/féminin) peuvent être mises en évidence par le biais de données épidémiologiques ventilées selon le sexe et l'âge, ainsi que par le biais d'indicateurs du comportement. Pour en savoir plus sur la surveillance étendue des progrès réalisés en matière d'égalité des sexes grâce au RARSM, veuillez consulter l'Annexe 6. Les principaux ministères devraient également revoir leurs systèmes d'information, enquêtes et autres instruments de collecte de données pour s'assurer qu'ils obtiennent des données ventilées au niveau infranational, et jusqu'à l'échelon des services proposés et des projets menés. Des efforts spécifiques devraient être consacrés au suivi des données ventilées jusqu'au niveau national. En outre, les organisations du secteur privé et / ou de la société civile impliquées dans la riposte nationale au sida doivent être informées de l'importance de données ventilées et accorder la priorité à la collecte et la diffusion de telles données.

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

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

Il est vivement conseillé aux pays de transmettre, via les cases de commentaires de chaque page réservée à l'indicateur, toute donnée complémentaire disponible reflétant les dimensions sexospécifiques des indicateurs et issue d'autres sources, notamment des données qualitatives et quantitatives recueillies par la société civile. Ces données complémentaires permettront d'obtenir une analyse circonstancielle plus exhaustive des indicateurs, sous l'angle de la sexospécificité.

Données à l'échelle infranationale

De nombreux pays élargissent l'utilisation des données à l'échelle infranationale, pour mieux comprendre l'épidémie et la riposte. De telles données aideront les intervenants à mieux comprendre la répartition géographique de l'épidémie de VIH, ainsi que les ripostes propres à chaque communauté. En 2014, l'ONUSIDA a publié un document de synthèse intitulé « Problèmes locaux liés à l'épidémie », qui aborde les avantages des données localisées (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2559_local-epidemics_en.pdf). En 2015, l'outil de

reporting en ligne prend des dispositions afin que les données infranationales soient transmises spécifiquement dans l'optique des indicateurs 3.1, 4.1 et des données liées aux populations clés (consultez le paragraphe suivant pour en savoir plus sur les données infranationales concernant les populations clés).

Données récentes et représentatives issues des enquêtes

Utilisez les enquêtes nationales les plus représentatives et les plus récentes pour calculer les indicateurs qui prennent la population générale pour référence.

Il vous sera demandé de communiquer toute nouvelle donnée disponible. Si vous avez déjà transmis les dernières données disponibles lors d'une précédente série de rapports, vous n'aurez pas à les transmettre à nouveau cette fois-ci.

La constitution d'échantillons véritablement représentatifs pour les principales populations visées présente de grandes difficultés techniques, et des méthodes sont développées pour ce faire (par exemple, l'échantillonnage déterminé par les répondants). En attendant leur mise au point, la représentativité des échantillons utilisés pour les enquêtes auprès des populations les plus exposées au VIH peut poser question. Il est donc conseillé d'utiliser les enquêtes les plus récentes couvrant les populations clés qui ont été examinées et approuvées par les experts techniques locaux, comme les groupes de travail technique sur le suivi et l'évaluation ou les conseils nationaux de la recherche. Les États membres sont encouragés à communiquer les données de toutes les enquêtes récentes de qualité couvrant les populations clés, en indiquant le site, le numérateur, le dénominateur et la méthode de calcul de l'indicateur dans les feuilles Excel fournies à cet effet.

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



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

Interprétation et analyse

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

Les sections consacrées aux atouts et aux faiblesses de chaque indicateur de base ont pour but d'améliorer la précision et la cohérence des données soumises à l'ONUSIDA. Dans la présente rubrique, d'autres points fournissent des informations complémentaires concernant la valeur d'un indicateur donné. La rubrique souligne certaines variations potentielles d'un pays à l'autre, par exemple au niveau du rapport entre coûts et revenus locaux, des normes de qualité ou encore des schémas thérapeutiques.

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

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

Sélection des indicateurs

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

De même, les pays où l'épidémie est généralisée devraient inclure des données relatives à autant d'indicateurs que possible relatifs aux populations clés les plus à risque. Ainsi, un pays où l'épidémie

accuse une forte prévalence peut aussi constater une sous-épidémie concentrée sur les consommateurs de drogues injectables. Il est alors judicieux de calculer et transmettre des indicateurs relatifs aux populations clés les plus à risque.

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

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

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

Dans le cadre du Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde, il est demandé aux États membres de transmettre des données représentatives. L'identification des zones géographiques non couvertes par les services requis, où sévissent des épidémies de VIH et où résident les populations les plus touchées, offre l'opportunité de renforcer l'efficacité et l'efficacé d'une riposte nationale au VIH. Pour ce faire, il est nécessaire de prévoir une ventilation géographique des données afférentes aux indicateurs. Une ventilation géographique permet d'établir le lien entre des données de suivi et les données de différents programmes, et d'ainsi parvenir à une compréhension plus détaillée de l'épidémie de VIH qui facilite la mise en œuvre d'interventions ciblées et adaptées là où elles sont les plus nécessaires. Une telle approche exige la collecte des données à des niveaux infranationaux pertinents pour les différents programmes. Cela est déjà le cas dans de nombreux pays, où la collecte de données est ventilée par zones géographiques et populations clés. La confidentialité et les règles déontologiques ne doivent jamais être perdues de vue dans le cadre de la collecte, de l'analyse et de la diffusion des données, et ce afin d'améliorer l'accessibilité des services liés au VIH pour les populations qui en ont besoin sans risquer d'exposer ces dernières à de quelconques préjudices. Veuillez vous reporter à l'annexe 6 pour de plus amples informations concernant la ventilation géographique des données et les informations de suivi et d'évaluation.

Depuis le rapport du milieu de l'année 2014, les pays doivent transmettre toute donnée infranationale disponible concernant les indicateurs 3.1 et 4.1.

Rôle de la société civile

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

auprès de l'ensemble des représentants de la société civile, notamment des personnes vivant avec le VIH. En effet, toutes les voix et tous les points de vue doivent être entendus : ils peuvent se révéler très précieux dans le suivi et l'évaluation de la riposte d'un pays au sida.

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

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

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

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

Contenu du rapport

En 2015, les États membres doivent soumettre des données pour tous les indicateurs nationaux applicables à leurs programmes de riposte (à l'exception des NCPI). Pour ce faire, il incombe aux gouvernements de s'adjoindre le soutien de la société civile et, le cas échéant, de leurs partenaires au développement. La collecte des données requises et le calcul de chaque indicateur doivent respecter les procédures exposées dans les présentes directives.

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

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

Les données constitutives des indicateurs seront diffusées après avoir été nettoyées, validées et réconciliées sur le site www.aidsinfoonline.org.



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



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

Directives concernant la soumission des données

Les pays ayant besoin d'informations supplémentaires sur l'outil de reporting et sur les mécanismes de transmission des données peuvent s'adresser à leurs conseillers en information et stratégie ONUSIDA ainsi qu'aux groupes de travail nationaux sur le suivi et l'évaluation du VIH. Le Département de l'information et de l'évaluation stratégiques (secrétariat ONUSIDA) est également à leur disposition via l'adresse AIDSreporting@unaids.org.

Afin de faciliter les contacts avec le siège de Genève de l'ONUSIDA durant le processus de reporting et le suivi, il est demandé aux États membres de transmettre aussitôt que possible les coordonnées de la personne responsable de la transmission des données via l'adresse AIDSreporting@unaids.org.

Outil de reporting

Les rapporteurs nationaux peuvent accéder à l'outil de reporting en ligne en utilisant les mêmes droits d'accès que ceux utilisés lors de la précédente série de rapports d'activité. Les nouveaux rapporteurs nationaux devront créer leur nom d'utilisateur et leur mot de passe. Sur base des communications officielles avec chaque pays, un seul éditeur est initialement désigné. Le rapporteur national peut néanmoins désigner des éditeurs supplémentaires s'il le souhaite. Les éditeurs peuvent ajouter des données ou modifier celles déjà introduites. Comme pour les années précédentes, le rapporteur national peut également autoriser d'autres personnes à accéder aux données, afin de permettre la consultation de divers intervenants. Ces personnes peuvent simplement consulter les données soumises mais ne peuvent pas les modifier. Les modalités détaillées d'utilisation de l'outil de reporting en ligne sont accessibles via les e-didacticiels de la page Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/globalaidsprogressreporting>).

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

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

Lorsque la saisie des données est terminée, celles-ci peuvent être envoyées en cliquant sur le bouton « Submit » (Envoyer). Cela entraîne la fermeture de la

session du pays concerné dans l'outil mondial de reporting en ligne. Ce pays ne pourra plus faire de corrections ou d'ajouts dans ses rapports à l'aide de cet outil. Si nécessaire, l'ONUSIDA demandera des éclaircissements après l'étude des données. Dans ce cas, le site sera réouvert pour que les pays puissent modifier leurs réponses.

Les éventuels problèmes rencontrés lors de l'utilisation de l'outil de reporting en ligne doivent être signalés à l'adresse AIDSreporting@unaids.org.

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

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

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

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

Soumission des données

Les données des indicateurs doivent être soumises en ligne pour le mardi 31 mars 2015 au plus tard. Les équipes nationales chargées des estimations sur le VIH doivent télécharger le fichier Spectrum dans le dossier prévu à cet effet (fourni par l'équipe ONUSIDA en charge des estimations sur le VIH) pour le mardi 31 mars 2015 au plus tard. Veuillez adresser toute question portant sur l'emplacement correct de téléchargement du fichier à l'adresse estimates@unaids.org.

Les données des indicateurs, ainsi que le rapport narratif, doivent être saisies via le site Internet de reporting mondial <https://aidsreportingtool.unaids.org>. Ceci facilitera le traitement des données et minimisera les erreurs.

Processus de transmission des données : checklist

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

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

1. Désigner un point focal en charge du processus de reporting et communiquer ses coordonnées au siège genevois de l'ONUSIDA via l'adresse AIDSreporting@unaids.org ;
2. Recenser les données requises conformément au plan stratégique national et aux présentes directives ; Développer et diffuser un plan de collecte des données définissant notamment un calendrier ainsi que le rôle du comité national de riposte au sida ou de son équivalent, des autres agences gouvernementales et de la société civile ;

3. Recenser les outils nécessaires à la collecte des données (inclut notamment la rencontre des équipes nationales en charge des estimations sur le VIH) ;
4. Obtenir les financements requis pour l'ensemble du processus de collecte, d'analyse et de communication des données ;
5. Recueillir et compiler les données en collaboration avec les organisations gouvernementales partenaires, la société civile et la communauté internationale ;
6. Analyser les données en collaboration avec les organisations gouvernementales partenaires, la société civile et la communauté internationale ;
7. Travailler aux fichiers Spectrum pour finaliser les données correspondant au dénominateur ;
8. Calculer les estimations de la couverture pour la TARV et la PTME, à l'aide des dénominateurs issus de fichiers Spectrum mis à jour ;
9. Permettre aux différentes parties prenantes, notamment aux agences gouvernementales et aux représentants de la société civile, de commenter le projet de rapport ;
10. Saisir les données sur le site Internet de l'outil de reporting mondial (<https://AIDSreportingtool.unaids.org>) ;
11. Télécharger le fichier Spectrum final dans le dossier désigné pour les estimations nationales ;
12. Soumettre les données des indicateurs au plus tard le **31 mars 2015** ;
13. Répondre sans délai aux demandes de clarifications de l'ONUSIDA, de l'OMS et de l'Unicef.

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

Une checklist utilisable lors de la préparation et de l'envoi du Rapport d'activité national figure en annexe 3.

SYNTHÈSE DES CHANGEMENTS INTERVENUS POUR LE RAPPORT D'ACTIVITÉ 2015 SUR LA RIPOSTE AU SIDA DANS LE MONDE

Pour les rapports 2015, il suffit de transmettre les indicateurs de base ainsi qu'un rapport d'activité national narratif. Il n'est pas nécessaire d'adjointer le questionnaire sur les engagements et moyens d'action nationaux (NCPI).

Synthèse des modifications par rapport à 2014 :

- ° Pour tous les indicateurs concernant les populations clés (indicateurs 1.7-1-14 et 2.1 - 2.5), il sera désormais demandé de ventiler, dans la zone de commentaires, par zone administrative si les données sont d'ordre infranational. Veuillez transmettre, à l'aide de l'outil de téléchargement, la version numérisée de tout rapport d'enquête disponible.
- ° Depuis le rapport du milieu de l'année 2014, les pays doivent transmettre toute donnée infranationale disponible concernant les indicateurs 3.1 et 4.1. Veuillez consulter la rubrique Ventilation pour en savoir plus sur ces indicateurs.
- ° L'indicateur 6.1 est doté d'un cadre conceptuel affiné issu de la Grille nationale de financement, accompagné d'une classification révisée des Programmes sida et d'une nouvelle Grille nationale de financement. Ces modifications ont été apportées afin de bénéficier d'informations plus pertinentes concernant la politique, et de meilleures informations concernant les indicateurs de base définis pour prendre en compte les 10 objectifs de la Déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida de 2011.
- ° Une case de commentaires a été incluse, dans l'indicateur 7.1, dans l'outil de reporting en ligne, pour permettre la transmission de toute donnée disponible dans le pays concerné et ayant trait aux violences sexospécifiques faites aux femmes, hommes et populations clés, notamment les personnes vivant avec le VIH.
- ° L'indicateur 8.1 propose une importante mesure de la prévalence des attitudes discriminatoires envers les personnes vivant avec le VIH. Pour bénéficier d'une évaluation plus complète des progrès réalisés en matière d'élimination de la stigmatisation et des discriminations liées au VIH, ainsi que de la réussite ou de l'échec des efforts de réduction de la stigmatisation, il est également crucial de mesurer d'autres composantes de la stigmatisation et de la discrimination. C'est pourquoi d'autres références, correspondant à de nouveaux indicateurs susceptibles de soutenir ces efforts, ont été ajoutées à l'Indicateur 8.1, bien qu'elles ne fassent pas partie du reporting officiel du RARSM.
- ° L'indicateur 10.2 a été mis à jour : il comprend de plus amples informations concernant la méthode de mesure.
- ° Une annexe concernant les « Directives de suivi des progrès réalisés en matière d'élimination des inégalités sexospécifiques » (Annexe 7) a été ajoutée.
- ° Un rapport narratif est demandé (veuillez consulter l'Annexe 1 pour de plus amples détails).
- ° Il n'est pas nécessaire d'adjointer le questionnaire sur les engagements et moyens d'action nationaux (NCPI).

Nouveautés 2013 et 2014 qui subsistent en 2015

- ° Comme lors des trois dernières séries de rapports d'enquête, les données inchangées depuis le dernier rapport (2012, 2013 ou 2014 selon le cas) ne doivent pas être à nouveau transmises (indicateurs 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9, 1.10, 1.11, 1.12, 1.13, 1.14, 1.22, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 7.1, 8.1 10.1, 10.2).
- ° Les deux indicateurs afférents à la prévalence de la circoncision masculine et au nombre d'hommes circoncis ajoutés en 2013 pour les 16 États membres présentant une prévalence

élevée de VIH et un faible nombre de circoncisions ont été conservés (indicateurs 1.22 et 1.23 du rapport RARSM figurant en Annexe 5).

- La notion de Transgenre, introduite dans le cadre du rapport d'enquête 2014 en tant que ventilation de la catégorie des travailleurs du sexe (indicateurs 1.7, 1.8, 1.9 et 1.10), est toujours disponible.
- Lors du rapport d'enquête 2014, le descriptif de l'indicateur couvrant la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (indicateur 3.1) a été mis à jour afin de clarifier la ventilation et les liens avec le logiciel Spectrum. L'indicateur permettant de mesurer la couverture des femmes en période d'allaitement par les services PTME a été ajouté directement après cet indicateur (indicateur 3.1a).
- Le dénominateur de l'indicateur de suivi de la couverture du TARV (indicateur 4.1) est identique à celui de 2014 : il inclut toutes les personnes vivant avec le VIH et pas uniquement celles éligibles au traitement. Par ailleurs, comme en 2014, la ventilation concernant les patients venant d'être mis sous TARV (au cours des 12 derniers mois) est toujours disponible.
- Comme pour le reporting de 2014, l'indicateur de rétention de douze mois sous TARV (indicateur 4.2) inclut une éventuelle ventilation selon que la femme est enceinte ou non, et allaite ou non lors de l'initiation.
- La modification apportée en 2014 à l'indicateur couvrant la co-gestion du traitement de la tuberculose et du VIH (indicateur 5.1) reste valable : le numérateur ne prend plus seulement les adultes en compte mais également les enfants, et toutes les infections à VIH sont incluses (et non plus seulement les infections avancées).
- L'indicateur Attitudes discriminatoires envers les personnes vivant avec le VIH (Indicateur 8.1) reste associé à l'objectif 8.
- La communication conjointe des indicateurs du Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde et des indicateurs du secteur de la santé de l'OMS et de l'Unicef, est incluse aux présentes directives. Les indicateurs supplémentaires du secteur de la santé figurent dans la partie II de ces directives.

L'AVENIR DU RAPPORT D'ACTIVITÉ SUR LA RIPOSTE AU SIDA DANS LE MONDE

L'année 2015 est la date butoir pour la plupart des objectifs inhérents à la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011 et aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Le monde entier se prépare à définir, dans le cadre d'un processus étendu, les Objectifs de développement Durable. Par ailleurs, un nouvel objectif visant à mettre fin à l'épidémie de sida a déjà été adopté par le Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA, en juin 2014, et plusieurs cibles programmatiques ont été définies (Consultez Procédure accélérée - Mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030, ONUSIDA 2014).

Pour garantir la continuité de la pertinence et de l'utilité des données, le cadre mondial de surveillance de l'épidémie de sida et de la réponse sera révisé en 2015, pour évaluer l'utilité à l'avenir et faire des recommandations en vue d'un nouveau cadre pour 2020 (et 2030). Cette révision est également associée à l'harmonisation du reporting concernant la santé, coordonnée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elle sera également étayée par le « Guide consolidé des informations stratégiques sur le VIH pour le secteur de la santé », élaboré par le Département VIH de l'OMS. Ce processus, qui se terminera à la fin de l'année 2015, permettra d'éclairer les décisions concernant les futurs mécanismes et cibles de suivi pour 2016 et au-delà.

ENSEMBLE COMBINÉ D'INDICATEURS DE BASE DU RAPPORT D'ACTIVITÉ SUR LA RIPOSTE AU SIDA DANS LE MONDE ET D'INDICATEURS D'ACCÈS UNIVERSEL

(RARSM ; Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde, AU ; Accès universel, DD ; Déclaration de Dublin)

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

Objectif 1. Réduire de 50 % le taux de transmission du VIH par voie sexuelle à l'horizon 2015

Population générale

- 1.1 Les jeunes : Connaissances des jeunes en matière de prévention du VIH (RARSM)
- 1.2 Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (RARSM)
- 1.3 Partenaires sexuels multiples (RARSM)
- 1.4 Utilisation du préservatif lors du dernier rapport chez les personnes ayant plusieurs partenaires sexuels (RARSM)
- 1.5 Dépistage du VIH au sein de la population générale (RARSM)
- 1.6 Prévalence du VIH chez les jeunes (RARSM)

Professionnel(le)s du sexe

- 1.7 Professionnel(le)s du sexe : programmes de prévention (RARSM)
- 1.8 Professionnel(le)s du sexe : utilisation du préservatif (RARSM, AU, DD)
- 1.9 Dépistage du VIH chez les professionnel(le)s du sexe (RARSM, AU, DD)
- 1.10 Prévalence du VIH chez les professionnel(le)s du sexe (RARSM, AU, DD)

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

- 1.11 Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : programmes de prévention (RARSM)
- 1.12 Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : utilisation du préservatif (RARSM, AU, DD)
- 1.13 Dépistage du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (RARSM, AU, DD)
- 1.14. Prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (RARSM, AU, DD)

Conseils et dépistage

- 1.15 Nombre d'établissements de santé qui proposent des services de conseil et de dépistage du VIH (AU)
- 1.16 Dépistage du VIH et conseils aux femmes et hommes de 15 ans et plus (AU)
- 1.16.1 Pourcentage d'établissements de santé qui fournissent des kits de dépistage rapide du VIH et qui ont connu une rupture de stock ces 12 derniers mois (AU)

Infections sexuellement transmissibles

- 1.17 Infections sexuellement transmissibles (IST) (AU)
 - 1.17.1 Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et qui ont bénéficié d'un dépistage de la syphilis (AU)
 - 1.17.2 Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et qui étaient séropositives pour la syphilis (AU)
 - 1.17.3 Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals, qui étaient séropositives pour la syphilis et qui ont reçu un traitement (AU)
 - 1.17.4 Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui présentaient une syphilis active (AU)
 - 1.17.5 Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui présentent une syphilis active (AU)
 - 1.17.6 Nombre de cas de syphilis (primaire/secondaire et latente/statut inconnu) chez l'adulte déclarés au cours des 12 derniers mois (AU)
 - 1.17.7 Nombre de cas de syphilis congénitale (naissances vivantes et mortinaissances) déclarés au cours des 12 derniers mois (AU)
 - 1.17.8 Nombre de cas de gonorrhée chez l'homme déclarés au cours des 12 derniers mois (AU)
 - 1.17.9 Nombre de cas d'écoulement urétral chez l'homme déclarés au cours des 12 derniers mois (AU)
 - 1.17.10 Nombre de cas d'ulcérations génitales chez l'adulte déclarés au cours des 12 derniers mois (AU)
- 1.18 Pourcentage (%) de femmes enceintes qui présentent une sérologie positive pour la syphilis et dont les partenaires sexuels ont été identifiés et traités contre la syphilis (OPS uniquement)
- 1.19 Cas de VIH/sida diagnostiqués (AU)
 - 1.19.1 Nombre de cas de VIH diagnostiqués par âge et par sexe pour la période 2010-2014 (AU)
 - 1.19.2 Nombre de cas de sida diagnostiqués par âge et par sexe pour la période 2010-2014 (AU)

Circoncision masculine

- 1.22 Circoncision masculine, prévalence (RARSM, AU)
- 1.23 Nombre d'hommes circoncis l'année dernière (RARSM, AU)

Objectif 2. Réduire de 50 % la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues injectables à l'horizon 2015

- 2.1 Consommateurs de drogues injectables : programmes de prévention (RARSM, AU, DD)
- 2.2. Consommateurs de drogues injectables : utilisation du préservatif (RARSM, AU)
- 2.3 Consommateurs de drogues injectables : pratiques d'injection sans risque (RARSM, AU)
- 2.4 Dépistage du VIH chez les consommateurs de drogues injectables (RARSM, AU, DD)
- 2.5 Prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables (RARSM, AU, DD)
- 2.6 Nombre de personnes bénéficiant d'un traitement de substitution aux opioïdes (AU)
- 2.7 Sites PAS et TSO (AU)

Objectif 3. Éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida à l'horizon 2015

- 3.1 Prévention de la transmission mère-enfant (RARSM, AU)
- 3.1a Prévention de la transmission de la mère à l'enfant durant l'allaitement (RARSM, AU)
- 3.2 Diagnostic infantile précoce (RARSM, AU)
- 3.3 Transmission du VIH de la mère à l'enfant (modélisée) (RARSM, AU)
- 3.3a Taux de transmission mère-enfant (selon les données du programme)
- 3.4 Femmes enceintes qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH et qui ont reçu leurs résultats (AU)
- 3.5 Pourcentage de femmes enceintes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et dont le partenaire masculin a bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois (AU)
- 3.6 Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH chez qui les critères d'admissibilité à un TARV ont été évalués sur des bases cliniques ou par test de numération des CD4 (AU)
- 3.7 Pourcentage de nourrissons, nés de femmes infectées par le VIH, qui ont reçu une prophylaxie par antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant au cours des six premières semaines de vie (AU)
- 3.9 Pourcentage de nourrissons, nés de femmes infectées par le VIH, chez qui une prophylaxie par le cotrimoxazole 'CTX) a été mise en route dans les deux mois suivant la naissance (AU)
- 3.10 Distribution des résultats des nourrissons exposés au VIH (AU)

- 3.11 Nombre de femmes enceintes qui ont consulté dans les services de soins prénatals au moins une fois pendant la période considérée (AU)
- 3.11.1 Pourcentage de femmes enceintes séropositives qui ont mis fin à leur grossesse (EURO8)
- 3.11.2 Pourcentage de femmes enceintes séropositives qui ont accouché au cours de l'année de référence (EURO9)
- 3.12 Établissements de SP et de DIP (AU)
- 3.13 Indicateur PTME spécifique à EURO (femmes enceintes consommatrices de drogues injectables)
- 3.13.1 Pourcentage de femmes enceintes séropositives qui sont consommatrices de drogues injectables (UDI) (EURO11)
- 3.13.2 Pourcentage de femmes séropositives enceintes consommatrices de drogues injectables ayant reçu un TSO pendant la grossesse (EURO12)
- 3.13 Pourcentage de femmes enceintes séropositives qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant pendant la grossesse (EURO13)

Objectif 4. D'ici à 2015, assurer un traitement antirétroviral vital à 15 millions de personnes vivant avec le VIH

- 4.1 Traitement du VIH : traitement antirétroviral (RARSM, AU, DD)
- 4.2 Rétention à douze mois sous traitement antirétroviral (RARSM, AU)
- 4.2b Rétention à vingt-quatre mois sous traitement antirétroviral (AU)
- 4 Rétention à soixante mois sous traitement antirétroviral (AU)
- 4.2.1 Pourcentage de consommateurs de drogues injectables ayant une infection à VIH, recevant un traitement et toujours en vie 12 mois, 24 mois et 60 mois après le début de la thérapie antirétrovirale (EURO4)
- 4.3 Établissements de santé qui proposent le traitement antirétroviral (AU)
- 4.4 Ruptures de stock d'ARV (AU)
- 4.5 Diagnostic tardif du VIH (AU)
- 4.6 Soins de l'infection à VIH (AU)
- 4.7 Charge virale (AU)

Objectif 5. D'ici à 2015, réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH

- 5.1 Prise en charge commune du traitement antituberculeux et du traitement contre le VIH (RARSM, AU)
- 5.2 Pourcentage de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites dans les services de soins de l'infection à VIH et chez qui une tuberculose active a été détectée (AU)
- 5.3 Pourcentage de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites pour des soins de l'infection à VIH et chez qui un traitement préventif par l'isoniazide a été mis en route (AU)
- 5.4 Pourcentage d'adultes et d'enfants inscrits pour des soins de l'infection à VIH chez qui le statut par rapport à la tuberculose a été évalué au cours de leur dernière visite (AU)

Objectif 6. D'ici à 2015, réduire le déficit mondial de moyens de riposte au sida et parvenir à un investissement mondial annuel de 22 à 24 milliards de dollars américains dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires

- 6.1 Dépenses relatives au sida (RARSM, DD)

Objectif 7. Éliminer les inégalités entre les sexes

- 7.1 Prévalence de la violence récente au sein du couple (RARSM)

Objectif 8. Éliminer la stigmatisation et la discrimination

- 8.1 Attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH (RARSM)

Objectif 9. Éliminer les restrictions en matière de déplacements

Objectif 10. Renforcer l'intégration des personnes vivant avec le VIH

- 10.1 Assiduité des orphelins à l'école
- 10.2 Soutien économique externe aux foyers les plus pauvres (RARSM)

Politiques gouvernementales de riposte au VIH et au sida

- P.1b Questions liées aux politiques et aux programmes (AU)



OBJECTIF 1. RÉDUIRE DE 50 % LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PAR VOIE SEXUELLE À L'HORIZON 2015

Population générale

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

Professionnel(le)s du sexe

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

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

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

*Indicateur des objectifs du Millénaire pour le développement

1.1 Les jeunes : Connaissances des jeunes en matière de prévention du VIH

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

Objet

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

Fondement

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

Numérateur :	Nombre de répondants de 15 à 24 ans ayant répondu correctement aux cinq questions
Dénominateur :	Nombre de répondants de 15 à 24 ans
Calcul :	Numérateur / dénominateur
Méthode d'évaluation :	<p>Enquêtes réalisées auprès de la population (enquêtes démographiques et de santé, enquêtes sur les indicateurs du sida, enquêtes MICS ou en grappe à indicateurs multiples et autres enquêtes représentatives)</p> <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 lors de chaque rapport ?3. Une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive ?4. Une piqûre de moustique peut-elle transmettre le VIH ?5. Peut-on contracter le VIH en partageant un repas avec une personne séropositive ?
Fréquence de mesure :	De préférence biennale et au minimum tous les 3 à 5 ans
Ventilation :	<ul style="list-style-type: none">• Sexe• Âge (de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans)

Explication du numérateur

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

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

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

Atouts et faiblesses

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

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

Informations supplémentaires

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

1.2 Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

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

Objet

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

Fondement

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

Numérateur :	Nombre de répondants (de 15 à 24 ans) qui indiquent avoir eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans
Dénominateur :	Nombre de répondants de 15 à 24 ans
Calcul :	Numérateur / dénominateur
Méthode d'évaluation :	Enquêtes réalisées auprès de la population (enquêtes démographiques et de santé, enquêtes sur les indicateurs du sida, enquêtes MICS ou en grappe à indicateurs multiples et autres enquêtes représentatives) Il a été demandé aux personnes interrogées si elles avaient déjà eu des rapports sexuels et, si oui, quel âge elles avaient lors de leur premier rapport.
Fréquence de mesure :	Tous les 3 à 5 ans
Ventilation :	<ul style="list-style-type: none">• Sexe• Âge (de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans)

Atouts et faiblesses

Dans les pays où peu de jeunes ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans, il est possible d'utiliser un indicateur alternatif : le pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés de 20 à 24 ans déclarant avoir eu leur premier rapport avant 18 ans. L'avantage d'utiliser l'âge déclaré du premier rapport sexuel (plutôt que l'âge médian lors du premier rapport sexuel) est que le calcul est simple et permet des comparaisons aisées dans le temps. Le dénominateur est facile à établir, car l'ensemble des personnes ayant participé à l'échantillonnage en question contribuent à l'évaluation.

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

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

Informations supplémentaires

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

1.3 Partenaires sexuels multiples

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

Objet

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

Fondement

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

Numérateur :	Nombre de répondants de 15 à 49 ans qui ont eu un rapport sexuel avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois
Dénominateur :	Nombre de répondants de 15 à 49 ans
Calcul :	Numérateur / dénominateur
Méthode d'évaluation :	Enquêtes réalisées auprès de la population (enquêtes démographiques et de santé, enquêtes sur les indicateurs du sida, enquêtes MICS ou en grappe à indicateurs multiples et autres enquêtes représentatives) Le parcours sexuel des personnes interrogées est demandé. L'analyse de ce parcours est utilisée pour déterminer si les personnes interrogées ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois.
Fréquence de mesure :	Tous les 3 à 5 ans
Ventilation :	<ul style="list-style-type: none">• Sexe• Âge (de 15 à 19 ans, de 20 à 24 ans et de 25 à 49 ans)

Atouts et faiblesses

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

Informations supplémentaires

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

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

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

Objet

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

Fondement

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

Numérateur :	Nombre de personnes de 15 à 49 ans ayant déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel
Dénominateur :	Nombre de personnes interrogées de 15 à 49 ans ayant déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois
Calcul :	Numérateur / dénominateur
Méthode d'évaluation :	Enquêtes réalisées auprès de la population (enquêtes démographiques et de santé, enquêtes sur les indicateurs du sida, enquêtes MICS ou en grappe à indicateurs multiples et autres enquêtes représentatives) Le parcours sexuel des personnes interrogées est demandé. L'analyse du parcours sexuel est utilisée pour déterminer si les personnes interrogées ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois, et le cas échéant si elles ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.
Fréquence de mesure :	Tous les 3 à 5 ans
Ventilation :	<ul style="list-style-type: none">• Sexe• Âge (de 15 à 19 ans, de 20 à 24 ans et de 25 à 49 ans)

Atouts et faiblesses

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

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

Informations supplémentaires

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

1.5 Dépistage du VIH au sein de la population générale

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

Objet

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

Fondement

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

Numérateur :	Nombre de répondants de 15 à 49 ans ayant subi le test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat
Dénominateur :	Nombre de répondants de 15 à 49 ans Le dénominateur inclut les personnes qui n'ont jamais entendu parler du VIH ou du sida
Calcul :	Numérateur / dénominateur

- Méthode d'évaluation :** Enquêtes réalisées auprès de la population (enquêtes démographiques et de santé, enquêtes sur les indicateurs du sida, enquêtes MICS ou en grappe à indicateurs multiples et autres enquêtes représentatives)
Les questions suivantes sont posées :
1. Je ne désire pas connaître le résultat, mais j'aimerais savoir si vous avez fait l'objet d'un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois.
Dans l'affirmative :
 2. Je ne désire pas le connaître, mais avez-vous reçu le résultat du test ?
- Fréquence de mesure :** Tous les 3 à 5 ans
- Ventilation :**
- Sexe
 - Âge (de 15 à 19 ans, de 20 à 24 ans et de 25 à 49 ans)

Atouts et faiblesses

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

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

Informations supplémentaires

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

1.6 Prévalence du VIH chez les jeunes

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

Objet

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

Fondement

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

La prévalence du VIH à un âge donné est égale à la différence entre le nombre total de personnes infectées par le VIH jusqu'à cet âge et le nombre de personnes qui sont décédées, exprimée en

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

Type d'épidémie : Généralisée

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

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

Calcul : Numérateur / dénominateur

Méthode Directives de l'OMS/ONUSIDA pour la surveillance sentinelle du VIH

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

Fréquence de mesure : Annuelle

Ventilation : Aucune

Atouts et faiblesses

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

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

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

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

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

Informations supplémentaires

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

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

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

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

Objet

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

Fondement

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

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

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

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

Calcul :	Numérateur / dénominateur
Méthode d'évaluation :	<p>Surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques.</p> <p>Les questions suivantes sont posées aux professionnel(le)s du sexe :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Savez-vous où vous adresser pour le dépistage du VIH ? 2. Au cours des douze derniers mois, vous a-t-on donné des préservatifs ? (par ex. : lors d'une campagne d'information, dans un centre d'accueil ou un établissement consacré à la santé sexuelle) <p>Scores for each of the individual questions—based on the same denominator—are required in addition to the score for the composite indicator</p> <p>Whenever possible, data for sex workers should be collected through civil society organizations that have worked closely with this population in the field</p> <p>Access to sex workers as well as the data collected from them must remain confidential</p>
Fréquence de mesure :	Tous les deux ans
Ventilation :	<ul style="list-style-type: none"> • Sexe (femme, homme, transgenre) • Âge (<25/25+)

Atouts et faiblesses

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

S'il s'agit de données infranationales, veuillez indiquer, dans la zone réservée aux commentaires, la ventilation par zone administrative. Veuillez transmettre, à l'aide de l'outil de téléchargement, la version numérisée de tout rapport d'enquête disponible.

La prise en compte de ces indicateurs ne doit pas être interprétée comme signifiant que les seuls services mentionnés suffisent dans le cadre des programmes de prévention du VIH destinés à ces populations. La série d'interventions clefs décrites ci-dessus doit faire partie d'un programme global de prévention du VIH, incluant également des éléments tels que la fourniture de messages de prévention du VIH (par ex. : par le biais des programmes de vulgarisation et de l'éducation par les pairs), le traitement des maladies sexuellement transmissibles et autres. Pour en savoir plus sur les composants des programmes globaux de prévention du VIH destinés aux professionnel(le)s du sexe, veuillez consulter les Directives pratiques pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel.

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

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

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

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

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, veuillez consulter les références suivantes :

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

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

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

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

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

Objet

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

Fondement

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

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

Numérateur :	Nombre de professionnel(le)s du sexe qui ont indiqué avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client
Dénominateur :	Nombre de professionnel(le)s du sexe qui ont indiqué avoir eu des rapports sexuels tarifés au cours des 12 derniers mois
Calcul :	Numérateur / dénominateur
Méthode d'évaluation :	Surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques. La question suivante est posée aux personnes interrogées : Avez-vous utilisé un préservatif avec votre dernier client ? Chaque fois que possible, les données relatives aux professionnel(le)s du sexe doivent être recueillies par les organisations de la société civile qui travaillent sur le terrain en étroite collaboration avec la population concernée. Il importe que l'identité des personnes interrogées et les informations recueillies auprès d'elles demeurent confidentielles.
Fréquence de mesure :	Tous les deux ans
Ventilation :	<ul style="list-style-type: none"> • Sexe (femme, homme, transgenre) • Âge (<25/25+)

Atouts et faiblesses

L'effet protecteur maximal des préservatifs est atteint lorsqu'ils sont utilisés systématiquement plutôt qu'occasionnellement. Cet indicateur fournit une surestimation du niveau d'utilisation systématique du préservatif. Toutefois, la méthode alternative qui consiste à demander si le préservatif a toujours/parfois/jamais été utilisé lors de rapports sexuels avec les clients pendant une période déterminée est sujette à un biais de mémoire. En outre, la tendance à utiliser un préservatif lors du rapport sexuel le plus récent avec un partenaire occasionnel reflétera généralement une tendance à l'utiliser de manière régulière avec de tels partenaires.

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

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

S'il s'agit de données infranationales, veuillez indiquer, dans la zone réservée aux commentaires, la ventilation par zone administrative. Veuillez transmettre, à l'aide de l'outil de téléchargement, la version numérisée de tout rapport d'enquête disponible.

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

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

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, veuillez consulter les références suivantes :

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

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

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

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

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

Objet

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

Fondement

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

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

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

Calcul :	Numérateur / dénominateur
Méthode d'évaluation :	Surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques. Les questions suivantes sont posées aux professionnel(le)s du sexe : 1. Avez-vous fait l'objet d'un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois ? Dans l'affirmative : 2. Je ne désire pas le connaître, mais avez-vous reçu le résultat du test ? Chaque fois que possible, les données relatives aux professionnel(le)s du sexe doivent être recueillies par les organisations de la société civile qui travaillent sur le terrain en étroite collaboration avec la population concernée. Il importe que l'identité des personnes interrogées et les informations recueillies auprès d'elles demeurent confidentielles.
Fréquence de mesure :	Tous les deux ans
Ventilation :	<ul style="list-style-type: none"> • Sexe (femme, homme, transgenre) • Âge (<25/25+)

Atouts et faiblesses

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

S'il s'agit de données infranationales, veuillez indiquer, dans la zone réservée aux commentaires, la ventilation par zone administrative. Veuillez transmettre, à l'aide de l'outil de téléchargement, la version numérisée de tout rapport d'enquête disponible.

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

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

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

Cet indicateur est le plus significatif dans les contextes où l'extension du dépistage est relativement récente. Les personnes dépistées il y a plus de 12 mois qui savent qu'elles sont séropositives au VIH sont considérées comme « détectées » grâce à cet indicateur. Idéalement, les enquêtes devraient demander pourquoi les répondants n'ont pas effectué de dépistage au cours des 12 derniers mois.

S'ils indiquent qu'ils sont séropositifs au VIH, ils ne doivent pas être inclus dans le dénominateur. Cet indicateur sera officiellement modifié en 2015. Nous demandons aux États membres qui sont en mesure de le faire d'exclure les cas de séropositivité au VIH connus du dénominateur, et de l'indiquer dans la zone réservée aux observations.

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, veuillez consulter les références suivantes :

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

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

Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for Sex Workers,

Men who have Sex with Men, and Transgender People. Évaluation de la MESURE (www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a).

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

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

Objet

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

Fondement

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

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

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

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

Calcul :	Numérateur / dénominateur
Méthode d'évaluation :	<p>Groupe de travail de l'OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST : Directives pour la surveillance des populations les plus exposées au VIH (OMS/ONUSIDA, 2011)</p> <p>Cet indicateur est calculé à l'aide des données rassemblées lors de tests de dépistage du VIH pratiqués sur les personnes interrogées au niveau du ou des principaux sites sentinelles.</p> <p>Les sites de surveillance sentinelle utilisés pour mesurer cet indicateur doivent rester les mêmes afin de permettre un suivi cohérent dans le temps.</p>
Fréquence de mesure :	Annuelle
Ventilation :	<ul style="list-style-type: none"> • Sexe (femme, homme, transgenre) • Âge (<25/25+)

Atouts et faiblesses

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

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

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

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

En matière de prévalence du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe dans la capitale, les tendances fourniront des indications utiles concernant les résultats du programme de prévention du VIH dans cette ville. Elles ne seront toutefois pas représentatives de la situation dans l'ensemble du pays.

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

S'il s'agit de données infranationales, veuillez indiquer, dans la zone réservée aux commentaires, la ventilation par zone administrative. Veuillez transmettre, à l'aide de l'outil de téléchargement, la version numérisée de tout rapport d'enquête disponible.

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

Informations supplémentaires

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

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

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

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

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

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

Objet

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

Fondement

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

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

Numérateur :	Nombre de MSM ayant répondu « oui » aux deux questions
Dénominateur :	Nombre total de MSM ayant été interrogé(e)s
Calcul :	Numérateur / dénominateur
Méthode d'évaluation :	Surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques. Les questions suivantes sont posées aux personnes interrogées : <ol style="list-style-type: none">1. Savez-vous où vous adresser pour le dépistage du VIH ?2. Au cours des douze derniers mois, vous a-t-on donné des préservatifs ? (par ex. : lors d'une campagne d'information, dans un centre d'accueil ou un établissement consacré à la santé sexuelle) Des scores correspondant à chacune des questions (fondés sur le même dénominateur) sont requis en plus de ceux qui entrent dans l'indicateur composite. Chaque fois que possible, les données relatives aux MSM doivent être recueillies par les organisations de la société civile qui travaillent sur le terrain en étroite collaboration avec la population concernée. Il importe que l'identité des personnes interrogées et les informations recueillies auprès d'elles demeurent confidentielles.
Fréquence de mesure :	Tous les deux ans
Ventilation :	Âge (<25/25+)

Atouts et faiblesses

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

S'il s'agit de données infranationales, veuillez indiquer, dans la zone réservée aux commentaires, la ventilation par zone administrative. Veuillez transmettre, à l'aide de l'outil de téléchargement, la version numérisée de tout rapport d'enquête disponible.

La prise en compte de ces indicateurs ne doit pas être interprétée comme signifiant que les seuls services mentionnés suffisent dans le cadre des programmes de prévention du VIH destinés à ces populations. La série d'interventions clés décrites ci-dessus doit faire partie d'un programme global de prévention du VIH, incluant également des éléments tels que la fourniture de messages de prévention du VIH (par ex. : par le biais des programmes de vulgarisation et de l'éducation par les pairs), le traitement des maladies sexuellement transmissibles et autres. Pour en savoir plus sur les composants des programmes globaux de prévention du VIH destinés aux populations clés les plus exposées, veuillez consulter les *Directives pratiques pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel*.

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

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

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

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, veuillez consulter les références suivantes :

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

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

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

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

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

Objet

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

Fondement

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

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

Numérateur :	Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes indiquant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal
Dénominateur :	Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes indiquant avoir eu des rapports sexuels anaux avec un partenaire masculin au cours des six derniers mois
Calcul :	Numérateur / dénominateur
Méthode d'évaluation :	Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes indiquant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes indiquant avoir eu des rapports sexuels anaux avec un partenaire masculin au cours des six derniers mois Numérateur / dénominateur
Fréquence de mesure :	Tous les deux ans
Ventilation :	Âge (<25/25+)

Atouts et faiblesses

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

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

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

S'il s'agit de données infranationales, veuillez indiquer, dans la zone réservée aux commentaires, la ventilation par zone administrative. Veuillez transmettre, à l'aide de l'outil de téléchargement, la version numérisée de tout rapport d'enquête disponible.

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

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, veuillez consulter les références suivantes :

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

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

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

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

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

Objet

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

Fondement

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

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

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

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

Calcul : Numérateur / dénominateur

Méthode	Surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques.
d'évaluation :	Les questions suivantes sont posées aux personnes interrogées : <ol style="list-style-type: none"> 1. Avez-vous fait l'objet d'un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois ? <p>Dans l'affirmative :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Je ne désire pas le connaître, mais avez-vous reçu le résultat du test ? <p>Chaque fois que possible, les données concernant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doivent être collectées par l'intermédiaire d'organisations de la société civile qui travaillent en collaboration étroite avec cette population sur le terrain.</p> <p>Il importe que l'identité des personnes interrogées et les informations recueillies auprès d'elles demeurent confidentielles.</p>
Fréquence de mesure :	Tous les deux ans
Ventilation :	Âge (<25/25+)

Atouts et faiblesses

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

S'il s'agit de données infranationales, veuillez indiquer, dans la zone réservée aux commentaires, la ventilation par zone administrative. Veuillez transmettre, à l'aide de l'outil de téléchargement, la version numérisée de tout rapport d'enquête disponible.

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

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

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

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, veuillez consulter les références suivantes :

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

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

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

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

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

Objet

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

Fondement

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

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

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

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

Calcul : Numérateur / dénominateur

Méthode d'évaluation :	Groupe de travail de l'OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST : Directives pour la surveillance des populations les plus exposées au VIH (OMS/ONUSIDA, 2011) Cet indicateur est calculé à l'aide de données issues des dépistages du VIH effectués auprès des personnes interrogées dans le ou les site(s) sentinelle(s) Les sites de surveillance sentinelle utilisés dans le calcul de cet indicateur doivent rester constants pour permettre de suivre les modifications au fil du temps
Fréquence de mesure :	Annuelle
Ventilation :	Âge (<25/25+)

Atouts et faiblesses

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

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

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

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

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

En matière de prévalence du VIH au sein de la population masculine ayant des relations sexuelles avec des hommes dans la capitale, les tendances fourniront des indications utiles concernant les résultats du programme de prévention du VIH dans cette ville. Elles ne seront toutefois pas représentatives de la situation dans l'ensemble du pays.

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

S'il s'agit de données infranationales, veuillez indiquer, dans la zone réservée aux commentaires, la ventilation par zone administrative. Veuillez transmettre, à l'aide de l'outil de téléchargement, la version numérisée de tout rapport d'enquête disponible.

Informations supplémentaires

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

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

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

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



OBJECTIFS 1 ET 2 ESTIMATION DE LA TAILLE DES POPULATIONS CLEFS

Fondement

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

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

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

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

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

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

Veuillez transmettre, à l'aide de l'outil de téléchargement, la version numérisée de tout rapport disponible concernant l'estimation de la taille.



OBJECTIF 2. REDUIRE DE 50 % LA TRANSMISSION DU VIH CHEZ LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES À L'HORIZON 2015

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

2.1 Consommateurs de drogues injectables : programmes de prévention

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

Objet

Il évalue les progrès réalisés dans l'extension de la couverture de services de base de prévention du VIH chez les consommateurs de drogues injectables.

Fondement

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

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

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

Numérateur :	Nombre de seringues distribuées au cours des 12 derniers mois par les PAS
Dénominateur :	Nombre de consommateurs de drogues injectables dans le pays
Calcul :	Numérateur / dénominateur
Méthode d'évaluation :	Nombre de seringues distribuées au cours des 12 derniers mois par les PAS (numérateur) Estimation du nombre de consommateurs de drogues injectables dans le pays (dénominateur)
Fréquence de mesure :	Tous les deux ans
Ventilation :	Aucune

Atouts et faiblesses

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

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

S'il s'agit de données infranationales, veuillez indiquer, dans la zone réservée aux commentaires, la ventilation par zone administrative. Veuillez transmettre, à l'aide de l'outil de téléchargement, la version numérisée de tout rapport d'enquête disponible.

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

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

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

Informations supplémentaires

Une description complète de cet indicateur figure dans le document suivant : OMS/ONUSIDA/ ONUSIDA. *Guide technique pour la définition d'objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida pour les consommateurs de drogues injectables*. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2012
http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/index.html.

Pour toute information supplémentaire, veuillez consulter les références suivantes :

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

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

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

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

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

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/2011_Estimating_Populations_en.pdf

(Les lignes directrices relatives à l'estimation de la taille des populations les plus exposées au VIH – 2010 – du Groupe de travail de l'OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST).

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

2.2 Consommateurs de drogues injectables : utilisation du préservatif

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

Objet

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

Fondement

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

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

Numérateur : Nombre de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel

Dénominateur : Nombre de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir consommé des drogues injectables et eu un rapport sexuel au cours du mois précédent

Calcul : Numérateur / dénominateur

Méthode Surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques.

d'évaluation : Il est demandé aux consommateurs de drogues injectables de répondre à la série de questions suivante :

1. Vous êtes-vous injecté des drogues à un moment quelconque au cours du mois dernier ?
2. Dans l'affirmative : Si oui, avez-vous eu des rapports sexuels au cours du mois dernier ?
3. Si les réponses aux questions 1 et 2 sont toutes les deux affirmatives, la question suivante est : Avez-vous utilisé un préservatif lors de votre dernier rapport sexuel ?

Chaque fois que possible, les données relatives aux consommateurs de drogues injectables doivent être recueillies par les organisations de la société civile qui travaillent sur le terrain en étroite collaboration avec la population concernée. Il importe que l'identité des personnes interrogées et les informations recueillies auprès d'elles demeurent confidentielles.

Fréquence de mesure : Tous les deux ans

Ventilation :

- Sexe
- Âge (<25/25+)

Atouts et faiblesses

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

taille de l'échantillon, la qualité et la fiabilité des données, et toute question connexe doivent accompagner l'indicateur.

S'il s'agit de données infranationales, veuillez indiquer, dans la zone réservée aux commentaires, la ventilation par zone administrative. Veuillez transmettre, à l'aide de l'outil de téléchargement, la version numérisée de tout rapport d'enquête disponible.

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

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

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, veuillez consulter les références suivantes :

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

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

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

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

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

Objet

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

Fondement

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

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

Numérateur :	Nombre de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils se sont injecté de la drogue
Dénominateur :	Nombre de consommateurs de drogues injectables ayant déclaré s'être injecté de la drogue au cours du mois dernier
Calcul :	Numérateur / dénominateur
Méthode d'évaluation :	Surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques. Les questions suivantes sont posées aux personnes interrogées : <ol style="list-style-type: none">1. Vous êtes-vous injecté des drogues à un moment quelconque au cours du mois dernier ?2. Dans l'affirmative : Avez-vous utilisé une seringue et une aiguille stériles la dernière fois que vous vous êtes injecté de la drogue ? Chaque fois que possible, les données relatives aux consommateurs de drogues injectables doivent être recueillies par les organisations de la société civile qui travaillent sur le terrain en étroite collaboration avec la population concernée. Il importe que l'identité des personnes interrogées et les informations recueillies auprès d'elles demeurent confidentielles.
Fréquence de mesure :	Tous les deux ans
Ventilation :	<ul style="list-style-type: none">• Sexe• Âge (<25/25+)

Atouts et faiblesses

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

S'il s'agit de données infranationales, veuillez indiquer, dans la zone réservée aux commentaires, la ventilation par zone administrative. Veuillez transmettre, à l'aide de l'outil de téléchargement, la version numérisée de tout rapport d'enquête disponible.

L'importance de la transmission du VIH liée à la consommation de drogues injectables au sein d'un pays dépend de quatre facteurs : (i) l'étendue, le stade et les caractéristiques de propagation de l'épidémie nationale de sida, (ii) l'ampleur de la consommation de drogues injectables, (iii) le degré d'utilisation de matériel d'injection contaminé par les consommateurs de drogues injectables, et (iv) les habitudes en termes de promiscuité sexuelle et d'utilisation du préservatif parmi les consommateurs de drogues injectables, d'une part, et entre ceux-ci et l'ensemble de la population, d'autre part. Cet indicateur fournit des informations sur le troisième de ces facteurs. Pour maximiser l'utilité de ces données, il est recommandé que l'échantillon ayant servi au calcul de cet indicateur soit également utilisé pour le calcul des autres indicateurs se rapportant à ces populations.

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, veuillez consulter les références suivantes :

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

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

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

2.4 Dépistage du VIH chez les consommateurs de drogues injectables

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

Objet

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

Fondement

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

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

Numérateur :	Nombre de consommateurs de drogues injectables interrogés ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat
Dénominateur :	Nombre de consommateurs de drogues injectables inclus dans l'échantillon
Calcul :	Numérateur / dénominateur
Méthode d'évaluation :	Surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques. Les questions suivantes sont posées aux personnes interrogées : <ol style="list-style-type: none">1. Avez-vous fait l'objet d'un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois ? Dans l'affirmative :<ol style="list-style-type: none">2. Je ne désire pas le connaître, mais avez-vous reçu le résultat du test ? Chaque fois que possible, les données relatives aux consommateurs de drogues injectables doivent être recueillies par les organisations de la société civile qui travaillent sur le terrain en étroite collaboration avec la population concernée. Il importe que l'identité des personnes interrogées et les informations recueillies auprès d'elles demeurent confidentielles.
Fréquence de mesure :	Tous les deux ans
Ventilation :	<ul style="list-style-type: none">• Sexe• Âge (<25/25+)

Atouts et faiblesses

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

S'il s'agit de données infranationales, veuillez indiquer, dans la zone réservée aux commentaires, la ventilation par zone administrative. Veuillez transmettre, à l'aide de l'outil de téléchargement, la version numérisée de tout rapport d'enquête disponible.

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

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

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

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, veuillez consulter les références suivantes :

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

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

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

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

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

2.5 Prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables

Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH

Objet

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

Fondement

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

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

Numérateur :	Nombre de consommateurs de drogues injectables ayant subi un test de dépistage du VIH et dont le résultat est positif
Dénominateur :	Nombre de consommateurs de drogues injectables ayant subi un test de dépistage
Calcul :	Numérateur / dénominateur
Méthode d'évaluation :	Groupe de travail de l'OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST : Directives pour la surveillance des populations les plus exposées au VIH (OMS/ONUSIDA, 2011). Cet indicateur est calculé à l'aide des données rassemblées lors de tests de dépistage du VIH pratiqués sur les personnes interrogées au niveau du ou des principaux sites sentinelles ou dans le cadre d'une enquête de surveillance. Les sites de surveillance sentinelle utilisés pour mesurer cet indicateur doivent rester les mêmes afin de permettre un suivi cohérent dans le temps.
Fréquence de mesure :	Annuelle
Ventilation :	<ul style="list-style-type: none">• Sexe• Âge (<25/25+)

Atouts et faiblesses

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

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

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

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

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

En matière de prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables, dans la capitale, les tendances fourniront des indications utiles concernant les résultats du programme de prévention du VIH dans cette ville. Elles ne seront toutefois pas représentatives de la situation dans l'ensemble du pays.

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

S'il s'agit de données infranationales, veuillez indiquer, dans la zone réservée aux commentaires, la ventilation par zone administrative. Veuillez transmettre, à l'aide de l'outil de téléchargement, la version numérisée de tout rapport d'enquête disponible.

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, prière de consulter les sites suivants :
http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp

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



OBJECTIF 3. ÉLIMINER LES NOUVELLES INFECTIONS A VIH CHEZ LES ENFANTS ET REDUIRE SENSIBLEMENT LE NOMBRE DE DECES MATERNELS LIES AU SIDA À L'HORIZON 2015

-
- 3.1 *Pourcentage de femmes enceintes séropositives qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant*
 - 3.1a *Pourcentage de femmes vivant avec le VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour elles-mêmes ou leurs enfants en période d'allaitement (précédemment, indicateur 3.8)*
 - 3.2 *Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs 2 premiers mois de vie*
 - 3.3 *Pourcentage estimé d'enfants infectés par le VIH, nés de mères séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois*
-

3.1 Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)

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

Objet

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

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

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

Fondement

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

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

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

Calcul : Numérateur / dénominateur

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

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

Ventilation : Le numérateur doit être ventilé selon les six schémas généraux décrits ci-dessous.
Veuillez transmettre les données infranationales en les ventilant par zones administratives. La fiche de saisie des données est dotée d'une zone séparée réservée à ces données. Vous pouvez également transmettre, à l'aide de l'outil de téléchargement, la version numérisée de tout rapport connexe disponible.

Explication du numérateur

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

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

Ventilation des définitions des traitements

Catégories	Explications supplémentaires	Exemples courants
Les deux premières options couvrent les femmes recevant une thérapie antirétrovirale à vie (inclut l'option B+). 1) Nouveau traitement initié durant la grossesse en cours 2) Déjà sous traitement avant la grossesse	Traitement basé sur 3 ARV visant à fournir une TARV à vie 1) Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH ayant été identifiées comme venant de commencer un traitement antirétroviral à vie 2) Nombre de femmes enceintes séropositives au VIH déjà sous traitement antirétroviral lors de leur première visite ANC Toute femme ayant commencé un traitement antirétroviral à vie pendant le travail sera comptabilisé dans la catégorie 1. Lorsque le nombre de femmes sous thérapie antirétrovirale n'est pas ventilé selon le moment où le traitement est entamé, le chiffre peut être introduit dans la cellule intitulée « Nombre total de femmes enceintes sous traitement antirétroviral à vie ».	Schéma thérapeutique national standard, par exemple : <ul style="list-style-type: none">• TDF+3TC+EFV• AZT+3TC+NVP

Catégories	Explications supplémentaires	Exemples courants
3) Prophylaxie pour les mères basée sur la trithérapie antirétrovirale (prophylaxie selon l'option B de l'OMS durant la grossesse et l'accouchement)	<p>Traitement basé sur 3 ARV en cas de prophylaxie pour la TME, commencé pendant la grossesse voire pendant le travail ou l'accouchement, avec l'intention d'interrompre le traitement à la fin de l'allaitement (ou d'interrompre lors de l'accouchement si le nourrisson n'est pas allaité)</p> <p>Toute femme recevant 3 ARV pour la première fois lors du travail ou de l'accouchement sera tout de même comptabilisée dans cette catégorie si l'établissement est en train de mettre l'option B en place.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • TDF+3TC+EFV • AZT+3TC+EFV • AZT+3TC+LPV/r
4) AZT maternelle (prophylaxie pendant la grossesse et l'accouchement selon l'option A de l'OMS ou les Directives 2006 de l'OMS)	<p>Traitement préventif à base d'AZT (ou autre NRTI) ayant commencé à partir de 14 semaines de grossesse ou pendant le travail ou l'accouchement, pour prévenir la transmission du VIH.</p> <p>Toute femme recevant des antirétroviraux pour la première fois lors du travail ou de l'accouchement sera tout de même comptabilisée dans cette catégorie si l'établissement est en train de mettre l'option A en place.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • AZT à n'importe quel moment avant le travail + intrapartum NVP • AZT à n'importe quel moment avant le travail + intrapartum NVP + diminution graduelle, pendant 7 jours après l'accouchement, de AZT/3TC
5) Dose unique de névirapine (NVP-DU) administrée à la mère pendant la grossesse ou l'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> • La névirapine est le SEUL traitement administré à une femme enceinte séropositive pendant la grossesse, le travail ou l'accouchement <p>Ne PAS compter comme NVP-DU si :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La névirapine est administrée dans le cadre de l'option A pendant la grossesse, ou • Une femme enceinte et séropositive a commencé l'option A, B ou B+ lors du travail ou de l'accouchement 	<ul style="list-style-type: none"> • NVP-DU, UNIQUEMENT pour la mère, au début du travail • NVP-DU + diminution graduelle de 7 jours de AZT/3TC UNIQUEMENT • NVP-DU pour la mère au début du travail et NVP-DU pour l'enfant UNIQUEMENT

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

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

Explication du dénominateur

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

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

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

Atouts et faiblesses

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

Informations supplémentaires

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

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

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

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

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

Objet

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

Fondement

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

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

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

Calcul :	Numérateur / dénominateur
Méthode d'évaluation :	<p>Pour le numérateur : données des programmes nationaux, obtenues par l'agrégation des données issues des outils de suivi, par exemple, les dossiers des patients et les formulaires de synthèse. Les données requises pour le numérateur peuvent être collectées lors du Diagnostic infantile précoce (DIP) effectué à l'âge de six semaines ou lors de la vaccination DPT3 qui intervient à l'âge de deux ou trois mois, et sont à distinguer des thérapies antirétrovirales administrées afin de prévenir la transmission périnatale. Pour les nourrissons allaités, il convient de collecter les données relatives à l'administration ou non d'antirétroviraux à la mère ou à l'enfant afin de réduire la transmission postnatale. Les femmes enceintes infectées par le VIH qui sont éligibles pour une thérapie antirétrovirale à vie, qui bénéficient d'un schéma thérapeutique et dont les nourrissons bénéficient par conséquent de l'effet prophylactique des antirétroviraux pour la réduction du risque de transmission lors de l'allaitement, sont également incluses dans le numérateur.</p> <p>Pour le dénominateur : modèles d'estimation tels que Spectrum, ou enquêtes de surveillance des dispensaires prénatals associées à des données démographiques et à des ajustements appropriés sur la base d'enquêtes portant sur la couverture des maternités. Le dénominateur doit représenter le nombre de femmes vivant avec le VIH qui se trouvent en période d'allaitement. Dans les contextes où la plupart des femmes séropositives au VIH allaitent, le nombre estimé de femmes enceintes séropositives au VIH peut constituer une approximation du dénominateur (avec un ajustement en fonction du nombre d'enfants décédés avant le moment de collecte des données, si ces informations sont disponibles). Dans d'autres contextes où existe une population importante de nourrissons exposés au VIH, mais qui ne sont pas nécessairement allaités, il peut être nécessaire d'estimer le nombre de nourrissons exposés au VIH qui sont effectivement allaités.</p>
Fréquence de mesure :	Annuelle ou plus fréquente, selon les besoins de suivi d'un pays

Atouts et faiblesses

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

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

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

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

Informations supplémentaires

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

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

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

3.2 Diagnostic infantile précoce

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

Objet

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

Fondement

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

Numérateur :	Nombre de nourrissons ayant subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie, pendant la période couverte par le rapport. Les nourrissons ayant été dépistés ne devraient être comptés qu'une seule fois.
Dénominateur :	Nombre de femmes enceintes infectées par le VIH ayant accouché au cours des 12 derniers mois.
Calcul :	Numérateur / dénominateur
Méthode d'évaluation :	Les laboratoires réalisant les tests de Diagnostic Infantile Précoce (DIP) pour le numérateur, et les estimations du logiciel Spectrum, du Bureau national des statistiques et/ou de la surveillance sentinelle pour le dénominateur
Fréquence de mesure :	Annuelle ou plus fréquente, selon les besoins de suivi d'un pays

Explication du numérateur

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

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

Explication du dénominateur

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

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

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

ou ;

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

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

Atouts et faiblesses

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

Grâce au faible nombre de laboratoires de ce type et au format électronique de ces bases de données, la collecte des données relatives à cet indicateur est très aisée. La qualité des données des

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

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

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

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, veuillez consulter les références suivantes :

OMS, UNICEF, ONUSIDA. *En vue de l'accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé. Rapport sur la progression, septembre 2010*. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2010 (<http://www.who.int/hiv/pub/2009progressreport/en/index.html>).

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

Monitoring and Evaluation Toolkit. Partie 2 Tools for monitoring programs for HIV, tuberculosis, malaria and health systems strengthening. Tools for monitoring programs for HIV, tuberculosis, malaria and health systems strengthening, Genève, 2009.

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

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

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

Objet

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

Fondement

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

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

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

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

Calcul : Numérateur / dénominateur

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

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

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

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

Fréquence de mesure : Annuelle

Ventilation : Aucune

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

Atouts et faiblesses

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

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

Informations supplémentaires

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



OBJECTIF 4. ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL VITAL À 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH À L'HORIZON 2015

-
- 4.1 *Pourcentage d'adultes et d'enfants recevant actuellement un traitement antirétroviral**
- 4.2 *Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH et encore sous traitement 12 mois après le début du traitement antirétroviral*
-

*Indicateur des objectifs du Millénaire pour le développement

4.1 Traitement du VIH : traitement antirétroviral

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

Objet

Il évalue la couverture de la thérapie antirétrovirale.

Fondement

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

Numérateur :	Nombre d'adultes et d'enfants actuellement sous thérapie antirétrovirale conformément au protocole national de traitement (ou aux normes de l'OMS) au terme de la période analysée
Dénominateur :	Nombre estimé d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH Le critère national d'éligibilité pour une thérapie antirétrovirale varie d'un pays à l'autre. Pour faciliter la comparaison de ces indicateurs entre les pays, la couverture du traitement antirétroviral chez l'adulte et l'enfant sera exprimée dans les rapports nationaux en tant que pourcentage de l'ensemble de la population vivant avec le VIH.
Calcul :	Numérateur / dénominateur
Remarque :	Bien que la couverture soit calculée par rapport au nombre total des personnes vivant avec le VIH, il est également demandé de fournir le nombre des personnes éligibles pour une thérapie antirétrovirale en vertu de vos critères nationaux.
Méthode d'évaluation :	Les données doivent être recueillies de manière continue à l'échelon des établissements de santé. Les données doivent être agrégées périodiquement. Les rapports annuels doivent utiliser les données les plus récentes dont on dispose pour une année complète. Pour le numérateur : dossiers couvrant les traitements antirétroviraux au sein des établissements, et formulaires des études de prévalence. Pour le dénominateur : modèles d'estimation couvrant le VIH
Fréquence de mesure :	Les données doivent être recueillies de manière continue à l'échelon des établissements de santé. Les données doivent être agrégées périodiquement, de préférence tous les mois ou tous les trimestres. Les rapports annuels doivent utiliser les données les plus récentes dont on dispose pour un mois ou un trimestre.
Ventilation :	<ul style="list-style-type: none"> • Sexe • Âge (moins de 15 ans, 15 et plus, 15-49, < 1 an, 1-4 ans, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50+) • Public / privé • Personnes ayant entamé un traitement antirétroviral au cours de la dernière année étudiée (cet indicateur devrait être disponible à partir des mêmes sources que celles utilisées pour le nombre total des personnes sous traitement antirétroviral) <p>Veillez transmettre les données infranationales en les ventilant par zones administratives. La fiche de saisie des données est dotée d'une zone séparée réservée à ces données. Vous pouvez également transmettre, à l'aide de l'outil de téléchargement, la version numérisée de tout rapport connexe disponible.</p>

Explication du numérateur

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

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

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

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

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

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

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

Explication du dénominateur

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

Les estimations du dénominateur reposent le plus souvent sur les dernières données fournies par les enquêtes de surveillance sentinelle à l'aide d'un modèle d'estimation de la prévalence du VIH tel que Spectrum. Pour de plus amples informations sur les estimations relatives au VIH et l'utilisation de Spectrum, veuillez vous adresser au Groupe de référence ONUSIDA/OMS sur les estimations, modèles et projections.¹⁵

Atouts et faiblesses

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

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

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

Informations supplémentaires

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

4.2 Rétention de douze mois sous traitement antirétroviral

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

Objet

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

Fondement

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

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

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

Calcul : Numérateur / dénominateur

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

La période étudiée est définie comme toute période continue de 12 mois prenant fin à une date déterminée à l'avance et qui précède la remise du rapport. Elle peut être déterminée en fonction des besoins du rapport national. Si le rapport est établi pour la période allant du 1er janvier au 31 décembre 2014, les pays calculeront cet indicateur en intégrant tous les patients ayant entamé un traitement antirétroviral à n'importe quel moment au cours de la période de 12 mois allant du 1er janvier au 31 décembre 2013. Si le rapport est établi pour la période allant du 1er juillet au 30 juin 2014, les pays incluront tous les patients ayant entamé un traitement antirétroviral entre le 1er juillet 2012 et le 30 juin 2013.

Un résultat portant sur 12 mois est défini comme le résultat (à savoir, le patient est encore en vie et toujours sous antirétroviraux, décédé ou perdu de vue) 12 mois après avoir commencé le traitement antirétroviral. Exemple : les patients ayant commencé le traitement antirétroviral au cours de la période de 12 mois allant du 1er janvier au 31 décembre 2012 auront atteint les 12 mois de traitement pour la période couverte par le rapport allant du 1er janvier au 31 décembre 2014.

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

Ventilation :

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

Explication du numérateur

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

- Nombre d'adultes et d'enfants ayant commencé le traitement antirétroviral au cours de la période de 12 mois précédant la fin de la période étudiée ;
- Nombre d'adultes et d'enfants encore en vie et sous antirétroviraux 12 mois après le début de leur traitement.

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

Par exemple, les patients ayant commencé le traitement antirétroviral en mai 2013 et qui sont décédés, ont été perdus de vue (et ne sont jamais revenus) ou ont abandonné le traitement (et ne l'ont pas recommencé) entre mai 2013 et mai 2014 ne sont donc plus sous traitement antirétroviral 12 mois plus tard (soit mai 2014) et ne sont pas inclus dans le numérateur. En revanche, un patient ayant commencé le traitement antirétroviral en mai 2013 et ayant manqué un rendez-vous en juin 2013, mais enregistré comme encore sous antirétroviraux en mai 2014 (au bout de 12 mois) est sous traitement antirétroviral et sera inclus dans le numérateur. Ce qui importe est que le patient qui a commencé le traitement antirétroviral en mai 2013 soit enregistré comme étant en vie et toujours sous traitement 12 mois plus tard, indépendamment de ce qui s'est passé entre mai 2013 et mai 2014.

Les registres des TARV doivent inclure le nombre de variables décrivant les patients – par exemple : l'âge qu'avait le patient lorsqu'il a entamé le TARV. Par ailleurs, de nombreux registres devront mentionner les informations permettant de savoir si la patiente était enceinte ou allaitait lorsqu'elle a commencé le TARV. Pour ces sous-ensembles de femmes, la rétention sous TARV doit être calculée pour déterminer la rétention sous TARV à 12 mois chez les femmes enceintes et les femmes allaitantes.

Explication du dénominateur

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

Exemple : pour la période allant du 1er janvier au 31 décembre 2014, cela intègre tous les patients ayant entamé un traitement antirétroviral au cours de la période de 12 mois allant du 1er janvier au 31 décembre 2013. Cela inclut tous les patients, aussi bien ceux qui sont toujours sous traitement antirétroviral que ceux qui sont décédés, ont arrêté le traitement ou sont considérés comme « perdus de vue », à 12 mois.

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

Atouts et faiblesses

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

La priorité est donnée à la transmission de données de survie agrégées. Si des registres complets relatifs aux cohortes de patients existent, les États membres sont invités à suivre la rétention du traitement à 24, 36 et 48 mois et ensuite tous les ans. Cela permettra une comparaison du taux de survie sous TARV au fil du temps. En l'état actuel des choses, il est possible de définir si le taux de survie à 12 mois augmente ou décroît au fil du temps. L'indicateur permet de savoir si la survie à 12 mois augmente ou diminue au fil du temps, mais il n'est pas possible d'en déterminer les causes. Ainsi, si le taux de survie à 12 mois augmente au fil du temps, cela peut indiquer une amélioration des soins et pratiques thérapeutiques, ou une initiation plus précoce du TARV. La rétention sous

TARV à 12 mois doit donc être interprétée sous l'angle des caractéristiques de base de la cohorte de patients lors de l'initiation du TARV : la mortalité sera plus élevée pour les sites où les patients ont eu accès au TARV à un stade plus avancé de l'infection. C'est pourquoi la collecte et la transmission des données de survie sur des traitements de plus longue durée pourraient donner une meilleure idée de l'efficacité à long terme de la thérapie antirétrovirale.

Informations supplémentaires

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



OBJECTIF 5. RÉDUIRE DE 50 % LE NOMBRE DE DÉCÈS LIÉS À LA TUBERCULOSE CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH À L'HORIZON 2015

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

5.1 Cogestion du traitement de la tuberculose et du VIH

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

Objet

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

Fondement

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

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

Dénominateur : Nombre estimé de nouveaux cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH
Des estimations annuelles du nombre de nouveaux cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH, dans les pays où la tuberculose est répandue, sont calculées par l'OMS. Les estimations du dénominateur pour 2014 (fourni par les pays au titre de la notification et de la couverture TARV) ne seront disponibles qu'en août de cette année ; il n'est pas nécessaire de les fournir au moment de la rédaction du rapport. À titre d'information, vous pouvez consulter l'estimation pour 2013 sur : <http://www.who.int/tb/country/en>.

Calcul :	Numérateur / dénominateur
Méthode d'évaluation :	Registres et rapports couvrant la thérapie antirétrovirale des établissements de soins ; instruments de suivi des programmes Données et estimations issues des programmes pour les nouveaux cas de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH
Fréquence de mesure :	Les données doivent être recueillies de manière continue à l'échelon des établissements de santé. Les données doivent être agrégées périodiquement, de préférence tous les mois ou tous les trimestres et communiquées tous les ans. Il convient ici de transmettre les données et estimations les plus récentes disponibles pour une année complète

Atouts et faiblesses

Un dépistage et un traitement adéquats de la tuberculose permettent de prolonger la vie des personnes vivant avec le VIH et réduisent les impacts de la tuberculose sur la collectivité. L'OMS établit des estimations annuelles couvrant la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, à partir des meilleures estimations nationales disponibles pour la prévalence du VIH et l'incidence de la tuberculose. Toute personne vivant avec le VIH, chez qui on diagnostique la tuberculose, doit commencer un traitement antituberculeux + TARV, dans un délai maximal de 8 semaines après l'initiation du traitement antituberculeux, quel que soit le taux de CD4. Les patients tuberculeux, séropositifs et très immunodéprimés (par ex. : taux de CD4 < 50 cellules/mm³), doivent être mis sous TARV au cours des 2 premières semaines suivant l'initiation du traitement antituberculeux. Le traitement antituberculeux doit être initié conformément aux directives des programmes nationaux correspondants.

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

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

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, veuillez consulter les références suivantes :

Contrôle mondial de la tuberculose : surveillance, planification et financement. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2009 (<http://www.who.int/tb/country/en>).

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



OBJECTIF 6. RÉDUIRE LE DÉFICIT MONDIAL DE MOYENS DE RIPOSTE AU SIDA, ET PARVENIR A UN INVESTISSEMENT MONDIAL ANNUEL DE 22 A 24 MILLIARDS DE DOLLARS AMERICAINS DANS LES PAYS À REVENUS FAIBLES OU INTERMÉDIAIRES À L'HORIZON 2015

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

6.1 Dépenses relatives au sida

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

Objet

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

Fondement

Les engagements contre le sida continuent à s'accroître dans l'optique de mettre fin à l'épidémie d'ici 2030. En raison de la rareté des ressources, il est de plus en plus capital de contrôler soigneusement : i) l'utilisation des ressources disponibles pour divers programmes liés au VIH et au sida, à l'échelle nationale et ii) l'origine des fonds. Les données sont utilisées pour mettre en évidence les modifications des priorités des politiques nationales et pour démontrer que l'introduction de réformes et de nouveaux programmes a entraîné des modifications dans l'attribution et la dépense des ressources. Les données sont également utilisées pour mesurer les dépenses annuelles consacrées au sida à l'échelle mondiale, ce qui constitue une composante importante du suivi de la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011.

Dans le cadre du présent cycle de reporting, nous présentons un cadre conceptuel affiné de la Grille nationale de financement, assorti d'une nouvelle classification des programmes consacrés au sida. Ces modifications ont été apportées afin de bénéficier d'informations plus pertinentes concernant la politique et de meilleures informations concernant les indicateurs de base définis pour prendre en compte les dix objectifs de la Déclaration 2011.

La Grille nationale de financement reflète une approche en termes d'investissement et intègre totalement la stratégie de « procédures accélérées » destinée à mettre un terme à l'épidémie de sida d'ici 2030. Le nouveau cadre améliore grandement les possibilités de suivi des dépenses liées à la prévention et aux programmes de traitement de base, ainsi qu'aux initiateurs et aux stratégies de développement cruciaux afférents. À cet effet, des catégories de programmes ont été renommées et restructurées mais le contenu des programmes ne change pas.

La classification des programmes et services a été conçue pour être totalement explicite. Pour aider les pays à s'adapter aux modifications du nouveau système de classification, nous avons mis au point des passerelles entre les codes de la précédente Grille, et le nouveau système de classification.

La simplification des catégories de dépense de lutte contre le sida à rapporter pour le RARSM n'exclut pas la collecte de données désagrégées dans le cadre de l'analyse des dépenses nationales. Bien au contraire, il est recommandé aux pays disposant de données ventilées ou désagrégées de continuer à recueillir et d'analyser de telles informations pour les besoins du pays et de les rapporter de façon agrégée lors de leur soumission au RARSM.

Le cadre de classification des programmes consacrés au sida est structuré autour des 10 cibles de la Déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida de 2011, et il est divisé en huit secteurs programmatiques centraux pour le sida. Chaque secteur programmatique comprend une série de catégories de dépenses spécifiques, notamment les programmes de prévention et de traitement de base, ainsi que les initiateurs et stratégies de développement cruciaux.

La liste complète des secteurs programmatiques pour le sida et des catégories de dépenses figure à l'Annexe 2. Pour simplifier l'utilisation et la consultation de la grille, vous pouvez choisir de cacher ou d'afficher les catégories de dépenses de chaque secteur programmatique pour le VIH et le sida en appuyant sur le signe « + » pour cacher ou « - » pour afficher les catégories de chaque secteur programmatique à gauche du tableau. Il est également possible de cacher ou d'afficher les colonnes des sources de financement.

À l'Annexe 2, vous trouverez des instructions permettant de savoir comment compléter la Grille nationale de financement, puis transmettre le rapport.

Mesure :	Instrument / méthode de base : 1. Estimation nationale des dépenses relatives au sida (NASA) Outil / Méthode alternatif(ve) : 2. Système des comptes de santé (SHA)
Méthode d'évaluation :	Les pays ayant la possibilité de choisir entre différentes méthodologies et outils destinés à contrôler le flux des dépenses relatives au VIH et au sida, nous vous recommandons d'appliquer en priorité la NASA, puis éventuellement le SHA en tant qu'outil et méthodologie de remplacement. Il ne devrait pas y avoir de différence entre les dépenses de santé relatives au sida, que celles-ci soient mesurées via les estimations NASA ou le système des comptes de santé. Toutefois, certaines actions menées en dehors du secteur de la santé peuvent ne pas figurer dans le système des comptes de santé. Les données provenant de ces instruments de mesure doivent être utilisées pour remplir la Grille nationale de financement figurant au Rapport d'activité national. Si un pays ne dispose pas des outils de mesure suggérés, il peut réaliser une collecte des données ad-hoc, et expliquer de façon détaillée comment les dépenses ont été saisies.

Fréquence de mesure : De préférence : toute période de temps définie, telle qu'une année civile ou un exercice fiscal.

Pour le présent cycle de reporting, nous suggérons que les pays nous transmettent autant de rapports nationaux annuels que nécessaire, y compris les estimations pour 2012, 2013 et 2014. Concernant l'Indicateur 6.1, le reporting national n'est pas limité aux trois dernières années. Vous pouvez transmettre des données remontant jusqu'à 2001. Si des données, précédemment transmises au titre des Grilles nationales de financement, n'ont pas subi d'ajustement, les pays n'ont pas besoin de les retransmettre. Si des données, transmises dans le cadre des cycles de reporting précédents se sont avérées erronées, les pays sont invités à renvoyer les chiffres corrigés.

Atouts et faiblesses

La NASA et le SHA constituent des méthodologies reconnues internationalement. Il est suggéré de s'en servir comme outil principal et alternatif, respectivement, pour recueillir des données. La NASA permet d'utiliser un niveau exhaustif de ventilation des données par programme et fournit les informations nécessaires pour compléter la Grille nationale de financement. Le SHA ne permet pas d'utiliser le même niveau de ventilation des données par programme, mais il permet de définir, par source de financement, le total des dépenses consacrées au sida. Par ailleurs, la NASA permet de suivre les dépenses hors santé telles que les améliorations sociales, l'éducation, l'emploi, la justice et d'autres secteurs liés à la riposte multisectorielle au sida.

L'élaboration de la NASA ou du SHA peut être chronophage et exiger certaines compétences en vue de sa mise en œuvre. Il peut s'avérer difficile d'accéder à des données de qualité concernant les dépenses réelles. C'est pourquoi, dans l'optique du recueil des données nécessaires, cette approche implique un haut degré de soutien de la part des acteurs politiques, ainsi que la bonne volonté des intervenants. Parallèlement, il est crucial que les données soient recueillies régulièrement, selon une méthode cohérente et exhaustive, et il est préférable que cette pratique soit institutionnalisée au niveau national, en utilisant les outils recommandés.

Informations supplémentaires :

1. ONUSIDA. National AIDS Spending Assessment (NASA): Classification et définitions http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2009/20090916_nasa_classifications_edition_en.pdf
2. ONUSIDA. Guide pour l'élaboration de l'estimation nationale des dépenses relatives au sida (NASA) http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2009/20090406_nasa_notebook_en.pdf
3. ONUSIDA. L'estimation nationale des dépenses relatives au sida (NASA) - Rapports nationaux <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/nasacountryreports/>
4. OMS. Production des comptes nationaux de la santé <http://www.who.int/SHA/create/en/>
5. OCDE. Eurostat. OMS. Un système de comptes de la santé. Édition 2011 <http://www.who.int/health-accounts/methodology/sha2011.pdf?ua=1>
6. OMS. Directives concernant la mise en œuvre du Système de comptes de la santé 2011 http://www.who.int/health-accounts/documentation/system_of_health_accounts_2011/en/
7. USAID, Health Systems 20/20 et ONUSIDA. Linking NASA and SHA concepts and mechanics http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/globalreport/2009/SHA_nasa_crosswalk_final_en.pdf



OBJECTIF 7. ÉLIMINER LES INÉGALITÉS ENTRE LES SEXES

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

7.1 Prévalence de la violence récente au sein du couple

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

Objet

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

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

Fondement

À l'échelle mondiale, et en particulier en Afrique subsaharienne, les taux élevés d'infection à VIH ayant été observés chez les femmes ont attiré l'attention sur le problème de la violence contre les femmes. Il apparaît de plus en plus clairement que le risque d'infection à VIH chez les femmes et les filles ainsi que leur vulnérabilité face à cette infection sont largement influencés par des inégalités omniprésentes et profondes, en particulier la violence à leur encontre. La violence et le VIH ont été reliés de façon directe ou indirecte. Les études menées dans de nombreux pays indiquent que de très nombreuses femmes ont subi des violences, d'une forme ou d'une autre, à un moment de leur vie. L'OMS estime qu'une femme sur trois dans le monde a subi, au cours de sa vie, des violences au sein du couple et/ou des violences sexuelles d'un homme autre que leur partenaire. Des études menées au Rwanda, en Tanzanie et en Afrique du Sud, ont montré que les femmes ayant subi ces violences sont trois fois plus exposées au VIH que celles qui ne les ont pas subies. Pour en savoir plus sur le suivi des progrès réalisés en matière d'égalité des sexes concernant l'Indicateur 7.1, veuillez consulter l'Annexe 7.

Numérateur :	Femmes âgées de 15 à 49 ans ayant actuellement ou ayant eu un partenaire intime, qui déclarent être ou avoir été victime de violences physiques ou sexuelles de la part d'au moins un de leurs partenaires au cours des 12 derniers mois. (Pour prendre connaissance des actes de violence physique ou sexuelle à inclure, veuillez consulter les explications ci-après concernant le numérateur).
Dénominateur :	Nombre de femmes interrogées âgées de 15 à 49 ans qui ont actuellement ou ont eu un partenaire intime.
Calcul :	Numérateur / dénominateur
Méthode d'évaluation :	Enquêtes de population déjà utilisées par les États membres, telles que les enquêtes de l'OMS qui portent sur plusieurs pays, les DHS/AIS (module violence domestique) et les International Violence Against Women Surveys (IVAWS). La collecte de données sur la violence contre les femmes requiert des méthodologies particulières conformes aux normes de déontologie et de sécurité, afin de préserver la sécurité des répondantes tout en optimisant la validité et la fiabilité des données.
Fréquence de mesure :	Tous les 3 à 5 ans
Ventilation :	<ul style="list-style-type: none"> • Âge (de 15 à 19 ans, de 20 à 24 ans et de 25 à 49 ans) • Statut VIH (si disponible)

Explication du numérateur

Les femmes âgées de 15 à 49 ans déjà mariées ou ayant un partenaire incluent les femmes ayant été mariées et ayant eu un partenaire intime. On définit le « partenaire intime » comme le partenaire avec lequel la personne habite ou a habité, en étant mariées ou non. On demande à ces femmes si elles ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire intime masculin au cours des 12 derniers mois. On identifie les violences physiques ou sexuelles en demandant à une femme si un partenaire intime a agi de la manière suivante :

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

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

Explication du dénominateur

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

Atouts et faiblesses

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

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

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

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

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

Pour le reporting 2015 lié à cet indicateur, une case de commentaires supplémentaire est proposée aux pays pour transmettre toute donnée disponible concernant les violences sexospécifiques faites aux femmes, hommes et populations clés, notamment les femmes vivant avec le VIH. Les violences sexospécifiques hors VSC accroissent également la vulnérabilité des hommes, garçons et population clés au VIH. Ces données supplémentaires permettront de mieux comprendre la situation à saisir, ainsi que les progrès réalisés en matière d'égalité des sexes par rapport au contexte épidémique de chaque pays.

Informations supplémentaires

Investing in gender equality: ending violence against women and girls.

Présentation UNIFEM, octobre 2010. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010.

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

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

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

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

Global and regional estimates of violence against women. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2013.

16 idées pour lutter contre la violence envers les femmes dans le contexte de l'épidémie de VIH : un outil de programmation. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2013.

Unite with women, unite against violence and HIV. Genève, ONUSIDA, 2014.

World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010.

Dunkle KL, Decker MR. Gender-based violence and HIV: reviewing the evidence for links and causal pathways in the general population and high-risk groups. *Am J Reprod Immunol* 2013; 69 (Suppl. 1): 20–26.

The Gap Report” Chapter 2: Adolescents and Young women, pp 132-145
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/unaids_gap_report_en.pdf.



OBJECTIF 8. ÉLIMINATION DE LA STIGMATISATION ET DE LA DISCRIMINATION

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

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

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

Objet

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

Fondement

La discrimination constitue une violation des droits de l'Homme ; elle est prohibée par la législation internationale sur les droits de l'Homme et par la plupart des constitutions nationales. Dans le contexte du VIH, la discrimination désigne un traitement injuste ou inique (par acte ou par omission) à l'égard d'une personne, en raison de son statut VIH présumé ou réel. Ces discriminations augmentent les risques et privent les individus de leurs droits, ce qui a pour effet de nourrir l'épidémie de VIH.

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

Numérateur :	Nombre de personnes interrogées, âgées de 15 à 49 ans, ayant répondu « non » à l'une des deux questions.
Dénominateur :	Nombre de répondants de 15 à 49 ans ayant entendu parler du VIH
Calcul :	Numérateur / dénominateur
Méthode d'évaluation :	Enquêtes réalisées auprès de la population (enquêtes démographiques et de santé, enquêtes sur les indicateurs du sida, enquêtes MICS ou en grappe à indicateurs multiples et autres enquêtes représentatives) Cet indicateur est construit à partir des réponses données aux questions suivantes par un échantillon du grand public ayant entendu parler du VIH : <ul style="list-style-type: none"> • Achèteriez-vous des légumes frais auprès d'une personne dont vous connaissez la séropositivité ? (Oui ; Non ; Je ne sais pas / Cela dépend / Indécis(e)) • Pensez-vous que les enfants séropositifs devraient pouvoir être scolarisés avec des enfants séronégatifs ? (Oui ; Non ; Je ne sais pas / Cela dépend / Indécis(e))
Fréquence de mesure :	Tous les 3 à 5 ans
Ventilation :	Âge (de 15 à 19 ans, de 20 à 24 ans et de 25 à 49 ans) Sexe Les réponses pour chacune des questions (basées sur le même dénominateur) sont nécessaires en plus des réponses de l'indicateur composite.

Explication du numérateur

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

Il importe d'évaluer la proportion des personnes éligibles à l'enquête qui répondent « Je ne sais pas / Cela dépend / Indécis(e) » ou refusent de répondre aux questions. Lorsque celle-ci est élevée, la précision des résultats s'en trouvera réduite. Cela peut également indiquer certains problèmes liés à la question posée proprement dite dans le contexte où l'enquête est menée.

Atouts et faiblesses

Cet indicateur évalue directement les attitudes et politiques discriminatoires

La question relative à l'achat de légumes frais est pour ainsi dire identique à celle utilisée dans le cadre des enquêtes DHS visant à évaluer la tolérance à l'égard des personnes vivant avec le VIH, ce qui permet un suivi continu de l'évolution des tendances. Cependant, cette question focalise sur les réponses négatives (attitudes discriminatoires) plutôt que sur les positives (attitudes d'acceptation). Il s'agit d'une amélioration par rapport aux mesures de tolérance précédemment utilisées, l'indicateur étant applicable à travers un large éventail de cultures, que la prévalence du VIH soit élevée ou faible,

et quels que soient les niveaux de revenus dans le pays considéré. Les données qui entrent dans le calcul de cet indicateur ainsi que l'indicateur lui-même ne reposent pas sur l'observation par le répondant d'actes de discrimination ouverte à l'encontre de personnes vivant avec le VIH, car dans de nombreux contextes, de tels actes sont rares et difficiles à caractériser et quantifier. Il s'agit plutôt d'évaluer les attitudes des individus, qui peuvent jouer un rôle plus direct dans les comportements adoptés.

Les questions recommandées évaluent l'assentiment du répondant face à des situations hypothétiques plutôt que de s'intéresser à des cas de discrimination dont ce dernier aurait été témoin. Un certain biais de « bienséance sociale » peut donc conduire à une sous-estimation des attitudes discriminatoires.

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

Informations supplémentaires

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

Thematic Segment on Non-Discrimination, 31e réunion du Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA. Note de documentation. (www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2012/20121111_PCB%2031_Non%20Discrimination_final_newcoverpage_en.pdf)

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

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

www.stigmaactionnetwork.org

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

Observation spécifique au rapport 2015 :

- ° Puisqu'il s'agit d'un indicateur relativement récent, il est probable que la plupart des États membres ne seront pas en mesure de transmettre des données concernant ce dernier en 2015.
- ° Les États membres sont donc invités à répondre à la version précédente de la question n°1 : « Achèteriez-vous des légumes frais auprès d'une personne dont vous connaissez la séropositivité ? ». « Achèteriez-vous des légumes frais auprès d'une personne porteuse du virus du sida ? » Cette question a été régulièrement posée dans le cadre d'enquêtes DHS dans de nombreux pays.
- ° Lors de l'utilisation des données issues de cette question DHS, pour répondre à la question 1 de l'Indicateur 8.1, le numérateur doit inclure uniquement les réponses « non ». Veuillez noter que l'indicateur actuellement disponible dans le StatCompiler DHS et dans les rapports d'activité DHS finaux, correspond au pourcentage de réponses « oui ». Il est possible que le total des « oui » et des « non » n'atteigne pas 100 % s'il y a des « Je ne sais pas » ou qu'il manque des chiffres. Pour éviter toute imprécision, il ne faudra donc pas calculer le pourcentage de personnes ayant répondu « non » à cette question en soustrayant le pourcentage de « oui » des 100 %. Vous pouvez accéder aux données DHS correspondant à cette question en cliquant sur « Télécharger données » dans l'outil de reporting RARSM en ligne, sous l'Indicateur 8.1.
- ° Pour les rapports ultérieurs, les États membres devront fournir des données exhaustives pour cet indicateur.

D'autres façons de mesurer la stigmatisation et la discrimination

L'indicateur 8.1 propose une importante mesure de la prévalence des attitudes discriminatoires envers les personnes vivant avec le VIH. Pour bénéficier d'une évaluation plus complète des progrès réalisés en matière d'élimination de la stigmatisation et des discriminations liées au VIH, et de la réussite ou de l'échec des efforts en matière de réduction de la stigmatisation, il est également crucial de mesurer d'autres composantes de la stigmatisation et de la discrimination. Les nouveaux indicateurs ci-après, susceptibles de soutenir cet effort, ont été ajoutés au Registre des indicateurs. Pour en savoir plus, veuillez consulter le site suivant : <http://www.indicatorregistry.org/?q=taxonomy/term/677>.

- Manifestations négatives des stigmatisations liées au VIH (pas définitif)

Pourcentage de personnes rapportant des manifestations négatives, à titre individuel et collectif, de stigmatisations liées au VIH

- Peur de la transmission du VIH par le biais d'un contact fortuit avec une personne vivant avec le VIH (pas définitif)

Pourcentage de personnes indiquant avoir peur d'être infectées par le VIH par le biais d'un contact non invasif avec une personne vivant avec le VIH

- Personnel des établissements de santé : Politiques institutionnelles (Niveau 1)

Pourcentage du personnel des établissements de santé indiquant que leur établissement est doté de directives écrites permettant de protéger les personnes vivant avec le VIH des discriminations

- Personnel des établissements de santé : Exécution des politiques institutionnelles (Niveau 2)

Pourcentage du personnel des établissements de santé indiquant qu'il aura des ennuis à son travail s'il a une attitude discriminatoire envers des patients vivant avec le VIH

- Personnel des établissements de santé : Peur de l'infection par le VIH (Niveau 1)

Pourcentage du personnel des établissements de santé ayant peur d'être infecté par le VIH quand il soigne ou fournit des services à des patients vivant avec le VIH

- Personnel des établissements de santé : Attitudes et Opinions (Niveau 1)

Pourcentage du personnel des établissements de santé ayant des opinions discriminatoires concernant les personnes vivant avec le VIH

- Personnel des établissements de santé : Stigmatisation réprimée par la loi observée (Niveau 1 pour les établissements avec prévalence élevée du VIH et Niveau 2 pour ceux avec prévalence basse ou concentrée du VIH)

Pourcentage du personnel des établissements de santé ayant été témoin, dans son établissement, de traitements injustes envers des patients vivant avec le VIH

- Personnel des établissements de santé : Précautions et mesures non nécessaires (Niveau 2)

Pourcentage du personnel des établissements de santé ayant recours à des précautions non nécessaires quand il soigne ou fournit des services à des patients vivant avec le VIH

- Personnel des établissements de santé : Besoins du personnel et assistance (Niveau 2)

Pourcentage du personnel des établissements de santé indiquant que, sur le lieu de travail, aucune aide n'est proposée pour protéger le personnel de l'exposition au VIH liée à l'activité professionnelle



OBJECTIF 9. ÉLIMINER LES RESTRICTIONS EN MATIÈRE DE DÉPLACEMENT

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



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

-
- 10.1 *Assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans**
- 10.2 *Proportion des ménages les plus pauvres ayant bénéficié d'un soutien économique au cours des trois derniers mois*
-

10.1 Assiduité des orphelins à l'école

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

Objet

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

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

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

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

Fondement

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

Numérateur :	Partie A : Nombre d'enfants de 10 à 14 ans ayant perdu leurs deux parents et qui fréquentent un établissement primaire ou secondaire Partie B : Nombre d'enfants de 10 à 14 ans dont les deux parents sont en vie, qui vivent avec l'un d'entre eux et qui fréquentent un établissement primaire ou secondaire
Dénominateur :	Partie A : Nombre d'enfants qui ont perdu leurs deux parents Partie B : Nombre d'enfants dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un d'entre eux
Calcul :	Pour les parties A et B : Numérateur / dénominateur
Méthode d'évaluation :	Enquêtes réalisées auprès de la population (enquêtes démographiques et de santé, enquêtes sur les indicateurs du sida, enquêtes MICS ou en grappe à indicateurs multiples et autres enquêtes représentatives) Pour tout enfant de 10 à 14 ans en âge de fréquenter l'école primaire ou secondaire et vivant dans un foyer, les questions suivantes sont posées à un membre du foyer : <ol style="list-style-type: none"> 1. La mère biologique de cet enfant est-elle toujours en vie ? Si oui, vit-elle sous votre toit ? 2. Le père biologique de cet enfant est-il toujours en vie ? Si oui, vit-il sous votre toit ? 3. Cet enfant a-t-il fréquenté l'école à un moment quelconque durant l'année scolaire ?
Measurement frequency:	De préférence tous les deux ans Minimum : tous les 4 à 5 ans
Disaggregation:	• Sexe

Explication du numérateur

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

Atouts et faiblesses

Les définitions relatives à l'enfant orphelin et à l'enfant non orphelin utilisées ici, c'est-à-dire relatives aux enfants âgés de 10 à 14 ans lors de leur dernier anniversaire dont les deux parents sont décédés / sont encore en vie, ont été élaborées afin de permettre l'identification et le suivi du désavantage résultant du statut d'orphelin. On utilise la tranche d'âge 10-14 ans parce que dans le cas des orphelins

plus jeunes, il est probable que les parents soient décédés très récemment et que tout effet préjudiciable sur leur éducation n'ait pas eu le temps de se matérialiser. Toutefois, les orphelins sont en général plus âgés que les enfants qui ont encore leurs parents (car les parents des enfants plus jeunes sont généralement infectés par le VIH depuis moins longtemps) et les enfants plus âgés sont plus susceptibles d'avoir déjà quitté l'école.

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

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

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

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, prière de consulter le site suivant : http://www.unicef.org/aids/index_documents.html

10.2 Soutien économique externe aux foyers les plus pauvres

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

Objet

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

Fondement

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

- Numérateur :** Nombre de foyers les plus pauvres ayant reçu une quelconque forme de soutien économique externe au cours des 3 derniers mois
On définit le *soutien économique externe* comme une aide économique libre (subventions en espèces, aide pour les frais de scolarité, soutien matériel pour l'éducation, aide à la création de revenus en espèces ou en nature, aide alimentaire fournie au niveau du foyer, ou aide matérielle ou financière pour se loger) issue d'une source autre que les amis, la famille ou les voisins, à moins qu'ils travaillent pour un groupe ou une organisation représentant les collectivités locales. Il est plus probable que cette source soit le gouvernement ou une organisation de la société civile.
- Dénominateur :** Nombre total de foyers les plus pauvres
On définit les *foyers les plus pauvres* comme étant les foyers qui se situent dans le quintile le plus pauvre. Les États membres doivent utiliser la définition et la méthode d'évaluation exactes de cet indicateur afin de permettre un suivi standardisé des progrès dans le cadre des rapports d'activité à l'échelle nationale et mondiale. Cela permettra de suivre les évolutions et d'effectuer des comparaisons entre pays. Les États membres peuvent toutefois ajouter ou exclure localement d'autres catégories (par exemple, d'autres quintiles de richesse) selon les besoins du pays eu égard à la planification et la mise en œuvre des programmes nationaux.
- Calcul :** Numérateur / dénominateur
- Méthode d'évaluation :** Enquêtes réalisées auprès de la population (enquêtes sur les revenus et dépenses du foyer, enquêtes sur le budget du foyer, enquêtes démographiques et de santé, enquêtes sur les indicateurs du sida, enquêtes MICS ou en grappe à indicateurs multiples et autres enquêtes représentatives). Les Bureaux nationaux de statistiques mènent les enquêtes sur les revenus et dépenses du foyer, et les questions incluent les « transferts actuellement perçus (sommes en liquide et biens) et les transferts actuellement perçus (services) ».
Une évaluation de la richesse du foyer (à travers les biens qu'il possède) est réalisée lors de l'analyse des données en utilisant le quintile de richesse le plus bas pour identifier les 20 % de foyers les plus pauvres. Étant donné qu'il n'est pas possible d'identifier les foyers les plus pauvres au moment de la collecte de données, les questions relatives au soutien économique devraient toutefois être posées dans tous les foyers. Seuls ceux qui font partie du quintile de richesse le plus bas seront inclus dans l'indicateur.
Dans le cadre d'une enquête auprès des ménages, une liste des membres de chaque ménage indiquant leur âge doit être utilisée, afin d'identifier tous les foyers comprenant des enfants de moins de 18 ans et des orphelins, au cours de l'année qui précède l'enquête. Les foyers qui répondent à ces critères seront ensuite interrogés sur les types de soutien économique qu'ils ont reçu au cours des trois derniers mois, ainsi que sur la principale source de cette aide.
Les questions suivantes sont posées au répondant ou au chef du foyer sur le type de soutien économique externe qu'il a reçu au cours des 3 derniers mois. Votre foyer a-t-il bénéficié de l'une des formes suivantes de soutien économique externe au cours des 3 derniers mois :

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

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

Fréquence de mesure :

Tous les 4 à 5 ans

Ventilation :

Il est recommandé de ventiler cet indicateur par type de support économique externe afin de suivre les différents types de soutien économique apportés, en particulier afin de distinguer l'accès à une assistance sociale gratuite comme les transferts d'argent liquide (qui s'adressent en général aux foyers pauvres où le taux de chômage est élevé) et les aides financières qui s'adressent en général aux foyers pauvres qui sont moins touchés par le chômage. Il est également recommandé de ventiler l'indicateur selon qu'un foyer compte ou non un orphelin, étant donné que le fait d'être orphelin demeure un déterminant principal de la vulnérabilité, en particulier pour ce qui est de l'accès aux services.

Lorsque cela est possible, les données doivent aussi être ventilées par zone de résidence rurale ou urbaine. Pour les États membres qui intègrent des données sur les foyers appartenant à d'autres quintiles de richesse, l'indicateur peut également être comparé à d'autres quintiles de richesse afin de déterminer si le soutien économique externe atteint le quintile inférieur, par rapport aux quintiles supérieurs.

Atouts et faiblesses

Cet indicateur apporte de nouvelles preuves de la nécessité d'accorder une attention plus grande à la richesse pour évaluer les vulnérabilités. Il démontre également que cibler la pauvreté extrême dans les contextes de forte prévalence du VIH garantit une bonne couverture des foyers pauvres affectés par le VIH. Les indicateurs d'approximation de l'impact du sida (par exemple, la « maladie chronique ») montrent fréquemment une relation faible avec le VIH et les troubles du développement, et se sont révélés difficiles à définir dans les questionnaires destinés aux foyers.

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

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

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

Informations supplémentaires

Pour toute information supplémentaire, prière de consulter le site suivant :
http://www.unicef.org/aids/index_documents.html

POLITIQUES GOUVERNEMENTALES DE RIPOSTE AU VIH ET AU SIDA

Tous les deux ans, le RARSM inclut le questionnaire sur les engagements et moyens d'action nationaux (NCPI) pour mesurer les progrès accomplis en matière de développement et de mise en œuvre de politiques, stratégies et lois nationales de riposte au VIH et au sida. Ce questionnaire ayant été inclus dans le cadre du RARSM 2014, il n'apparaîtra pas dans le rapport 2015. Une révision du NCPI est actuellement en cours pour évaluer l'objet de cet outil dans le cadre de l'environnement 2015 et proposer de nouveaux instruments pour la période 2020/2030.

Il est fort probable qu'une version révisée du NCPI sera intégrée au RARSM 2016.

ANNEXES

Annexe 1. Modèle de rapport d'activité national

Annexe 2. Grille nationale de financement

Annexe 3. Modèle de checklist pour l'élaboration d'un rapport d'activité national

Annexe 4. Sélection bibliographique

Annexe 5. Indicateurs liés à la circoncision masculine

Annexe 6. Collecte de données géographiques dans le cadre de la surveillance, du suivi et de l'évaluation

Annexe 7. Directives de suivi des progrès réalisés en matière d'élimination des inégalités sexospécifiques

Annexe 1. Modèle de rapport d'activité national

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

RAPPORT D'ACTIVITÉ NATIONAL [Nom du pays]

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

Sommaire

I. Instantané de la situation

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

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

II. Descriptif de l'épidémie

Instructions : Cette rubrique doit présenter en détail la situation dans le pays concernant la prévalence du VIH en 2014, sur la base des résultats de la surveillance sentinelle, d'enquêtes nationales et d'études spécifiques. La source des informations doit systématiquement être indiquée.

III. Riposte nationale au sida

Instructions : Cette rubrique doit présenter les évolutions intervenues en 2014 dans les engagements nationaux et la mise en œuvre des programmes en matière de prévention, de soins, de traitement et de soutien, dans les connaissances et les comportements, ainsi que dans l'allégement des impacts de l'épidémie.

Il convient de spécifiquement aborder les relations qui existent entre le contexte politique, la mise en œuvre des programmes de riposte au VIH, les évolutions vérifiables du comportement et la prévalence du VIH sur base des différents indicateurs. Lorsque cela est pertinent, ces données doivent également être présentées et analysées en fonction du sexe et de la tranche d'âge. Les pays doivent également utiliser des données issues des séries précédentes du questionnaire sur les engagements et moyens d'action nationaux (NCPI) pour décrire les progrès réalisés concernant la mise au point et la mise en œuvre de la politique/stratégie. Les États membres sont également encouragés à soumettre toute information complémentaire propre à éclairer leur analyse et leur interprétation des données envoyées.

IV. Bonnes pratiques

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

V. Principaux défis et solutions

Instructions : Cette section est consacrée :

- (a) aux progrès réalisés par rapport aux défis clefs mentionnés dans le rapport d'activité national 2013 ;
- (b) aux défis rencontrés tout au long de la période étudiée (-2014), qui ont généralement entravé la riposte nationale et la réalisation des objectifs, en particulier ;
- (c) aux solutions concrètes planifiées pour garantir la réalisation des objectifs convenus.

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

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

VII. Suivi et évaluation

Instructions : Cette rubrique doit présenter (a) le système de suivi et d'évaluation actuellement en place, (b) les défis rencontrés dans la mise en œuvre d'un système complet de suivi et d'évaluation, (c) les solutions planifiées afin de surmonter ces défis et (d) les éventuels besoins en termes d'assistance technique et de développement des moyens pour le suivi et l'évaluation.

ANNEXES

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

Veillez soumettre votre Rapport d'activité national pour le mardi 31 mars 2015 au plus tard à l'aide de l'outil de reporting recommandé.

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

Annexe 2. Grille nationale de financement

Pour établir leur rapport concernant l'Indicateur 6, les pays doivent remplir et transmettre la Grille nationale de financement qui reflète les dépenses consacrées au sida dans un pays donné pour une période définie. La Grille nationale de financement est disponible sur le site de l'outil de reporting en ligne : <http://AIDSreportingtool.unaids.org>.

Note d'envoi

Dans la note d'envoi du fichier Excel, les pays doivent indiquer :

- Le nom du pays. Le menu déroulant permet de sélectionner le nom du pays.
- Date de la saisie des données, au format jour/mois/année.
- L'intitulé de l'institution responsable de la saisie, ainsi que le nom et les coordonnées détaillées de la personne responsable de la transmission et du suivi concernant la Grille nationale de financement.
- Le cycle de reporting correspondant à chaque année de reporting du pays. Le menu déroulant permet de sélectionner une année civile ou un exercice fiscal pour chaque cycle de reporting.
- La date de début et de fin de chaque cycle de reporting, au format suivant : du MM/AAAA au MM/AAAA.
- Devise utilisée pour chaque cycle de reporting. Le menu déroulant permet de sélectionner la devise locale ou le dollar US.
- Les unités monétaires utilisées pour le reporting. Le menu déroulant permet de sélectionner l'unité simple, les milliers ou les millions d'unités, pour chaque cycle de reporting.
- Le taux de change moyen de la période de reporting. Par exemple : le taux de change de la devise locale par rapport à 1 dollar US, pour chaque cycle de reporting.

- L'outil/La méthodologie de mesure des données utilisé(e) pour le reporting de l'Indicateur 6.1. Le menu déroulant permet de sélectionner l'Estimation nationale des dépenses relatives au sida (NASA), le Système des comptes de santé (SHA), ou autre, ainsi qu'une zone de texte permettant de fournir des références claires concernant la façon dont les données ont été saisies pour chaque cycle de reporting.
- Les dépenses non comptabilisées, pour chaque cycle de reporting. Des zones de textes permettent de répertorier les activités non saisies dans la Grille nationale de financement, ainsi que le motif de cette absence.
- Montants de l'aide budgétaire générale fournie à chaque cycle de reporting par une source internationale, et indiquée sous l'intitulé « Sources publiques » de financement. Si l'aide budgétaire générale a été fournie et prise en compte au titre des sous-catégories Centrale/Nationale et/ou Infranationale, veuillez indiquer le donateur, le montant et la devise pour chaque cycle de reporting.

Structure de la grille

Le cadre comptable central est organisé autour d'un système à deux axes, pour l'enregistrement des dépenses liées au VIH et au sida : la classification des programmes, et les sources de financement. Elles permettent de répondre à deux questions de base :

- Quels types de programmes et de services ont été mis en œuvre ?
- Quelles sources de financement interviennent pour ces programmes et services ?

Les réponses à ces questions seront obtenues via la collecte et l'analyse des données concernant les dépenses liées au sida, issues des donateurs, ONG, sociétés privées, assureurs, instances gouvernementales et foyers. Les données issues de ces sources de financement doivent faire l'objet d'une vérification croisée pour éviter tout doublon et générer une estimation précise des dépenses courantes et investissements, dans un pays et pour une période donnée. *Des descriptions détaillées des sources de financement sont fournies dans le document intitulé « Estimation nationale des dépenses relatives au sida (NASA) : Classification, Taxonomie et Définitions ».*¹ Remarque : les données concernant les sources privées sont facultatives. Cependant, nous recommandons vivement aux pays de recueillir et de transmettre les données disponibles dans ce domaine, en fournissant des explications détaillées concernant la méthodologie utilisée, ainsi qu'une description des programmes liés au sida pris en compte dans l'exercice.

Le cadre de classification des programmes sida est structuré autour des 10 cibles de la Déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida de 2011, et il est divisé en huit secteurs programmatiques centraux pour le sida. Chaque secteur programmatique comprend une série de catégories de dépenses spécifiques, notamment les programmes de prévention et de traitement de base, ainsi que les initiateurs et stratégies de développement cruciaux.

¹ ONUSIDA. National AIDS Spending Assessment (NASA): Classification et définitions
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2009/20090916_nasa_classifications_edition_en.pdf

Vous trouverez ci-après la liste complète des secteurs programmatiques et catégories de dépenses liés au sida.

Objectif 1. Réduire de 50 % le taux de transmission du VIH par voie sexuelle à l'horizon 2015

1. Prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle

- 1.1 Programmes de modification des comportements
- 1.2 Promotion de l'utilisation du préservatif
- 1.3 Circoncision masculine volontaire, médicale
- 1.4 Prophylaxie post-exposition (PEP)
- 1.5 Programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- 1.6 Programmes destinés aux professionnel(le)s du sexe et à leurs clients
- 1.7 Programmes destinés aux transgenres
- 1.8 Prophylaxie pré-exposition destinée aux couples sérodiscordants
- 1.9 Programmes destinés aux enfants et aux adolescents
- 1.10 Mobilisation communautaire
- 1.11 Transferts d'argent liquide destinés aux filles

Objectif 2. Réduire de 50 % la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues injectables à l'horizon 2015

2. Prévention du VIH chez les usagers de drogues injectables

- 2.1 Programmes d'échanges d'aiguilles et de seringues, et autres programmes de prévention destinés aux usagers de drogues injectables
- 2.2 Traitement de substitution pour les toxicomanes

Objectif 3. Éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida à l'horizon 2015

3. Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)

- 3.1 TARV pour la PTME
- 3.2 Composant de la PTME non lié aux TARV

Objectif 4. Assurer un traitement antirétroviral vital à 15 millions de personnes vivant avec le VIH à l'horizon 2015

4. Accès universel au traitement

- 4.1 Dépistage du VIH
- 4.2 Soins pré-TARV et soins palliatifs
- 4.3 TARV pour les adultes

- 4.4 TARV pour les enfants
- 4.5 Soutien et rétention des patients

Objectif 5. Réduire de 50 % le nombre de décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH à l'horizon 2015

5. TB

- 5.1 Dépistage et diagnostic de la TB pour les PVVIH
- 5.2 Traitement de la TB pour les PVVIH

Objectif 6. D'ici à 2015, réduire le déficit mondial de moyens de riposte au sida, et parvenir à un investissement mondial annuel de 22 à 24 milliards de dollars US dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires

6. Gouvernance et pérennité

- 6.1 Informations stratégiques
- 6.2 Planification et coordination
- 6.3 Achats et logistique
- 6.4 Renforcement des systèmes de santé

Objectif 8. Éliminer la stigmatisation et la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH ou touchées par lui, à travers la promotion des lois et des mesures qui assurent la pleine réalisation de tous les droits de l'homme et libertés fondamentales

Objectif 9. Éliminer les restrictions liées au VIH en matière d'entrée, de séjour et de résidence

7. Initiateurs cruciaux

- 7.1 Dialogue politique
- 7.2 Réduction de la stigmatisation
- 7.3 Réforme législative et exécution
- 7.4 Développement institutionnel/Mobilisation communautaire spécifique au sida

Objectif 7. Éliminer les inégalités entre les sexes et les violences et abus sexuels et renforcer la capacité des femmes et des filles à se protéger contre le VIH

Objectif 10. Éliminer les systèmes parallèles dans les services liés au VIH pour renforcer l'intégration de la riposte au sida dans les efforts mondiaux en matière de développement et de santé, ainsi que pour renforcer les systèmes de protection sociale

8. Synergies avec les secteurs de développement

- 8.1 Protection sociale
- 8.2 Programmes sexospécifiques
- 8.3 Éducation
- 8.4 Lieu de travail
- 8.5 Synergies avec le secteur sanitaire

Suppléments mondiaux non cruciaux/Autres

Veillez répertorier ci-dessous, en apportant des précisions, tout programme essentiel ne faisant pas partie des systèmes de classification suggérés

Instructions

- Les financements apparaissant dans la catégorie Sources publiques mentionneront seulement les revenus générés par le gouvernement et alloués à la riposte au sida. Ils ne devront comprendre aucune assistance au développement issue de sources internationales. S'il est possible d'identifier le montant total de l'aide budgétaire, il doit figurer dans les sous-catégories appropriées des sources internationales (PEPFAR ou Autres sources bilatérales, par exemple). Si une aide budgétaire est incluse dans la sous-catégorie Sources publiques, veuillez le mentionner dans la note d'envoi.
- Les financements octroyés par des donateurs bilatéraux particuliers ne doivent pas être ventilés par institution donatrice dans la grille de financement, à l'exception du PEPFAR.
- Le financement fourni par une banque de développement doit être désigné soit comme Remboursable (prêts, par exemple) et placé dans les Sources publiques, soit comme Non remboursable (subventions, par exemple) et placé dans les Sources internationales. Les pays à qui les banques de développement fournissent aussi bien des prêts que des subventions doivent veiller à inscrire ces fonds dans les catégories appropriées.
- Les financements octroyés par des fondations internationales doivent être inscrits dans la sous-catégorie Autre aide internationale.
- Il n'est pas obligatoire de fournir des informations sur le financement provenant de sources privées. Toutefois, les États membres sont vivement encouragés à recueillir et à transmettre les données disponibles dans ce domaine de sorte à donner un tableau plus complet des fonds disponibles pour la riposte au sida.
- Les États membres sont priés d'entrer dans la Grille nationale de financement des données aussi détaillées que possible, notamment une ventilation des données par catégories et sous-catégories applicables concernant les dépenses relatives à la riposte au sida et les sources de financement. Il convient de désigner clairement toute catégorie ou sous-catégorie qui est applicable au pays ; les explications concernant des catégories ou sous-catégories ne faisant pas l'objet d'une estimation pour toute autre raison doivent figurer dans la note d'envoi.
- Les équivalents entre les codes de la Grille nationale de financement précédente et la Grille nationale de financement affinée, sont fournis dans la colonne Codes programmatiques de la Grille nationale de financement précédente.

- ° Y figure un certain nombre de catégories programmatiques, dotées d'intitulés tout à fait explicites.
- ° Pour éviter tout doublon dans le décompte, la dépense doit être comptabilisée et assignée à une seule catégorie ou sous-catégorie de programme.
- ° Remarque : l'ensemble des catégories de dépense sont spécifiques au sida et doivent inclure uniquement les dépenses liées au VIH et au sida. Cela reste vrai pour les Initiateurs et les Synergies qui doivent correspondre uniquement à ceux/celles directement imputables à la riposte au sida.
- ° Si des pays doivent faire état de programmes essentiels qui ne relèvent pas du système suggéré de programmes de base liés au VIH et au sida, ces programmes devront être répertoriés à la rubrique « Suppléments/mondiaux non cruciaux/Autres », à la fin du tableau. Dans ce cas, nous vous demandons de fournir une description de ces programmes supplémentaires, ainsi que des dépenses engagées lors de chaque cycle de reporting.
- ° Pour simplifier l'utilisation et la consultation de la grille, il existe une option permettant de masquer ou d'afficher les catégories de dépenses de chaque programme VIH/sida. Pour cela, il suffit d'appuyer sur le signe « + » pour masquer et sur le signe « - » pour afficher les catégories de chaque secteur programmatique à gauche du tableau. La même option est à votre disposition pour masquer ou afficher les colonnes correspondant aux sources de financement.
- ° Le cas échéant, la grille est dotée d'une fonction de calcul automatisé des sous-totaux et totaux. La formule de calcul intégrée à ces cellules est protégée ; elle inclut les indicateurs agrégés uniquement lorsque les données des composants ont été saisies correctement.
- ° Une fois remplie, la Grille nationale de financement doit être soumise par le biais de l'outil de reporting en ligne du RARSM.
- ° Si vous n'avez pas accès à cet outil, veuillez soumettre la Grille nationale de financement par courriel à l'ONUSIDA (AIDSreporting@unaids.org).

Le Secrétariat de l'ONUSIDA recommande vivement que le Comité national de riposte au sida, ou l'organe équivalent, organise un atelier d'une journée permettant aux intervenants concernés de passer en revue la Grille nationale de financement, avant que celle-ci ne soit soumise dans le cadre du Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde. Les intervenants concernés sont les ministères et départements fédéraux et les instances gouvernementales, provinciales et régionales, les organisations civiles locales et internationales, les institutions multilatérales, les donateurs bilatéraux, les fondations et les entités commerciales, ainsi que les représentants d'autres initiatives pertinentes de suivi des ressources.

GRILLE NATIONALE DE FINANCEMENT

Pays:							
Cycle de reporting (année civile ou exercice fiscal) :							
Début du cycle de reporting (mm/aaaa) :							
Fin du cycle de reporting (mm/aaaa) :							
Devise utilisée (monnaie locale ou dollars US) :							
Montants exprimés en (unités, milliers ou millions) :							
Taux de change moyen de la période de reporting (devise locale par rapport à 1 dollar US) :							
Outil/Méthodologie de mesure des données :							
DIX OBJECTIFS : Déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida de 2011							
		Codes des programmes de la pré-dépendance nationale de financement	Sources publiques	Sources privées	Sources internationales	TOTAL	
			Total Public	Total Privé	Total International		
Objectif 1. Réduire de 50 % le taux de transmission par voie sexuelle à l'horizon 2015		Programmes VIH et sida	1. Prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle				
Objectif 2. Réduire de 50 % la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues injectables à l'horizon 2015			2. Prévention du VIH chez les usagers de drogues injectables				
Objectif 3. Éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida à l'horizon 2015			3. Prévention de la transmission mère-enfant				
Objectif 4. Assurer un traitement antirétroviral vital à 15 millions de personnes vivant avec le VIH à l'horizon 2015			4. Accès universel au traitement				

<p>Objectif 5. Réduire de 50 % le nombre de décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH à l'horizon 2015</p>	<p>5. TB</p>				
<p>Objectif 6. D'ici à 2015, réduire le déficit mondial de moyens de riposte au sida, et parvenir à un investissement mondial annuel de 22 à 24 milliards de dollars US dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires</p>	<p>6. Gouvernance et pérennité</p>				
<p>Objectif 8. Éliminer la stigmatisation et la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH ou touchées par lui, à travers la promotion des lois et des mesures qui assurent la pleine réalisation de tous les droits de l'Homme et libérés fondamentales</p>	<p>7. Initiateurs cruciaux</p>				
<p>Objectif 7. . Éliminer les inégalités entre les sexes, les violences et abus sexospécifiques, et renforcer la capacité des femmes et des filles à se protéger contre le VIH</p> <p>Objectif 10. Éliminer les systèmes parallèles dans les services liés au VIH pour renforcer l'intégration de la riposte au sida dans les efforts mondiaux en matière de développement et de santé, ainsi que pour renforcer les systèmes de protection sociale</p>	<p>8. Synergies avec les secteurs de développement</p>				
	<p>Suppléments/mondiaux non cruciaux/Autres</p>				

Annexe 3. Modèle de checklist pour l'élaboration d'un rapport d'activité national

Définition d'une procédure pour l'élaboration du rapport, notamment le calendrier et les échéances, les rôles respectifs du comité national de riposte au sida, des agences gouvernementales, des agences de l'ONU, de la société civile et d'autres partenaires pertinents.

Obtention d'un financement pour tous les aspects de la procédure de reporting.

Définition d'une procédure de collecte, de vérification et d'analyse des données, notamment :

- Choix des sources et des instruments pertinents (y compris Spectrum) pour la collecte des données pour chaque indicateur
- Calendrier de collecte de données aligné sur d'autres efforts de collecte de données, notamment celles obtenues auprès d'organismes de financement comme le Fonds mondial, le PEPFAR, et des agences de l'ONU
- Calendrier de transmission des indicateurs relatifs aux établissements médicaux, en vue d'une agrégation au niveau national
- Ateliers de vérification et de validation des données en vue d'arriver à un consensus sur la valeur exacte de chaque indicateur

Élaboration des protocoles de traitement et de gestion des données, notamment :

- Nettoyage et validation des données de base
- Base de données unique aux fins d'analyse et de transmission

Analyse des données pertinentes en concertation avec les organisations partenaires issues des instances gouvernementales, de la société civile et de la communauté internationale

Identité de vues des parties prenantes, notamment celles issues des instances gouvernementales et de la société civile, concernant le rapport final à présenter

Saisie des données puis envoi du rapport narratif via l'outil de reporting en ligne avant le mardi 31 mars 2015

Réponse aux demandes de clarifications concernant les données (envoyées depuis l'adresse AIDSreporting@unaids.org ou directement via l'outil de reporting en ligne).

Annexe 4. Sélection bibliographique

UNAIDS (2010) *12 Components M&E System Assessment - Guidelines to support preparation, implementation and follow up activities*. Genève : ONUSIDA

UNAIDS (2010) *12 Components M&E System Strengthening Tool*. Genève : ONUSIDA

UNAIDS (2011) *Glossary of M&E Terminology*. Genève : ONUSIDA

UNAIDS (2010) *Guidance HIV M&E Capacity-building*. Genève : ONUSIDA

UNAIDS (2010) *Indicator Standards and Assessment Tool*. Genève : ONUSIDA

UNAIDS (2010) *Monitoring and Evaluation Fundamentals: A National Evaluation Agenda for HIV*. Genève : ONUSIDA

ONUSIDA (2010) *Monitoring and Evaluation Fundamentals: An Introduction to Triangulation*. Genève : ONUSIDA

UNAIDS (2010) *Monitoring and Evaluation Fundamentals: An Introduction to Indicators*. Genève : ONUSIDA

UNAIDS (2010) *Monitoring and Evaluation Fundamentals: Basic Terminology and Frameworks for Monitoring and Evaluation*. Genève : ONUSIDA

UNAIDS (2008) *Organizing Framework for a Functional National HIV Monitoring and Evaluation System*. Genève : ONUSIDA

ONUSIDA (2014) *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida*. Genève : ONUSIDA

UNAIDS (2014) *The Gap Report Geneva*: ONUSIDA

ONUSIDA (2011) *Assurer l'avenir aujourd'hui - Synthèse de l'information stratégique sur le VIH et les jeunes*. Genève, ONUSIDA

UNAIDS (2010) *Strategic Guidance for the Evaluation of HIV prevention programmes*. Genève : ONUSIDA

WHO (2013) *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection*. Genève : OMS

Unicef (2014). *La situation des enfants dans le monde - Rapport*. New York : Unicef

Unicef (2009) *Country-led Monitoring and Evaluation Systems*. New York, Unicef

Annexe 5. Indicateurs liés à la circoncision masculine

Ces deux indicateurs concernent uniquement les 16 pays où la prévalence du VIH est élevée, la circoncision masculine peu répandue et l'épidémie hétérosexuelle généralisée, à savoir l'Afrique du Sud, le Botswana, l'Éthiopie, le Kenya, le Lesotho, le Malawi, le Mozambique, la Namibie, l'Ouganda, la République centrafricaine, la République unie de Tanzanie, le Rwanda, le Soudan du Sud, le Swaziland, la Zambie et le Zimbabwe.

1.22 Proportion d'hommes circoncis

Pourcentage d'hommes âgés de 15 à 49 ans étant circoncis

Objet

Il évalue les progrès réalisés dans la couverture de la circoncision masculine.

Fondement

Il a clairement été démontré que la circoncision masculine réduit d'environ 60 % le risque, pour les hommes, d'être infectés par le VIH lors de rapports hétérosexuels. Trois essais contrôlés et randomisés ont montré que la circoncision masculine pratiquée par des professionnels de la santé formés et dans un cadre équipé de manière adéquate est sûre et réduit le risque d'acquisition du VIH. Dans leurs recommandations, l'OMS et l'ONUSIDA soulignent que la circoncision masculine constitue une intervention efficace de prévention du VIH dans les pays et les régions touchées par des épidémies hétérosexuelles où la prévalence du VIH est élevée et la circoncision masculine peu répandue.

Numérateur :	Nombre d'hommes interrogés, âgés de 15 à 49 ans, ayant déclaré avoir été circoncis.
Dénominateur :	Nombre d'hommes interrogés âgés de 15 à 49 ans
Calcul :	Numérateur / dénominateur
Méthode d'évaluation :	Enquêtes réalisées auprès de la population (enquêtes démographiques et de santé, enquêtes sur les indicateurs du sida, enquêtes MICS ou en grappe à indicateurs multiples et autres enquêtes représentatives)
Fréquence de mesure :	Tous les 3 à 5 ans
Ventilation :	<ul style="list-style-type: none">• Âge (de 15 à 19 ans, de 20 à 24 ans et de 25 à 49 ans)• Source/Praticien ayant réalisé la circoncision : système de santé officiel ou traditionnel

Atouts et faiblesses

L'évolution des taux de circoncision masculine peut découler ou non d'un programme. Par exemple, un changement des normes sociétales, qui n'est pas dû à un programme, peut entraîner une évolution des taux de circoncision masculine. Cet indicateur évalue l'ensemble des changements dans la population, quelles que soient les raisons.

Les enquêtes existantes réalisées auprès des populations (par exemple, les DHS) n'évaluent pas avec précision la situation concernant la circoncision masculine, notamment en raison d'un manque de connaissances concernant la circoncision masculine, d'une confusion quant à ce que le fait d'être circoncis signifie et de l'influence de la « bienséance sociale ». D'autres approches visant à déterminer si un homme est circoncis ou non peuvent être utilisées, par exemple, le recours à des images ou des illustrations (peuvent être culturellement plus appropriées), des questions directes ou encore un examen direct. La modélisation de l'impact potentiel d'une évolution des taux de circoncision masculine sur l'incidence du VIH requiert une connaissance précise de cette évolution dans le temps.

Informations supplémentaires

Pour de plus amples informations sur les indicateurs couvrant la circoncision masculine, consultez le document

A guide to indicators for male circumcision programmes in the formal health care system, WHO, UNAIDS, 2009

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598262_eng.pdf

1.23 Nombre de circoncisions pratiquées sur des hommes

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

Objet

Il évalue les progrès réalisés dans l'extension des services de circoncision masculine.

Fondement

Il a clairement été démontré que la circoncision masculine réduit d'environ 60 % le risque, pour les hommes, d'être infectés par le VIH lors de rapports hétérosexuels. Trois essais contrôlés et randomisés ont montré que la circoncision masculine pratiquée par des professionnels de la santé formés et dans un cadre équipé de manière adéquate est sûre et réduit le risque d'acquisition du VIH. Dans leurs recommandations, l'OMS et l'ONUSIDA soulignent que la circoncision masculine constitue une intervention efficace de prévention du VIH dans les pays et les régions touchées par des épidémies hétérosexuelles où la prévalence du VIH est élevée et la circoncision masculine peu répandue.

Numérateur :	Nombre d'hommes ayant été circoncis au cours des 12 derniers mois conformément aux normes nationales
Dénominateur :	Ne s'applique pas
Méthode d'évaluation :	Registres des établissements de santé et formulaires de notification
Fréquence de mesure :	Annuelle
Ventilation :	<ul style="list-style-type: none"> • Âge : <1, 1-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49 et plus de 50 ans

Atouts et faiblesses

Le nombre total de circoncisions masculines pratiquées peut indiquer un changement au niveau soit de l'offre soit de la demande de services. La comparaison des résultats avec les valeurs précédentes fait apparaître les endroits où les services de circoncision masculine ont récemment été implantés ainsi que les endroits où le volume de circoncisions masculines a changé.

Il est conseillé de procéder à des ventilations supplémentaires au niveau du pays :

- i. Test(s) VIH positif(s) sur place ; test(s) VIH négatif(s) sur place ; résultats du/des test(s) réalisé(s) sur place indéterminé(s) ; test du VIH inconnu/refusé
- ii. Type et situation géographique de l'établissement de santé
- iii. Qualifications de la personne ayant pratiqué la circoncision

La ventilation du nombre de circoncisions masculines selon le statut VIH et l'âge permet, grâce à une modélisation, de déterminer l'impact des programmes de circoncision masculine sur l'incidence du VIH. Si un pays accorde la priorité à certaines tranches d'âge, cette ventilation aidera à déterminer si les stratégies de communication spécifiques à l'âge créent de la demande. En outre, si les données sont disponibles selon le type et la situation géographique de l'établissement de santé dans lequel la circoncision a été pratiquée, les besoins peuvent être évalués en termes d'allocation des ressources. Enfin, la ventilation des données selon les qualifications de la personne ayant pratiqué la circoncision permettra de déterminer si les efforts visant à déléguer les tâches portent leurs fruits et donc à déterminer quelles sont les ressources à allouer.

Certains programmes travailleront en étroite collaboration avec les services de conseil et de dépistage volontaire du VIH pour fournir des services de dépistage du VIH. Il est possible qu'un patient souhaitant être circoncis ait récemment été dépisté ; dans ce cas, il est inutile de pratiquer un test sur place. Dans ce cas, une attestation du résultat pourra être demandée auprès de l'établissement afin de vérifier la sérologie pour le VIH. Il n'existe pas de durée déterminée avant laquelle le test doit avoir été réalisé pour pratiquer la circoncision masculine, mais une période de trois mois maximum est suggérée (le but du dépistage n'est pas d'identifier tous les hommes susceptibles d'être infectés par le VIH, mais de dépister les hommes en quête de soins et d'identifier les hommes séropositifs au VIH qui, s'ils choisissent d'être circoncis, ont plus de risques d'avoir des complications chirurgicales, à savoir les hommes qui ont des infections chroniques et de faibles taux de CD4).

Informations supplémentaires

Pour de plus amples informations sur les indicateurs couvrant la circoncision masculine, consultez le document

A guide to indicators for male circumcision programmes in the formal health care system, WHO, UNAIDS, 2009

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598262_eng.pdf Appendix 4.

Annexe 6. Collecte de données géographiques dans le cadre de la surveillance, du suivi et de l'évaluation

La présentation géographique des informations présente un intérêt pour quasiment tous les programmes de suivi et d'évaluation. Les données de nombreux indicateurs peuvent être représentées de manière géographique via un système d'information géographique (GIS) en vue de l'analyse. Les données géographiques peuvent être exploitées pour l'évaluation et le suivi des épidémies. L'épidémiologie comporte une dimension géographique évidente, et la gamme des services de prévention, de soins et de traitement est également associée à des endroits spécifiques. L'aspect géographique est donc capital lors de l'intégration de données issues de la surveillance et de différents courants programmatiques. Une approche standardisée des données géographiques est utile pour les systèmes nationaux, afin d'analyser la répartition géographique des interventions. Elle favorise la cohérence des données géographiques entre les différentes sources, et facilite le partage et l'utilisation de ces données géographiques par les différents pays partenaires, ainsi que le collationnement de toutes les sources de données disponibles afin d'éclairer l'analyse et la prise de décision au niveau local.

Paramètres géographiques des données de suivi et d'évaluation

Afin de faciliter l'intégration et l'analyse des données, des paramètres géographiques doivent être prévus pour les différents indicateurs, avec un niveau adapté de précision et en utilisant des références et des conventions géographiques standardisées. Le niveau de précision adéquat peut être aussi général qu'un district, une province ou même le territoire national. Toutefois, l'ajout de paramètres géographiques aux informations plus détaillées qui entrent dans la composition des indicateurs peut permettre toute une série d'analyses, et d'identifier la couverture géographique des services ou la répartition géographique des ressources humaines et des dépenses, et de suivre les évolutions pour de petites zones géographiques.

Pour beaucoup d'applications de surveillance, les données géographiques dictent l'échelle à laquelle les données peuvent être utilisées. Par exemple, les enquêtes de population sont généralement représentatives au niveau des provinces. Les données de surveillance sentinelle des maternités portent généralement sur des établissements de santé spécifiques ou plus rarement sur un groupe d'établissements de santé ruraux. Les données de prévalence du VIH pour une maternité ou un groupe de maternités devraient être accompagnées de la localisation géographique de ces dernières. Les systèmes de surveillance évoluent vers l'utilisation de données de prévalence du VIH générées par les programmes de PTME. Ces données de prévalence devraient donc être accompagnées de la localisation géographique des sites de PTME concernés. La localisation géographique correspondant aux données de la surveillance sentinelle pour les populations clés (par exemple, collectées via des enquêtes intégrées biocomportementales ou IBBS) peut être celle de l'établissement central où la surveillance est menée

(par exemple, lorsqu'un échantillonnage déterminé par les répondants est utilisé ou pour une surveillance en clinique) ou celle de l'endroit où se trouvent effectivement les répondants durant les opérations de surveillance (par exemple, lorsqu'un échantillonnage temps-localisation est utilisé).

Pour les données d'un indicateur qui caractérisent un établissement de santé, la localisation géographique la plus précise est un point déterminé par la latitude et la longitude de l'établissement. Cette information devrait être enregistrée dans une liste de référence des établissements de santé gérée par le ministère de la santé, ou le cas échéant dans un système d'information géographique géré par une agence centrale de statistique. Les principales données de suivi qui doivent être accompagnées d'informations géographiques comprennent les personnes dépistées, les nouveaux diagnostics du VIH, les femmes enceintes dépistées, les personnes ayant entamé une thérapie antirétrovirale, les personnes sous thérapie antirétrovirale, les femmes enceintes qui reçoivent des antirétroviraux et les diagnostics infantiles précoces.

Beaucoup d'activités organisées au sein des collectivités pour les populations clés ou pour appuyer les programmes de traitement peuvent également être localisées géographiquement (latitude et longitude). Pour des activités qui ne sont pas liées à un établissement donné, la localisation géographique pourra être plus difficile à déterminer.

Normes des données spatiales et métadonnées

La plupart des pays ont mis en place une Infrastructure de données géographiques (IDG) ou une structure réservée aux données géographiques dans le cadre d'une infrastructure nationale plus vaste d'information et de communication. Une IDG rassemble les technologies, les règles, les normes, les ressources humaines et les activités requises pour l'acquisition, le traitement, la diffusion, l'utilisation, le maintien et la préservation de données géographiques / spatiales. Un plan de gestion pour les données géographiques / spatiales est recommandé afin de réduire les redondances et appuyer les responsabilisations nationales et la durabilité, en garantissant que ces données deviennent partie intégrante de l'IDG du pays concerné.

Dans la mesure du possible, les bases de données doivent inclure les libellés selon les conventions standardisées internationales, ainsi que les libellés selon les normes et codes locaux. Pour les données spécifiques à un pays pour lesquelles des normes sont spécifiées pour les métadonnées par les règles de l'IDG, les données spatiales peuvent suivre la norme de métadonnées FGDC et inclure toutes les métadonnées supplémentaires figurant dans la norme locale. Le respect des normes de données spatiales est nécessaire pour l'alignement avec les systèmes et programmes nationaux.

Localisation d'un individu

La localisation d'un individu est aujourd'hui possible, en particulier par le croisement de différentes données. La prudence est de mise lors de la diffusion de données géographiques, car elles peuvent être exploitées de manière inappropriée en combinaison avec d'autres données et conduire à une violation des règles de confidentialité. La plus grande prudence est de mise lors du développement de cartes identifiant les populations clés stigmatisées ou les endroits où ces populations se concentrent.

Outils géospatiaux

Différents logiciels payants, gratuits ou en source ouverte sont disponibles pour la réalisation de cartes géographiques. Une analyse géographique élémentaire peut être réalisée dans une feuille de calcul ou à l'aide d'un globe numérique. Pour des analyses plus avancées, la gestion des données géographiques et l'affichage de données géographiques, un GIS est nécessaire. Une sélection judicieuse du logiciel, des données, du mode d'analyse et de l'échelle s'impose. Il convient de déterminer quelles sont les compétences déjà disponibles dans les différents pays pour la conduite d'analyses géographiques. Ces analyses géographiques peuvent être complétées à travers des méthodologies participatives impliquant divers intervenants au sein des collectivités.

Annexe 7. Directives de suivi des progrès réalisés en matière d'élimination des inégalités sexospécifiques

Contexte

Par le biais de la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011, les pays membres ont élaboré un « Plaidoyer pour l'élimination des inégalités entre les sexes, les violences et abus sexospécifiques ». Cet engagement est reflété dans l'Objectif 7 qui traite de l'élimination des inégalités entre les sexes, des violences et abus sexuels et du renforcement de la capacité des femmes et des filles à se protéger contre le VIH.

Les progrès vers la réalisation de l'Objectif 7 sont mesurés par le biais du Rapport d'activité annuel sur la riposte au sida dans le monde (RARSM), dans l'Indicateur 7, à partir de la proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans, qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois. Outre la mesure du résultat lui-même, cet indicateur est également considéré comme une estimation des inégalités entre les sexes.

Égalité entre les sexes et VIH

Le concept de sexospécificité englobe le fait que « tous les êtres humains... sont libres de développer leurs compétences propres et de faire des choix sans être limités par les stéréotypes, la rigidité des rôles attribués à leur sexe et des préjugés. L'égalité entre les sexes signifie que les différents comportements, aspirations et besoins... sont considérés, valorisés et favorisés de la même façon. Cela signifie qu'il n'existe aucune discrimination liée au sexe dans l'attribution de ressources ou d'avantages, ou dans l'accès aux services. L'égalité entre les sexes peut être mesurée en termes d'égalité des chances ou d'égalité des résultats. »²

Bien que les débats menés autour de cet objectif fassent souvent référence, de façon implicite, aux femmes et aux jeunes filles, on admet qu'il existe un contexte d'identité sexuelle allant au-delà de la vision binaire hommes/femmes. L'identité sexuelle désigne « tout ce qu'une personne ressent au plus profond d'elle-même, et à titre strictement personnel, comme étant son sexe ; ce qui peut correspondre, ou non, à son sexe de naissance. Ce concept recouvre aussi bien la perception personnelle du corps – celui-ci pouvant être, comme suite à un libre choix, modifié extérieurement ou par le biais d'une intervention chirurgicale, d'un traitement médicamenteux ou par un autre moyen – que d'autres expressions du genre – y compris l'habillement, la façon de s'exprimer ou la gestuelle ».³

² UNAIDS Terminology Guidelines, October 2011 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2118_terminology-guidelines_en_0.pdf)

³ UNAIDS Terminology Guidelines, October 2011 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2118_terminology-guidelines_en_0.pdf), page 11

Concernant ce qui est considéré comme masculin ou féminin, les normes et pratiques préjudiciables, la stigmatisation et les discriminations basées sur l'identité sexuelle, peuvent accroître la vulnérabilité d'une personne par rapport au VIH⁴ et entraîner une différenciation en termes de recours aux services de santé, de capacité à se conformer aux prescriptions médicales, au même titre que d'autres facteurs exposant à un risque accru par rapport au VIH et à ses implications.

Objet de cette note à visée directive

Bien que l'égalité entre les sexes soit abordée en détails dans l'Objectif 7, elle apparaît également en filigrane dans les objectifs de la Déclaration politique 2011 et dans les indicateurs du RARSM. L'Indicateur 7.1 permet de réaliser une estimation des progrès réalisés en matière d'égalité des sexes. Il n'aborde cependant que l'un des 3 composants de l'Objectif 7. Les pays ont indiqué avoir des difficultés à évaluer les progrès réalisés dans le cadre de l'Objectif 7, plus particulièrement concernant les épidémies dont les populations les plus touchées sont des populations clefs.

Ce document annexe vise à fournir une aide supplémentaire aux pays concernant les modalités de suivi des progrès en matière d'égalité des sexes, par le biais du cadre du RARSM. Il souligne certaines méthodes de suivi, plus exhaustives, des progrès réalisés en vue de l'Objectif 7 pour bénéficier d'une meilleure compréhension de la situation en matière d'égalité des sexes dans un pays. Il reflète un concept inclusif de la notion de genre, comprenant les femmes et les filles, mais également les femmes et les filles dans les populations clefs,⁵ les transgenres, ainsi que les hommes et les garçons.

Violence et VIH

La violence sexospécifique désigne une « violence visant à établir, maintenir ou tenter de rétablir des relations de pouvoir inégalitaires basées sur le sexe des personnes. Ce terme a été utilisé au départ pour décrire les violences exercées par des hommes envers des femmes parce qu'elles sont des femmes. Depuis, il est souvent utilisé à la place de l'expression « violence à l'égard des femmes ». La définition a évolué. Elle inclut désormais les violences exercées à l'encontre des garçons, des hommes ou des transgenres uniquement parce qu'ils ne correspondent pas aux normes et attentes sexospécifiques prédominantes (par ex. : ils ont une apparence féminine) ou aux normes hétérosexuelles, ou parce qu'ils s'y opposent ».⁶

La définition des violences envers les femmes est la suivante : « tout acte de violence sexospécifique commis en public ou dans la sphère privée, entraînant, ou susceptible d'entraîner, des blessures ou une souffrance physique, sexuelle ou psychologique chez les femmes ; cela inclut la menace d'exercer de tels actes, la coercition ou la privation arbitraire de liberté dans le cadre de la famille ou de la communauté ».⁷ Les violences exercées envers les femmes au sein du couple, telles que celles mesurées par le biais de l'Indicateur 7.1, constituent une forme de violence envers les femmes. Pour obtenir une liste des comportements constituant une forme de violence au sein du couple, veuillez consulter l'Indicateur 7.1.

⁴ OMS et ONUSIDA (2013). 16 idées pour lutter contre la violence envers les femmes dans le contexte de l'épidémie de VIH : un outil de programmation.

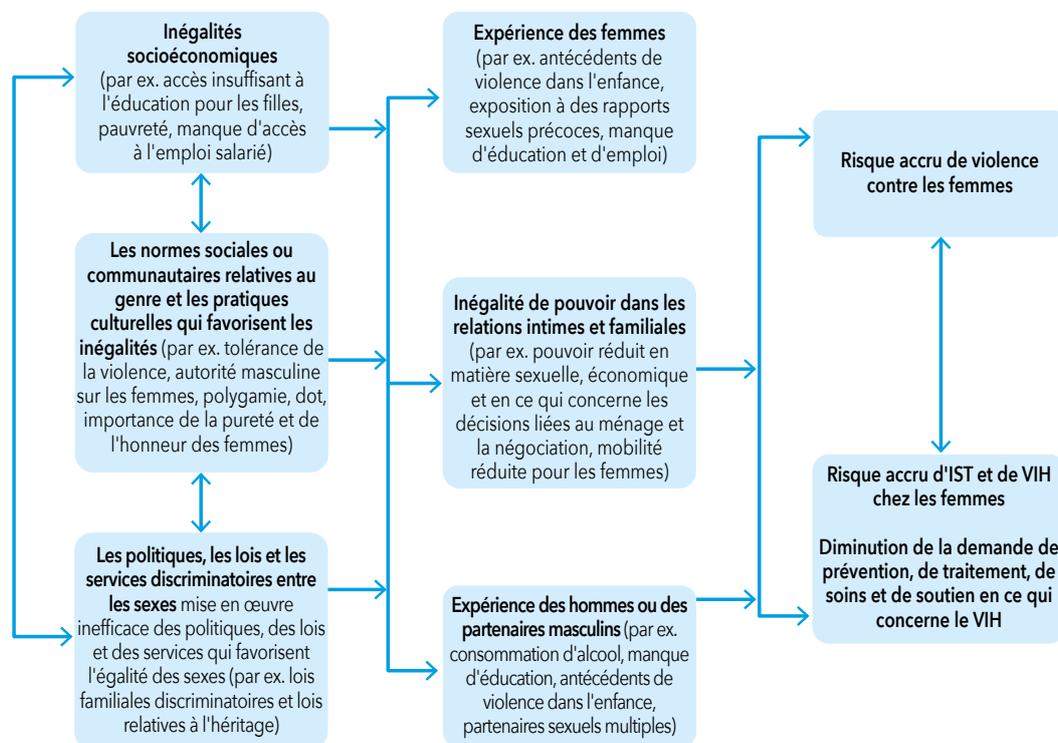
⁵ Selon le contexte du pays, les populations clefs de femmes peuvent inclure des professionnelles du sexe, des femmes toxicomanes, des femmes transgenres, des femmes ayant des partenaires masculins présentant des comportements à haut risque, des adolescentes/jeunes femmes issues des populations clefs, des femmes ayant émigré pour trouver du travail, des femmes séquestrées ou incarcérées.

⁶ OMS et ONUSIDA (2013). 16 idées pour lutter contre la violence envers les femmes dans le contexte de l'épidémie de VIH, p. 3 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95156/1/9789241506533_eng.pdf)

⁷ OMS et ONUSIDA (2013). 16 idées pour lutter contre la violence envers les femmes dans le contexte de l'épidémie de VIH, p. 3 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95156/1/9789241506533_eng.pdf)

À l'échelle mondiale, une femme sur trois a, au cours de sa vie, subi des violences au sein du couple ou des violences sexuelles exercées par un autre homme que leur partenaire.⁸ Les violences au sein du couple (qui représentent une manifestation de l'inégalité entre les sexes et une violation des droits des femmes) sont liées au VIH de multiples façons, notamment en tant que facteur de risque et en tant que conséquence du fait de vivre avec le VIH. Plusieurs études ont montré que l'exposition à des violences au sein du couple est associée à un risque 1,5 fois plus grand d'être infecté par une IST ou par le VIH.^{9,10,11} Vous trouverez ci-dessous des diagrammes représentant les rapports entre l'inégalité de genre associée aux violences envers les femmes et le VIH, et les liens directs et indirects entre les violences envers les femmes, le risque constitué par le VIH et le recours aux services de santé.¹²

Rapports entre l'inégalité de genre associée aux violences envers les femmes et le VIH



⁸ OMS, LSHTM, SAMRC. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Genève, OMS, 2013.

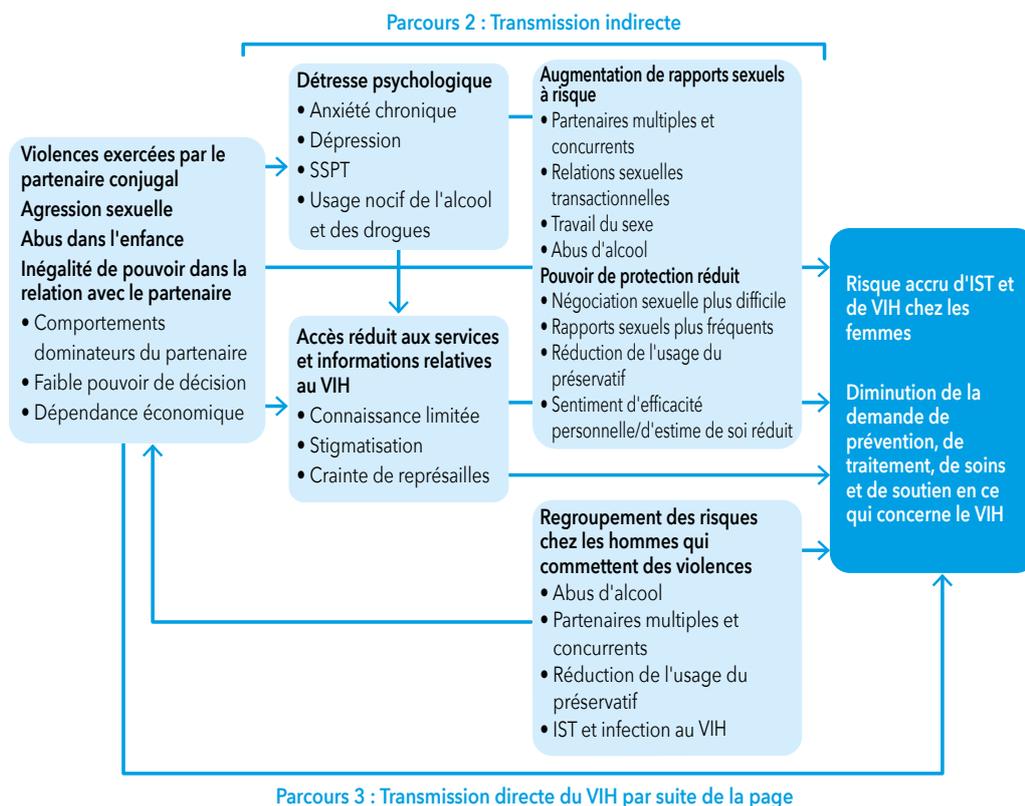
⁹ OMS, LSHTM, SAMRC. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Genève, OMS, 2013.

¹⁰ Jewkes R et al. Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *The Lancet*, 2010, 376(9734):41–48.

¹¹ Kouyoumdjiana FG et al. Intimate partner violence is associated with incident HIV infection in women in Uganda. *AIDS*, 2013, 27(8):1331–1338.

¹² OMS et ONUSIDA (2013). 16 idées pour lutter contre la violence envers les femmes dans le contexte de l'épidémie de VIH, p. 6-7. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95156/1/9789241506533_eng.pdf)

Liens directs et indirects entre les violences envers les femmes, le risque constitué par le VIH et le recours aux services de santé



Surveillance accrue des progrès réalisés en matière d'égalité entre les sexes, par le biais du RARSM

Grâce aux divers composants du RARSM, il est possible de bénéficier d'une vision plus globale des progrès réalisés en matière d'égalité des sexes :

Collecte et communication de données ventilées par sexe, populations clefs et âge, par indicateur : Comme mentionné dans les directives 2015 du RARSM, « sans ventilation des données, il est difficile de surveiller l'étendue et la profondeur de la riposte à l'épidémie... Il est vivement recommandé aux pays de collecter des données ventilées, notamment selon l'âge et le sexe, deux critères essentiels dans le cadre du suivi et de l'évaluation du VIH. Des dynamiques liées au sexe (masculin/féminin) peuvent être mises en évidence par le biais de données épidémiologiques ventilées selon le sexe et l'âge, ainsi que par le biais d'indicateurs du comportement. » Pour prendre connaissance de la liste des estimations épidémiologiques¹³ et des indicateurs du RARSM qui doivent être ventilés, veuillez consulter les Tableaux 1 et 2.

Nous demandons aux pays de transmettre des copies ou des liens vers les rapports initiaux contenant des données transmises par le biais du RARSM, pour référence et pour permettre une analyse ultérieure. Les rapports peuvent être transmis grâce au bouton « ajouter fichier » situé en haut de la page Indicateur, dans l'outil RARSM en ligne.

¹³ Issues des fichiers Spectrum.

Cases de commentaires de l'Indicateur : La construction de l'indicateur, les outils de mesure et les sources de données sont mentionnés en détails, pour chaque Indicateur du RARSM, dans les directives du RARSM. Pour les indicateurs considérés comme pertinents, si les pays manquent actuellement de données, nous les encourageons à :

- Indiquer que l'indicateur « est pertinent » ; et à
- Indiquer dans la case de commentaires pour quels motifs les données ne sont pas disponibles actuellement. Si des données sont disponibles mais ne répondent pas tout à fait à la définition de l'indicateur, tel que défini en détails dans les directives du RARSM, elles peuvent être saisies dans la case de commentaires.

Il est vivement conseillé aux pays de transmettre, via les cases de commentaires de chaque page réservée à l'indicateur, toute donnée complémentaire disponible reflétant les dimensions sexospécifiques de l'indicateur et issue d'autres sources, notamment des données qualitatives ou quantitatives recueillies par la société civile. De telles données complémentaires permettront d'obtenir une analyse circonstancielle plus exhaustive de l'indicateur, sous l'angle de la sexospécificité.

Prévalence des VSC récentes : Il s'agit de l'indicateur de base inclus au RARSM, permettant de suivre les progrès réalisés concernant l'objectif 7.

Données liées à d'autres formes de violences sexospécifiques : Dans la rubrique Indicateur 7.1 du RARSM 2015, une case de commentaires supplémentaire est proposée aux pays pour transmettre toute donnée disponible concernant les violences sexospécifiques faites aux hommes et aux populations clefs, notamment aux femmes vivant avec le VIH. Les violences sexospécifiques hors VSC contribuent également à l'accroissement de la vulnérabilité des hommes, garçons et populations clefs. Ces données permettront de mieux comprendre la situation à saisir, ainsi que les progrès réalisés en matière d'élimination des inégalités entre les sexes par rapport au contexte épidémique de chaque pays.

Questions liées à la politique : Tous les deux ans, il est demandé de remplir, dans le cadre du RARSM, le Questionnaire sur les engagements et moyens d'action nationaux (NCPI). Ce questionnaire ayant été inclus dans le cadre du RARSM 2014, il ne sera pas nécessaire d'y répondre en 2015. L'Instrument comprend des questions liées à l'inclusion de femmes, filles, hommes, garçons et populations clefs dans des plans et activités stratégiques à l'échelle nationale, à l'attribution du budget pour des activités avec ces groupes et à des problèmes d'ordre législatif susceptibles d'influencer positivement ou négativement l'impact des activités liées au VIH sur ces populations. Les données fournissent des informations clefs permettant de comprendre l'environnement au sein duquel sont mises en œuvre des actions destinées à promouvoir l'égalité entre les sexes. Il est prévu qu'une version révisée du NCPI soit incluse au reporting 2016. Bien que cet élément ne soit pas inclus au RARSM 2015, nous recommandons aux pays de prendre en considération, lors de l'analyse des dimensions sexospécifiques de l'épidémie et de sa riposte, les données communiquées dans le RARSM 2014 ainsi que d'autres informations concernant l'environnement législatif et politique.

Rapport narratif : Nous demandons aux pays de transmettre un rapport narratif dans le cadre du RARSM. Le rapport narratif fournit l'occasion de rassembler différents éléments du RARSM (données liées à un indicateur, cases de commentaires, questions liées à la politique) par le biais d'une analyse et d'une interprétation. Des données complémentaires, issues d'autres sources (par ex. : des enquêtes réalisées auprès de la population, telles que les Enquêtes démographiques et sanitaires), peuvent également apparaître dans le rapport narratif afin d'offrir une vision plus globale des progrès réalisés

en matière d'égalité entre les sexes dans le pays concerné. Le Recueil des Indicateurs liés à l'égalité entre les sexes et le VIH¹⁴ constitue une référence et un guide utiles pour l'identification d'autres indicateurs complémentaires, susceptibles d'être utilisés pour suivre les progrès réalisés concernant les 10 objectifs. Le Registre des indicateurs (www.indicatorregistry.org), une véritable mine d'informations concernant les indicateurs liés au VIH, constitue aussi une référence utile.

Résumé : Suivi des progrès réalisés en matière d'égalité entre les sexes, par le biais du RARSM

- ° Données ventilées par sexe et par âge pour tous les objectifs et indicateurs, le cas échéant
- ° Prévalence des VSC, pour estimation de l'égalité entre les sexes
- ° Violences sexospécifiques envers les hommes, les femmes et des populations clés
- ° Environnement législatif et politique
- ° Analyse de toutes les données disponibles, ensemble
- ° Analyse incluant des sources de données complémentaires

Recommandations à respecter impérativement

Nous encourageons les pays à accroître la disponibilité des données liées aux indicateurs, ventilées par sexe et par âge, par exemple lors de la collecte de données (par ex. : mise en œuvre d'une enquête), ou dans les rapports d'enquêtes et autres outils de collecte de données plus facilement disponibles. À cet effet, l'ONUSIDA et les partenaires travaillant dans votre pays peuvent vous apporter une aide technique.

Les données ventilées, lorsqu'elles sont disponibles, doivent être utilisées dans le cadre d'actions de plaidoyer, ainsi que dans les rapports préliminaires, présentations, communiqués de presse et autres outils semblables, pour transmettre des messages ciblés, adaptés aux problématiques liées au sexes et permettant d'en donner une nouvelle approche, dans le but d'améliorer la mise au point et la programmation des politiques aux niveaux national, régional et mondial.

Les données du RARSM peuvent être triangulées, notamment avec des données complémentaires issues d'autres sources (par ex. : enquêtes intégrées de suivi bio-comportementale du VIH), en vue de générer une analyse et une compréhension plus étendues des dynamiques sexospécifiques liées à l'épidémie de VIH et à la riposte au sein des pays.

La société civile constitue un partenaire privilégié pour l'analyse et l'interprétation des informations liées aux progrès réalisés en vue de l'Objectif 7 et aux aspects sexospécifiques de l'ensemble des objectifs.

Nous encourageons les pays à effectuer des évaluations sexospécifiques¹⁵ pour identifier les besoins des femmes et des filles concernant le VIH dans leur pays, et à utiliser ces informations pour élaborer ou réviser leur plan stratégique national. Les rapports d'évaluations sexospécifiques peuvent s'avérer très utiles lors de l'analyse des données du RARSM, pour identifier les aspects sexospécifiques susceptibles d'être pertinents en vue de l'évaluation des progrès réalisés par rapport à chacun des objectifs.

¹⁴ <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-13-82>.

¹⁵ http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/JC2543_gender-assessment_en.pdf

Checklist pour la communication et l'évaluation des progrès réalisés, du point de vue sexospécifique, concernant les objectifs de la Déclaration politique 2011

Consultation des partenaires pertinents tout au long du processus

Implication des organismes et institutions pertinents dans le processus :

Ministère de la santé

Agences nationales sous l'autorité du Ministère de la santé (par ex. : liées aux droits des femmes, à l'Éducation, à l'Intérieur, à la lutte contre le trafic de drogues)

Populations clefs constituées d'hommes, de femmes et de transgenres

Hommes, femmes et transgenres vivant avec le VIH, y compris les adolescents

Groupes et/ou organismes liés aux droits des femmes travaillant sur l'égalité des sexes, y compris les organismes travaillant avec des hommes sur l'égalité des sexes

Collecte et communication des données liées aux indicateurs

Inclure des données ventilées par sexe et par âge pour tous les indicateurs, le cas échéant

Inclure les données disponibles les plus récentes et les plus pertinentes, liées à l'Indicateur 7.1, concernant la prévalence des VSC

Fournir des textes/commentaires explicatifs concernant l'Indicateur 7.1, au cas où les données fournies auraient été recueillies à l'aide d'une méthodologie différente de celle recommandée par les directives du RARSM

Fournir, dans la case de commentaires de la page correspondant à l'Indicateur 7.1, toute donnée disponible concernant les violences sexospécifiques à l'égard d'un homme ou d'une femme, y compris dans les populations clefs

Joindre, à chaque page correspondant à un indicateur les rapports pertinents concernant les données transmises par le biais du RARSM

Analyse des données

Analyser les données ventilées par sexe et par âge dans l'ensemble des indicateurs du RARSM pour identifier toute différence entre ces groupes

Analyser les données ventilées par âge concernant l'Indicateur 7.1, puis identifier toute différence de prévalence selon l'âge

Analyser des données disponibles concernant les violences sexospécifiques, autres que les VSC envers les femmes, conjointement avec des données issues d'autres indicateurs du RARSM (par ex. : connaissance, utilisation du préservatif)

Analyser conjointement les données ventilées par sexe et par âge pour les indicateurs du RARSM avec des données concernant l'Indicateur 7.1 et avec toute donnée disponible concernant les violences sexospécifiques envers d'autres groupes de population

Tableau 1 : Estimations épidémiologiques sélectionnées et ventilation disponible

Indicateur	Ventilation en fonction du sexe (O ou N)	Ventilation en fonction de l'âge (O ou N)
Prévalence du VIH (%)	O	O (0-14, 15-24, 15-49, 50+)
Nombre de personnes vivant avec le VIH	O	O (0-14, 15-24, 15-49, 50+)
Nombre de nouvelles infections à VIH	O	O (0-14, 15-24, 15-49, 50+)
Incidence du VIH (taux)	O	O (15-24, 15-49, 50+)
Pourcentage de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH actuellement sous traitement antirétroviral	O	O (0-14, 50+)
Nombre de femmes ayant besoin de traitements antirétroviraux pour éviter la transmission de la mère à l'enfant	S/O	N
Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH mises sous antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	S/O	N
Nombre de décès annuels dus au sida	O	O (0-14, 15-24, 15-49, 50+)

* Les estimations épidémiologiques doivent toujours être communiquées avec les degrés (supérieur et inférieur) d'incertitude Les proportions doivent être calculées sur la base de données estimatives non arrondies

Tableau 2 : Indicateurs du RARSM sélectionnés et ventilation recommandée

	Indicateur	Ventilation en fonction du sexe (O ou N)	Ventilation en fonction de l'âge (O ou N)
Population générale	Pourcentage des jeunes âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement des moyens de prévenir la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH	O	O (15-19, 20-24)
	Pourcentage des jeunes femmes et hommes âgés de 15 à 24 ans ayant eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans	O	O (15-19, 20-24)
	Pourcentage des femmes et hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois	O	O (15-19, 20-24, 25-49)
	Pourcentage des femmes et hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui indiquent avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport	O	O (15-19, 20-24, 25-49)
	Pourcentage des femmes et hommes âgés de 15 à 49 ans ayant subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	O	O (15-19, 20-24, 25-49)
	Pourcentage des adultes et enfants séropositifs au VIH et encore sous traitement 12 mois après le début du traitement antirétroviral	O	O (< 15, 15+)
	Proportion des femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois	S/O	O (15-19, 20-24, 25-49)
	Pourcentage de personnes interrogées déclarant qu'elles achèteraient des légumes frais à un vendeur dont la séropositivité leur est connue	O	O (15-19, 20-24, 25-49)
	Taux de scolarisation actuel des orphelins âgés de 10 à 14 ans	O	S/O
	Pourcentage des professionnel(le)s du sexe touché(e)s par les programmes de prévention du VIH	O (femmes, hommes, transgenres)	O (< 25, 25+)

	Indicator	Disaggregated by gender	Disaggregated by age
Professionnel(le)s du sexe	Pourcentage des professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur tout dernier client	○ (femmes, hommes, transgenres)	○ (< 25, > 25+)
	Pourcentage des professionnel(le)s du sexe qui ont subi un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	○ (femmes, hommes, transgenres)	○ (< 25, > 25+)
	Pourcentage des professionnel(le)s du sexe qui vivent avec le VIH	○ (femmes, hommes, transgenres)	○ (< 25, > 25+)
	Pourcentage des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, touchés par les programmes de prévention du VIH	S/O	○ (< 25, > 25+)
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Pourcentage des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un homme	S/O	○ (< 25, > 25+)
	Pourcentage des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	S/O	○ (<25, 25+)
	Pourcentage des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, qui vivent avec le VIH	S/O	○ (<25, 25+)
	Pourcentage des consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport	○	○ (< 25, > 25+)
Consommateurs de drogues injectables	Pourcentage des consommateurs de drogues injectables qui disent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection	○	○ (< 25, > 25+)
	Pourcentage des consommateurs de drogues injectables qui ont subi un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	○	○ (< 25, > 25+)
	Pourcentage des consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH	○	○ (< 25, > 25+)

ACRONYMES

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

PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
TB	Tuberculose
TME	Transmission de la mère à l'enfant
UDI	Usagers de Drogues Injectables
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNGASS	Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies sur le VIH/sida
Unicef	Fonds des Nations unies pour l'enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VSC	Violence au Sein du Couple

PARTIE 2

**GUIDE DES INDICATEURS
POUR LE SUIVI ET LE BILAN
DE LA RIPOSTE DU SECTEUR
DE LA SANTE AU VIH/SIDA
2015**

LISTE DES ACRONYMES

3TC	Lamivudine
ABC	Abacavir
AE	Allaitement exclusif
AM	Alimentation mixte
AN	Alimentation du nourrisson
AR	Alimentation de remplacement
ARV	Antirétroviral
AZT	Zidovudine
C&D	Conseil et dépistage
C&E	Contrôle et évaluation
CDI	Consommateurs de drogues par injection
CDIP	Conseil et dépistage à l'initiative des prestataires
CDV	Conseil et dépistage volontaire
CM	Circoncision masculine
CTX	Co-trimoxazole
CV	Charge virale
d4T	Stavudine
DHS	<i>Demographic and Health Survey</i> (Enquête démographique et sanitaire)
DIP	Diagnostic infantile précoce
DTC3	3ème dose de vaccination contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos
DVC	Dépistage du VIH et conseils
EFV	Éfavirenz
FDC	Association à dose fixe
FTC	Emtricitabine
HBV	Virus de l'hépatite B
HBsAG	Antigène de surface de l'hépatite B
HCV	Virus de l'hépatite C
IEC	Information, éducation et communication
INNTI	inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse
INTI	inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse
IST	infections sexuellement transmissibles
LPV/r	lopinavir/ritonavir
MS	Ministère de la santé
OMD	objectifs du Millénaire pour le développement
ONU DC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé

PAS	Programmes(s) aiguilles et seringues
PCR	<i>polymerase chain reaction</i> (amplification génique)
PDI	Personnes déplacées à l'intérieur de leur pays
PEP	Prophylaxie post-exposition
PEPFAR	<i>U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief</i> (Plan d'urgence du président des États-Unis en matière de lutte contre le sida)
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
PNLS	Programme national de lutte contre le sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PS	Professionnel(le)s du sexe
PTME	prévention de la transmission mère-enfant (du VIH)
PVVIH	personne vivant avec le VIH
RARSM	Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde
RMVIH	Résistance aux médicaments contre le VIH
RPR	<i>Rapid Plasma Reagin</i> (test rapide à la réagine plasmatique)
SAM	<i>Service Availability Mapping</i> (Cartographie de la disponibilité des services)
SIGL	Système d'information de la gestion de la logistique
SMNE	Santé des mères, des nourrissons et des enfants
SP	Soins prénatals
SPA	<i>Service Provision Assessment</i> (Évaluation des prestations de services)
SSG	Santé sexuelle et génésique
T&A	Travail et accouchement
TARV	traitement antirétroviral
TB	Tuberculose
TDF	Ténofovir
TIE	Test immunoenzymatique
TME	transmission mère-enfant (du VIH)
TPI	traitement préventif par l'isoniazide (également appelé TPTB ou traitement préventif de la tuberculose)
TPHA	<i>Treponema Pallidum Haemagglutination Assay</i> (test d'hémagglutination de <i>Treponema pallidum</i>)
TPPA	<i>Treponema Pallidum Particle Agglutination test</i> (test d'agglutination passive de <i>Treponema pallidum</i>)
TSO	traitement de substitution aux opioïdes
UNGASS	Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies sur le VIH/sida
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i> (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION	6
Description des indicateurs figurant dans ce guide	7
Appui technique et coordonnées en cas de questions	8
Remerciements	8
II. DESCRIPTION DES INDICATEURS	
Liste des indicateurs	9
OBJECTIF 1 : RÉDUIRE DE 50 % LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PAR VOIE SEXUELLE À L'HORIZON 2015	14
CONSEIL ET DÉPISTAGE	14
1.15 Nombre d'établissements de santé qui fournissent des services de conseil et de dépistage du VIH (AU)	14
1.16 Hommes et femmes de 15 ans et plus ayant bénéficié d'un dépistage du VIH et de conseils (AU)	15
1.16.1 Pourcentage d'établissements de santé qui dispensent des kits de tests rapides du VIH qui ont connu des ruptures de stock au cours des 12 derniers mois (AU)	17
INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES	
1.17 Infections sexuellement transmissibles (IST) (AU)	18
1.17.1 Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et qui ont bénéficié d'un dépistage de la syphilis (AU)	18
1.17.2 Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et qui étaient séropositives pour la syphilis (AU)	19
1.17.3 Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals, qui étaient séropositives pour la syphilis et qui ont reçu un traitement (AU)	21
1.17.4 Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui présentaient une syphilis active (AU)	22
1.17.5 Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui présentent une syphilis active (AU)	24
1.17.6 Nombre de cas de syphilis (primaire/secondaire et latente/statut inconnu) chez l'adulte déclarés au cours des 12 derniers mois (AU)	25
1.17.7 Nombre de cas de syphilis congénitale (naissances vivantes et mortinaissances) déclarés au cours des 12 derniers mois (AU)	26
1.17.8 Nombre de cas de gonorrhée chez l'homme déclarés au cours des 12 derniers mois (AU)	27
1.17.9 Nombre de cas d'écoulement urétral chez l'homme déclarés au cours des 12 derniers mois (AU)	28
1.17.10 Nombre de cas d'ulcérations génitales chez l'adulte déclarés au cours des 12 derniers mois (AU)	29
1.18 Pourcentage (%) de femmes enceintes séropositives pour la syphilis et pour qui les contacts sexuels ont été identifiés et traités pour la syphilis (OPS)	30
1.19 Nombre de cas de VIH et de sida diagnostiqués (AU)	31
1.19.1 Nombre de cas de VIH diagnostiqués par âge et sexe, de 2010 à 2014 (AU)	31
1.19.2 Nombre de cas de sida diagnostiqués par âge et sexe, de 2010 à 2014 (AU)	31

OBJECTIF 2 : RÉDUIRE DE 50 % LA TRANSMISSION DU VIH CHEZ LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES À L'HORIZON 2015 32

- 2.6 Nombre de personnes bénéficiant d'un traitement de substitution aux opioïdes (AU) 32
- 2.7 Sites PAS et TSO (AU) 33

OBJECTIF 3 : ÉLIMINER LES NOUVELLES INFECTIONS À VIH CHEZ LES ENFANTS ET RÉDUIRE SENSIBLEMENT LE NOMBRE DE DÉCÈS MATERNELS LIÉS AU SIDA À L'HORIZON 2015 35

- 3.3a Taux de transmission de la mère à l'enfant (sur la base de données de programme) (AU) 35
- 3.4 Femmes enceintes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH et connaissant le résultat (AU) 35
- 3.5 Pourcentage de femmes enceintes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et dont le partenaire masculin a bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois (AU) 38
- 3.6 Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH chez qui les critères d'admissibilité au traitement antirétroviral ont été évalués sur des bases cliniques ou par test de numération des CD4 (AU) 39
- 3.7 Pourcentage de nourrissons, nés de femmes infectées par le VIH, à qui a été fournie une prophylaxie par antirétroviraux (ARV) pour réduire le risque de transmission mère-enfant précoce au cours des six premières semaines de vie (AU) 42
- 3.9 Pourcentage de nourrissons, nés de femmes infectées par le VIH, chez qui une prophylaxie par le comitroxazole (CTX) a été mise en route dans les deux mois suivant la naissance (AU) 44
- 3.10 Distribution des résultats des nourrissons exposés au VIH (AU) 46
- 3.11 Nombre de femmes enceintes qui ont consulté dans les services de soins prénatals au moins une fois pendant la période considérée (AU) 47
 - 3.11.1 Pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant connu une interruption de grossesse (EURO8) 47
 - 3.11.2 Pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant accouché pendant l'année considérée (EURO9) 48
- 3.12 Établissements de SP et de DIP (AU) 48
- 3.13 Indicateur PTME spécifique à l'Europe (femme enceinte qui consomme de la drogue par injection) 50
 - 3.13.1 Pourcentage de femmes enceintes séropositives qui étaient des usagers de drogues injectables (UDI) (EURO11) 50
 - 3.13.2 Pourcentage de femmes enceintes UDI séropositives ayant reçu un TSO pendant la grossesse (EURO12) 51
 - 3.13.3 Pourcentage de femmes enceintes UDI séropositives ayant reçu un ARV pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant pendant la grossesse (EURO13) 52

OBJECTIF 4 : ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL VITAL À 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH À L'HORIZON 2015 53

- 4.1 Pourcentage d'adultes et d'enfants recevant actuellement un traitement antirétroviral 53

4.2b Rétention sous thérapie antirétrovirale à vingt-quatre mois (AU)	54
4.2c Rétention sous thérapie antirétrovirale à soixante mois	54
4.2.1 Pourcentage de consommateurs de drogue par injection ayant une infection à VIH, recevant un traitement et toujours en vie 12 mois, 24 mois et 60 mois après le début de la thérapie antirétrovirale (EURO4)	56
4.3.a Nombre d'établissements de santé qui proposent le traitement antirétroviral (AU)	58
4.3.b Nombre d'établissements de santé qui proposent le traitement antirétroviral pédiatrique (AU)	60
4.4 Rupture de stock d'ARV (AU)	62
4.5 Diagnostic tardif de l'infection à VIH (AU)	64
4.6 Traitement de l'infection à VIH (AU)	64
4.7 Charge virale (AU)	66

OBJECTIF 5 : RÉDUIRE DE 50 % LE NOMBRE DE DÉCÈS LIÉS À LA TUBERCULOSE CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH À L'HORIZON 2015 68

5.2 Pourcentage de PVVIH nouvellement inscrites dans les services de soins de l'infection à VIH et chez qui une tuberculose active a été détectée (AU)	68
5.3 Pourcentage de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites pour des soins de l'infection à VIH et chez qui un traitement préventif par l'isoniazide (TPI) a été mis en route (AU)	70
5.4 Pourcentage d'adultes et d'enfants inscrits pour des soins de l'infection à VIH chez qui le statut par rapport à la tuberculose a été évalué et enregistré au cours de leur dernière visite (AU)	71
P.1b Questions intéressant les politiques et les programmes (AU)	74

ANNEXE 1. INDICATEURS VIH/HÉPATITE (EURO/OPS) 90

Nombre d'adultes et d'enfants actuellement pris en charge pour le VIH qui ont été testés pour l'hépatite B (EURO15/OPS1)

Pourcentage de cas de séropositifs avec hépatite B éligibles pour le traitement de l'hépatite B ayant reçu un traitement pour l'hépatite B et le VIH (EURO16/OPS2)

Nombre d'adultes et d'enfants actuellement pris en charge pour le VIH qui ont été testés pour l'hépatite C (EURO17/OPS3)

Pourcentage de cas de séropositifs avec l'hépatite C éligibles pour le traitement de l'hépatite C ayant reçu un traitement pour l'hépatite C (EURO18/OPS4)

I. INTRODUCTION

À mesure que les pays étendent leur programme de lutte contre le VIH et le sida en vue de parvenir à un accès universel (AU) à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en la matière, il devient de plus en plus important de collecter des informations stratégiques sur l'épidémie et sur les ripostes nationales afin d'éclairer les politiques et les programmes, d'améliorer l'efficacité réelle des interventions et de favoriser la responsabilisation.

Au niveau international et depuis la 59^{ème} Assemblée mondiale de la Santé qui s'est tenue en 2006, l'OMS s'est engagée à évaluer chaque année la riposte globale du secteur de la santé de chaque pays en vue de parvenir à un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH.¹ L'OMS travaille avec l'UNICEF et l'ONUSIDA afin d'harmoniser au niveau mondial le suivi de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida vers un accès universel ainsi que la préparation des rapports. Cet effort commun des partenaires des Nations Unies vise à harmoniser la collecte des données et à alléger la charge que représente pour les pays la préparation de ces rapports.

Afin de collecter les données des pays, l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF ont mis au point un outil électronique commun d'enregistrement des rapports. Cet outil ainsi que des orientations sur les indicateurs pour les Rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde (RARSM) sont disponibles sur le site <http://AIDSreporting.unaids.org>.

Cette partie du guide donne une description détaillée des indicateurs additionnels pour le secteur de la santé qui ne sont pas décrits dans le RARSM de l'ONUSIDA. Elle peut également être utilisée en complément d'autres informations pour le suivi de la riposte du secteur de la santé au niveau national et pour passer en revue les progrès réalisés. En résumé :

Rapport mondial : ce guide vient en complément du document *Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2015 : Directives. Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011* publié par l'ONUSIDA. Le processus général recommandé pour la préparation d'un rapport par chaque pays est détaillé dans les directives pour le rapport mondial.¹ Cette présente partie du guide vise à appuyer et faciliter la collecte des données lors de l'utilisation de l'outil électronique commun d'enregistrement des rapports, en se concentrant sur les indicateurs supplémentaires demandés pour le rapport sur la riposte du secteur de la santé 2015 qui ne font pas partie des indicateurs du RARSM. Distribué dans tous les pays, l'outil électronique d'enregistrement des rapports est le principal outil pour établir un rapport mondial annuel sur les progrès réalisés par le secteur de la santé vers un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH.

Suivi national : ce guide peut également être utilisé pour le suivi national de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida. Il peut être adapté au contexte épidémique de chaque pays. Par exemple, les pays peuvent choisir les indicateurs pouvant les aider à mesurer les progrès réalisés en vue d'accomplir leurs propres objectifs nationaux. Ils peuvent également ajouter ou retirer certains indicateurs en fonction de l'importance des différents domaines d'intervention couverts pour lutter contre leur épidémie.

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

II. DESCRIPTION DES INDICATEURS FIGURANT DANS CE GUIDE

Les indicateurs sont décrits selon la structure indiquée dans le tableau ci-dessous.



Le numéro de l'indicateur est celui qui figure dans l'outil d'enregistrement des rapports du RARSM/accès universel 2015

X. TITRE DE L'INDICATEUR	
Fondement	Pourquoi cet indicateur est important
Objet	Ce que mesure l'indicateur
Numérateur	Définition du numérateur
Dénominateur	Définition du dénominateur (les sources d'information doivent être précisées : pour certains indicateurs, il est uniquement possible et/ou requis d'obtenir des estimations)
Méthodes et instruments de mesure	Éléments inclus dans le numérateur et dans le dénominateur Méthode de mesure Instruments de mesure
Ventilation	Ventilation recommandée Même si cela n'est pas mentionné dans l'outil d'enregistrement des rapports, il est recommandé, quand cela se justifie, de collecter les données de manière à permettre une ventilation lors des analyses pour le suivi et l'élaboration du rapport au niveau national
Atouts et faiblesses	Description des points forts et des points faibles de l'indicateur
Autres facteurs à prendre en compte	Autres éléments utiles pour les pays
Utilisation des données	Comment cet indicateur peut être utilisé. Implications possibles de cette utilisation
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Informations complémentaires sur les éléments à prendre en compte en remplissant l'outil d'enregistrement des rapports. <ul style="list-style-type: none">• <i>Doublons</i> : Ce à quoi prêter une attention particulière pour éviter d'éventuels doublons• <i>Représentativité nationale</i> : Ce à quoi prêter une attention particulière pour évaluer la représentativité nationale de la valeur indiquée dans le rapport• <i>Questions en rapport avec le dénominateur</i> : Questions à relever concernant le dénominateur• <i>Options de triangulation</i> : Autres sources de données pouvant être examinées pour évaluer la validité de la valeur de l'indicateur

Autres références

Références relatives à l'indicateur, par exemple :

Prévention de la transmission mère-enfant (PTME) : indicateur dans la version mise à jour du document *Monitoring and Evaluating the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV: A guide for national programmes* (2011)

VIH/tuberculose : indicateurs dans la version mise à jour du document *Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH*, révisé en 2014

Consommateurs de drogues injectables : WHO, UNODC, UNAIDS *Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users* (2012)

Appui technique et coordonnées en cas de questions

L'OMS, l'UNICEF et le l'ONUSIDA s'engagent à appuyer les pays pour qu'ils améliorent leur système d'information stratégique, notamment, sans pour autant s'y limiter, l'examen des systèmes de suivi et d'évaluation du secteur de la santé, la qualité et la validation des données, l'évaluation de l'impact, la surveillance, la recherche opérationnelle et la formation sur divers aspects de l'information stratégique.

N'hésitez pas à contacter l'OMS (hivstrategicinfo@who.int) pour faire part de vos questions, demandes, suggestions ou commentaires pour améliorer ces orientations.

Remerciements

L'OMS et l'UNICEF adressent leurs plus vifs remerciements aux équipes des Ministères des pays qui, à tous les niveaux, collectent, valident et transmettent chaque année ces informations.

L'OMS et l'UNICEF remercient le personnel de l'OMS, de l'UNICEF et de l'ONUSIDA qui travaillent au niveau des pays et au niveau régional afin de faciliter la transmission des données et l'élaboration des rapports.

L'OMS et l'UNICEF apprécient la contribution de MACRO-DHS qui a fourni les derniers résultats disponibles de l'Enquête démographique et sanitaire.

II. DESCRIPTION DES INDICATEURS

Le tableau ci-dessous donne un aperçu des indicateurs décrits dans les directives pour le RARSM 2015, et des indicateurs décrits dans ce guide pour l'élaboration du rapport 2015 sur la riposte du secteur de la santé vers un accès universel (AU 2015).

RARSM	AU 2015	
Objectif 1. Réduire de 50 % le taux de transmission du VIH par voie sexuelle à l'horizon 2015		
Indicateurs pour la population générale		
X		1.1 Jeunes : connaissances sur la prévention du VIH
X		1.2 Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
X		1.3 Partenaires sexuel(le)s multiples
X		1.4 Usage du préservatif au cours du dernier rapport sexuel avec des personnes ayant plusieurs partenaires sexuels
X		1.5 Dépistage du VIH dans la population générale
X		1.6 Prévalence du VIH chez les jeunes
Indicateurs pour les professionnel(le)s du sexe		
x		1.7 Professionnel(le)s du sexe : programmes de prévention
x	x	1.8 Professionnel(le)s du sexe : usage du préservatif
x	x	1.9 Dépistage du VIH chez les professionnel(le)s du sexe
x	x	1.10 Prévalence du VIH chez les professionnel(le)s du sexe
Indicateurs pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes		
x		1.11 Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : programmes de prévention
x	x	1.12 Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : usage du préservatif
x	x	1.13 Dépistage du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
x	x	1.14 Prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
Dépistage et Conseil		
	x	1.15 Nombre d'établissements de santé qui fournissent des services de conseil et de dépistage du VIH
	x	1.16 Conseil et dépistage du VIH chez les femmes et les hommes
	x	1.16.1 Pourcentage d'établissements de santé fournissant des kits de test rapide du VIH qui ont connu une rupture de stock ces 12 derniers mois
Infections sexuellement transmissibles		
	x	1.17 Infections sexuellement transmissibles
	x	1.17.1 Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et qui ont bénéficié d'un dépistage de la syphilis
	x	1.17.2 Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et qui étaient séropositives pour la syphilis
	x	1.17.3 Pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals, qui étaient séropositives pour la syphilis et qui ont reçu un traitement
	x	1.17.4 Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui présentaient une syphilis active
	x	1.17.5 Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui présentaient une syphilis active

RARSM	AU 2015	
	x	1.17.6 Nombre de cas de syphilis (primaire/secondaire et latente/statut inconnu) chez l'adulte déclarés au cours des 12 derniers mois
	x	1.17.7 Nombre de cas de syphilis congénitale (naissances vivantes et mortinaissances) déclarés au cours des 12 derniers mois
	x	1.17.8 Nombre de cas de gonorrhée chez l'homme déclarés au cours des 12 derniers mois
	x	1.17.9 Nombre de cas d'écoulement urétral chez l'homme déclarés au cours des 12 derniers mois
	x	1.17.10 Nombre de cas d'ulcérations génitales chez l'adulte déclarés au cours des 12 derniers mois
	x	1.18 Pourcentage de femmes enceintes séropositives pour la syphilis et pour qui les contacts sexuels ont été identifiés et traités pour la syphilis (OPS seulement)
	x	1.19 Diagnostic des cas de VIH et de sida
	x	1.19.1 Nombre de cas de VIH diagnostiqués par âge et sexe, de 2010 à 2014
	x	1.19.2 Nombre de cas de sida diagnostiqués par âge et sexe, de 2010 à 2014
Circoncision masculine		
x	x	1.22 Circoncision masculine, prévalence
x	x	1.23 Nombre d'hommes ayant bénéficié d'une circoncision l'année dernière
Objectif 2. Réduire de 50 % la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues injectables à l'horizon 2015		
x	x	2.1 Consommateurs de drogues injectables : programmes de prévention
x	x	2.2 Consommateurs de drogues injectables : utilisation du préservatif
x	x	2.3 Consommateurs de drogues injectables : pratiques d'injection sans risques
x	x	2.4 Dépistage du VIH chez les consommateurs de drogues par injection
x	x	2.5 Prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues par injection
	x	2.6 Personnes bénéficiant d'un traitement de substitution aux opioïdes
	x	2.7 Sites de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues et sites de traitement de substitution aux opioïdes
Objectif 3. Éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et réduire sensiblement les décès maternels liés au sida		
x	x	3.1 Prévention de la transmission mère-enfant
x	x	3.1a Prévention de la transmission mère-enfant au cours de l'allaitement maternel
x	x	3.2 Diagnostic infantile précoce
x	x	3.3 Transmission mère-enfant du VIH (modélisé)
	x	3.3a Taux de transmission mère-enfant (sur la base de données de programme)
	x	3.4 Femmes enceintes qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH et qui ont reçu leurs résultats
	x	3.5 Pourcentage de femmes enceintes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et dont le partenaire masculin a bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois
	x	3.6 Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH chez qui les critères d'admissibilité au traitement antirétroviral ont été évalués sur des bases cliniques ou par test de numération des CD4

RARSM	AU 2015	
	x	3.7 Pourcentage de nourrissons, nés de femmes infectées par le VIH, qui ont reçu une prophylaxie par antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant au cours des six premières semaines de vie
	x	3.9 Pourcentage de nourrissons, nés de femmes infectées par le VIH, chez qui une prophylaxie par le cotrimoxazole a été mise en route dans les deux mois suivant la naissance
	x	3.10 Distribution des résultats des nourrissons exposés au VIH
	x	3.11 Nombre de femmes enceintes qui ont consulté dans les services de soins prénatals au moins une fois pendant la période considérée
	x	3.11.1 Pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant connu une interruption de grossesse (EURO8)
	x	3.11.2 Pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant accouché pendant l'année considérée (EURO9)
	x	3.12 Établissements de SP et de DIP (AU)
	x	3.13 Indicateur PTME spécifique à l'Europe (femme enceinte qui consomme de la drogue par injection)
	x	3.13.1 Pourcentage de femmes enceintes séropositives qui étaient des usagers de drogues injectables (UDI) (EURO11)
	x	3.13.12 Pourcentage de femmes enceintes UDI séropositives ayant reçu un TSO pendant la grossesse (EURO12)
	x	3.13.3 Pourcentage de femmes enceintes UDI séropositives ayant reçu un ARV pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant pendant la grossesse (EURO13)
Objectif 4. Assurer un traitement antirétroviral vital à 15 millions de personnes vivant avec le VIH à l'horizon 2015		
x	x	4.1 Traitement du VIH : traitement antirétroviral
x	x	4.2a Rétention à 12 mois sous traitement antirétroviral
	x	4.2b Rétention à 24 mois sous traitement antirétroviral
	x	4.2c Rétention à 60 mois sous traitement antirétroviral
	x	4.2.1 Pourcentage de consommateurs de drogue par injection ayant une infection à VIH, recevant un traitement et toujours en vie 12 mois, 24 mois et 60 mois après le début de la thérapie antirétrovirale (EURO4)
	x	4.3 Établissements de santé qui proposent le traitement antirétroviral
	x	4.4 Ruptures de stock d'antirétroviraux
	x	4.5 Diagnostic tardif de l'infection à VIH
	x	4.6 Soins de l'infection à VIH
	x	4.7 Charge virale
Objectif 5. Réduire de 50 % le nombre de décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH à l'horizon 2015		
x	x	5.1 Prise en charge commune du traitement antituberculeux et du traitement contre le VIH
	x	5.2 Pourcentage de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites dans les services de soins de l'infection à VIH et chez qui une tuberculose active a été détectée

RARSM	AU 2015	
	x	5.3 Pourcentage de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites pour des soins de l'infection à VIH et chez qui un traitement préventif par l'isoniazide a été mis en route
	x	5.4 Pourcentage d'adultes et d'enfants inscrits pour des soins de l'infection à VIH chez qui le statut par rapport à la tuberculose a été évalué au cours de leur dernière visite
Objectif 6. D'ici à 2015, réduire le déficit mondial de moyens de riposte au sida et parvenir à un investissement mondial annuel de 22 à 24 milliards de dollars américains dans les pays à revenu faible ou intermédiaire		
x		6.1 Dépenses consacrées à la lutte contre le sida
Objectif 7. Éliminer les inégalités entre les sexes		
x		7.1 Prévalence de la violence récente au sein du couple (VSC)
Objectif 8. Éliminer la stigmatisation et la discrimination		
x		8.1 Attitudes discriminatoires envers les personnes vivant avec le VIH
Objectif 9. Éliminer les restrictions en matière de déplacement		
Objectif 10. Renforcer l'intégration des personnes vivant avec le VIH		
x		10.1 Assiduité des orphelins à l'école
x		10.2 Soutien économique externe aux foyers les plus pauvres
Politiques de lutte contre le VIH et le sida		
	x	P.1 Questions intéressant les politiques et les programmes
Annexe		
Annexe 1. Indicateurs du VIH et de l'hépatite (EURO/OPS)		
	x	Nombre d'adultes et d'enfants actuellement pris en charge pour le VIH qui ont été testés pour l'hépatite B (EURO15/OPS1)
	x	Pourcentage de cas de séropositifs avec hépatite B éligibles pour le traitement de l'hépatite B ayant reçu un traitement pour l'hépatite B et le VIH (EURO16/OPS2)
	x	Nombre d'adultes et d'enfants actuellement pris en charge pour le VIH qui ont été testés pour l'hépatite C (EURO17/OPS3)
	x	Pourcentage de cas de séropositifs avec l'hépatite C éligibles pour le traitement de l'hépatite C ayant reçu un traitement pour l'hépatite C (EURO18/OPS4)

Remarque sur la définition d'un « établissement de santé »

Il est fréquemment demandé quelle est la définition d'un **établissement de santé**. Pour répondre aux objectifs de ce processus d'élaboration des rapports, il convient d'exclure les établissements de santé qui dispensent des soins spécialisés mais qui ne dispenseront jamais de services en rapport avec le VIH (par exemple un centre de consultations ophtalmologiques). En cas de difficultés pour déterminer quels établissements de santé doivent être comptabilisés pour élaborer ce rapport, veuillez nous faire part de vos commentaires en les notant dans la section qui leur est consacrée (*Commentaires*) ou envoyant un courrier électronique à l'OMS (hivstrategicinfo@who.int).

OBJECTIF 1 : RÉDUIRE DE 50 % LE TAUX DE TRANSMISSION DU VIH PAR VOIE SEXUELLE À L'HORIZON 2015

Conseil et dépistage

1.15 Nombre d'établissements de santé qui fournissent des services de conseil et de dépistage du VIH	
Fondement	La connaissance de la séropositivité est indispensable pour élargir l'accès au traitement, à la prise en charge et au soutien ainsi qu'à la prévention du VIH. La disponibilité des services de conseil et de dépistage (C&D) est la condition sine qua non pour intensifier leur couverture afin que plus de personnes connaissent leur séropositivité, ce qui peut être étendu par le biais de deux modèles : conseil et dépistage volontaires (CDV) et conseil et dépistage à l'initiative des prestataires (CDIP).
Objet	Disponibilité des services de C&D dans les établissements de santé.
Numérateur	Nombre d'établissements de santé qui fournissent des services de conseil et de dépistage du VIH
Méthodes et instruments de mesure	<p>Numérateur : Deux sources possibles d'information, soit :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Registre central de tous les sites de C&D ;2. Données de la centrale d'achat des kits de dépistage pour le nombre d'établissements demandant des kits. <p>Si les deux sont disponibles, alors fournir les informations des deux sources <i>Veillez inclure des données sur tous les établissements qui fournissent ces services dans le pays, qu'ils soient publics, privés, qu'il s'agisse d'une ONG ou autre.</i></p> <p>Les informations sur la disponibilité de certains services se résument habituellement au niveau national ou infra-national. Les programmes nationaux de C&D doivent disposer d'un registre d'établissements qui offrent des services de C&D. Des efforts doivent être déployés pour inclure les établissements fournissant ces services dans le secteur privé et les ONG, en particulier lorsqu'ils sont de grands prestataires de services de C&D. Un récent recensement des établissements de santé peut également fournir cette information ainsi que des informations beaucoup plus détaillées sur la disponibilité des services. Tous les sites où les services de C&D sont offerts doivent être comptés. Ainsi, les sites qui offrent des services de dépistage et envoient des échantillons à un laboratoire ailleurs, obtiennent les résultats et les relaient aux clients, sont inclus.</p> <p>Tous les sites sont inclus dans le numérateur.</p>
Ventilation	<p><i>Si possible, par :</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. <i>Type d'établissement de santé (p. ex. public, ONG, organisations communautaires, hôpitaux missionnaires et établissements privés)</i>2. <i>Type de services offerts (p. ex. consultations pour la tuberculose, les IST, etc.)</i>
Atouts et faiblesses	Cet indicateur est destiné à surveiller la disponibilité des services de C&D avec l'expansion des services de C&D dans le pays. Il n'entend pas cerner la qualité des prestations de services de C&D.
Utilisation des données	Voir l'évolution du nombre d'établissements de santé qui fournissent des services de C&D. Analyser les données d'un point de vue géographique et par type d'établissements de santé et les confronter avec les données de population peut aider à déterminer où il est nécessaire d'accroître l'offre de services de C&D.

Autres facteurs à prendre en compte	Il est recommandé que chaque établissement de santé soit en mesure d'offrir des services de conseil et de dépistage des épidémies généralisées ² . Lors des épidémies de faible niveau et concentrées, le but ne serait peut-être pas d'avoir des services de dépistage et de conseil dans chaque établissement.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	<i>Représentativité nationale : Il faut inclure tous les établissements de santé publics, privés et ceux gérés par les ONG</i> Le numérateur est important pour la comparaison des tendances dans la disponibilité des services au fil du temps.

1.16 Nombre de personnes qui ont bénéficié d'un conseil et d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui connaissent leur résultat

Fondement	La connaissance de son statut par rapport au VIH est essentielle pour l'accès au traitement, aux soins, à l'appui et à la prévention en matière de VIH. Il existe différents modèles de dispensation des services de conseil et de dépistage, notamment le conseil et le dépistage à l'initiative du client et le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire. Les éléments les plus importants du C&D sont que ceux qui bénéficient d'un dépistage reçoivent un conseil approprié et connaissent le résultat de leur test.
Objet	Le nombre de personnes âgées de 15 ans et plus qui ont bénéficié d'un conseil et d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois, quels que soit la méthode utilisée et le contexte (exception faite du C&D obligatoire), et qui connaissent leur résultat. Remarque : bien que non requis pour cet indicateur, le dénominateur peut être estimé en utilisant la population générale comme dénominateur dans les épidémies généralisées ou les populations les plus à risque et autres groupes pour les épidémies peu actives ou concentrées. Ces données peuvent être examinées parallèlement à l'estimation du pourcentage de personnes séropositives qui connaissent leur statut par rapport au VIH et aux recommandations en matière de politique et de fréquence de dépistage du VIH. Les progrès réalisés par les programmes en matière de conseil et de dépistage. Le suivi du nombre de personnes qui bénéficient d'un conseil et d'un dépistage et qui connaissent leur statut par rapport au VIH permet d'obtenir des indications sur l'utilisation de ces services dans le pays.
Méthodes et instruments de mesure	Les statistiques des programmes compilées à partir des rapports préparés de manière systématique et portant sur le nombre de personnes qui ont bénéficié d'un dépistage et qui connaissent leur résultat, provenant de tous les lieux où ces services sont disponibles, notamment les services de consultation, les hôpitaux, les sites de conseil et de dépistage volontaire, les sites des ONG et de services de proximité, le dépistage mobile, le dépistage à domicile et dans les communautés, le dépistage sur le lieu de travail et dans les écoles, le dépistage au cours de campagnes spécifiques et toutes les autres formes de dépistage (exception faite du conseil et du dépistage obligatoire) qui sont souvent agrégées au niveau des districts et, par la suite, au niveau national. Cet indicateur n'est pas mesuré par le biais des enquêtes en population.

² Guidance of provider-initiated testing and counselling in health facilities, WHO/UNAIDS, 2007.

Ventilation

Sexe : hommes, femmes, femmes enceintes.
Statut par rapport au VIH : séropositif au VIH, séronégatif au VIH.
Si possible :
Groupes d'âge : <15 ans, <1 an, 1 à 9 ans, 10 à 14 ans, 15 ans et plus, 15 à 19 ans, 20 à 24 ans, 25 à 49 ans, 50 ans et plus.
Dépistage : nouveau dépistage, dépistage répété.
Mode de transmission du VIH : consommation de drogues par injection, rapports sexuels entre hommes, contact hétérosexuel, transmission mère-enfant, autre et inconnu (région européenne uniquement)

Atouts et faiblesses

Cet indicateur permet de comparer les tendances de la quantité de services de C&D fournis et de l'extension de ces services au fil du temps.
Cet indicateur peut donner des informations sur le nombre de fois où des services de C&D ont été dispensés, mais pas forcément sur le nombre de personnes qui en ont bénéficié, à moins que le pays ait mis en place un mécanisme permettant d'éviter les doublons de personnes ayant recours à ces services à plusieurs reprises.
Cet indicateur ne permet pas de savoir si les personnes qui ont bénéficié d'un dépistage ont été dirigées de manière appropriée sur des services de suivi et si elles reçoivent ces services afin de bénéficier des avantages de connaître leur statut par rapport au VIH.

Utilisation des données

Afin d'examiner le nombre de tests de dépistage pratiqués dans le pays, il est possible de faire des comparaisons avec les années précédentes pour analyser les tendances tout en examinant le pourcentage de la population qui a pu récemment bénéficier d'un dépistage. Il peut être utile d'étudier les différentes caractéristiques du dépistage, comme par exemple l'augmentation possible du nombre de tests pratiqués au cours de périodes spécifiques durant lesquelles se sont déroulées des campagnes d'incitation ou du nombre de personnes ayant recours au dépistage dans des établissements de santé particuliers ou dans les communautés.

Autres facteurs à prendre en compte

Dans certains pays, une part importante des services de conseil et de dépistage sont dispensés par des organisations communautaires ou des organisations non déclarées, lesquelles sont rarement incluses dans les statistiques nationales. Ces organisations sont encouragées à déclarer leurs activités auprès des autorités nationales afin que toutes les données sur le conseil et le dépistage puissent apparaître dans les statistiques nationales.

Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports

Doublons : les pays devront faire une estimation de la proportion de personnes ayant eu recours au dépistage à plusieurs reprises afin de déterminer le nombre exact de personnes qui ont bénéficié d'un dépistage pendant la période considérée. Si le pays a mis en place un mécanisme capable d'en faire une évaluation sérieuse (en enregistrant par exemple le nombre de tests répétés ou le nombre de personnes qui ont effectué plusieurs dépistages pendant l'année), cette méthode doit être utilisée et il faut indiquer comment cela a été réalisé. Si ce n'est pas le cas, indiquez le nombre total de tests ayant été transmis et indiquez qu'il est probable que certains tests ont été répétés.

Représentativité nationale : essayez de vous assurer que les informations provenant des établissements de santé non-gouvernementaux et du secteur privé sont également disponibles au niveau central. S'il manque des informations importantes, indiquez-le dans la section *Commentaires*.

Questions en rapport avec le dénominateur : bien que non requise pour répondre à l'objectif de cet indicateur, il est possible d'évaluer la validité du numérateur en faisant des comparaisons avec la population générale comme dénominateur pour les pays à épidémie généralisée et avec la taille des populations les plus à risque et d'autres groupes pour les épidémies peu actives ou concentrées.

Options de triangulation : en cas d'épidémie généralisée, il est possible de comparer cet indicateur aux données provenant des enquêtes en population ayant collecté des informations sur le nombre (et calculé le pourcentage) de personnes qui ont bénéficié d'un dépistage, ce qui permet d'évaluer s'il existe des différences importantes et d'examiner celles-ci, le cas échéant.

1.16.1 Pourcentage d'établissements de santé qui dispensent des kits de tests rapides du VIH qui ont connu des ruptures de stock au cours des 12 derniers mois

Numérateur	Nombre d'établissements de santé qui dispensent des kits de tests rapides (le cas échéant) qui ont connu des ruptures de stock au cours des 12 derniers mois.
Dénominateur	Nombre total d'établissements de santé qui dispensent des kits de tests rapides.

Infections sexuellement transmissibles (IST)

1.17.1 IST : pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals (SP) et qui ont bénéficié d'un dépistage de la syphilis	
Fondement	Le dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes en début de grossesse est essentiel à la fois pour leur santé et la santé du fœtus. Il contribue également au suivi de la qualité des services de soins prénatals et de prévention du VIH chez les femmes enceintes. C'est également un indicateur de processus de base pour l'évaluation de la validation de l'élimination de la transmission mère-enfant (TME) de la syphilis.
Objet	La couverture du dépistage de la syphilis chez les femmes qui ont consulté pour la première fois dans les services de SP.
Numérateur	Nombre de femmes qui ont consulté pour la première fois dans les services de SP et qui ont bénéficié d'un dépistage de la syphilis.
Dénominateur	Nombre de femmes qui ont consulté pour la première fois dans les services de SP.
Méthodes et instruments de mesure	<p>Méthodes de mesure : un dépistage de la syphilis doit être réalisé chez toute femme enceinte lors de sa première visite dans les services de soins prénatals. Idéalement, il devra être indiqué dans le rapport s'il s'agit d'un dépistage lors d'une première visite ou lors d'une visite suivante. Les pays qui ne peuvent établir une distinction entre la première visite et les visites suivantes peuvent tout de même transmettre des données pour cet indicateur, mais doivent clairement signaler cette particularité lorsqu'ils soumettent leur rapport (« visite quelconque »). Cet indicateur doit être mesuré tous les ans.</p> <p>Ce dépistage peut être effectué par un test qui mesure les anticorps réaginique (par exemple : test VDRL ou RPR), un test tréponémique qui mesure les anticorps tréponémiques [par exemple : (par exemple, TPHA, TPPA, TIE ou tests tréponémiques rapides), ou de préférence une combinaison des deux. Pour cet indicateur, le seul fait d'avoir fait un dépistage, quel que soit le test utilisé, est suffisant. Veuillez indiquer dans la section <i>Commentaires</i> le type de test généralement utilisé dans votre pays.</p> <p>Instruments de mesure : il faut de préférence utiliser les comptes rendus du programme national ayant agrégé les données des établissements de santé. Si les données du programme national ne sont pas disponibles, il est cependant possible de faire figurer dans le rapport les données obtenues lors de la surveillance sentinelle ou d'études spéciales, si ces données sont considérées représentatives de la situation nationale. Veuillez indiquer dans la section <i>Commentaires</i> la source et la couverture de vos données (par exemple : données du programme national couvrant l'ensemble des 12 provinces).</p>
Ventilation	Dépistage lors de toute visite, dépistage lors de la première visite.

Autres facteurs à prendre en compte Certains pays peuvent également souhaiter suivre la semaine de grossesse au cours de laquelle chaque femme enceinte bénéficie d'un dépistage. Afin de prévenir la syphilis congénitale, le dépistage doit être réalisé de manière précoce au cours de la grossesse, les mortinaissances pouvant se produire au cours du deuxième trimestre. Des informations montrant que les femmes bénéficient d'un dépistage de manière tardive au cours de la grossesse indiqueront qu'elles ne consultent pas suffisamment tôt dans les services de soins prénatals ou que le test n'est pas réalisé de manière suffisamment précoce au cours de la grossesse.

Les programmes qui assurent le dépistage de la syphilis et ceux qui assurent le dépistage du VIH chez la femme enceinte doivent collaborer afin d'améliorer l'efficacité réelle de leurs activités respectives.

Utilisation des données **Au niveau mondial** : l'examen des tendances au fil du temps permet d'évaluer les progrès réalisés pour atteindre le niveau des objectifs de couverture du dépistage nécessaires pour l'élimination de la transmission mère-enfant de la syphilis. L'interprétation des tendances de la couverture doit s'appuyer sur des informations sur les politiques et les pratiques en matière de dépistage. Les données sur le dépistage des participants aux SP sont jointes à celles sur la fréquentation des services de SP pour estimer la couverture globale du dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes.

Au niveau local : les données peuvent être utilisées pour identifier les services de consultation où la politique nationale n'est pas pleinement mise en œuvre.

Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports Veuillez indiquer, le cas échéant, si les données fournies sont collectées de manière systématique par le programme et sont considérées représentatives de l'ensemble du pays.

Autres références Indicateur recommandé dans Assurer l'accès universel à la santé génésique : suivi des progrès accomplis à l'échelon national : considérations conceptuelles et pratiques et indicateurs apparentés, dans Méthodes pour la surveillance et le suivi de l'élimination de la syphilis congénitale dans le cadre des systèmes existants, et dans Critères et processus de validation de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et la syphilis.

1.17.2 IST : pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et qui étaient séropositives pour la syphilis

Fondement Des informations sur le diagnostic d'infection par la syphilis chez les femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals peuvent être utiles pour évaluer les besoins des programmes de prévention des IST et peuvent servir d'alerte précoce sur de possibles changements dans la transmission du VIH dans la population générale.

Objet Le pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et pour qui le test sérologique pour la syphilis était positif (réactif).

Numérateur Nombre de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et pour qui le test de dépistage de la syphilis était positif.

Dénominateur Nombre de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et qui ont bénéficié d'un dépistage de la syphilis.

Méthodes et instruments de mesure

Méthodes de mesure : la mesure de la positivité pour la syphilis peut se faire en utilisant des tests non-tréponémiques (par exemple : VDRL ou RPR), des tests tréponémiques (par exemple : TPHA, TPPA, TIE ou différents tests rapides disponibles), ou de préférence une combinaison des deux. Un test non-tréponémique réactif, particulièrement si le titre est élevé, suggère une infection active, alors qu'un test tréponémique positif indique la présence d'une infection antérieure, même si celle-ci a été traitée avec succès. Pour répondre à l'objectif de cet indicateur (destiné à mesurer la séropositivité), il est acceptable de faire figurer comme résultat positif dans le rapport le résultat positif à un seul test. Si l'on dispose à la fois des résultats d'un test tréponémique et des résultats d'un test non-tréponémique pour un patient, la positivité pour la syphilis doit alors être définie comme un résultat positif aux deux tests. L'utilisation d'un test tréponémique rapide a permis de réaliser le dépistage de la syphilis là où l'on ne dispose d'aucune capacité de laboratoire et d'accroître fortement le nombre de femmes pouvant bénéficier d'un dépistage et d'un traitement de la syphilis au cours de la grossesse. Les données doivent être collectées tous les ans.

Instruments de mesure : il est possible d'utiliser les comptes rendus des programmes nationaux ayant agrégé les données des établissements de santé, de la surveillance sentinelle ou d'enquêtes spéciales utilisant des tests de dépistage de la syphilis basés sur la détection d'anticorps réaginique et/ou tréponémiques. Veuillez indiquer dans la section *Commentaires* la source et la couverture de vos données (par exemple : surveillance sentinelle chez toutes les femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals dans deux des dix provinces) ainsi que le type de test utilisé habituellement dans votre pays [par exemple, tests non-tréponémiques (RPR, VDRL), tests tréponémiques (tests rapides, TPPA), patients positifs pour les deux types de test, ou inconnu].

Ventilation

Groupes d'âge : total, 15 à 24 ans, 25 ans et plus.

Atouts et faiblesses

Atouts : dans la plupart des pays, il est possible d'obtenir les données sur la positivité pour la syphilis chez les femmes enceintes à partir des déclarations produites de manière systématique par les systèmes de santé.

Faiblesses : des changements dans les tests ou pratiques de dépistage peuvent avoir des conséquences sur les données. Pour aider à l'interprétation des tendances de la maladie, il faut utiliser les connaissances disponibles sur les pratiques de dépistage dans le pays (par exemple la proportion de tests tréponémiques et de tests non-tréponémiques utilisés pour le dépistage).

Autres facteurs à prendre en compte

- Il est recommandé aux pays d'utiliser des identifiants uniques ou des registres qui différencient entre les tests réalisés pour la première fois et les tests suivants afin que les données rendent compte de la prévalence ou de l'incidence exacte plutôt que de la positivité.
- Dans la plupart des pays disposant de données obtenues par la réalisation de différents types de test, une sous-analyse (par ventilation) chez les femmes âgées de 15 à 24 ans peut permettre d'accroître la probabilité que la positivité des tests corresponde à une infection récente.

Utilisation des données	<p>Niveau mondial et régional : pour estimer la mortalité et la morbidité périnatales causées par la syphilis qui pourraient être évitées à l'aide de programmes efficaces d'élimination de la transmission mère-enfant de la syphilis ; pour identifier les zones ayant le plus besoin d'un ensemble d'interventions de prévention de la syphilis congénitale.</p> <p>Niveau local : pour suivre les tendances au fil du temps et évaluer les changements de la charge de la maladie ainsi que les besoins en programmes de prévention des IST.</p> <p>Tous les niveaux : pour comparer les données sur les tendances de la syphilis et de l'infection à VIH afin d'identifier des signes d'alerte précoce d'une augmentation du risque de transmission du VIH.</p>
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	<p>Veillez préciser si les données que vous fournissez sont collectées de manière systématique par le programme, si elles sont considérées comme représentatives de l'ensemble du pays et quel type de test a été utilisé pour déterminer la positivité des participants aux soins prénatals (par exemple : non-tréponémique, tréponémique, les deux ou plusieurs types/inconnu).</p>
Autres références	<p>Indicateur recommandé dans le guide Assurer l'accès universel à la santé génésique : suivi des progrès accomplis à l'échelon national : Considérations conceptuelles et pratiques et dans Méthodes pour la surveillance et le suivi de l'élimination de la syphilis congénitale dans le cadre des systèmes existants.</p>

1.17.3 IST : pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals, qui étaient séropositives pour la syphilis et qui ont reçu un traitement

Fondement	<p>Le traitement des femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et séropositives pour la syphilis est une mesure directe des activités menées dans le cadre du programme d'élimination de la syphilis congénitale et pour renforcer la prévention primaire de l'infection à VIH. C'est également un indicateur de processus de base pour la validation de l'élimination de la TME de la syphilis.</p>
Objet	<p>Le pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals pendant une période donnée, pour qui le test sérologique de la syphilis était positif et qui ont été traitées de façon appropriée.</p>
Numérateur	<p>Nombre de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals, pour qui le test sérologique de la syphilis était positif et qui ont reçu au moins une dose de benzathine benzylpénicilline de 2,4 millions d'unités par injection intramusculaire.</p>
Dénominateur	<p>Nombre de femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et pour qui le dépistage de la syphilis était positif.</p>
Méthodes et instruments de mesure	<p>Méthode de mesure : les données doivent être collectées tous les ans. La séropositivité soit à un test tréponémique, soit à un test non-tréponémique, est suffisante pour que la personne soit considérée « positive » pour cet indicateur.</p> <p>Instruments de mesure : il faut de préférence utiliser les comptes rendus des programmes nationaux ayant agrégé les données des établissements de santé. Si les données du programme national ne sont pas disponibles, il est cependant possible de faire figurer dans le rapport les données obtenues lors de la surveillance sentinelle ou d'études spéciales, si ces données sont considérées représentatives de la situation nationale. Veuillez indiquer dans la section <i>Commentaires</i> la source et la couverture de vos données (par exemple : données du programme national de l'ensemble des 12 provinces).</p>

Ventilation	Aucune.
Atouts et faiblesses	<p>Atouts : les données sur le traitement de la syphilis chez les femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals font l'objet d'une surveillance systématique dans les établissements de santé.</p> <p>Faiblesses : la collecte des données sur le traitement peut nécessiter la collaboration des programmes de santé maternelle et infantile pour s'assurer que ce traitement est disponible au niveau national.</p>
Autres facteurs à prendre en compte	Pour répondre à l'objectif de cet indicateur, un document prouvant l'administration d'une dose unique de pénicilline est suffisant. Le traitement des femmes enceintes séropositives pour la syphilis par une injection unique de 2,4 millions d'unités de benzathine benzylpénicilline avant la 24 ^{ème} semaine d'âge gestationnel est suffisant pour prévenir la transmission mère-enfant de la syphilis. Il est cependant recommandé d'administrer trois injections à une semaine d'intervalle pour traiter une syphilis latente et prévenir une syphilis tertiaire chez la mère.
Utilisation des données	<p>Au niveau mondial, régional et local : afin d'estimer l'efficacité réelle du programme pour réduire la morbidité et la mortalité périnatales associées à la syphilis.</p> <p>Au niveau local : afin d'identifier les domaines nécessitant des ressources supplémentaires ou une assistance pour que le programme soit exécuté.</p> <p>À tous les niveaux : il faut utiliser les informations disponibles sur les politiques et les pratiques pour aider à l'interprétation des tendances pour le traitement.</p>
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Veillez donner des informations supplémentaires au cas où les données fournies ne couvrent pas l'ensemble du pays.
Autres références	Indicateur recommandé dans Assurer l'accès universel à la santé génésique : suivi des progrès accomplis à l'échelon national : considérations conceptuelles et pratiques et indicateurs apparentés et dans Méthodes pour la surveillance et le suivi de l'élimination de la syphilis congénitale dans le cadre des systèmes existants, indicateur de processus de base dans Critères et processus de validation de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et la syphilis.

1.17.4 IST : pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui présentaient une syphilis active	
Fondement	Le dépistage de la syphilis chez les professionnel(le)s du sexe est essentiel pour leur santé et à des fins de surveillance de deuxième génération.
Objet	Les progrès réalisés dans la réduction des comportements sexuels à risque et dans les activités menées dans le cadre des interventions de lutte contre la syphilis chez les professionnel(le)s du sexe.
Numérateur	Nombre de professionnel(le)s du sexe chez qui le dépistage de la syphilis active est positif.
Dénominateur	Nombre de professionnel(le)s du sexe qui ont bénéficié d'un dépistage de la syphilis.

Méthodes et instruments de mesure **Instruments de mesure** : données des systèmes d'information sanitaire de routine, de surveillance sentinelle ou d'enquêtes spéciales.

Méthodes de mesure : l'approche la plus courante pour déterminer la séroprévalence consiste à faire un premier dépistage avec un test non-tréponémique qui mesure les anticorps réaginniques (par exemple : VDRL ou RPR) et, si ce test se révèle positif, à obtenir la confirmation de ce résultat avec un test qui mesure les anticorps tréponémiques (par exemple : TPHA, TPPA, TIE ou test tréponémique rapide). Les nouveaux tests tréponémiques rapides qui détectent l'antigène tréponémique sont comparativement plus faciles à utiliser, ce qui doit encourager leur utilisation pour le dépistage, couplés de préférence à un test non-tréponémique qui détecte les anticorps réaginniques. Quelle que soit l'approche utilisée, les résultats donneront une mesure indirecte d'une infection active pour l'indicateur proposé en cas de résultat positif à la fois au test non-tréponémique ET au test tréponémique.

L'utilisation d'un test non-tréponémique seul ou d'un test tréponémique seul peut être utile dans certaines situations pour décider du traitement. Leur spécificité n'est cependant pas suffisante pour des objectifs de surveillance des professionnel(le)s du sexe. L'obligation d'avoir à la fois un test non-tréponémique positif et un test tréponémique positif chez les professionnel(le)s du sexe diffère de l'indicateur concernant la syphilis chez les femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals, car les professionnel(le)s du sexe ont une probabilité plus élevée d'avoir des antécédents d'infection. Un test tréponémique positif mesure l'exposition tout au long de la vie, tandis que le test non-tréponémique est un meilleur indicateur d'une infection active.

Ventilation **Sexe** : total, hommes, femmes.

Atouts et faiblesses **Atouts** : le fait d'exiger un résultat positif aux deux types de test améliore la spécificité des nombres de tests positifs indiqués dans les rapports. Cela permettra aussi d'augmenter les chances d'identifier les cas de syphilis active.
Faiblesses : le fait d'exiger un résultat positif aux deux types de test rend plus difficile l'obtention de données pour cet indicateur.

Autres facteurs à prendre en compte Pour assurer la fiabilité des résultats, l'assurance qualité et le contrôle de la qualité doivent faire partie intégrante du dépistage de la syphilis.

Utilisation des données Examen des tendances au fil du temps au sein de groupes comparables. Comparez ces données avec des données sur les tendances de la syphilis et de l'infection à VIH, si celles-ci sont disponibles.

Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports Veuillez indiquer, à la section Commentaires, le type de professionnel(le)s du sexe que les données représentent et dans quel environnement elles ont été collectées. Il est important de ne PAS compter les dépistages multiples effectués sur un même patient. Par exemple, si une personne a bénéficié d'un dépistage à plusieurs reprises au cours des 12 derniers mois, elle ne doit être comptabilisée qu'une seule fois.

1.17.5 IST : pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui présentent une syphilis active	
Fondement	Le dépistage de la syphilis chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes est essentiel pour leur santé et à des fins de surveillance de deuxième génération.
Objet	Les progrès réalisés dans la réduction des comportements sexuels à risque et dans les activités menées dans le cadre des interventions de lutte contre la syphilis chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.
Numérateur	Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes chez qui le dépistage de la syphilis active est positif.
Dénominateur	Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes qui ont bénéficié d'un dépistage de la syphilis active.
Méthodes et instruments de mesure	<p>Instruments de mesure : données des systèmes d'information sanitaire de routine, de surveillance sentinelle ou d'enquêtes spéciales.</p> <p>Méthodes de mesure : l'approche la plus courante pour déterminer la séroprévalence consiste à faire un premier dépistage avec un test non-tréponémique qui mesure les anticorps réaginaires (par exemple : VDRL ou RPR) et, si ce test se révèle positif, à obtenir la confirmation de ce résultat avec un test qui mesure les anticorps tréponémiques (par exemple : TPHA, TPPA, TIE ou test tréponémique rapide). Les nouveaux tests tréponémiques rapides qui détectent l'antigène tréponémique sont comparativement plus faciles à utiliser, ce qui doit encourager leur utilisation pour le dépistage, couplés de préférence à un test non-tréponémique qui détecte les anticorps réaginaires. Quelle que soit l'approche utilisée, les résultats donneront une mesure indirecte d'une infection active pour l'indicateur proposé en cas de résultat positif à la fois au test non-tréponémique ET au test tréponémique.</p> <p>L'utilisation d'un test non-tréponémique seul ou d'un test tréponémique seul peut être utile dans certaines situations pour décider du traitement. Leur spécificité n'est cependant pas suffisante pour des objectifs de surveillance des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. L'obligation d'avoir à la fois un test non-tréponémique positif et un test tréponémique positif chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes diffère de l'indicateur concernant la syphilis chez les femmes qui ont consulté dans les services de soins prénatals, car les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ont une probabilité plus élevée d'avoir des antécédents d'infection. Un test tréponémique positif mesure l'exposition tout au long de la vie, tandis que le test non-tréponémique est un meilleur indicateur d'une infection active.</p>
Ventilation	Aucune.
Atouts et faiblesses	<p>Atouts : le fait d'exiger un résultat positif aux deux types de test améliore la spécificité des nombres de tests positifs indiqués dans les rapports. Cela permet aussi d'augmenter les chances d'identifier les cas de syphilis active.</p> <p>Faiblesses : le fait d'exiger un résultat positif aux deux types de test rend plus difficile l'obtention de données pour cet indicateur.</p>
Autres facteurs à prendre en compte	Pour assurer la fiabilité des résultats, l'assurance qualité et le contrôle de la qualité doivent faire partie intégrante du dépistage de la syphilis.

Utilisation des données Examen des tendances au fil du temps au sein de groupes comparables. Comparez ces données avec des données sur les tendances de la syphilis et de l'infection à VIH, si celles-ci sont disponibles.

Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports Il est important de ne PAS compter les dépistages multiples effectués sur un même patient. Par exemple, si une personne a bénéficié d'un dépistage à plusieurs reprises au cours des 12 derniers mois, elle ne doit être comptabilisée qu'une seule fois.

1.17.6 IST : nombre de cas de syphilis (primaire/secondaire et latente/statut inconnu) chez l'adulte déclarés au cours des 12 derniers mois

Fondement Le fait de présenter une IST bactérienne aiguë telle que la syphilis primaire/secondaire est un marqueur de rapports sexuels non protégés et facilite la transmission du VIH et la contamination par ce virus. La surveillance de la syphilis primaire/secondaire contribue donc à la surveillance de deuxième génération du VIH en fournissant un moyen d'alerte précoce sur le potentiel épidémique du VIH par transmission sexuelle ainsi que sur les pratiques sexuelles à risque actuelles pour lesquelles des interventions programmatiques plus énergiques pourraient être nécessaires afin de réduire les risques. De plus, la syphilis non traitée peut être la cause de mortinaissances ainsi que de maladies néonatales et peut être débilitante, voire mortelle, chez l'adulte.

Objet Les progrès réalisés pour réduire les rapports sexuels non protégés dans la population générale.

Numérateur Nombre de cas de syphilis chez l'adulte déclarés pendant la période considérée.

Dénominateur Nombre de personnes âgées de 15 ans et plus .

Méthodes et instruments de mesure Les systèmes d'information sanitaire de routine.

Ventilation **Sexe, syphilis primaire/secondaire et syphilis latente/statut inconnu** : total, total pour les femmes, total pour les hommes, syphilis primaire/secondaire chez la femme, syphilis primaire/secondaire chez l'homme.

Atouts et faiblesses Même si l'OMS a donné une définition mondiale du cas de syphilis, les définitions utilisées peuvent varier d'un pays à un autre ou au sein même d'un pays. De plus, les capacités de diagnostic peuvent être différentes selon les pays et au sein même d'un pays. Même s'il arrive que cet indicateur fasse l'objet de sous-déclaration, ces données peuvent habituellement être utilisées pour suivre les tendances au sein d'un pays, pour autant que la définition des cas ne soit pas modifiée et qu'il n'y ait pas de changement substantiel concernant les pratiques de dépistage.

Autres facteurs à prendre en compte Il est important que les pays, lorsqu'ils font rapport sur la syphilis, indiquent dans quelle mesure les données sont jugées représentatives de la population nationale. Si un pays n'est pas en mesure de fournir de dénominateur pour ce rapport, l'OMS utilisera un dénominateur fourni par le PNUD.

Utilisation des données Examen des tendances au fil du temps au sein de groupes comparables.

Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Indicateur recommandé dans les Stratégies et méthodes de laboratoire pour renforcer la surveillance d'infections sexuellement transmissibles, 2012.
--	---

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

Fondement	Durant la grossesse, une syphilis non traitée a pour effet d'accroître le risque de transmission du VIH par la mère et de contamination de la mère par le VIH, ainsi que le risque de transmission du VIH au nourrisson. Elle peut aussi être la cause de mortinaissances, de décès néonataux et de maladies congénitales (ensemble, ces pathologies définissent la « syphilis congénitale »). Les moyens de dépistage et de traitement de la syphilis étant très efficaces, simples à utiliser et peu onéreux, des initiatives mondiales et régionales ont été lancées en vue d'éliminer la transmission mère-enfant (TME) de la syphilis. Le taux de syphilis congénitale permet d'évaluer l'impact des interventions programmatiques en vue d'éliminer la TME de la syphilis.
Objet	Les progrès réalisés en vue de l'élimination de la TME de la syphilis.
Numérateur	Nombre de cas de syphilis congénitale (naissances vivantes et mortinaissances) déclarés pendant la période considérée.
Dénominateur	Nombre de naissances vivantes.
Méthodes et instruments de mesure	Les systèmes d'information sanitaire de routine.
Ventilation	Aucune.
Atouts et faiblesses	Le diagnostic le plus fiable de la syphilis congénitale est établi à partir de tests diagnostiques rarement disponibles même dans les pays développés. La plupart des pays se fondent donc sur les antécédents et l'examen clinique, ce qui complique la surveillance. Même si l'OMS a établi une définition mondiale du cas à des fins de surveillance, la définition utilisée peut varier d'un pays et d'une région à l'autre ainsi qu'au sein même de ces pays et de ces régions.
Autres facteurs à prendre en compte	Il est important que les pays, lorsqu'ils font rapport sur la syphilis, indiquent dans quelle mesure les données sont jugées représentatives de la population nationale. Si un pays n'est pas en mesure de fournir de dénominateur pour ce rapport, l'OMS utilisera un dénominateur fourni par le PNUD.
Utilisation des données	Le diagnostic de la syphilis congénitale est difficile et la définition des cas utilisée peut varier, ce qui peut être à l'origine de problèmes de sous-déclaration ou de sur-déclaration. L'importance de ces erreurs de déclaration doit toujours être prise en compte lorsque l'on examine les taux de syphilis congénitale. Le suivi des tendances peut cependant s'avérer utile, pour autant que l'on utilise à chaque fois une définition identique des cas.

Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	<p>Les pays doivent faire des observations sur les différences majeures entre la définition des cas au plan national et la définition pour la surveillance au niveau mondial (disponible à la page 15 de http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241505895/en/index.html).</p> <p>En particulier, les pays devraient noter si des mortinaissances sont comptées dans leur définition de cas nationale ou pas.</p> <p>Indicateur recommandé dans Méthodes pour la surveillance et le suivi de l'élimination de la syphilis congénitale dans les systèmes existants et indicateur d'impact de base dans Critères et processus de validation de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et la syphilis.</p>
--	--

1.17.8 IST : nombre de cas de gonorrhée chez l'homme déclarés au cours des 12 derniers mois

Fondement	<p>Le fait de présenter une IST bactérienne aiguë telle que la gonorrhée est un marqueur de rapports sexuels non protégés et facilite la transmission du VIH et la contamination par ce virus. La surveillance de la gonorrhée contribue donc à la surveillance de deuxième génération du VIH en fournissant un moyen d'alerte précoce sur le potentiel épidémique du VIH par transmission sexuelle ainsi que sur les pratiques sexuelles à risque actuelles pour lesquelles des interventions programmatiques plus énergiques pourraient être nécessaires afin de réduire les risques. De plus, la gonorrhée non traitée peut être la cause d'infections génitales hautes, de grossesses extra-utérines, d'une infertilité, d'une cécité et de pathologies disséminées. L'augmentation de la pharmacorésistance aux traitements actuellement recommandés pourrait rendre cette infection impossible à traiter.</p>
Objet	Les progrès réalisés pour réduire les rapports sexuels non protégés chez les hommes.
Numérateur	Nombre de cas de gonorrhée chez l'homme déclarés pendant la période considérée.
Dénominateur	Nombre d'hommes âgés de 15 ans et plus.
Méthodes et instruments de mesure	Les systèmes d'information sanitaire de routine.
Ventilation	Aucune.
Atouts et faiblesses	<p>Même si l'OMS a donné une définition mondiale du cas, les définitions utilisées peuvent varier d'un pays à un autre ou au sein même d'un pays. De plus, les capacités de diagnostic peuvent être différentes selon les pays et au sein même d'un pays. Même s'il arrive que cet indicateur fasse l'objet de sous-déclaration, ces données peuvent habituellement être utilisées pour suivre les tendances au sein d'un pays, pour autant que la définition du cas ne soit pas modifiée et qu'il n'y ait pas de changement substantiel dans les pratiques de dépistage.</p>
Autres facteurs à prendre en compte	<p>Il est important que les pays, lorsqu'ils font rapport sur la gonorrhée, indiquent dans quelle mesure les données sont jugées représentatives de la population nationale. Bien qu'elles soient utiles à des fins de suivi aux niveaux local et national, les données concernant la gonorrhée chez la femme ne sont pas requises à l'échelle mondiale car la majorité des femmes qui présentent une infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> sont asymptomatiques et les tests diagnostiques sensibles sont rarement disponibles dans les pays en développement. C'est pourquoi il est estimé que les données concernant la gonorrhée chez la femme sont trop tributaires des ressources diagnostiques et des pratiques de dépistage pour pouvoir faire l'objet d'un suivi adéquat à l'échelle mondiale.</p> <p>Si un pays n'est pas en mesure de fournir de dénominateur pour ce rapport, l'OMS utilisera un dénominateur fourni par le PNUD.</p>

Utilisation des données	L'examen des tendances au fil du temps au sein de groupes comparables.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Indicateur recommandé dans les Stratégies et méthodes de laboratoire pour renforcer la surveillance d'infections sexuellement transmissibles, 2012.

1.17.9 IST : nombre de cas d'écoulement urétral chez l'homme déclarés au cours des 12 derniers mois

Fondement	L'écoulement urétral chez l'homme est un syndrome d'IST généralement causé par <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ou <i>Chlamydia trachomatis</i> . Le fait de présenter un syndrome aigu d'IST tel que l'écoulement urétral est un marqueur de rapports sexuels non protégés et facilite la transmission du VIH et la contamination par ce virus. La surveillance de l'écoulement urétral contribue donc à la surveillance de deuxième génération du VIH en fournissant un moyen d'alerte précoce sur le potentiel épidémique du VIH par transmission sexuelle ainsi que sur les pratiques sexuelles à risque actuelles pour lesquelles des interventions programmatiques plus énergiques pourraient être nécessaires afin de réduire les risques. En outre, l'écoulement urétral non traité peut être la cause d'une infertilité, d'une cécité et de pathologies disséminées. L'augmentation de la pharmacorésistance aux traitements actuellement recommandés pour les infections à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> pourrait rendre cette infection impossible à traiter.
Objet	Les progrès réalisés pour réduire les rapports sexuels non protégés chez les hommes.
Numérateur	Nombre de cas d'écoulement urétral chez l'homme déclarés pendant la période considérée.
Dénominateur	Nombre d'hommes âgés de 15 ans et plus.
Méthodes et instruments de mesure	Les systèmes d'information sanitaire de routine.
Ventilation	Aucune.
Atouts et faiblesses	Même si l'OMS a donné une définition mondiale du cas, les définitions utilisées peuvent varier d'un pays à un autre ou au sein même d'un pays. De plus, les capacités de diagnostic clinique peuvent être différentes selon les pays et au sein même d'un pays. Même s'il arrive que cet indicateur fasse l'objet de sous-déclaration, ces données peuvent habituellement être utilisées pour suivre les tendances au sein d'un pays, pour autant que la définition du cas ne soit pas modifiée et qu'il n'y ait pas de changement substantiel dans les pratiques de dépistage.

Autres facteurs à prendre en compte	<p>Il est important que les pays, lorsqu'ils font rapport sur l'écoulement urétral, indiquent dans quelle mesure les données sont jugées représentatives de la population nationale. Le suivi des tendances en matière d'écoulement urétral permet de suivre les nouveaux cas incidents d'IST dans une population. Les données sur les pertes vaginales chez la femme peuvent être utiles pour le suivi aux niveaux local et national ; ces données ne sont cependant pas requises à l'échelle mondiale, car la majorité des cas d'écoulement vaginal dans de nombreuses régions du monde ne sont pas dus à des IST.</p> <p>Les pays doivent mener des évaluations périodiques de l'étiologie de l'écoulement urétral en vue de comprendre quelles en sont les principales causes et de déterminer le traitement approprié.</p> <p>Si un pays n'est pas en mesure de fournir de dénominateur pour ce rapport, l'OMS utilisera un dénominateur fourni par le PNUD.</p>
Utilisation des données	L'examen des tendances au fil du temps au sein de groupes comparables.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Indicateur recommandé dans les Stratégies et méthodes de laboratoire pour renforcer la surveillance d'infections sexuellement transmissibles, 2012.

1.17.10 IST : nombre de cas d'ulcérations génitales chez l'adulte déclarés au cours des 12 derniers mois

Fondement	<p>Les ulcérations génitales sont un syndrome d'IST habituellement causé par la syphilis, le chancre mou ou le virus de l'herpès. Le fait de présenter un syndrome aigu d'IST tel que les ulcérations génitales est un marqueur de rapports sexuels non protégés et facilite la transmission du VIH et la contamination par ce virus. La surveillance des ulcérations génitales contribue donc à la surveillance de deuxième génération du VIH en fournissant un moyen d'alerte précoce sur le potentiel épidémique du VIH par transmission sexuelle ainsi que sur les pratiques sexuelles à risque actuelles pour lesquelles des interventions programmatiques plus énergiques pourraient être nécessaires afin de réduire les risques. En outre, les ulcérations génitales non traitées peuvent être la cause de mortinaissances et de maladies néonatales et peuvent être débilantes, voire mortelles, chez l'adulte.</p>
Objet	Les progrès réalisés pour réduire les rapports sexuels non protégés dans la population générale.
Numérateur	Nombre de cas d'ulcérations génitales chez l'adulte déclarés pendant la période considérée.
Dénominateur	Nombre d'hommes âgés de 15 ans et plus.
Méthodes et instruments de mesure	Les systèmes d'information sanitaire de routine.
Ventilation	Sexe : total, hommes, femmes

Atouts et faiblesses Même si l’OMS a donné une définition mondiale du cas, les définitions utilisées peuvent varier d’un pays à un autre ou au sein même d’un pays. De plus, les capacités de diagnostic clinique peuvent être différentes selon les pays et au sein même d’un pays. Même s’il arrive que cet indicateur fasse l’objet de sous-déclaration, ces données peuvent habituellement être utilisées pour suivre les tendances au sein d’un pays, pour autant que la définition du cas ne soit pas modifiée et qu’il n’y ait pas de changement substantiel concernant les pratiques de dépistage.

Autres facteurs à prendre en compte Il est important que les pays, lorsqu’ils font rapport sur les ulcérations génitales, indiquent dans quelle mesure les données sont jugées représentatives de la population nationale. Les pays doivent mener des évaluations périodiques de l’étiologie des ulcérations génitales afin de choisir les médicaments adéquats pour la prise en charge syndromique et d’apprécier dans quelle mesure les ulcérations génitales sont imputables à une infection incidente due à une infection récurrente au virus de l’herpès ou à une infection aiguë (syphilis, chancre mou ou virus de l’herpès). Si un pays n’est pas en mesure de fournir de dénominateur pour ce rapport, l’OMS utilisera un dénominateur fourni par le PNUD.

Utilisation des données L’examen des tendances au fil du temps au sein de groupes comparables.

Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l’outil d’enregistrement des rapports Indicateur recommandé dans les Stratégies et méthodes de laboratoire pour renforcer la surveillance d’infections sexuellement transmissibles, 2012.

1.18 Pourcentage (%) de femmes enceintes séropositives pour la syphilis et pour qui les contacts sexuels ont été identifiés et traités pour la syphilis (OPS)

Numérateur Nombre de femmes enceintes qui étaient séropositives pour la syphilis et pour qui les contacts sexuels ont été identifiés et traités.
Ce numérateur implique de fournir un conseil à chaque femme enceinte et d’identifier l’ensemble de ses contacts sexuels. Une femme ne peut être incluse dans le numérateur que si l’ensemble de ses partenaires sexuels ont été traités.

Dénominateur Nombre de femmes enceintes chez qui un test de dépistage de la syphilis était positif au cours de la grossesse.

Diagnostic des cas de VIH et sida

1.19.1 Nombre de cas de VIH diagnostiqués par âge et sexe, de 2010 à 2014

Fondement	L'infection à VIH est détectée lors du dépistage volontaire, à l'initiative des prestataires et du dépistage de la tuberculose ou autres services et constitue la première étape pour mettre en liaison les PVVIH avec les centres de soins et de traitement. Cela fait partie de la stratégie visant à augmenter le nombre de personnes dépistées.
Objet	Nombre de cas de VIH diagnostiqués par âge et sexe de 2010 à 2014
Numérateur	Nombre de personnes chez qui le diagnostic du VIH a été posé
Dénominateur	Nombre de personnes vivant dans le pays
Méthodes et instruments de mesure	Programme ordinaire rapportant les données des services de santé, systèmes d'information de santé de routine
Ventilation	Âge : adultes 15 ans et plus et enfants < 15 ans Sexe : hommes et femmes
Atouts et faiblesses	La sous-déclaration, les retards dans la déclaration et la duplication sont les problèmes possibles des systèmes d'information de santé
Autres facteurs à prendre en compte	Veillez consulter le Guide technique de l'ONUSIDA/OMS/ONUSIDA pour la déclaration de cas de VIH et le paquet SGS.
Utilisation des données	Ces données peuvent servir pour la triangulation des données avec les estimations sur le VIH, voir la distribution des cas de VIH par population et situation géographique et l'accès aux services
Autres références	Lignes directrices deuxième génération pour la surveillance du VIH http://who.int/hiv/pub/surveillance/2013package/module1/en/

1.19.2 Nombre de cas de sida diagnostiqués par âge et sexe, de 2010 à 2014

Fondement	L'infection à VIH est détectée lors du dépistage volontaire, à l'initiative des prestataires et du dépistage de la tuberculose ou autres services et constitue la première étape pour mettre en liaison les PVVIH avec centres de soins et de traitement. Cela fait partie de la stratégie visant à augmenter le nombre de personnes dépistées. La surveillance des cas de sida a été mise en place par le pays depuis le milieu des années 1980.
Objet	Nombre de cas de sida diagnostiqués par âge et sexe de 2010 à 2014
Numérateur	Nombre de personnes chez qui le diagnostic de sida a été posé
Dénominateur	Nombre de personnes vivant dans le pays
Méthodes et instruments de mesure	Programme ordinaire rapportant les données des services de santé
Ventilation	Âge : adultes 15 ans et plus et enfants < 15 ans Sexe : hommes et femmes
Atouts et faiblesses	La sous-déclaration, les retards dans la déclaration et la duplication sont les problèmes possibles des systèmes d'Information de santé

Autres facteurs à prendre en compte	Veillez consulter le Guide technique de l'ONUSDC/OMS/ONUSIDA pour la déclaration sur le sida et le paquet SGS.
Utilisation des données	Les données peuvent servir pour la triangulation des services, le stade clinique de diagnostic montre à quel moment les gens se rendent aux services et commencent le TARV
Autres références	Définitions des cas du VIH par l'OMS pour la surveillance et la stadification clinique révisée et la classification immunologique des maladies associées au VIH chez les adultes et les enfants http://who.int/hiv/pub/vct/hivstaging/en/ Lignes directrices deuxième génération pour la surveillance du VIH http://who.int/hiv/pub/surveillance/2013package/module1/en/

OBJECTIF 2 : RÉDUIRE DE 50 % LA TRANSMISSION DU VIH CHEZ LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES À L'HORIZON 2015

2.6 Nombre de personnes bénéficiant d'un traitement de substitution aux opioïdes (TSO)	
Fondement	Le traitement de substitution aux opioïdes représente un engagement à traiter la dépendance aux opioïdes et à réduire la fréquence des injections, la ramenant de préférence à zéro. Il est l'outil de santé publique le plus efficace pour réduire la consommation de drogues injectables chez les consommateurs d'opioïdes par injection. Son utilisation est également cruciale pour aider au traitement d'autres pathologies, notamment de l'infection à VIH, de la tuberculose et des hépatites virales.
Objet	L'engagement national et les progrès réalisés au niveau du pays en faveur du traitement de la dépendance aux opioïdes et de la réduction de la probabilité de transmission du VIH chez les consommateurs de drogues injectables.
Méthodes et instruments de mesure	Les données des programmes.
Ventilation	Unités administratives : milieu urbain, milieu rural.
Atouts et faiblesses	Le nombre de personnes sous TSO doit être facilement disponible et valide puisque, normalement, ces personnes bénéficient d'une autorisation des autorités compétentes.
Autres facteurs à prendre en compte	Pour accéder à un ensemble complet d'indicateurs en rapport avec les consommateurs de drogues injectables et faisant l'objet d'un consensus mondial, veuillez consulter le document Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users (http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html) publié par l'OMS, l'ONUSDC et l'ONUSIDA.
Utilisation des données	Aide à évaluer le rapport entre l'offre et la demande de TSO, en fonction du nombre et de la distribution des personnes dépendantes aux opioïdes dans le pays.
Autres références	OMS, ONUSDC, ONUSIDA – Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users (http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html)

2.7.a Nombre de sites PAS et TSO : Nombre de sites de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues (PAS)

Fondement	Les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues sont parmi les interventions les plus efficaces pour la prévention de la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues injectables. Cet indicateur permet de mesurer si l'accès au matériel d'injection stérile est suffisant dans cette population.
Objet	Le nombre de sites PAS (y compris les pharmacies qui dispensent des aiguilles et des seringues gratuitement). La disponibilité des sites pouvant fournir du matériel d'injection stérile aux consommateurs de drogues injectables.
Méthodes et instruments de mesure	Les données des programmes nationaux.
Ventilation	Unités administratives : milieu urbain, milieu rural.
Atouts et faiblesses	De nombreux PAS ne sont pas « officiels », si bien qu'ils ne sont pas comptabilisés dans les données des programmes nationaux.
Autres facteurs à prendre en compte	<p>Par « programmes de distribution d'aiguilles et de seringues (PAS) », on entend tout programme qui comprend un accès à du matériel d'injection stérile et une élimination des déchets sans risque, dans le cadre de programmes fixes ou mobiles et/ou dans les pharmacies distribuant gratuitement du matériel d'injection. Dans de nombreux pays, la vente de matériel d'injection par les pharmacies est une source importante – parfois la plus importante – de matériel d'injection stérile accessible aux consommateurs de drogues injectables. Cependant, les pharmacies qui vendent des aiguilles et des seringues ne sont habituellement pas comptabilisées dans une base de données pouvant être utilisée en tant que composante d'un programme de santé publique ou de réduction des risques. Si le nombre de ces pharmacies est disponible, veuillez, si possible, l'indiquer et le faire ressortir. Habituellement, les pharmacies qui distribuent gratuitement des aiguilles et des seringues tiennent des registres sur ces distributions dans le cadre du programme et doivent être prises en compte.</p> <p>Pour accéder à un ensemble complet d'indicateurs en rapport avec les consommateurs de drogues injectables et faisant l'objet d'un consensus mondial, veuillez consulter le document <i>Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users</i> (http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html) publié par l'OMS, l'ONUSIDA et l'ONUSIDA.</p>
Utilisation des données	Avoir un aperçu de la disponibilité des sites PAS ainsi que des tendances au fil du temps. L'analyse peut être complétée par un examen de la localisation géographique des sites, ainsi que de la répartition géographique et de la densité de la population de consommateurs de drogues injectables dans le pays ; essayez d'évaluer s'il y a suffisamment de PAS par rapport au nombre et à la distribution des consommateurs de drogues injectables dans le pays.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Représentativité nationale : de nombreux sites PAS ne sont pas « officiels » et peuvent être gérés par des ONG ; il est possible que le gouvernement n'ait aucune information sur ces sites. Veuillez essayer d'évaluer la représentativité nationale des chiffres donnés dans votre rapport.

Autres références	OMS, ONUDC, ONUSIDA – Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users (http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/index.html).
--------------------------	---

2.7.b Nombre de sites PAS et TSO : Nombre de sites de traitement de substitution aux opioïdes (TSO)

Fondement	Le traitement de substitution aux opioïdes représente un engagement à traiter la dépendance aux opioïdes et à réduire la fréquence des injections, la ramenant de préférence à zéro. Il est l'outil de santé publique le plus efficace pour réduire la consommation de drogues injectables chez les consommateurs d'opioïdes par injection.
Objet	L'engagement national et les progrès réalisés au niveau du pays en faveur du traitement de la dépendance aux opioïdes et de la réduction de la probabilité de transmission du VIH chez les consommateurs de drogues injectables. Le nombre de sites TSO et la disponibilité des sites qui fournissent le TSO aux consommateurs de drogues injectables.
Méthodes et instruments de mesure	Les données des programmes nationaux.
Ventilation	Unités administratives : milieu urbain, milieu rural.
Atouts et faiblesses	Les sites de TSO doivent être faciles d'accès et valides car ils doivent habituellement être homologués par les autorités compétentes. Il est cependant possible que le nombre de sites ne représente pas le nombre d'endroits où le traitement est disponible. L'obtention d'estimations pour des sous-groupes de population peut être difficile et ajouter une certaine part d'incertitude.
Autres facteurs à prendre en compte	Pour accéder à un ensemble complet d'indicateurs en rapport avec les consommateurs de drogues injectables et faisant l'objet d'un consensus mondial, veuillez consulter le document Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users (http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/index.html).
Utilisation des données	Avoir un aperçu de la disponibilité des sites TSO ainsi que des tendances au fil du temps en termes de taille de population et de consommateurs d'opioïdes par injection dans le pays. Essayez également d'analyser les données en fonction de la répartition géographique des sites TSO et de la répartition géographique et de la densité des consommateurs d'opioïdes par injection dans le pays. Si possible, essayez également d'interpréter l'indicateur en prenant en compte les informations disponibles sur le nombre d'endroits où le TSO est fourni dans chaque site. Essayez d'évaluer si le TSO est suffisamment disponible par rapport au nombre et à la distribution des consommateurs d'opioïdes par injection dans le pays.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Représentativité nationale : de nombreux sites de traitement de substitution aux opioïdes ne sont pas « officiels » et peuvent être gérés par des ONG ; il est possible que le gouvernement n'ait aucune information sur ces sites. Veuillez essayer d'évaluer la représentativité nationale des chiffres donnés dans votre rapport.
Autres références	OMS, ONUDC, ONUSIDA – Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users (http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide.pdf)

OBJECTIF 3 : ÉLIMINER LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH ET RÉDUIRE SENSIBLEMENT LE NOMBRE DE DÉCÈS MATERNELS LIÉS AU SIDA À L'HORIZON 2015

3.3a Taux de transmission de la mère à l'enfant (sur la base de données de programme)

Objet	<p>Veillez rapporter les taux de TME observés dans votre pays et fournir des détails sur la source de données et les hypothèses retenues pour l'estimation.</p> <p>Le taux de TME modélisé est l'indicateur 3.3 (souvent à partir de l'estimation de Spectrum). Veuillez inclure ici d'autres estimations de taux de TME – par exemple, au moyen d'enquêtes, des données de programme, des études spéciales, etc.</p> <p>Veillez indiquer la source des données dans la section information supplémentaire. Si la source des données est une étude spéciale ou un échantillon de paires mère-enfant, veuillez fournir des informations sur la taille de l'échantillon, la période et l'âge auquel l'infection de l'enfant a été mesurée.</p>
Numérateur	Nombre d'enfants qui seront infectés par leur mère, parmi les enfants nés de mères séropositives au cours des 12 derniers mois [ou pour une autre période pour laquelle vous disposez de données (à indiquer à la section dédiée aux informations complémentaires)]
Dénominateur	Nombre de femmes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois

3.4 Pourcentage de femmes enceintes qui connaissent leur statut par rapport au VIH [qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH et qui ont reçu leurs résultats – au cours de la grossesse, du travail et de l'accouchement ou de la période post-partum (< 72 heures) –, y compris celles dont le statut par rapport au VIH était déjà connu]

Fondement	Déterminer le statut par rapport au VIH d'une femme enceinte assure un point d'entrée pour qu'elle bénéficie d'autres services de PTME et pour adapter la prévention, les soins et le traitement à ses besoins.
Objet	Les activités menées pour déterminer le statut par rapport au VIH des femmes enceintes au cours des 12 derniers mois.
Numérateur	<p>Nombre de femmes enceintes dont le statut par rapport au VIH est connu :</p> <p>Il est établi à partir du nombre de femmes dont le statut par rapport au VIH n'était pas connu qui ont consulté dans les services de soins prénatals, de maternité et de soins post-partum, qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH et reçu le résultat ainsi que du nombre de femmes dont l'infection à VIH était connue et qui ont consulté dans les services de soins prénatals pour une nouvelle grossesse au cours des 12 derniers mois.</p> <p>Femmes enceintes dont l'infection à VIH était connue : femmes qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH dont le résultat positif a été confirmé à tout moment antérieur à la grossesse actuelle et qui ont consulté dans les services de soins prénatals pour une nouvelle grossesse. Il n'est pas nécessaire de faire un nouveau dépistage à ces femmes si l'on dispose de documents conformes aux directives nationales de dépistage chez les femmes enceintes qui prouvent qu'elles sont séropositives.³ En revanche, elles ont besoin de bénéficier des services de PTME et sont comptabilisées dans le numérateur.</p> <p>Femmes enceintes (et après la grossesse) dont le statut par rapport au VIH n'est pas connu : femmes qui n'ont pas bénéficié d'un dépistage au cours des soins prénatals ou au cours du travail et de l'accouchement lors de cette grossesse ou qui ne disposent pas de documents prouvant qu'un dépistage a été réalisé au cours de cette grossesse.</p>

3 Dans la plupart des situations, il est nécessaire de disposer d'un document prouvant l'infection à VIH (carte de soins et de traitement, carte maternelle d'une grossesse précédente ou tout autre document écrit fiable confirmant le statut par rapport au VIH). Sans preuve de l'existence de l'infection à VIH, les femmes sont généralement considérées comme ayant un statut par rapport au VIH « inconnu » et le test est alors souvent refait. Les directives nationales doivent être consultées.

Numérateur

Le numérateur est la somme des catégories (a) à (c) ci-dessous :

(a-1) femmes enceintes qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH et qui ont reçu leurs résultats au cours des soins prénatals ;

(a-2) femmes enceintes dont l'infection à VIH était connue et qui ont consulté dans les services de soins prénatals pour une nouvelle grossesse ;

(b) femmes enceintes dont le statut par rapport au VIH n'était pas connu, qui ont été admises dans un service de maternité, qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH et reçu le résultat ; et

(c) femmes enceintes dont le statut par rapport au VIH n'était pas connu, qui ont consulté dans les services de soins post-partum dans les 72 heures suivant l'accouchement, qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH et reçu le résultat.

Les catégories (a-1), (b) et (c) incluent toutes les femmes qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH, quel que soit le résultat du test VIH. La catégorie (a-2) inclut les femmes dont le statut positif par rapport au VIH était déjà connu.

Les données transmises peuvent être ventilées selon les catégories suivantes :

(a) femmes dont l'infection à VIH était déjà connue (séropositives) quand elles ont consulté dans les services de soins prénatals ;

(b) femmes dont l'infection à VIH a été nouvellement identifiée ; et

(c) femmes dont le test VIH est négatif (les autres).

Voir aussi la section Ventilation pour la préparation des rapports mondiaux.

Dénominateur

Nombre estimé de femmes enceintes au cours des 12 derniers mois.

Méthodes et instruments de mesure

Le numérateur est calculé en utilisant les comptes rendus des programmes nationaux établis à partir des données agrégées des registres des établissements en ce qui concerne les soins prénatals, les services de maternité et les soins post-partum. Dans les pays où le taux de fréquentation des services de maternité est élevé, les données peuvent être collectées en utilisant uniquement les registres de ces services, le résultat du dépistage y étant stipulé pour la plupart des femmes enceintes.

Les registres des établissements de santé doivent enregistrer les cas d'infections à VIH connues chez les femmes enceintes qui consultent dans les services de soins prénatals pour une nouvelle grossesse, afin que ces femmes puissent recevoir des services de PTME.

Tous les établissements (publics, privés et gérés par des ONG) qui fournissent des services de conseil et de dépistage aux femmes enceintes doivent être inclus.

Le dénominateur est obtenu à partir du nombre de femmes enceintes qui ont accouché au cours des 12 derniers mois (nombre estimé au niveau de la population), qui peut être obtenu à partir du nombre estimé de naissances, lui-même donné par différentes sources : bureau central des statistiques, Division de la Population des Nations Unies ou systèmes d'enregistrement des grossesses, si les données sont exhaustives.

Ventilation

Stades de la grossesse : prénatal, T&A, post-partum.

Réception des résultats : dépistage réalisé, dépistage réalisé et résultats reçus.

Statut par rapport au VIH : nombre de femmes séropositives.

Atouts et faiblesses

Cet indicateur permet à un pays de suivre les tendances du dépistage du VIH chez la femme enceinte. Les différents moments où les femmes sont perdues de vue au cours du processus de conseil et de dépistage et les raisons de ce phénomène ne sont pas pris en compte par cet indicateur. Cet indicateur ne mesure pas la qualité du conseil et du dépistage. Il ne rend pas non plus compte du nombre de femmes qui ont bénéficié d'un conseil avant le test.

Autres facteurs à prendre en compte

Pour que les femmes enceintes dont l'infection à VIH était déjà connue et qui consultent dans les services de soins prénatals pour une nouvelle grossesse puissent bénéficier des interventions de PTME, les registres des établissements de santé doivent indiquer par un code, un cercle ou tout autre moyen ces cas d'infections à VIH connues (même si leur dépistage n'a pas été réalisé sur ce site).

Toutes les catégories ne seront pas toujours pertinentes ou importantes dans tous les contextes (par exemple les femmes dont le statut par rapport au VIH n'était pas connu et qui bénéficient d'un dépistage dans les 72 heures post-partum). Les pays peuvent souhaiter que les ressources (révision des outils, temps, argent) soient investies en priorité pour effectuer les mesures selon les catégories pertinentes dans leur contexte.

Il peut être important pour les directeurs de programmes d'utiliser des indicateurs supplémentaires au niveau infranational et au niveau des établissements afin de mesurer les tendances et l'évolution du processus de conseil et de dépistage, par exemple l'utilisation du dépistage et le fait de recevoir les résultats.

Il est également important de connaître le nombre de femmes dont le statut par rapport au VIH a été déterminé au niveau de chaque type de service, c'est-à-dire le pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services de SP et dont le statut est connu, le pourcentage de celles qui ont été reçues dans les maternités et dont le statut est connu, etc. Cet indicateur peut faire l'objet d'une triangulation et être validé en utilisant les enquêtes en population, comme les EDS (généralement conduites tous les cinq ans) ou les enquêtes sur les indicateurs du sida (enquêtes en population qui peuvent être menées à une fréquence plus rapprochée).

Utilisation des données

Observer les tendances au fil du temps. Si des données ventilées par région sont disponibles, voyez s'il est possible d'identifier des régions moins performantes que les autres. Vérifiez la disponibilité des données sur le pourcentage de femmes qui ont consulté dans les services de SP et qui connaissent leur statut par rapport au VIH (y compris celles dont le statut par rapport au VIH était déjà préalablement confirmé et celles qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH) et le pourcentage de femmes reçues dans les services de maternité qui connaissent leur statut par rapport au VIH.

Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports

Doublons : le dépistage du VIH chez une femme enceinte pouvant être réalisé à plusieurs reprises au cours des soins prénatals, du T&A et du post-partum, il existe donc un risque de doublons pour cet indicateur. Cela est particulièrement vrai quand le test est refait chez les femmes consultant dans différents établissements ou qui arrivent à la maternité sans document prouvant qu'un test a déjà été réalisé. Il est impossible d'éviter entièrement les doublons, mais les pays doivent s'assurer qu'un système de collecte et de transmission des données est en place pour minimiser ce problème, en faisant par exemple en sorte que les patientes et les établissements disposent d'un document donnant un compte rendu des services de SP et pouvant prouver que le dépistage a bien été réalisé.

Pour obtenir le nombre *total* de femmes qui ont bénéficié d'un dépistage, il ne faut pas additionner le nombre *total* de femmes qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH dans les services de soins prénatals et dans les maternités. Nous nous intéressons au nombre de femmes qui ont bénéficié de ce dépistage et non au nombre total de tests effectués (c'est-à-dire que si une femme bénéficie d'un dépistage dans les services de soins prénatals puis à nouveau dans une maternité, il faut essayer de ne la comptabiliser qu'une seule fois).

<p>Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports</p>	<p>Il est important d'inclure dans le numérateur les femmes dont l'infection à VIH était déjà connue (même si un nouveau test de dépistage du VIH n'est pas réalisé, l'infection à VIH a été identifiée pour leur permettre de bénéficier des interventions de PTME).</p> <p>Nombre de femmes qui ont bénéficié d'un dépistage et nombre de femmes qui ont bénéficié d'un dépistage et reçu le résultat : si ces nombres sont disponibles, veuillez indiquer le nombre de femmes enceintes qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH ainsi que le nombre de femmes enceintes qui ont bénéficié d'un dépistage et reçu le résultat (ce dernier ne devant pas excéder le premier).</p> <p>Si, pour l'heure, votre système de collecte de données ne peut faire la distinction entre les femmes qui connaissent leur statut par rapport au VIH et celles qui ne le connaissent pas et s'il vous est impossible de fournir les données ventilées de cette manière, veuillez examiner les données disponibles et en extraire les données les plus fiables sur les <i>femmes enceintes dont le statut par rapport au VIH a été déterminé</i> au cours de la grossesse, du T&A ou des premières 72 heures post-partum.</p> <p>Veuillez donner dans la section <i>Commentaires</i> toute information pouvant nous aider à mieux interpréter les données.</p> <p>Veuillez faire part de tout commentaire sur la source de votre dénominateur.</p>
<p>Autres références</p>	<p>Indicateur clé de suivi et d'évaluation de la PTME N°3.</p>

3.5 Pourcentage de femmes enceintes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et dont le partenaire masculin a bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois

<p>Fondement</p>	<p>L'implication des hommes est d'une importance cruciale pour fournir des services axés sur la famille aux femmes enceintes infectées par le VIH, à leur nourrisson ainsi qu'aux autres membres de leur famille. Elle représente également un outil important de prévention de l'infection à VIH et peut aider les couples séronégatifs à éviter d'être contaminés par le VIH.</p> <p>Le dépistage chez le partenaire est la première étape pour impliquer les partenaires masculins, indépendamment du statut du couple par rapport au VIH.</p>
<p>Objet</p>	<p>Le pourcentage de femmes enceintes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et dont le partenaire masculin a bénéficié d'un dépistage du VIH lors de la grossesse de leur partenaire féminin au cours des 12 derniers mois.</p>
<p>Numérateur</p>	<p>Nombre de femmes enceintes qui ont consulté dans les services de soins prénatals et dont le partenaire masculin a bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois.</p>
<p>Dénominateur</p>	<p>Nombre de femmes enceintes qui ont consulté dans les services de soins prénatals.</p>
<p>Méthodes et instruments de mesure</p>	<p>Le numérateur peut être calculé en utilisant les comptes rendus des programmes nationaux compilés à partir des registres des établissements de santé.</p> <p>Le partenaire masculin peut bénéficier d'un dépistage du VIH lorsqu'il accompagne la femme lors de la première visite dans les services de soins prénatals ou lors de visites de suivi dans ces services, ou bien seul lors d'une visite distincte, par exemple dans le cadre d'une permanence de dépistage mise en place spécifiquement pour les partenaires masculins.</p> <p>En fonction du contexte, les données peuvent être agrégées à partir des registres des services de soins prénatals ou des registres de conseil et de dépistage.</p>

Méthodes et instruments de mesure	<p>Tous les établissements de santé (publics, privés et gérés par des ONG) qui dispensent des services de soins prénatals doivent être inclus.</p> <p>Si cela est faisable, les programmes peuvent envisager de collecter des données pour savoir si le partenaire masculin et le partenaire féminin se sont dévoilés l'un à l'autre leur statut par rapport au VIH en présence d'un membre du personnel du service de consultation.</p>
Atouts et faiblesses	<p>Cet indicateur permet aux pays de suivre les retombées des mesures mises en place pour augmenter le recours au dépistage chez les partenaires masculins des femmes enceintes qui consultent dans les services de SP. Il ne permet pas de mesurer si le partenaire masculin a reçu son résultat ou des services de suivi quels qu'ils soient.</p> <p>L'indicateur ne prend pas en compte les clientes qui ont consulté dans les services de SP et qui ont plus d'un partenaire ou dont le partenaire a pu changer au fil du temps. De même, il n'inclut pas les partenaires qui ont bénéficié d'un dépistage du VIH dans des structures autres que les services de SP et qui n'ont pas de liens avec ces services (par exemple des centres de CDV ou de dépistage à l'initiative du prestataire).</p> <p>Il est possible que certains sites ne collectent pas les données sur le dépistage chez les partenaires masculins ou bien qu'ils n'agrègent ou ne transmettent pas de manière systématique ces données. La mesure de cet indicateur peut exiger un investissement et des ressources supplémentaires pour la révision des outils de collecte des données et des formulaires de synthèse.</p>
Autres facteurs à prendre en compte	<p>Bien que le dépistage du VIH chez les partenaires masculins soit un outil important pour améliorer leur implication et prévenir la transmission au cours de la grossesse, il est aussi un point d'entrée capital pour que ces hommes reçoivent des soins continus et pour des soins axés sur la famille. Dans le cadre d'un programme complet de soins et de traitement, les prestataires de soins doivent s'assurer que les services de suivi appropriés sont dispensés à tous les partenaires dont le dépistage du VIH se révèle positif et consigner des informations sur le sujet.</p>
Utilisation des données	<p>Interpréter en se basant sur le contexte du pays et sur l'applicabilité dans le pays. Étudier les moyens d'augmenter la couverture.</p>
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	<p>Veillez donner dans la section <i>Commentaires</i> toute information pouvant nous aider à mieux interpréter les données.</p> <p>Si le nombre de couples discordants est facilement disponible, veuillez l'indiquer dans la section <i>Commentaires</i>, en l'accompagnant si nécessaire de toute information utile.</p>
Autres références	<p>Indicateur additionnel PTME N°A3.</p>

3.6 Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH chez qui les critères d'admissibilité au traitement antirétroviral ont été évalués sur des bases cliniques ou par test de numération des CD4

Fondement	<p>Les femmes enceintes infectées par le VIH qui remplissent les critères cliniques et immunologiques (quand ceux-ci peuvent être évalués) pour recevoir un traitement antirétroviral (TARV) doivent recevoir ce traitement. Le TARV préserve la santé maternelle et réduit le risque de transmission mère-enfant (TME). Les services de PTME doivent réaliser ces évaluations. Les femmes qui ne remplissent pas encore les critères pour recevoir un TARV doivent recevoir une prophylaxie par antirétroviraux (ARV) pour la PTME selon les directives nationales et les recommandations.</p>
------------------	---

Objet	La couverture de l'évaluation des critères pour recevoir un TARV chez les femmes enceintes infectées par le VIH, soit en fonction de critères cliniques conformes aux critères définissant les stades cliniques de l'OMS, soit selon des critères immunologiques au moyen d'un test de numération des CD4. L'évaluation peut être faite sur place ou après être dirigé vers un centre spécialisé.
Numérateur	<p>Nombre de femmes enceintes infectées par le VIH chez qui les critères pour recevoir un TARV ont été évalués soit par la détermination du stade clinique, soit par la numération des CD4, sur place ou après être dirigées vers un centre spécialisé, au cours des 12 derniers mois.</p> <p>« Sur place » signifie que la dispensation des services se fait au sein même de la structure ou de l'enceinte de l'établissement de santé. Par exemple la détermination du stade clinique de l'infection à VIH peut être disponible dans l'unité de soins prénatals ; l'échantillon de sang pour réaliser une numération des CD4 peut quant à lui être prélevé dans l'unité de soins et de traitement de l'infection à VIH appartenant au même établissement de santé. Ces deux services sont alors considérés comme étant dispensés « sur place ».</p> <p>« Être dirigé vers un centre spécialisé » peut se faire sur place ou ailleurs ; cela consiste à adresser un patient vers un service, un prestataire de soins ou un établissement de santé différent.</p> <p>Il arrive souvent que les patients reviennent vers l'établissement ou l'unité de service de départ où ils continuent à être suivis, ou vers le prestataire de soins de départ qui continue alors à les suivre, les informations sur les services fournis étant transmises en retour. Les établissements sur lesquels les patients ont été dirigés doivent collecter des informations sur les services fournis à ces patients et sur les résultats de ces services.</p> <p>Cet indicateur doit être ventilé par type d'évaluation (stade clinique ou numération des CD4). Les femmes dont les critères d'admissibilité au TARV ont été évalués sur la base du stade clinique et de la numération des CD4 ne doivent être comptabilisées qu'une seule fois et il ne faut tenir compte que de l'évaluation par la numération des CD4.</p>
Dénominateur	Nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH, au cours des 12 derniers mois.
Méthodes et instruments de mesure	<p>Le numérateur est calculé en utilisant les comptes rendus des programmes nationaux établis à partir des données agrégées des registres des établissements de santé.</p> <p>L'évaluation peut se faire dans les services de soins prénatals ou dans les unités de soins et de traitement de l'infection à VIH, sur place ou après être dirigé vers un centre spécialisé. Les données doivent être agrégées à partir des registres appropriés en tenant compte de quels sont les registres qui collectent les données, du lieu où l'évaluation a été réalisée, de la possibilité de doublons ou de sous-déclaration et de la nécessité d'obtenir des données précises au niveau national.</p> <p>Tous les établissements de santé (publics, privés et gérés par des ONG) où les critères d'admissibilité au TARV sont évalués (sur place ou après être dirigé vers un centre spécialisé) chez les femmes enceintes infectées par le VIH doivent être inclus.</p> <p>Deux méthodes peuvent être utilisées pour calculer le dénominateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modèle de projection (par exemple celui fourni par le logiciel Spectrum) ; utilisez le résultat du « nombre de femmes enceintes qui ont besoin de PTME ; ou

Méthodes et instruments de mesure

- Multiplication du nombre de femmes qui ont accouché au cours des 12 derniers mois (qui peut être obtenu à partir du nombre estimé de naissances, lui-même donné par différentes sources : bureau central des statistiques, Division de la Population des Nations Unies ou systèmes d'enregistrement des grossesses, si les données sont exhaustives) par l'estimation nationale la plus récente de la prévalence de l'infection à VIH chez la femme enceinte (qui peut être obtenue à partir des estimations faites sur la base de la surveillance sentinelle dans les services de soins prénatals), si l'on ne dispose pas de projections obtenues par l'utilisation du logiciel Spectrum.

Ventilation

Méthode d'évaluation des critères d'admissibilité au TARV : stade clinique, numération des CD4.

Atouts et faiblesses

Le point fort de cet indicateur est qu'il permet aux pays d'observer dans quelle mesure les femmes enceintes infectées par le VIH bénéficient d'une intervention cruciale pour accéder au TARV pour leur propre santé.

Il ne rend pas compte du fait que les femmes enceintes infectées par le VIH qui remplissent les critères d'admissibilité au TARV ont reçu ou non ce traitement.

Bien que chaque catégorie soit entièrement distincte l'une de l'autre, il existe pour cet indicateur un risque de doublons des femmes enceintes séropositives au VIH dont les critères d'admissibilité au TARV ont été évalués à la fois sur le plan clinique et immunologique et de celles qui ont bénéficié de cette évaluation dans différentes unités ou dans différents établissements de santé. Les pays doivent assurer la mise en place de mécanismes pour réduire ce risque de doublons.

Atouts et faiblesses

Cet indicateur ne prend pas en compte les femmes qui peuvent avoir été identifiées comme séropositives au VIH au cours du travail et de l'accouchement et qui ont bénéficié ultérieurement d'une évaluation des critères d'admissibilité au TARV.

Autres facteurs à prendre en compte

Pour obtenir davantage d'informations sur les tendances nationales du pourcentage de femmes enceintes remplissant les critères d'admissibilité au TARV, il est recommandé aux pays de ventiler les données en fonction du statut des critères pour recevoir un TARV. Pour faciliter et améliorer le suivi des femmes enceintes infectées par le VIH dirigées vers un autre établissement de santé ou une autre unité de service au sein du même établissement de santé, les prestataires de soins doivent, le cas échéant, prendre des mesures pour enregistrer dans le registre du service de soins prénatals/PTME que ces femmes ont été dirigées vers un centre spécialisé et indiquer les services dont elles ont bénéficié.

Utilisation des données

Le but est d'atteindre 100 % ; une fois ces 100 % atteints en routine, cet indicateur peut devenir obsolète. Analyser les informations supplémentaires obtenues à partir des données ventilées selon la méthode utilisée pour l'évaluation des critères d'admissibilité au TARV (stade clinique ou numération des CD4) ainsi que toute donnée disponible sur les délais de réception du résultat de la numération des CD4 en fonction du lieu.

Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports

Veuillez donner dans la section *Commentaires* toute information pouvant nous aider à mieux interpréter les données.

Autres références

Indicateur clé de suivi et d'évaluation de la PTME N°4.

3.7 Pourcentage de nourrissons, nés de femmes infectées par le VIH, à qui a été fournie une prophylaxie par antirétroviraux (ARV) pour réduire le risque de transmission mère-enfant précoce au cours des six premières semaines de vie (c'est-à-dire la transmission post-partum précoce à l'âge de six semaines environ)

Fondement	Le risque de TME peut être considérablement diminué par l'utilisation d'approches complémentaires : administration d'ARV à la mère pendant la grossesse et l'accouchement (pour un traitement ou une prophylaxie), administration d'une prophylaxie par ARV au nourrisson et administration d'ARV à la mère ou à l'enfant au cours de l'allaitement (en cas d'allaitement), utilisation de pratiques d'accouchement sûres et utilisation de pratiques à moindre risque d'alimentation du nourrisson.
Objet	Les progrès réalisés dans la PTME au cours de la période post-partum précoce grâce à la fourniture d'une prophylaxie par ARV aux nourrissons exposés au VIH.
Numérateur	Nombre de nourrissons, nés au cours des 12 derniers mois de femmes infectées par le VIH, qui ont reçu une prophylaxie par ARV pour réduire la TME précoce (c'est-à-dire la transmission post-partum précoce, au cours des six premières semaines de vie).
Dénominateur	Nombre estimé de naissances vivantes chez les femmes infectées par le VIH, au cours des 12 derniers mois.
Méthodes et instruments de mesure	<p>Le numérateur est calculé en utilisant les comptes rendus des programmes nationaux établis à partir des données agrégées des registres des établissements de santé.</p> <p>En fonction des pays, les ARV administrés peu après l'accouchement aux nourrissons exposés au VIH peuvent être dispensés dans les maternités pour les nourrissons nés dans une maternité, dans les services de consultation de soins postnatals ou de santé infantile pour les nourrissons nés à domicile et amenés dans une structure de santé, ou encore dans les services de soins et de traitement de l'infection à VIH ou dans d'autres lieux.</p> <p>Trois méthodes peuvent être utilisées pour calculer le numérateur :</p> <ul style="list-style-type: none">• Décompte au moment de la dispensation des ARV : dans les situations où le taux d'accouchement en maternité est faible, les données pour le numérateur doivent être compilées là où les ARV sont dispensés et les données enregistrées. Il existe un risque de doublons dans les situations où les ARV sont dispensés lors de différentes visites (plus d'une visite) ou dans différents établissements de santé. Les pays doivent s'assurer qu'un système de collecte et de transmission des données est en place pour réduire la probabilité de doublons.• Décompte à un moment proche de l'accouchement : dans les situations où une grande proportion des femmes accouchant dans un établissement de santé, les pays peuvent obtenir une estimation du numérateur entièrement à partir des registres de maternité, en comptabilisant le nombre de nourrissons exposés au VIH qui ont reçu un schéma d'ARV particulier avant leur sortie de la maternité. Cette méthode est probablement la plus fiable et la plus précise pour calculer cet indicateur lorsque le taux d'accouchements en maternité est élevé et le taux de suivi est faible, le schéma d'ARV dispensé correspondant étant comptabilisé au moment où il est dispensé au nourrisson.• Décompte dans les services de consultation de soins postnatals ou de santé infantile : les pays peuvent aussi comptabiliser et agréger le nombre de nourrissons exposés au VIH ayant reçu une prophylaxie par ARV qui ont été enregistrés dans les services de consultation de soins postnatals ou dans les services de santé infantile, si la fréquentation de ces services est élevée et si la probabilité de connaître le statut d'exposition du nourrisson est élevée (par exemple à partir des registres des services de soins postnatals, de registres spécifiques ou de registres intégrés pour les nourrissons exposés au VIH).

Méthodes et instruments de mesure

Tous les établissements de santé (publics, privés et gérés par des ONG) où sont dispensés aux nourrissons exposés au VIH des ARV pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant doivent être inclus.

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

- Modèle de projection (par exemple celui fourni par le logiciel Spectrum) : utilisez comme indication indirecte le résultat du « nombre de femmes enceintes qui ont besoin de PTME » ; ou
- Multiplication du nombre de femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois (qui peut être obtenu à partir du nombre estimé de naissances, lui-même donné par différentes sources : bureau central des statistiques, Division de la Population des Nations Unies ou systèmes d'enregistrement des grossesses, si les données sont exhaustives) par l'estimation nationale la plus récente de la prévalence de l'infection à VIH chez la femme enceinte (qui peut être obtenue à partir des estimations faites sur la base de la surveillance sentinelle dans les services de soins prénatals), si l'on ne dispose pas de projections obtenues par l'utilisation du logiciel Spectrum.

Si l'on dispose de données sur le nombre de naissances vivantes, ces données doivent être ajustées pour obtenir une meilleure indication indirecte.

Ventilation

Non demandée.

Atouts et faiblesses

Cet indicateur permet aux pays de suivre la couverture des schémas prophylactiques d'ARV dispensés ou mis en route chez les nourrissons exposés au VIH pour réduire le risque de TME précoce du VIH.

Cet indicateur mesure l'ampleur de la dispensation des ARV aux nourrissons pour être utilisés en tant que prophylaxie. Il n'indique pas si ces nourrissons ont consommé ou non ces ARV ; il n'est donc pas possible de déterminer l'observance des schémas d'ARV ou de savoir si l'ensemble du schéma a été reçu.

Autres facteurs à prendre en compte

Les pays qui ont mis en place des mécanismes pour que les nourrissons exposés au VIH puissent recevoir des ARV dans leur communauté doivent s'assurer qu'il existe un système de collecte de données pour transmettre des informations sur les nourrissons recevant des schémas d'ARV dans ce contexte.

Utilisation des données

Comparer la valeur de l'indicateur avec la couverture des schémas d'ARV pour les mères (Indicateur I-10) et déterminer la signification possible des données dans le contexte du pays. Certains pays peuvent souhaiter approfondir ces questions et réaliser une analyse simultanée évaluant les schémas prophylactiques à base d'ARV reçus par les nourrissons en fonction des schémas reçus par les mères.

Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports

Veillez donner dans la section *Commentaires* toute information pouvant nous aider à mieux interpréter les données.

Autres références

Indicateur clé de suivi et d'évaluation de la PTME N°6.

3.9 Pourcentage de nourrissons, nés de femmes infectées par le VIH, chez qui une prophylaxie par le cotrimoxazole (CTX) a été mise en route dans les deux mois suivant la naissance

Fondement	La prophylaxie par le cotrimoxazole est une intervention simple et offrant un bon rapport coût-efficacité pour prévenir la pneumonie à <i>Pneumocystis jiroveci</i> chez les nourrissons infectés par le VIH. Cette infection est la principale cause de maladies respiratoires graves chez ces nourrissons dans les pays à ressources limitées. Elle survient souvent avant que l'infection à VIH ait pu être diagnostiquée. En raison des contraintes en termes de ressources et des problèmes logistiques pour diagnostiquer l'infection à VIH chez le jeune nourrisson, tout nourrisson né d'une femme infectée par le VIH doit recevoir une prophylaxie par le cotrimoxazole à partir de l'âge de 4 à 6 semaines et la poursuivre jusqu'à ce que le diagnostic d'infection à VIH ait été éliminé et que le nourrisson ne soit plus à risque d'être infecté par le VIH par le biais de l'allaitement au sein.
Objet	La dispensation et la couverture de la prophylaxie par le cotrimoxazole pour les nourrissons exposés au VIH, conformément aux lignes directrices internationales. ⁴
Numérateur	Nombre de nourrissons, nés de femmes infectées par le VIH, chez qui une prophylaxie par le cotrimoxazole a été mise en route dans les deux mois suivant la naissance, au cours des 12 mois précédents.
Dénominateur	Nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH ayant donné naissance à un enfant au cours des 12 derniers mois.
Méthodes et instruments de mesure	<p>Le numérateur est calculé en utilisant les comptes rendus des programmes nationaux établis à partir des données agrégées des registres des établissements de santé.</p> <p>Les données doivent de préférence être agrégées à partir des sites et des registres appropriés, par exemple de registres spécifiques ou de registres intégrés pour les nourrissons exposés au VIH, selon le lieu où les services sont dispensés et où les données sont enregistrées. Quand par exemple les nourrissons exposés au VIH sont suivis par des agents de santé dans des services de soins et de traitement de l'infection à VIH, les pays peuvent agréger les informations à partir du registre établi sur ce site.</p> <p>Tous les établissements de santé (publics, privés et gérés par des ONG) où la prophylaxie par le cotrimoxazole est dispensée aux nourrissons exposés au VIH doivent être inclus.</p> <p>Deux méthodes peuvent être utilisées pour obtenir une estimation du dénominateur :</p> <ul style="list-style-type: none">• Modèle de projection (par exemple celui fourni par le logiciel Spectrum) : utilisez comme indication indirecte le résultat du « nombre de femmes enceintes qui ont besoin de PTME » ; ou• Multiplication du nombre de femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois (qui peut être obtenu à partir du nombre estimé de naissances, lui-même donné par différentes sources : bureau central des statistiques, Division de la Population des Nations Unies ou systèmes d'enregistrement des grossesses, si les données sont exhaustives) par l'estimation nationale la plus récente de la prévalence de l'infection à VIH chez la femme enceinte⁵ (qui peut être obtenue à partir des estimations faites sur la base de la surveillance sentinelle dans les services de soins prénatals), si l'on ne dispose pas de projections obtenues par l'utilisation du logiciel Spectrum ou par toute autre manière. <p>Si l'on dispose de données sur le nombre de naissances vivantes, celles-ci doivent être ajustées pour obtenir une meilleure indication indirecte.</p>

4 OMS. Directives sur l'utilisation du cotrimoxazole pour la prophylaxie des infections liées au VIH chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte – Recommandations pour une approche de santé publique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006

5 Les estimations nationales du nombre de femmes enceintes infectées par le VIH doivent être obtenues en ajustant les données de surveillance des sites sentinelles des services de soins prénatals et les données provenant d'autres sources, en prenant en compte certaines caractéristiques de la prévalence de l'infection à VIH, telles que la distribution de l'âge et de la répartition entre milieu rural et milieu urbain.

Ventilation	Non demandée.
Atouts et faiblesses	Cet indicateur permet aux pays de suivre les progrès réalisés dans le suivi précoce des nourrissons exposés au VIH, en mesurant la dispensation du cotrimoxazole conformément aux lignes directrices internationales. Il peut également être utilisé comme indication indirecte des visites de suivi précoce au cours des 4 à 6 premières semaines de vie des nourrissons exposés au VIH. Cet indicateur ne prend en compte que les nourrissons qui reviennent vers les services de suivi des nourrissons exposés au VIH au cours des deux mois qui suivent la naissance. Il ne mesure pas la couverture <i>réelle</i> de la prophylaxie par le cotrimoxazole pour les nourrissons exposés au VIH, cette prophylaxie pouvant avoir été mise en route après l'âge de deux mois chez certains d'entre eux. Une valeur faible pour cet indicateur peut indiquer la présence d'éventuels obstacles dans le système, par exemple une gestion inefficace de l'approvisionnement en CTX dans le pays, une collecte de données de qualité insuffisante et des systèmes inadéquats de distribution.
Autres facteurs à prendre en compte	<p>Les pays peuvent également souhaiter obtenir des informations sur la dispensation du CTX aux nourrissons exposés au VIH âgés de plus de deux mois, en considérant cette opération comme un moyen de suivre les progrès réalisés par le programme d'une manière générale, d'identifier les problèmes que peut poser la mise en route précoce de la prophylaxie par le CTX et de suivre le rapport entre la consommation et les besoins en approvisionnement.</p> <p>Une mauvaise gestion de l'approvisionnement peut avoir un impact négatif sur la valeur de l'indicateur et réduire considérablement l'accès au CTX des nourrissons exposés au VIH. Les pays doivent s'assurer de la mise en place de systèmes et d'outils appropriés, en particulier des outils du SIGL pour l'approvisionnement, la distribution et la gestion des stocks au niveau des établissements, au niveau des districts et au niveau central.</p>
Utilisation des données	Les données peuvent aussi être utilisées en tant qu'indication du nombre de nourrissons exposés au VIH qui sont vus en consultation dans un établissement de santé au cours des deux mois qui suivent la naissance. Si la valeur de l'indicateur est faible, recherchez quelle peut en être la cause (par exemple si les nourrissons exposés au VIH ne viennent pas dans les établissements dans les deux mois, s'il y a des épisodes de ruptures de stock de CTX, etc.).
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	<p>Représentativité nationale : si cet indicateur est obtenu à partir d'un sous-ensemble d'établissements de santé, veuillez ajouter des commentaires sur la représentativité.</p> <p>Options de triangulation : registres des pharmacies.</p> <p>Le cas échéant, veuillez indiquer dans la section <i>Commentaires</i> si les données transmises concernent le cotrimoxazole dispensé aux nourrissons après l'âge de deux mois.</p>
Autres références	Indicateur clé de suivi et d'évaluation de la PTME N°8.

Distribution des résultats des nourrissons exposés au VIH

3.10.1 Nombre de nourrissons nés de femmes infectées par le VIH (« nourrissons exposés au VIH ») nés en 2013 (ou selon les dernières données disponibles)

Objet	<p>Nombre de nourrissons nés de femmes séropositives au sein d'une année civile déterminée (2013).</p> <p>En cas d'allaitement maternel, fournir le nombre de nourrissons nés de femmes séropositives en 2012 (ou les dernières données disponibles)</p> <p>En cas de non-allaitement, fournir le nombre de nourrissons nés de femmes séropositives en 2013 (ou les dernières données disponibles)</p> <p>Préciser l'année</p>
--------------	--

3.10.2 Nombre de nourrissons nés de femmes infectées par le VIH en 2013 (ou selon les dernières données disponibles) classés dans la catégorie indéterminée (c'est-à-dire: aucune donnée de suivi disponible, décès avant le diagnostic définitif, résultats de laboratoire indéterminés)

Objet	<p>Nombre d'enfants nés durant une année civile définie (2013) de femmes séropositives, qui n'ont pas effectué tous les tests de diagnostic afin d'évaluer leur statut sérologique en raison du fait qu'elles ont été perdues de vue au suivi, de leur décès ou leur transfert vers un autre établissement ou qui n'étaient pas soumises au dépistage.</p> <p>En cas d'allaitement maternel, fournir le nombre de nourrissons nés de femmes séropositives en 2012 (ou les dernières données disponibles)</p> <p>En cas de non-allaitement, fournir le nombre de nourrissons nés de femmes séropositives en 2013 (ou les dernières données disponibles)</p>
--------------	--

3.10.3 Nombre de nourrissons nés de femmes infectées par le VIH en 2013 (ou selon les dernières données disponibles) chez qui un diagnostic d'infection à VIH a été posé

Objet	<p>Nombre de nourrissons, nés en 2013 (ou les dernières données disponibles) de femmes séropositives, et diagnostiqués séropositifs au VIH</p> <p>En cas d'allaitement maternel, fournir le nombre de nourrissons nés de femmes séropositives en 2012 (ou les dernières données disponibles)</p> <p>En cas de non-allaitement, fournir le nombre de nourrissons nés de femmes séropositives en 2013 (ou les dernières données disponibles)</p>
--------------	--

3.10.4 Nombre de nourrissons nés de femmes infectées par le VIH en 2013 (ou selon les dernières données disponibles) chez qui un diagnostic d'absence d'infection à VIH a été posé

Objet	<p>Nombre de nourrissons, nés en 2013 (ou les dernières données disponibles) de femmes séropositives, et chez qui un diagnostic d'absence de VIH a été posé.</p> <p>En cas d'allaitement maternel, fournir le nombre de nourrissons nés de femmes séropositives en 2012 (ou les dernières données disponibles)</p> <p>En cas de non-allaitement, fournir le nombre de nourrissons nés de femmes séropositives en 2013 (ou les dernières données disponibles)</p>
--------------	--

3.11 Nombre de femmes enceintes qui ont consulté dans les services de soins prénatals au moins une fois pendant la période considérée

Informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	<p>Veillez indiquer le nombre de femmes qui ont consulté au moins une fois dans les services de soins prénatals au cours de la période considérée.</p> <p>Notez qu'il s'agit de comptabiliser le nombre de <i>personnes</i>, et non le nombre de <i>visites</i> ; ce qui signifie par exemple qu'une femme enceinte effectuant trois visites dans les services ne sera comptabilisée qu'une seule fois.</p> <p>Si le nombre obtenu ne représente pas le nombre au niveau national (par exemple si les données ne proviennent que de 65 % des districts ou des établissements de santé, ou s'il représente plusieurs visites plutôt que « au moins une visite »), veuillez faire un commentaire sur la représentativité du nombre figurant dans votre rapport.</p>
--	---

3.11.1 Pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant connu une interruption de grossesse (EURO8)

Fondement	<p>L'interruption de la grossesse est courante dans les pays d'Europe orientale. Les femmes enceintes séropositives qui ont mis fin à leur grossesse n'ont pas besoin de prendre des médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant. Cet indicateur permet d'évaluer l'accès aux méthodes contraceptives efficaces chez les femmes séropositives, la qualité des conseils sur la santé reproductive et la planification familiale et reflète les pratiques médicales courantes.</p>
Objet	<p>Cet indicateur mesure l'interruption de grossesse chez les femmes enceintes séropositives.</p>
Numérateur	<p>Nombre d'interruptions de grossesse chez les femmes enceintes séropositives au cours de l'année de référence.</p>
Dénominateur	<p>Nombre de femmes séropositives dont la grossesse a été enregistrée au cours de l'année de référence.</p>
Méthodes et instruments de mesure	<p>Le numérateur est calculé en utilisant les comptes rendus des programmes nationaux établis à partir des données agrégées des registres des établissements de santé.</p>
Ventilation	<p>Aucune sollicitée</p>
Atouts et faiblesses	<p>La prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives et un meilleur accès à la planification familiale et la contraception efficace font partie des éléments clés d'une stratégie globale de PTME.</p> <p>Cet indicateur permet d'améliorer les services de santé reproductive de planification pour les femmes séropositives.</p>
Utilisation de données	<p>Observer les tendances au fil du temps. Bien que la ventilation ne soit pas nécessaire pour cet indicateur, les données ventilées par régions géographiques dans le pays (si disponible) sont utiles dans l'analyse par pays permettant l'identification des zones moins performantes.</p> <p>Cet indicateur aura un impact sur d'autres indicateurs, y compris la couverture d'ARV.</p>
Contrôle de qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	<p>Il est important de commenter la façon dont l'indicateur a été calculé. Une variation pourrait se produire en raison de différentes politiques de dépistage du VIH chez les femmes enceintes entre les pays, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none">• Le dépistage du VIH est offert à toutes les femmes enceintes, y compris celles qui interrompent la grossesse• Le dépistage du VIH est offert seulement aux femmes qui poursuivent leur grossesse, à l'exclusion de celles qui optent pour l'interruption

3.11.2 Pourcentage de femmes enceintes séropositives qui ont accouché au cours de l'année de référence (EURO9)

Fondement	Le nombre et le pourcentage de femmes enceintes séropositives qui ont accouché au cours de la période de référence fournissent la base pour calculer les taux déclarés de transmission mère-enfant du VIH. En outre, la césarienne est une intervention qui réduit le risque de transmission mère-enfant. Cet indicateur vous aidera à surveiller l'accès aux interventions de PTME et à calculer le taux de transmission mère-enfant et fournit des informations sur les pratiques courantes en matière de santé dans le système.
Objet	Cet indicateur mesure la proportion de femmes séropositives qui ont accouché au cours de l'année de référence.
Numérateur	Nombre de femmes séropositives enceintes qui ont accouché au cours de l'année de référence.
Dénominateur	Nombre de femmes enceintes séropositives qui ont enregistré la grossesse au cours de l'année de référence.
Méthodes et instruments de mesure	Le numérateur est calculé en utilisant les comptes rendus des programmes nationaux établis à partir des données agrégées des registres des établissements de santé.
Ventilation	Mode d'accouchement : Accouchement normal, y compris une césarienne aiguë ou césarienne élective (définie comme césarienne réalisée avant les contractions de l'utérus et la rupture des membranes fœtales)
Atouts et faiblesses	La césarienne élective chez les femmes séropositives a été l'une des principales interventions préalables à l'utilisation des ARV pour la PTME. Si le TARV est utilisé et la charge virale à 36 semaines de gestation est inférieure à 1 000 copies/ml, les avantages de ces interventions sont limités. Pourtant, il y a des pays dans la région qui n'ont pas accès à la surveillance de routine de la charge virale. Lorsque la charge virale est inconnue, la césarienne est une intervention importante pour la PTME.
Utilisation de données	Cet indicateur permettra de calculer les taux de transmission mère-enfant. <i>Établissements de SP et de DIP</i>

3.12.1. Nombre d'établissements de santé qui fournissent des services de conseil et de dépistage du VIH

Informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Veillez indiquer le nombre d'établissements de soins prénatals qui fournissent des services de conseil et de dépistage du VIH. Si le nombre n'atteint pas le chiffre au plan national (par exemple si vous ne disposez que des données provenant des établissements publics, bien que les établissements privés offrent un important pourcentage de soins de santé à votre population), quels commentaires pouvez-vous faire sur la représentativité du nombre que vous déclarez.
--	---

3.12.2 Nombre d'établissements de soins prénatals qui fournissent des services de conseil et de dépistage du VIH et assurent la distribution des antirétroviraux

Informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Veillez signaler le nombre de centres de soins prénatals qui fournissent des services de conseil et de dépistage du VIH et distribuent des antirétroviraux. Si le nombre n'est pas représentatif des données nationales (par exemple si vous ne disposez que de données provenant des établissements publics, alors que les établissements privés fournissent un pourcentage significatif des soins de santé à votre population), quels commentaires pouvez-vous faire sur la représentativité du nombre que vous déclarez.
--	---

3.12.3 Pourcentage d'établissements de santé qui fournissent des services de tests virologiques (p. ex. PCR) pour le diagnostic du VIH chez les nourrissons, sur place ou à partir de gouttes de sang séché (DBS)

Fondement	Un diagnostic précoce du VIH par les tests virologiques sur place ou par l'intermédiaire de gouttes de sang séché est essentiel pour l'identification des nourrissons infectés par le VIH pour les référer immédiatement à la prise en charge et au traitement et pour faciliter la prise de décisions par les prestataires de santé
Objet	Le degré auquel les pays ont renforcé et accru l'accès au diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons nés de mères infectées par le VIH
Numérateur	Nombre d'établissements de santé qui offrent des tests virologiques aux nourrissons exposés au VIH à travers un dépistage sur place ou par le biais de gouttes de sang séché.
Dénominateur	Nombre total d'établissements de santé assurant le suivi des enfants exposés au VIH
Méthodes et instruments de mesure	<p>Le numérateur pourrait être calculé par l'une des trois méthodes, selon la disponibilité des informations dans les institutions centrales :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) listes d'établissements qui effectuent des tests virologiques sur place ou par l'intermédiaire de gouttes de sang séché établies dans le cadre des programmes nationaux ; b) listes de distribution de kits destinés aux tests selon la méthode des gouttes de sang séché par site, dans les principaux magasins médicaux, dans les magasins de structures médicales privées ou gérées par les ONG chargées de la distribution à l'échelle nationale ou un laboratoire national de référence ; et c) enquête sur les établissements ou questionnaire pour savoir si le site fournit les tests virologiques sur site ou par l'intermédiaire de gouttes de sang séché. <p>Dans de nombreux pays, les tests virologiques sont effectués uniquement dans un laboratoire national de référence ou les échantillons sont envoyés à l'étranger en raison du coût de l'achat des appareils de tests virologiques. Ainsi, la « fourniture » des tests virologiques comprend un dépistage sur place ainsi que le transport des papiers filtres avec des gouttes de sang séché à un laboratoire de tests virologique. Les sites qui réfèrent une mère et son enfant à un site qui fournit les tests virologiques sur place ou par l'intermédiaire de gouttes de sang séché ne sont pas inclus dans le numérateur.</p> <p>Le dénominateur comprend tous les établissements de santé, quel que soit leur niveau, qui assurent le suivi pour les nourrissons exposés au VIH, notamment les services de soins maternels et infantiles, les sites où une unité de PTME est chargée du suivi des nourrissons exposés au VIH, les centres nutritionnels, les hôpitaux de district et les centres de soins et de traitement.</p> <p>Tous les établissements publics, privés et gérés par les ONG assurant le suivi des nourrissons exposés au VIH devraient être inclus.</p>
Ventilation	Par la disponibilité des tests virologiques : Sur place ; par le biais de DBS <i>Catégorie non définie/Autre catégorie existe si vous savez que des tests virologiques sont fournis, mais vous ignorez s'ils le sont sur place ou par l'intermédiaire de DBS.</i>
Atouts et faiblesses	Cet indicateur ne mesure pas la qualité des tests virologiques sur les sites, ni la qualité du système en place, y compris la longueur du délai d'exécution, des ruptures de stock de DBS ou de réactifs pour les tests virologiques et autres goulots d'étranglement dans le système.

Autres facteurs à prendre en compte	Outre la surveillance de l'expansion de la capacité de test virologique dans les établissements de santé, les pays voudraient surveiller périodiquement les goulets d'étranglement dans le système afin d'accroître la capacité à réaliser des tests, y compris les ruptures de stock de matériel de dépistage au niveau national, des districts ou des établissements ; les délais d'obtention des résultats des tests ; la disponibilité de ressources humaines et les formations faites ; et les outils disponibles pour suivre convenablement les échantillons et la réception des résultats
Utilisation de données	Observer les tendances au fil du temps. Examiner où les services sont offerts et identifier toute lacune. Explorer d'autres données disponibles sur le temps moyen nécessaire pour obtenir les résultats des tests.
Contrôle de qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	<p>Double déclaration : Si les données collectées proviennent de sources multiples, veillez à ce qu'aucun établissement ne soit compté deux fois.</p> <p>Représentativité nationale : Essayez de vous assurer que les informations provenant des établissements gérés par les ONG et privés soient également disponibles au niveau central. S'il manque des informations importantes, veuillez le déclarer.</p> <p>Voir l'explication concernant le dénominateur ci-dessus - le nombre total des établissements de santé est parfois utilisé comme un indicateur, mais si vous avez des données plus précises sur le dénominateur de cet indicateur (c.-à-d. le nombre d'établissements où le suivi des nourrissons est possible), veuillez indiquer ce nombre (ou fournir une estimation) dans la section <i>Commentaire</i>.</p>
Autres références	Indicateur supplémentaire PTME A-2

3.13 Indicateur PTME spécifique à EURO (femme enceinte qui consomme de la drogue injectable)	
3.13.1 Pourcentage de femmes enceintes séropositives qui sont consommatrices de drogues injectables (UDI) (EURO11)	
Fondement	Les femmes enceintes séropositives consommatrices de drogues injectables restent la population la plus difficile à atteindre avec des interventions de PTME. Une proportion importante d'enfants séropositifs et/ou abandonnés sont nés de femmes séropositives consommatrices de drogues. C'est une orientation stratégique pour la région que d'améliorer l'accès des femmes consommatrices de drogues injectables aux interventions et aux services de PTME.
Objet	Cet indicateur mesure la proportion de femmes enceintes séropositives qui ont activement consommé des drogues injectables pendant la grossesse.
Numérateur	Nombre de femmes enceintes séropositives qui sont consommatrices de drogues injectables (UDI).
Dénominateur	Nombre de femmes séropositives dont la grossesse a été enregistrée au cours de l'année de référence.
Méthodes et instruments de mesure	Le numérateur est calculé en utilisant les comptes rendus des programmes nationaux établis à partir des données agrégées des registres des établissements de santé.
Ventilation	Aucune sollicitée

Atouts et faiblesses	L'injection de drogues et la toxicomanie ont toujours été associées à la stigmatisation et la discrimination. Par conséquent, certaines femmes consommatrices de drogues injectables risquent de ne pas signaler leur consommation de drogues aux fournisseurs de soins de santé, ou d'être moins enclines à recourir à des services de soins de santé et la prévalence réelle de la consommation de drogues pourrait être sous-estimée tandis que certaines femmes consommatrices de drogues injectables pourraient ne pas avoir accès aux services dont elles ont besoin.
Utilisation de données	Cet indicateur permettra de suivre les tendances de consommation de drogues injectables chez les femmes séropositives enceintes et de mieux planifier les interventions pour y remédier.
Contrôle de qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Il est important de mettre une note si l'on compte au numérateur et au dénominateur uniquement les femmes consommatrices de drogues injectables ayant accouché ou si on y inclut aussi celles qui ont mis fin à leur grossesse.

3.13.2 Pourcentage de femmes séropositives enceintes consommatrices de drogues injectables ayant reçu un TSO pendant la grossesse (EURO12)

Fondement	Les femmes enceintes séropositives consommatrices de drogues injectables restent la population la plus difficile à atteindre avec des interventions de PTME. Le traitement de substitution aux opioïdes (TSO) est une intervention essentielle pour améliorer l'accès des femmes consommatrices de drogues injectables aux services de PTME.
Objet	Cet indicateur mesure la proportion de femmes séropositives enceintes dépendantes de la drogue qui ont reçu un TSO (méthadone, buprénorphine) pendant la grossesse.
Numérateur	Nombre de femmes séropositives enceintes consommatrices de drogues injectables ayant reçu un TSO pendant la grossesse
Dénominateur	Nombre de femmes séropositives dont la grossesse a été enregistrée au cours de l'année de référence.
Méthodes et instruments de mesure	Le numérateur est calculé en utilisant les comptes rendus des programmes nationaux établis à partir des données agrégées des registres des établissements de santé.
Ventilation	Aucune sollicitée
Atouts et faiblesses	Le TSO a été documenté comme une intervention efficace pour améliorer les résultats de la grossesse, notamment des taux réduits de morbidité et de mortalité néonatales. En raison de la stigmatisation et de la discrimination des femmes consommatrices de drogues injectables, certaines d'entre elles pourraient sous déclarer leur consommation de drogues injectables, ce qui peut à son tour avoir un impact sur l'indicateur et surestimer la couverture avec le TSO.
Utilisation de données	Cet indicateur permettra de suivre les tendances et l'accès des femmes enceintes séropositives consommatrices de drogues au TSO.
Contrôle de qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Il est important de mettre une note si l'on compte au numérateur et au dénominateur uniquement des femmes consommatrices de drogues injectables ayant accouché ou si on y inclut aussi celles qui ont mis fin à leur grossesse.

3.13.3 Pourcentage de femmes enceintes UDI séropositives ayant reçu un ARV pour réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant pendant la grossesse (EURO13)

Fondement	Les femmes enceintes séropositives consommatrices de drogues restent la population la plus difficile à atteindre avec des interventions de PTME. Le traitement antirétroviral (TARV) est une intervention essentielle pour réduire le risque de transmission mère-enfant chez les femmes enceintes séropositives consommatrices de drogues injectables.
Objet	Cet indicateur mesure la proportion de femmes enceintes séropositives qui consomment des drogues injectables ayant reçu des ARV pendant la grossesse.
Numérateur	Nombre de femmes séropositives enceintes consommatrices de drogues injectables ayant reçu des ARV pendant la grossesse.
Dénominateur	Nombre de femmes séropositives dont la grossesse a été enregistrée au cours de l'année de référence.
Méthodes et instruments de mesure	Le numérateur est calculé en utilisant les comptes rendus des programmes nationaux établis à partir des données agrégées des registres des établissements de santé.
Ventilation	Aucune sollicitée
Atouts et faiblesses	Les données des soins de santé prénatals sont souvent incomplètes et pourraient influencer sur l'indicateur. En raison de la stigmatisation et de la discrimination des femmes consommatrices de drogues injectables, certaines d'entre elles pourraient sous déclarer leur consommation de drogues injectables, ce qui peut à son tour avoir un impact sur l'indicateur. L'indicateur n'évalue pas l'adhésion.
Utilisation de données	Cet indicateur permettra de suivre les tendances et l'accès des femmes enceintes séropositives consommatrices de drogues injectable aux ARV.
Contrôle de qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Il est important de mettre une note si l'on compte au numérateur et au dénominateur uniquement des femmes consommatrices de drogues injectables ayant accouché ou si on y inclut aussi celles qui ont mis fin à leur grossesse.

OBJECTIF 4 : ASSURER UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL VITAL À 15 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH À L'HORIZON 2015

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

Veillez noter que l'indicateur ci-dessus est décrit dans les lignes directrices pour préparer le RARSM, alors que l'indicateur suivant pour les personnes chez qui un TARV a été nouvellement mis en route est complémentaire de la section 4.1 et ne figure pas dans les lignes directrices pour préparer le RARSM :

4.1 – Complémentaire.

Traitement de l'infection à VIH : traitement antirétroviral.

Nombre d'adultes et d'enfants remplissant les critères pour recevoir un traitement antirétroviral et chez qui un traitement antirétroviral a été mis en route pendant la période considérée (2014)

Fondement

En plus de la couverture du TARV, il est important de suivre la mise en route de ce traitement. La comparaison de l'évolution du nombre de personnes sous TARV à la fin de chaque année ne donne pas d'informations sur le nombre de personnes chez qui un TARV a été nouvellement mis en route, alors que la fonte naturelle du nombre de patients est importante au cours de la première année sous TARV. Cela signifie que certains patients chez qui un TARV a été nouvellement mis en route au cours de l'année considérée n'ont pas continué à recevoir ce TARV à la fin de l'année. Cet indicateur rend donc compte du nombre de patients chez qui un TARV a été nouvellement mis en route au cours de l'année considérée.

Objet

Le nombre d'adultes et d'enfants remplissant les critères pour qu'un TARV soit mis en route et chez qui ce traitement a été nouvellement mis en route pendant la période considérée (2014).

L'évolution annuelle du nombre de patients nouvellement inscrits pour un TARV.

Méthodes et instruments de mesure

Registres de TARV et formulaires de gestion de l'approvisionnement en médicaments. En comptant le nombre de patients nouvellement inscrits pour un TARV pendant la période considérée. Il ne faut pas compter les patients transférés depuis un autre établissement ni ceux qui ont arrêté momentanément puis recommencé leur TARV pendant la période considérée (risque de doublons).

Il ne faut pas inclure dans cet indicateur les patients recevant des ARV pour la PTME (sauf s'il s'agit d'un TAV suivi par la mère pour sa propre santé) ou pour une prophylaxie post-exposition.

Ventilation

Sexe : hommes, femmes.

Groupes d'âge : < 1 an, 1 à 4 ans, 5 à 14 ans, 15 ans et plus.

Secteur : public, privé. Par mode de transmission, statut relatif à l'injection, statut de patient bénéficiaire d'un TSO, statut d'emprisonnement (Région européenne uniquement).

Les résultats ventilés en fonction de ces critères et d'autres critères, le cas échéant, doivent être notés dans la section *Commentaires*.

Atouts et faiblesses

Cet indicateur permet de suivre les tendances dans la mise en route du TARV mais ne cherche pas à établir une distinction entre les différents types de TARV, ni à mesurer le coût, la qualité ou l'efficacité réelle du traitement fourni. Tous ces éléments varient au sein d'un pays ainsi que d'un pays à un autre et sont susceptibles de changer au fil du temps. Le degré de mise en route du TARV dépendra de facteurs tels que le rapport entre son coût et les revenus locaux, les infrastructures pour la prestation de services, la qualité, la disponibilité et l'utilisation des services de conseil et de dépistage volontaire ainsi que la perception de l'efficacité réelle et les possibles effets indésirables de ce traitement.

Autres facteurs à prendre en compte

Cet indicateur doit être analysé en fonction de la « liste d'attente », c'est-à-dire des patients remplissant les critères pour recevoir un TARV mais chez qui ce traitement n'a pas été mis en route.

Utilisation des données

En plus du nombre d'anciens patients sous TARV (rétention sous TARV), le nombre de patients chez qui un TARV a été nouvellement mis en route est nécessaire pour planifier de manière précise les ressources et les stocks de médicaments nécessaires (afin d'éviter les pénuries et le gaspillage).

Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports

Doublons : si des patients sont transférés dans un service ou à l'extérieur d'un service sans que chaque changement soit correctement enregistré, et si les patients suivis dans différents sites de TARV ne sont pas identifiés, il existe un risque de doublons pouvant conduire à une surestimation de la mise en route du TARV. Si tel est le cas, veuillez l'indiquer en commentaire.

De façon similaire, si le code attribué aux patients qui arrêtent momentanément puis recommencent leur TARV les définit comme de nouveaux patients, il en résultera une surestimation du nombre réel de patients chez qui un TARV a été nouvellement mis en route.

Représentativité nationale : le numérateur est un indicateur cumulatif national, habituellement produit par tous les établissements de santé (dans le cas contraire, il peut donner une estimation de la mise en route du TARV). Veuillez commenter ces données si nécessaire.

Options de triangulation : rapports des pharmacies, en comparant le nombre de nouveaux patients dans les registres de pharmacie et dans les registres de TARV.

Autres références

Indicateur et lignes directrices de *U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR - Plan d'urgence du président des États-Unis en matière de lutte contre le sida)*.

4.2 Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH toujours vivants dont on sait qu'ils sont sous traitement antirétroviral :

(a) 12 mois après la mise en route d'un traitement antirétroviral (mis en route en 2013)

(b) 24 mois après la mise en route d'un traitement antirétroviral (mis en route en 2012)

(c) 60 mois après la mise en route d'un traitement antirétroviral (mis en route en 2009)

Fondement

Le TARV se prend à vie. Il est très important de mesurer la rétention sous TARV pour déterminer l'efficacité réelle des programmes, en déduire leur impact et identifier les obstacles à leur extension et amélioration.

Objet	Cet indicateur mesure la rétention sous TARV liée à l'augmentation de la survie et à la volonté de poursuivre le TARV. Il doit être produit à 12 mois et pour des durées plus longues de suivi ; la rétention à 24 et la rétention à 60 mois sont décrites ici (la rétention à 12 mois est traitée dans le document d'orientation sur les indicateurs du RARSM). Cet indicateur complète le suivi de la couverture du programme avec une mesure de son efficacité réelle.
Numérateur	Nombre d'adultes et d'enfants toujours vivants et sous TARV b) 24 mois, c) 60 mois, après la mise en route de ce traitement (parmi ceux chez qui un TARV a été mis en route en b) 2012 et c) 2009).
Dénominateur	<p>b) À 24 mois : nombre total d'adultes et d'enfants chez qui un TARV a été mis en route en 2012 (ou au cours d'une autre période spécifiée) et donc devaient atteindre 24 mois de traitement pendant la période considérée (2014) (ou 24 mois après la période spécifiée de mise en route du TARV), en incluant ceux qui sont décédés depuis la mise en route du TARV, ceux qui ont arrêté le TARV et ceux qui sont enregistrés comme étant perdus de vue à 24 mois.</p> <p>c) À 60 mois : nombre total d'adultes et d'enfants chez qui un TARV a été mis en route en 2009 (ou au cours d'une autre période spécifiée) et donc devaient atteindre 60 mois de traitement pendant la période considérée (2014) (ou 60 mois après la période spécifiée de mise en route du TARV), en incluant ceux qui sont décédés depuis la mise en route du TARV, ceux qui ont arrêté le TARV et ceux qui sont enregistrés comme étant perdus de vue à 60 mois.</p>
Méthodes et instruments de mesure	<p>Numérateur et dénominateur : outils de suivi des programmes ; registres de TARV ; formulaires des analyses de cohorte.</p> <p>Pour mesurer la rétention il est important de sélectionner avec précaution les patients en fonction du moment de la mise en route du TARV et de vérifier leur résultat quand la durée de suivi attendue est atteinte.</p> <p>L'évaluation des résultats à 24 mois doit se faire en incluant tous les patients chez qui un TARV a été mis en route deux ans auparavant et les résultats à 60 mois en incluant tous les patients chez qui un TARV a été mis en route cinq ans auparavant. Si les données disponibles ne correspondent pas vraiment à ces périodes standards, il est important de préciser la période pendant laquelle un TARV a été mis en route chez les patients.</p>
Ventilation	<p>Parmi les patients chez qui un TARV a été mis en route (dénominateur), en plus d'indiquer dans le rapport le nombre (1) de patients vivants et sous TARV (numérateur), il est également important d'indiquer le nombre (2) de patients perdus de vue, (3) de patients ayant arrêté leur TARV et (4) de patients décédés. La somme de ces quatre résultats doit être égale au nombre de personnes chez qui un TARV a été mis en route.</p> <p>Quand les informations sont collectées au niveau du site, les patients transférés d'un autre établissement vers l'établissement où les informations sont collectées doivent être inclus dans les statistiques, et les patients transférés vers un autre établissement à partir de l'établissement où les informations sont collectées doivent être exclus des statistiques. Si ces données sur le transfert à partir d'un autre établissement et sur le transfert vers un autre établissement sont agrégées au niveau national lors de la compilation des rapports des sites, ces données doivent être indiquées dans le rapport pour l'analyse à 12 mois.</p>

Atouts et faiblesses

La poursuite du TARV est principalement liée à la survie (mais aussi à la volonté de continuer). La survie peut rendre compte des services offerts, mais dépend aussi des caractéristiques de base des patients lors de la mise en route de ce TARV. Le stade clinique, le stade immunologique et le stade virologique sont des facteurs prédictifs indépendants de la survie sous TARV. Les caractéristiques de base collectées pour la cohorte de patients doivent aider à interpréter les résultats et notamment à comparer les sites de TARV.

Autres facteurs à prendre en compte

Si les données de rétention à 24 et 60 mois ne sont pas disponibles pour les patients chez qui un TARV a respectivement été mis en route en 2012 et 2009, mais sont disponibles pour les patients chez qui un TARV a été mis en route au cours d'une période plus ancienne (par exemple : 2011 ou 2008), veuillez indiquer précisément cette période dans la section *Commentaires* [par exemple un TARV a été mis en route entre (mois/année) et (mois/année)].

Le numérateur ne requiert pas que les patients aient été continuellement sous TARV au cours de la période de 24 mois ou de 60 mois. Par exemple les patients qui ne se sont pas présentés à un ou deux rendez-vous ou à une ou deux dispensations de médicaments et peuvent avoir interrompu temporairement leur TARV au cours des 24 mois après sa mise en route, mais qui sont enregistrés comme étant toujours sous TARV à 24 ou 60 mois, sont inclus dans le numérateur. En revanche, les patients décédés, qui ont arrêté leur TARV ou qui sont perdus de vue à 24 ou 60 mois après la mise en route de leur TARV, ne sont pas inclus dans le numérateur.

Dans les pays où cet indicateur n'est pas produit par tous les sites de TARV mais seulement dans un sous ensemble d'établissements de santé, les données doivent être interprétées en gardant à l'esprit leur représentativité ; ces informations doivent être indiquées dans la section *Commentaires*.

Utilisation des données

Veuillez signaler toute rétention particulièrement faible et en évaluer les raisons. L'analyse des données sur la répartition des personnes qui ne sont plus sous TARV doit être envisagée : décédés, interruptions de TARV ou perdus de vue. Si les données sont disponibles, une évaluation de la population de perdus de vue permettra peut-être de comprendre s'il s'agit de personnes décédées, de personnes ayant arrêté leur TARV, de personnes transférées ailleurs. Veuillez procéder à une comparaison des cohortes.

Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports

Représentativité nationale : si cet indicateur est produit seulement dans un sous-ensemble d'établissements de santé, veuillez donner des commentaires pour indiquer si ces informations sont représentatives de l'ensemble des sites de TARV.

4.2.1 Pourcentage de consommateurs de drogues injectables ayant une infection à VIH, recevant un traitement et toujours en vie 12 mois, 24 mois et 60 mois après le début de la thérapie antirétrovirale (EURO4)

Fondement

Le TARV est un traitement à vie qui augmente la survie et réduit la transmission. Dans la Région européenne de l'OMS, où les utilisateurs de drogues injectables (UDI) sont les plus touchés par l'épidémie de VIH/sida, l'accès et la rétention au TARV font partie des principales interventions en réponse du secteur de la santé.

Objet	Cet indicateur mesure la rétention sur TARV liée à l'augmentation de la survie et la volonté de continuer le TARV. Il devrait être produit à 12 mois, puis chaque année après le début du TARV. Il complète la couverture du programme par une mesure de l'efficacité.
Numérateur	Nombre de consommateurs de drogues injectables qui sont encore vivants et sur TARV a) 12 mois, b) 24 mois, c) 60 mois après le début du traitement.
Dénominateur	<p>a) 12 mois : Nombre total de consommateurs de drogues injectables qui ont commencé le TARV en 2013 et ainsi, qui devaient atteindre les résultats au bout de 12 mois dans la période de référence (2014), y compris ceux qui sont morts depuis le début du TARV, ceux qui ont cessé le TARV, et ceux enregistrés comme perdus de vue pendant jusqu'à 12 mois.</p> <p>b) à 24 mois: Nombre total de consommateurs de drogues injectables qui ont commencé le TARV en 2012 et ainsi, qui devaient atteindre les résultats au bout de 24 mois dans la période de référence (2014), y compris ceux qui sont morts depuis le début du TARV, ceux qui ont cessé le TARV, et ceux enregistrés comme perdus de vue pendant jusqu'à 24 mois.</p> <p>c) à 60 mois : Nombre total de consommateurs de drogues injectables qui ont commencé le TARV en 2009 et ainsi, qui devaient atteindre les résultats au bout de 60 mois dans la période de référence (2014), y compris ceux qui sont morts depuis le début du TARV, ceux qui ont cessé le TARV, et ceux enregistrés comme perdus de vue pendant jusqu'à 60 mois.</p>
Méthodes et instruments de mesure	<p>Numérateur et dénominateur : Des outils de suivi des programmes ; le registre du TARV et le formulaire de rapport sur l'analyse de cohorte.</p> <p>En mesurant la rétention pour les trois intervalles différents, il est important de sélectionner avec soin les patients consommateurs de drogues injectables selon la période où ils ont commencé un traitement et de vérifier les résultats quand ils ont atteint la durée prévue de suivi.</p> <p>L'évaluation des résultats à 12 mois devrait inclure tous les patients consommateurs de drogues injectables ayant commencé le traitement dans la dernière année, à 24 mois, tous les patients consommateurs de drogues injectables qui ont commencé il y a 2 ans et à 60 mois, tous les patients consommateurs de drogues injectables qui ont commencé il y a 5 ans. Si les données disponibles ne correspondent pas à cette période annuelle standard, il est important de préciser la période utilisée pour le calcul et quand les patients ont commencé leur traitement.</p> <p>Les patients consommateurs de drogues injectables doivent être vivants et sous traitement antirétroviral au 12e/24e/60e mois après le début de leur traitement. Pour être pris en compte dans le numérateur, les patients ne doivent pas nécessairement avoir été sous traitement antirétroviral en permanence pendant la période de 12/24/60 mois. Les patients consommateurs de drogues injectables qui ont manqué un ou deux rendez-vous, qui n'ont pas systématiquement retiré leurs médicaments ou qui ont interrompu temporairement le traitement pendant les 12/24/60 mois, mais qui sont reconnus comme étant encore sous traitement 12/24/60 mois après le début du traitement sont inclus dans le numérateur. En revanche, les patients décédés, qui ont abandonné le traitement ou qui ont été perdus de vue 12/24/60 mois après le début du traitement ne sont pas inclus dans le numérateur.</p> <p>Quand les informations sont collectées au niveau du site, les patients transférés d'un autre établissement vers l'établissement où les informations sont collectées doivent être inclus dans les statistiques, et les patients transférés vers un autre établissement à partir de l'établissement où les informations sont collectées doivent être exclus des statistiques. Si ces données sur le transfert à partir d'un autre établissement et sur le transfert vers un autre établissement sont agrégées au niveau national lors de la compilation des rapports des sites, ces données doivent être indiquées dans le rapport pour l'analyse à 12 mois.</p>

Ventilation	Autant que possible, cet indicateur doit être ventilé par sexe, par âge (<15, 15+), par schémas de 1ère ligne et 2ème ligne jusqu'au point de fin.
Atouts et faiblesses	La poursuite du TARV est principalement liée à la survie (mais aussi la volonté de poursuivre le traitement). La survie pourrait refléter les services offerts mais dépend aussi des caractéristiques de base des patients consommateurs de drogues injectables qui ont commencé le TARV. Les classifications clinique, immunologique et virologique sont des facteurs prédictifs indépendants de la survie sous TARV. Pour les consommateurs de drogues injectables, diverses conditions de santé sous-jacentes peuvent en outre influencer sur les taux de survie. Les caractéristiques de base de la cohorte de patients devraient aider à interpréter les résultats et à comparer les sites de TARV.
Autres facteurs à prendre en compte	Dans les pays où cet indicateur n'est pas produit dans tous les sites de TARV, mais dans un sous-ensemble d'établissements de santé, les données doivent être interprétées en tenant compte de la représentativité.
Utilisation des données	Remarquer toute couverture particulièrement faible et utiliser les données pour évaluer les raisons sous-jacentes. Essayer d'obtenir des données sur la répartition de ceux qui ne sont plus sur TARV : morts, arrêt du traitement, perdus de vue. Si les données sont disponibles, essayer d'évaluer la population perdue de vue pour voir si elle est susceptible d'être morte, d'avoir arrêté le traitement ou d'être transférée en dehors du site. Comparer les cohortes.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Représentativité nationale : Si cet indicateur n'est produit que dans un sous-ensemble d'établissements, ajouter un commentaire sur la source de l'information, la taille de l'échantillon et indiquer si l'information est représentative de tous les sites de TARV.

4.3.a Établissements de santé – Nombre d'établissements de santé qui proposent le traitement antirétroviral

Fondement	Le TARV est une pierre angulaire d'un traitement efficace de l'infection à VIH. La mesure du pourcentage d'établissements de santé qui proposent le TARV apporte des informations précieuses sur sa disponibilité.
Objet	Le nombre d'établissements de santé qui proposent le TARV (le prescrivent et/ou assurent le suivi clinique). La capacité des établissements de santé à dispenser le TARV, exprimée en pourcentage d'établissements de santé qui proposent le TARV (c'est-à-dire prescrivent le TARV et/ou assurent le suivi clinique des patients sous TARV). Les établissements de santé incluent les établissements publics et privés, les centres de santé et les services de consultation (y compris les centres de prise en charge de la tuberculose) ainsi que les établissements de santé gérés par des organisations confessionnelles ou des ONG.
Méthodes et instruments de mesure	Le numérateur est calculé en faisant le total du nombre d'établissements de santé qui communiquent des informations sur la disponibilité en services de TARV. Les informations sur la disponibilité en services spécifiques sont habituellement conservées au niveau national ou au niveau infranational. Les programmes nationaux de lutte contre le sida doivent disposer des données sur l'ensemble des établissements qui proposent des services de TARV.

À condition qu'elles soient collectées à partir d'un échantillon représentatif des établissements de santé dans le pays, ces informations, ainsi que des informations détaillées sur les services disponibles, peuvent également être obtenues par un recensement des établissements de santé ou une enquête menée dans ces établissements. Une série de questions permet de déterminer si les prestataires de soins y dispensent directement les services de TARV (c'est-à-dire prescrivent le TARV et/ou assurent le suivi clinique des patients sous TARV) ou dirigent les patients vers d'autres établissements spécialisés pour qu'ils bénéficient de ces services. Les comptes rendus des établissements donnant des informations sur le statut actuel de l'offre de services doivent être consultés. L'une des limites potentielles des enquêtes menées dans les établissements de santé ou des recensements de ces établissements est qu'ils ne sont habituellement répétés périodiquement qu'après quelques années. Les pays doivent régulièrement mettre à jour les données de programmes concernant les établissements de santé qui proposent des services de TARV et compléter ces données par celles obtenues grâce à une enquête menée dans les établissements de santé ou un recensement de ces établissements réalisé périodiquement après quelques années. Pour ces enquêtes ou ces recensements, il est possible d'utiliser des outils tels que l'Évaluation des prestations de services (*Service Provision Assessment – SPA*) et la Cartographie de la disponibilité des services (*Service Availability Mapping – SAM*).

Ventilation

Secteur : public, privé.

Type : hôpitaux, centres de santé, services de soins prénatals, services de prise en charge de la tuberculose, services de prise en charge des IST.

Atouts et faiblesses

Cet indicateur apporte de précieuses informations sur la disponibilité des services de TARV dans les établissements de santé, mais ne rend pas compte de la qualité des services fournis. Le TARV en soi est complexe et doit être dispensé accompagné d'un ensemble d'interventions de prise en charge comme la prophylaxie par le cotrimoxazole, la prise en charge des maladies opportunistes et des co-morbidités, le soutien nutritionnel et les soins palliatifs. Le seul suivi de la disponibilité du TARV ne garantit pas que tous les services qui accompagnent ce traitement soient dispensés de manière appropriée à ceux qui en ont besoin. Il est néanmoins important de connaître le pourcentage d'établissements de santé qui dispensent ces services afin de planifier leur extension autant que nécessaire en vue d'atteindre les objectifs d'accès universel.

Autres facteurs à prendre en compte

L'une des stratégies d'extension des services de TARV consiste à rendre ces services disponibles dans un plus grand nombre d'établissements de santé. Cet objectif peut être atteint par la décentralisation des services de TARV des établissements du niveau tertiaire (par exemple les hôpitaux) vers des établissements de niveau primaire ou secondaire. Une plus grande disponibilité des services de TARV est un élément essentiel contribuant aux progrès en vue d'atteindre les objectifs d'accès universel au traitement de l'infection à VIH. Selon le type d'épidémie du pays, le dénominateur peut ne pas avoir autant de pertinence si la stratégie du programme de lutte contre le sida vise à cibler un nombre limité de sites de TARV.

Utilisation des données

Observer les progrès réalisés dans le pourcentage d'établissements de santé qui dispensent le TARV. Analyser les données en fonction de la répartition géographique et par type d'établissement de santé et faire une triangulation avec les estimations de la densité d'infection à VIH peut donner des indications sur les endroits où il est nécessaire d'accroître la disponibilité en services de TARV.

Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	<p>Veillez indiquer si les données transmises proviennent d'une liste répertoriant les établissements de santé existant dans le pays, d'un recensement ou d'une enquête. Veillez préciser si les données concernant le secteur privé ou d'autres secteurs ne sont pas disponibles, le cas échéant.</p> <p>Veillez communiquer toute information supplémentaire qui pourrait être facilement disponible sur la répartition géographique des établissements de santé qui proposent le TARV (par exemple en zone urbaine/rurale ou le pourcentage d'établissements où est dispensé le TARV dans des régions où la concentration de personnes vivant avec le VIH est élevée).</p>
Autres références	Indicateurs additionnels recommandés pour les programmes nationaux de lutte contre le sida N°5.

4.3.b Établissements de santé – Nombre d'établissements de santé qui proposent le traitement antirétroviral pédiatrique

Fondement	Le TARV est une pierre angulaire du traitement efficace de l'infection à VIH. La mesure du pourcentage d'établissements de santé qui proposent le TARV pédiatrique apporte des informations précieuses sur la capacité à répondre à la demande de soins concernant l'infection à VIH chez l'enfant.
Objet	<p>Le nombre d'établissements de santé qui proposent le TARV pédiatrique.</p> <p>La capacité des établissements de santé à dispenser un TARV pédiatrique, exprimée en pourcentage de ces établissements qui proposent ce traitement. Les établissements de santé incluent les établissements publics et privés, les centres de santé et les services de consultation (y compris les centres de prise en charge de la tuberculose) ainsi que les établissements de santé gérés par des organisations confessionnelles ou des ONG.</p>
Méthodes et instruments de mesure	<p>Le numérateur est calculé en faisant le total du nombre d'établissements de santé qui communiquent des informations sur la disponibilité en services de TARV pédiatrique. Les informations sur la disponibilité en services spécifiques sont habituellement conservées au niveau national ou au niveau infranational. Les programmes nationaux de lutte contre le sida doivent disposer des données sur l'ensemble des établissements qui proposent des services de TARV.</p> <p>À condition qu'elles soient collectées à partir d'un échantillon représentatif des établissements de santé dans le pays, ces informations, ainsi que des informations détaillées sur les services disponibles, peuvent également être obtenues par un recensement des établissements de santé ou une enquête menée dans ces établissements. Une série de questions permet de déterminer si les prestataires de soins y dispensent directement les services de TARV pédiatrique ou dirigent les patients vers d'autres établissements spécialisés pour qu'ils bénéficient de ces services.</p> <p>En outre, les comptes rendus des établissements donnant des informations sur le statut actuel de l'offre de services doivent être consultés. L'une des limites potentielles des enquêtes menées dans les établissements de santé ou des recensements de ces établissements est qu'ils ne sont habituellement répétés périodiquement qu'après quelques années. Les pays doivent régulièrement mettre à jour les données de programmes concernant les établissements de santé qui proposent des services de TARV pédiatrique et compléter ces données par celles obtenues grâce à une enquête menée dans les établissements de santé ou un recensement de ces établissements réalisé périodiquement après quelques années. Pour ces enquêtes ou ces recensements, il est possible d'utiliser des outils tels que SPA et SAM.</p>

Pour la préparation du rapport sur l'accès universel, il n'est pas nécessaire de disposer d'un dénominateur. Certains pays qui essaient d'étendre le TARV pédiatrique au niveau national peuvent cependant envisager d'utiliser le Nombre total d'établissements de santé, sans inclure les établissements spécialisés où la dispensation du TARV pédiatrique n'est pas/ne sera jamais pertinente. Ce nombre peut être calculé en faisant la somme de tous les établissements de santé inclus dans l'échantillon. Les informations nécessaires à la construction du dénominateur peuvent provenir des comptes rendus des programmes, de listes répertoriant les établissements et/ou des documents de stratégie ou de planification nationales. Les établissements spécialisés pour lesquels la dispensation du TARV n'est/ne sera jamais pertinente doivent être exclus (par exemple les établissements spécialisés en ophtalmologie où le TARV ne sera jamais introduit).

Ventilation

Secteur : public, privé.

Atouts et faiblesses

Cet indicateur apporte de précieuses informations sur la disponibilité des services de TARV pédiatrique dans les établissements de santé, mais il ne rend pas compte de la qualité des services fournis. Le TARV en soi est complexe et doit être dispensé accompagné d'un ensemble d'interventions de prise en charge comme la prophylaxie par le cotrimoxazole, la prise en charge des maladies opportunistes et des co-morbidités, le soutien nutritionnel et les soins palliatifs.

Le seul suivi de la disponibilité du TARV ne garantit pas que tous les services qui accompagnent ce traitement soient fournis de manière appropriée à ceux qui en ont besoin. Il est néanmoins important de connaître le pourcentage d'établissements de santé qui dispensent ces services afin de planifier leur extension autant que nécessaire en vue d'atteindre les objectifs d'accès universel.

L'une des limites potentielles des enquêtes menées dans les établissements de santé ou des recensements est qu'ils ne sont habituellement répétés périodiquement qu'après quelques années et peuvent ne pas rendre compte des informations les plus récentes, notamment en cas d'accélération récente de l'extension.

Autres facteurs à prendre en compte

L'une des stratégies d'extension des services de TARV consiste à rendre ces services, y compris les services de TARV pédiatrique, disponibles dans un plus grand nombre d'établissements de santé. Cet objectif peut être atteint par la décentralisation des services de TARV des établissements du niveau tertiaire (par exemple les hôpitaux) vers les établissements de niveau primaire ou secondaire. Une plus grande disponibilité des services de TARV pédiatrique est un élément essentiel contribuant aux progrès en vue d'atteindre les objectifs d'accès universel au traitement de l'infection à VIH.

Selon le type d'épidémie dans le pays, le dénominateur peut ne pas avoir autant de pertinence si la stratégie du programme de lutte contre le sida vise à cibler un nombre limité de sites de TARV pédiatrique.

Utilisation des données

Observer les tendances au fil du temps. Examiner le nombre d'établissements de santé qui dispensent le TARV au regard du nombre estimé d'enfants qui ont besoin de ce traitement.

Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports

Veillez indiquer si les données transmises proviennent d'une liste répertoriant les établissements de santé existant dans le pays, d'un recensement ou d'une enquête. S'il s'agit d'une enquête, veuillez indiquer l'année où celle-ci a été réalisée. Veuillez signaler si les données concernant le secteur privé ou d'autres secteurs ne sont pas disponibles, le cas échéant.

Veillez communiquer toute information supplémentaire qui pourrait être facilement disponible sur la répartition géographique des établissements de santé qui proposent le TARV pédiatrique (par exemple en zone urbaine/rurale ou le pourcentage d'établissements où est dispensé le TARV dans des régions où la concentration de personnes vivant avec le VIH est élevée).

Autres références

Indicateurs additionnels recommandés par l'ONUSIDA pour les programmes nationaux de lutte contre le sida N°5.

4.4 Pourcentage d'établissements de santé dispensant des antirétroviraux qui ont connu une rupture de stock pour au moins un des antirétroviraux nécessaires au cours des 12 derniers mois

Fondement

À mesure que les pays étendent les services de TARV, il est important de garantir que tous ceux qui en ont besoin auront accès aux ARV. Le TARV est une stratégie à long terme pour les personnes vivant avec une infection à VIH à un stade avancé et les interruptions de traitement peuvent avoir pour conséquence un échec thérapeutique et l'apparition d'une résistance du VIH aux ARV. Une gestion efficace de l'approvisionnement en ARV permettra d'assurer un approvisionnement continu.

Objet

Cet indicateur mesure un aspect essentiel de la gestion de l'approvisionnement en ARV : savoir si les établissements de santé qui dispensent les ARV ont connu une rupture de stock pour au moins un des ARV nécessaires au cours des 12 derniers mois.

Numérateur

Nombre d'établissements de santé dispensant des ARV ayant connu une rupture de stock d'un ou plusieurs des ARV nécessaires au cours des 12 derniers mois.

Dénominateur

Nombre d'établissements de santé dispensant des ARV.

Méthodes et instruments de mesure

Ces informations sont collectées au niveau central car c'est là que les structures de santé envoient leurs rapports de gestion des stocks et les formulaires de commande d'ARV. Ces formulaires contiennent des informations sur le nombre de personnes sous TARV, la consommation d'ARV, le niveau de stock en cours et les ruptures de stock, le cas échéant. Pour mesurer cet indicateur, il faut disposer des outils suivants :

- a) Rapports de gestion des stocks soumis par les structures de santé dans lesquels est indiqué le niveau de stock de chaque ARV ;
- b) Formulaires de commande soumis par les structures de santé au cours d'une période donnée (par exemple la dernière période sur laquelle portait la commande, le dernier trimestre ou l'année passée) ; et
- c) La liste des ARV que chaque établissement de santé est censé dispenser, si cette information ne se trouve pas déjà dans les rapports de gestion des stocks ou dans les formulaires de commande.

Tout ce qui précède fonctionne si le Système d'information pour la gestion logistique (SIGL) du pays est opérationnel. Si ce Système n'est pas opérationnel, il est possible d'utiliser les enquêtes menées dans les établissements de santé à l'aide des outils SPA ou SAM, à condition que ces enquêtes incluent des questions sur les ruptures de stock d'ARV.

S'il existe un Système d'information pour la gestion logistique incluant des informations sur la disponibilité des ARV au niveau des établissements de santé, ces informations doivent être extraites de ce système afin de construire l'indicateur.

Si ce n'est pas le cas, les informations peuvent être collectées par une enquête spéciale ou des visites sur sites. Si les ARV ne sont dispensés que dans un nombre limité d'établissements de santé dans le pays, l'enquête ou les visites de sites doivent porter sur l'ensemble de ces établissements de santé. Si les ARV sont dispensés dans un grand nombre d'établissements de santé, il peut être nécessaire de sélectionner un échantillon représentatif à partir du nombre total d'établissements dispensant des ARV (leur liste complète doit être disponible au niveau national). En cas de recours à un échantillonnage, il est important de s'assurer que l'échantillon comprend des établissements des différents niveaux (par exemple du niveau central, du niveau du district et du niveau périphérique). Dans les pays où les ARV sont dispensés dans les pharmacies ou dans d'autres sites qui ne sont pas des établissements de santé, un suivi des ruptures de stock doit également être mis en place dans ces structures ; la faisabilité dépendra de la couverture du Système d'information pour la gestion logistique.

Ventilation	Secteur : public, privé.
Atouts et faiblesses	Cet indicateur rend compte d'une composante essentielle du programme de TARV : savoir s'il existe ou non un approvisionnement continu et ininterrompu en ARV au niveau des établissements de santé. Cependant, cet indicateur n'apporte pas d'informations sur les causes des ruptures de stock, quels ARV sont/ont été en rupture de stock ou combien de temps a duré la rupture de stock concernant un ARV en particulier. Il n'apporte pas non plus d'informations sur la qualité du stockage, des livraisons et de la distribution des ARV.
Autres facteurs à prendre en compte	Dans certaines situations, un simple suivi des ruptures de stock peut induire en erreur, un établissement pouvant avoir pour politique de garder un stock de réserve et de ne pas le distribuer. Ces établissements ne peuvent pas être comptabilisés comme ayant connu une rupture de stock selon la définition de cet indicateur, bien que des patients aient pu ne pas y recevoir un ARV nécessaire pour leur traitement. Dans les situations où les stocks de réserve ne sont pas dispensés lors des épisodes de rupture de stock d'ARV, il est préférable de collecter les données relatives aux ruptures de stock fonctionnelles (c'est-à-dire l'incapacité d'avoir accès à ou à utiliser un ARV nécessaire au traitement).
Utilisation des données	Évaluer si les ruptures de stock, le cas échéant, sont dues à un problème dans le système national de distribution, à un problème de flux financier ou à un manque d'ARV au niveau central. Déterminer si le problème est dû aux projections pour les commandes d'approvisionnement, au système de distribution ou à une autre raison. Cela donne une opportunité de vérifier si le Système d'information pour la gestion logistique est fonctionnel.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Veuillez indiquer si ces données sont basées sur des données nationales ou sur des données d'une enquête menée à partir d'un échantillon d'établissements de santé. Veuillez donner toute information pouvant nous aider à mieux interpréter les données (par exemple si seul le secteur public ou privé a été inclus ou si les chiffres transmis peuvent correspondre à une surestimation ou à une sous-estimation).
Autres références	Indicateurs harmonisés pour le suivi et l'évaluation des systèmes de gestion des achats et des stocks.

4.5 Diagnostic tardif de l'infection à VIH : pourcentage de personnes infectées par le VIH chez qui le premier test de numération montre un nombre de CD4 < 200 cellules/μL en 2014

Fondement	Alors que le pays étend les services de lutte contre le VIH, il est important de suivre si le diagnostic d'infection à VIH est posé à un stade précoce (ou pour quel pourcentage le diagnostic d'infection à VIH continue à être posé à un stade tardif).
Objet	Cet indicateur mesure la proportion de personnes pour qui le nombre de CD4 est < 200 cellules/μL parmi celles chez qui un premier test de numération des CD4 a été réalisé au cours de la période considérée.
Numérateur	Nombre de personnes infectées par le VIH chez qui le premier test de numération montre un nombre de CD4 < 200 cellules/μL en 2014
Dénominateur	Nombre total de personnes infectées par le VIH chez qui un premier test de numération a été réalisé en 2014

4.6 SOINS DE L'INFECTION À VIH :

4.6.a Nombre total de personnes inscrites pour des soins de l'infection à VIH à la fin de la période considérée

4.6.b Nombre de personnes nouvellement inscrites pour des soins de l'infection à VIH au cours de la période considérée (2014)

Fondement	En plus du dépistage du VIH, il est important de faire le suivi des liens avec les soins et le traitement de l'infection à VIH. L'évolution au fil des ans du nombre de personnes chez qui a été réalisé un dépistage du VIH ne donne pas d'informations sur le nombre de personnes nouvellement inscrites pour des soins de l'infection à VIH, notamment du fait de pertes élevées au long de la cascade d'interventions nécessaires pour assurer la continuité de soins de l'infection à VIH à cause d'une forte attrition et d'un nombre élevé de perdus de vue. Cet indicateur permet donc de rendre compte du nombre de patients qui, au cours de l'année considérée, sont soit en cours de soins de l'infection à VIH et en attente de la mise en route d'un TARV, soit sous TARV.
Objet	Le nombre d'adultes et d'enfants suivis dans des services de santé pour des soins de l'infection à VIH, y compris ceux sous TARV au cours de la période considérée (2014). Les personnes recevant des soins de l'infection à VIH comprennent celles qui ont consulté au moins une fois dans un service de consultations de prise en charge de l'infection à VIH au cours de l'année considérée. L'évolution annuelle du nombre de patients infectés par le VIH inscrits dans les services de santé du fait de cette infection.
Méthodes et instruments de mesure	Services des structures de santé où est réalisée une évaluation afin de déterminer si un patient a besoin de TARV et registres de TARV. En comptant les patients pour qui un lien a été établi avec les services de soins et de TARV au cours de la période considérée. Les transferts de patients dans le service considéré, les patients qui ont arrêté de façon temporaire leur traitement mais continuent à être suivis et les femmes enceintes prenant des ARV pour la PTME doivent être inclus comme des patients pour qui un lien a été établi. Des précautions doivent cependant être prises afin d'éviter les doublons.

Ventilation	<p>Par genre : homme/ femme</p> <p>Par tranche d'âge : < 15 ans, 15 ans et plus</p> <p>Par mode de transmission (région européenne uniquement)</p>
Atouts et faiblesses	<p>Cet indicateur permet de suivre les tendances du nombre total de patients pour qui un lien a été établi avec les services de prise en charge de l'infection à VIH, mais ne cherche pas à faire une distinction entre les soins de l'infection à VIH et le TARV et ne mesure pas les coûts, ni la qualité ou l'efficacité réelle du traitement fourni.</p> <p>Le degré de mise en route du TARV dépendra de différents facteurs comme les nouvelles politiques, le coût par rapport aux revenus locaux, la disponibilité et l'utilisation des services de conseil et de dépistage ainsi que des perceptions de l'efficacité réelle et des effets secondaires possibles du traitement.</p>
Autres facteurs à prendre en compte	<p>Cet indicateur doit être analysé au vu de la « liste d'attente », c'est-à-dire des patients qui remplissent les critères pour recevoir un TARV mais chez qui ce traitement n'a pas encore été mis en route.</p>
Utilisation des données	<p>En plus du nombre de personnes sous TARV, le nombre de patients dans les soins est nécessaire pour planifier de manière précise les ressources et les stocks de médicaments (afin d'éviter les pénuries et le gaspillage).</p>
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	<p>Doublons : si les transferts de patients dans les services et vers d'autres services ne sont pas correctement enregistrés et si les patients suivis dans plusieurs sites de TARV ne sont pas identifiés, il y a un risque d'enregistrement de doublons qui peut entraîner une surestimation du nombre de mise en route du TARV. Faire des commentaires, le cas échéant.</p> <p>De la même manière, si les patients qui arrêtent de manière temporaire leur TARV puis qui recommencent ce traitement sont enregistrés comme de nouveaux patients, cela entraînera une surestimation du nombre réel de patients chez qui un TARV a été mis en route.</p> <p>Représentativité nationale : le numérateur est un indicateur cumulatif national produit habituellement par l'ensemble des établissements de santé. Si nécessaire, faire des commentaires sur les données.</p> <p>Options de triangulation : avec les rapports de la pharmacie, en comparant le nombre de personnes ayant fait un dépistage, le nombre de personnes dans le registre de la pharmacie et le nombre de personnes dans le registre de TARV.</p>
Autres références	<p>Indicateur et lignes directrices de PEPFAR</p>

4.7 Suppression de la charge virale

4.7 a) Pourcentage de personnes sous TARV chez qui un test de mesure de la charge virale (CV) a été réalisé et chez qui il y a suppression de la charge virale au cours de la période considérée (2014)

4.7 b) Pourcentage de personnes sous TARV chez qui un test de mesure de la charge virale a été réalisé et pour qui la charge virale est inférieure ou égale à 1000 copies après 12 mois sous traitement (2014)

4.7.c) Pourcentage de personnes sous TARV chez qui un test de mesure de la charge virale a été réalisé et chez qui la charge virale est indétectable au cours de la période considérée (2014)

Fondement

La mesure de la charge virale est le test recommandé pour mesurer l'efficacité du TARV. Elle donne aussi une indication de l'observance du traitement et du risque de transmission du VIH au niveau individuel et au niveau de la population.

Un TARV efficace permet de réduire la transmission du VIH. Les résultats de plusieurs études suggèrent fortement que le traitement des personnes infectées par le VIH permet de réduire de façon importante la transmission sexuelle de ce virus. La suppression de la charge virale à un niveau indétectable permettrait donc de diminuer fortement le risque de transmission au partenaire non infecté. Le TARV permet aussi de prévenir la transmission périnatale du VIH. Le TARV est considéré comme efficace lorsqu'il permet d'obtenir de façon continue une suppression de la charge virale plasmatique à un niveau indétectable.

Les personnes sous TARV développent souvent une résistance au traitement. L'un des déterminants clés de l'échec thérapeutique est l'augmentation de la charge virale. La mesure de la suppression de la charge virale (charge virale inférieure ou égale à 1000 copies/ml) est un indicateur programmatique clé lié à l'efficacité du traitement.

Objet

La charge virale est une mesure de l'effet du TARV sur la réplication virale. Selon les lignes directrices sur le TARV de l'OMS de 2013, un échec thérapeutique est défini par une charge virale supérieure au seuil de 1000 copies/ml.

La charge virale des patients dans les soins peut être utilisée comme un indicateur de la qualité des soins pour la population participant aux soins. Mesurée au fil du temps, elle permet d'avoir des informations sur l'accès aux soins, sur l'acceptation et l'observance du TARV ainsi que sur le suivi clinique correct de la charge virale. Pour un système de santé particulier, elle peut être utilisée comme une mesure indirecte approximative de l'accès aux ARV, du niveau d'observance des ARV, du respect du suivi de l'infection et de la qualité des soins fournis à une population de patients.

Numérateur

4.7.a (données transversales)

Nombre de personnes sous TARV chez qui un test de mesure de la charge virale a été réalisé au cours de la période considérée et chez qui il y a suppression de la charge virale (c'est-à-dire que la charge est inférieure ou égale à 1000 copies/ml)

4.7.b (données de cohortes)

Nombre de personnes chez qui un test de mesure de la charge virale a été réalisé 12 mois après la mise en route du TARV et pour qui il y a suppression de la charge virale (charge virale inférieure ou égale à 1000 copies/ml) au cours de la période considérée

4.7. c (données transversales)

Nombre de personnes sous TARV chez qui un test de mesure de la charge virale a été réalisé et chez qui la charge virale est indétectable (c.-à-d. ≤ 50 copies)

Dénominateur	<p>4.7.a (données transversales) Nombre de personnes sous TARV chez qui un test de mesure de la charge virale a été réalisé au cours de la période considérée.</p> <p>4.7. b (données de cohortes) Nombre de personnes chez qui un test de mesure de la charge virale a été réalisé 12 mois après la mise en route du TARV au cours de la période considérée</p> <p>4.7.c (données transversales) Nombre de personnes sous TARV chez qui un test de mesure de la charge virale a été réalisé au cours de la période considérée</p>
Méthodes et instruments de mesure	Lorsque le test de mesure de la charge virale est réalisé de manière systématique, les résultats sont enregistrés dans les dossiers des patients ou dans les systèmes du laboratoire. Ces résultats peuvent également être enregistrés sous forme électronique et faire partie des rapports des études de suivi de cohortes sous la forme du pourcentage de patients qui présentent une suppression virologique à différents moments particuliers.
Ventilation	<p>Par tranche d'âge : < 15 ans, 15 ans et plus</p> <p>Par genre : hommes/femmes</p>
Atouts et faiblesses	<p>Atouts : les mesures de la charge virale donnent des informations sur l'observance, sur l'efficacité du traitement et sur le risque de transmission au niveau individuel et au niveau du programme.</p> <p>Faiblesses : en situation de ressources limitées, les capacités pour élargir l'accès au suivi de la charge virale restent limitées. Un récapitulatif des données sur l'indicateur de mesure de la charge virale n'est pas nécessairement représentatif de la charge virale de la population sous TARV au sens large, et les résultats ne sont parfois obtenus que pour une sous-population non représentative. <i>Ceci est particulièrement le cas lorsque la mesure de la charge virale n'est pas réalisée chez l'ensemble des patients sous TARV, mais seulement de manière sélective en cas de doute sur les résultats du traitement.</i> Les valeurs seuils pour définir un échec thérapeutique ne sont pas universelles. Les valeurs définissant une charge virale indétectable varient en fonction de la sensibilité des tests utilisés.</p>
Autres facteurs à prendre en compte	<p>Pour les raisons énoncées ci-dessus, cet indicateur ne peut être utilisé que si la mesure de la CV est réalisée de manière systématique (plutôt qu'en fonction des besoins)</p> <p>Afin d'exclure les tests qui sont refaits au cours de la période considérée, il est important de limiter l'utilisation de cet indicateur aux personnes sous TARV (et de ne pas inclure l'ensemble des tests réalisés).</p> <p>Dans certaines structures, les tests de mesure de la charge virale sont réalisés à partir de gouttes de sang séché ; l'exactitude de cette méthode est actuellement insuffisante lorsque la charge virale est faible. Les seuils utilisés pour définir un échec virologique doivent donc être plus élevés (charge virale supérieure à 3000 copies/ml).</p>
Utilisation des données	La réalisation de tests de mesure de la charge virale peut aider les programmes à planifier les besoins en ARV de deuxième intention (en cas d'échec thérapeutique) ainsi que des interventions destinées à limiter la transmission du VIH. Le pourcentage de patients ayant une charge virale indétectable est une mesure indirecte du succès du programme.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Le système de suivi des patients peut produire des études transversales et des études de cohortes. Les données de cohortes peuvent également provenir d'études spéciales. En cas d'utilisation de données de laboratoire, il est parfois nécessaire d'ajuster les données pour éviter les doublons lorsque plusieurs tests de mesure de la CV ont été réalisés chez un même patient au cours de la période considérée.
Autres références	Indicateurs d'alerte précoce de résistance du VIH aux ARV

OBJECTIF 5 : RÉDUIRE DE 50% LE NOMBRE DE DÉCÈS LIÉS À LA TUBERCULOSE CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH (PVVIH) À L'HORIZON 2015

5.2 Pourcentage de PVVIH nouvellement inscrites dans les services de soins de l'infection à VIH et chez qui une tuberculose active a été détectée

Fondement

Le principal objectif du dépistage intensifié des cas de tuberculose est la détection précoce de la tuberculose chez les PVVIH et la fourniture rapide d'un traitement anti-tuberculeux et d'un TARV ; la mise en place de manière optimale de ces mesures avec la fourniture d'un TARV précoce, la fourniture d'un traitement préventif par l'isoniazide (TPI) et les mesures de contrôle des infections à transmission aérienne permet de réduire la charge de tuberculose chez les PVVIH.

Alors que le dépistage intensifié des cas de tuberculose doit être mis en place et réalisé à chaque visite pour toute PVVIH qui consulte dans les structures de soins et de traitement de l'infection à VIH, cette mesure est d'une importance cruciale chez les PVVIH nouvellement inscrites dans les services de soins et de traitement de l'infection à VIH, le risque de tuberculose non détectée étant chez elles plus élevé que chez celles recevant déjà un TARV. En plus, les personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites peuvent être moins conscientes des symptômes de la tuberculose et de l'importance du dépistage et du traitement précoces, et par conséquent ne peuvent pas chercher des soins pour des symptômes généraux ou spécifiques à la tuberculose. Le dépistage intensifié des cas de tuberculose offre ainsi l'occasion d'éduquer les personnes vivant avec le VIH et déceler rapidement les cas de tuberculose. Cet indicateur mesure donc à la fois la charge de tuberculose active chez les PVVIH nouvellement inscrites dans les services de soins de l'infection à VIH et l'accès au diagnostic de la tuberculose ainsi que l'ampleur de l'effort déployé pour dépister de façon précoce la tuberculose associée au VIH.

Objet

Nombre total de cas de tuberculose détectés chez les patients infectés par le VIH nouvellement inscrits dans les services de soins de l'infection à VIH (avant le TARV ou sous TARV) au cours de la période considérée.

Numérateur

Nombre total de personnes nouvellement inscrites dans les services de soins de l'infection à VIH et chez qui une tuberculose active a été diagnostiquée au cours de la période considérée.

Dénominateur

Nombre total de personnes nouvellement inscrites dans les services de soins pré-TARV ou sous TARV au cours de la période considérée.

Méthodes et instruments de mesure

Les résultats des investigations de la tuberculose dans les cas présumés de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH doivent être enregistrés dans les cartes de soins du VIH/de TARV (dans la colonne « investigations » ou dans la section « rencontres ») et dans le registre de pré-TARV et le registre de TARV (dans les sections respectives de suivi mensuel/trimestriel). De même, les tuberculeux qui sont reconnus séropositifs doivent être inscrits pour les soins du VIH promptement et leur statut de tuberculose enregistré sur la carte de TARV et dans les registres.

Numérateur : À la fin de la période considérée, compter le nombre total de cas de tuberculose active détectés chez les PVVIH nouvellement inscrites dans les services de soins de l'infection à VIH (registres de pré-TARV et de TARV).

Dénominateur : compter le nombre total de PVVIH nouvellement inscrites dans les services de soins de l'infection à VIH, c'est-à-dire celles inscrites dans le registre de pré-TARV ou celles dont le TARV est mis en route au cours de la période considérée.

Des précautions doivent être prises pour éviter de compter deux fois une même personne qui apparaît dans les deux registres. Aussi, les informations sur le statut relatif à la tuberculose dans les registres de pré-TARV et de TARV doivent être mises à jour et mises en concordance avec les registres sur la tuberculose dans les unités pertinentes de gestion de base avant la consolidation et le reporting à un niveau supérieur.

Ventilation

Pour cet indicateur, les données doivent être ventilées en fonction du sexe et de l'âge (< 15 ans/15 ans et plus)

Atouts et faiblesses

L'examen de l'évolution de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites en soins sur une période de temps peut fournir des informations utiles sur la charge de la tuberculose chez elles et donc sur l'efficacité des efforts pour détecter et traiter la tuberculose associée au VIH de manière précoce.

Cet indicateur peut sous-estimer la charge réelle de la tuberculose associée au VIH dans la mesure où il peut exclure les patients détectés par le biais du dépistage du VIH et du conseil à l'initiative des prestataires mais non inscrits dans les services de soins du VIH ou ceux qui ont diverses formes de tuberculose, restent asymptomatiques et donc ne sont pas détectés au cours du dépistage systématique de la tuberculose. En outre, une valeur d'indicateur élevée peut signifier un taux élevé de tuberculose ou des programmes efficaces de dépistage de la tuberculose et du VIH, alors qu'une faible valeur peut être le résultat d'une mauvaise mise en œuvre des activités de dépistage de la tuberculose et du VIH ou à l'inverse des initiatives réussies de lutte contre la tuberculose. La valeur de l'indicateur doit, par conséquent, être interprétée prudemment.

Autres facteurs à prendre en compte

Les données doivent être collectées de manière continue et transmises au niveau infranational ou national dans les rapports trimestriels de données transversales. Elles doivent également être transmises tous les ans à l'OMS.

Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports

Cet indicateur a été introduit en 2014 et les pays sont encouragés à fournir des commentaires sur les éventuels problèmes rencontrés lors de l'élaboration des rapports, notamment s'il n'est pas possible d'établir de rapport.

5.3 Pourcentage de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites pour des soins de l'infection à VIH et chez qui un traitement préventif par l'isoniazide (TPI) a été mis en route

Fondement	Pour garantir que les personnes séropositives répondant aux critères de mise en route du traitement de la tuberculose latente reçoivent ce traitement, ce qui, par conséquent, permet de réduire l'incidence de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.
Objet	Le nombre personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites pour des soins de l'infection à VIH et chez qui un traitement de la tuberculose latente a été mis en route, le traitement préventif par l'isoniazide (TPI) étant exprimé en proportion du nombre total d'adultes et d'enfants nouvellement inscrits pour des soins de l'infection à VIH au cours d'une période donnée.
Numérateur	Nombre de personnes vivant avec le VIH <u>nouvellement</u> inscrites pour des soins de l'infection à VIH (soins pré-TARV ou TARV) et chez qui un traitement préventif par l'isoniazide a été mis en route (c'est-à-dire qui ont reçu au moins une dose) pendant la période considérée. Les <i>soins de l'infection à VIH</i> comprennent les soins pré-TARV et le TARV.
Dénominateur	Nombre personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites pour des soins de l'infection à VIH (chez qui ces soins ont été mis en route) pendant la période considérée.
Méthodes et instruments de mesure	Carte patient de soins de l'infection à VIH et registre modifié des soins de l'infection à VIH. Les données requises pour cet indicateur sont collectées à partir des registres de soins pré-TARV et de TARV dans les sites où sont dispensés des services de soins de l'infection à VIH, selon le lieu où est prescrit le TPI. Les clients séropositifs au VIH doivent être soumis au test de la tuberculose à l'aide d'un algorithme de dépistage à quatre symptômes. Ceux n'ayant pas un des quatre symptômes suivants (toux, fièvre, perte de poids et sueurs nocturnes) ne risquent pas d'avoir une tuberculose évolutive et devraient être mis sous TPI en accord avec les directives élaborées au plan national. De même, les enfants qui n'ont pas de problème de faible gain de poids, de fièvre ou de toux devraient être mis sous cette thérapie pour réduire le risque de développer une tuberculose active, qu'ils soient sous TARV ou non. Tous les patients qui acceptent le TPI et reçoivent au moins la première dose de ce traitement doivent être enregistrés. Ces informations sont enregistrées dans une colonne supplémentaire des registres de soins de l'infection à VIH. Une anticipation précise des besoins en médicaments pour la gestion des approvisionnements exige la collecte d'informations plus détaillées.
Ventilation	Aucune.
Atouts et faiblesses	Cet indicateur mesure la couverture du traitement préventif de la tuberculose chez les personnes nouvellement inscrites dans les services de soins du VIH. Cependant, il manque un point de référence pour des performances acceptables. Le renforcement de cette intervention contribuera à l'établissement d'un tel point de référence au niveau national. En outre, à moins que davantage de données ne soient recueillies, cet indicateur ne fournit aucune information sur le nombre de personnes qui adhèrent au traitement ou qui le suivent.

Autres facteurs à prendre en compte	Les registres de délivrance des thérapies préventives de la TB des pharmacies doivent enregistrer les visites des patients venus renouveler leur traitement. (d'ordinaire tous les mois). Par ailleurs, l'établissement fournissant le TARV peut conserver un registre de traitement de la tuberculose latente parallèlement au registre de TARV. Un tel dossier peut faciliter la compréhension du nombre de nouveaux patients et de patients en cours de traitement de la tuberculose latente ainsi que le taux d'achèvement du traitement et des effets indésirables.
Utilisation des données	Si la valeur est faible, veuillez essayer d'en comprendre la raison et de comparer les données ventilées avec la moyenne nationale afin d'identifier les zones nécessitant une attention particulière et les raisons pour lesquelles la couverture n'y est pas optimale. Étudiez en profondeur les données disponibles sur le nombre de patients parvenant au terme de leur traitement préventif de la tuberculose/traitement préventif par l'isoniazide.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Veuillez préciser si les données que vous avez transmises couvrent le pays tout entier ou proviennent d'un échantillon sélectionné (si tel est le cas, précisez ce que représentent les données ainsi que les hypothèses éventuellement émises pour obtenir un chiffre national par extrapolation à partir de ces données).
Autres références	Guide du suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH Version de 2014

5.4 Pourcentage d'adultes et d'enfants inscrits pour des soins de l'infection à VIH chez qui le statut par rapport à la tuberculose a été évalué et enregistré au cours de leur dernière visite

Fondement	Il s'agit d'un indicateur de processus pour une activité visant à réduire l'impact de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. Il évaluera le niveau de la mise en application de la recommandation selon laquelle les personnes vivant avec le VIH doivent bénéficier d'un dépistage de la tuberculose au moment du diagnostic d'infection à VIH et lors des visites de suivi, en utilisant leur dernière visite comme mesure de substitution.
Objet	Le nombre d'adultes et d'enfants inscrits pour des soins de l'infection à VIH chez qui le statut par rapport à la tuberculose a été évalué et pour qui ce statut a été enregistré lors de leur dernière visite.
Numérateur	Nombre d'adultes et d'enfants inscrits pour des soins de l'infection à VIH chez qui le statut par rapport à la tuberculose a été évalué et pour qui ce statut a été enregistré lors de leur dernière visite. <i>Les soins de l'infection à VIH comprennent les soins pré-TARV et le TARV.</i>
Dénominateur	Nombre total d'adultes et d'enfants inscrits dans les services de soins de l'infection à VIH pendant la période considérée.

Méthodes et instruments de mesure

L'OMS recommande le recours à un algorithme simplifié de dépistage intensifié des cas de tuberculose qui inclut 4 signes cliniques : (1) toux actuelle ; (2) fièvre ; (3) perte de poids ; (4) sueurs nocturnes.

Le résultat de l'évaluation du statut par rapport à la tuberculose faite en utilisant cet algorithme simplifié à chaque visite ayant lieu pendant la période considérée (« Oui » si « aucun signe », « suspicion » ou « sous traitement » ; « Non » si ce statut n'a pas été évalué) doit être enregistré sur la carte patient de soins de l'infection à VIH/TARV et transféré, en fonction des cas, dans les registres de soins pré-TARV ou de TARV de l'ensemble des établissements qui proposent en routine des soins de l'infection à VIH.

« Inscrits pour des soins » comprend tous les patients qui continuent à recevoir des soins et ceux nouvellement inscrits pendant la période considérée. La valeur de ce dénominateur devrait normalement être supérieure au dénominateur fourni à la section 5.2 relative au dépistage de la tuberculose et à la section 5.3 relative à la couverture du TPI. Ces données doivent être analysées et transmises au niveau national en même temps que d'autres données transversales.

Le numérateur est obtenu à partir des registres de soins pré-TARV et de TARV en comptant le nombre de patients chez qui le statut par rapport à la tuberculose a été évalué pendant la période considérée. Il est important de s'assurer que le décompte des patients chez qui un TARV a été mis en route pendant la période considérée est bien fait à partir des registres de TARV et non des registres de soins pré-TARV.

Le dénominateur pour les patients bénéficiant de soins pré-TARV sera le nombre de patients bénéficiant de soins pendant la période considérée. Le dénominateur pour les patients sous TARV sera le nombre de patients actuellement sous TARV pendant la période considérée.

Le dénominateur est obtenu à partir des registres de soins pré-TARV et de TARV en comptant le nombre de patients qui ont bénéficié d'une visite pendant la période considérée. Il doit ensuite être enregistré sur le formulaire de rapport des données transversales.

Les programmes de lutte antituberculeuse et contre le VIH doivent collaborer pour garantir que les critères utilisés pour identifier les personnes chez qui une tuberculose est suspectée et que les méthodes utilisées pour le dépistage de la tuberculose sont conformes avec les protocoles des programmes de lutte antituberculeuse.

Ventilation

Aucune.

Atouts et faiblesses

L'évaluation du statut par rapport à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, suivie d'une orientation-recours rapide pour un diagnostic et un traitement, accroît les chances de survie, améliore la qualité de la vie et réduit la transmission de la tuberculose dans la communauté. Elle permet d'identifier les clients séropositifs qui ne montrent aucun signe de tuberculose active et pourraient bénéficier du traitement par l'isoniazide d'une tuberculose latente.

L'indicateur ne permet pas de mesurer la qualité du dépistage intensif des cas de tuberculose ni de savoir si une tuberculose a été recherchée chez les personnes identifiées comme suspectes et si cette recherche a été efficace. Cependant, il souligne bien l'importance du dépistage intensif des cas de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH au moment du diagnostic et à chaque contact qu'elles ont avec les services de soins de l'infection à VIH.

Les programmes doivent viser à obtenir une valeur élevée pour cet indicateur (près de 100 %) mais doivent l'interpréter conjointement aux valeurs des indicateurs en rapport avec le pourcentage de patients qui bénéficient de soins de l'infection à VIH qui : a) sont sous traitement antituberculeux et b) ont reçu un traitement de la tuberculose latente, afin de s'assurer que le processus de dépistage a été suivi d'actions appropriées. Une valeur faible de cet indicateur démontrera qu'il est peu probable d'atteindre l'objectif B (réduire l'impact de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH).

Utilisation des données

Veillez consulter la section Atouts et faiblesses pour l'interprétation des données et les autres champs à explorer. Si la valeur est faible, veuillez analyser les données ventilées et essayer d'en comprendre les raisons.

Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports

Veillez préciser la méthode de collecte de ces données et les hypothèses éventuellement émises pour obtenir un chiffre national par extrapolation à partir de ces données.

Autres références

Guide du suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH.

Questions intéressant les politiques et les programmes

P.1 Questions intéressant les politiques et les programmes

Conseil et dépistage du VIH

Pour chaque série de questions, veuillez indiquer : Oui, Non, Je ne sais pas.

1. Populations. Les directives actuelles sur le conseil et le dépistage du VIH portent-elles sur :
 - Les enfants
 - Les adolescents
 - Les populations clés⁶

2. CDIP. Les lignes directrices actuelles sur le conseil et le dépistage du VIH recommandent-elles le CDIP pour :
 - tous les contacts médicaux
 - toutes les femmes enceintes
 - tous les patients pédiatriques
 - toutes les personnes dans des cliniques de tuberculose
 - toutes les personnes dans des cliniques des IST
 - toutes les personnes dans les services relatifs à l'hépatite
 - toutes les populations clés qui fréquentent les services cliniques clés pour les populations spécifiques
 - autre (veuillez préciser):

3. Dépistage communautaire. Les lignes directrices actuelles sur le conseil et le dépistage du VIH recommandent-elles :
 - le conseil et le dépistage communautaire du VIH
 - l'utilisation de tests rapides
 - les tests rapides pour obtenir les résultats le même jour
 - les tests rapides à effectuer par les prestataires non professionnels

4. Conseil et le dépistage du VIH pour couples/partenaire. Les lignes directrices actuelles sur le conseil et le dépistage du VIH recommandent-elles :
 - le conseil et le dépistage du VIH pour les couples/partenaire dans tous les milieux
 - le conseil et le dépistage du VIH pour les couples/partenaire dans les programmes de PTME

⁶ Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, prisonniers, consommateurs de drogues injectables, professionnel(le)s du sexe et personnes transgenres.

P.1 Questions intéressant les politiques et les programmes

Traitement antirétroviral 1. Quel est l'état d'avancement de la révision des directives relatives à l'utilisation des ARV ?

Veillez fournir le mois et l'année de la dernière révision achevée et publiée.

Veillez indiquer si les directives sont autonomes ou consolidées

- a. Directives relatives au TARV chez l'adulte : _____
- b. Directives relatives à la PTME : _____
- c. Directives relatives au TARV pédiatrique : _____
- d. Directives opérationnelles : _____

Veillez télécharger une copie du (des) document/s si possible.

2. Les recommandations des lignes directrices de l'OMS de 2013 sur l'utilisation des ARV pour la prévention et le traitement de l'infection à VIH ont-elles été adaptées en suivant un processus national ?

- a. Directives relatives au TARV chez l'adulte : Oui, terminées/En cours/Aucune/Autre
Veillez fournir un commentaire si vous choisissez Autre :
- b. Directives relatives à la PTME : Oui, terminées/En cours/Aucune/Autre
Veillez fournir un commentaire si vous choisissez Autre :
- c. Directives relatives au TARV chez l'enfant : Oui, terminées/En cours/Aucune/Autre
Veillez fournir un commentaire si vous choisissez Autre :

3. Quels sont les objectifs chiffrés au niveau national en termes de TARV :

a. Objectif(s) chiffré(s) de personnes sous TARV :

_____ Nombre et année
_____ Nombre et année

b. Chez les femmes enceintes, quels sont les objectifs chiffrés : de la couverture de la PTME/TARV⁷ (par ex. % d'ici 2015)

_____ Pourcentage et année
_____ Pourcentage et année

4. Quel est le seuil de CD4 recommandé pour initier le TARV chez les adultes et les adolescents qui sont asymptomatiques ?

a. (selon les directives ou les lignes directrices du ministère de la Santé) ?

_____ tous, indépendamment du nombre de CD4 (dépister et traiter)

_____ ≤ 500

_____ ≤ 350

_____ Autre (veuillez préciser) : _____

b. Quelle est la pratique face au TARV à un seuil de CD4 de 500 chez les adultes et les adolescents ?

_____ Non exécuté dans la pratique

_____ Exécuté dans un petit nombre de sites de traitement

_____ Exécuté dans un grand nombre de sites de traitement

_____ Exécuté sur tout le territoire

_____ Autre : Veuillez fournir des commentaires si vous choisissez Autre :

7 Sous Prong 4 : L'objectif de la couverture du TARV chez les femmes enceintes est de 90 % d'ici à 2015.

P.1 Questions intéressant les politiques et les programmes

Traitement antirétroviral

- c. Quelle est la pratique face au TARV indépendamment du seuil de CD4 chez les adultes et les adolescents ?
- Non exécuté dans la pratique
 - Exécuté dans un petit nombre de sites de traitement
 - Exécuté dans un grand nombre de sites de traitement
 - Exécuté sur tout le territoire
 - Autre : Veuillez fournir des commentaires si vous choisissez Autre :
5. Si les directives nationales recommandent un seuil de CD4 de 500, une priorité est-elle accordée aux personnes dont le nombre de CD4 est inférieur à 350 et à celles qui présentent une infection à un stade avancé ?
- Oui, veuillez préciser. _____
 - Non
 - Ne s'applique pas (par exemple le pays n'a pas encore adopté le seuil de CD4 de 500)
 - Autre : Veuillez fournir des commentaires si vous choisissez Autre.
6. Quels sont les critères pour mettre en route un TARV chez le nourrisson et chez l'enfant séropositif ?
- a. Seuil d'âge pour traiter tous les enfants quels que soient les symptômes d'après les directives ou les lignes directrices du ministère de la Santé
- < 2 ans
 - < 5 ans
 - < 15 ans
- Autre : Veuillez fournir des commentaires si vous choisissez Autre
- b. Quel est l'état de mise en œuvre de la politique ci-dessus ?
- Non exécuté dans la pratique
 - Exécuté dans un petit nombre de sites de traitement
 - Exécuté dans un grand nombre de sites de traitement
 - Exécuté sur l'ensemble du territoire
 - Autre : Veuillez fournir des commentaires si vous choisissez Autre.
- c. Seuil du nombre de CD4 pour traiter les enfants âgés de 5 ans ou plus qui sont asymptomatiques d'après les directives ou les lignes directrices du ministère de la Santé :
- quel que soit le nombre de CD4
 - ≤ 500
 - ≤ 350
 - Autre
- Veillez fournir des commentaires si vous choisissez Autre.

P.1 Questions intéressant les politiques et les programmes

Traitement antirétroviral

d. Quelle est la pratique dans l'application du seuil de CD4 de 500 ou indépendamment du nombre de CD4 pour mettre en toute le TARV chez les enfants âgés de 5 ans ou plus ?

- Non exécuté dans la pratique
- Exécuté dans un petit nombre de sites de traitement
- Exécuté dans un grand nombre de sites de traitement
- Exécuté sur l'ensemble du territoire

Autre

Veillez fournir des commentaires si vous choisissez Autre.

7. Les directives nationales recommandent-elles de mettre sous TARV tout patient infecté par le VIH qui présente une tuberculose active ?

- Oui
- Non
- Autre

Veillez fournir des commentaires si vous choisissez Autre.

8. Les directives nationales recommandent-elles le TARV pour tous les patients séropositifs infectés par l'hépatite B et souffrant d'une maladie grave du foie ?

- Oui
- Non
- Autre

Veillez fournir des commentaires si vous choisissez Autre.

9. Les directives nationales recommandent-elles de mettre sous TARV tout partenaire infecté par le VIH dans un couple sérodiscordant ?

- Oui
- Non
- Autre

Veillez fournir des commentaires si vous choisissez Autre.

10. Les directives nationales recommandent-elles de traiter les personnes séropositives identifiées comme les populations clés* indépendamment du nombre de cellules CD4 ? (Notez que ce n'est pas actuellement une recommandation dans les directives consolidées de 2013 sur les ARV)

- Oui
- Non

Si oui, veuillez spécifier la ou les population(s) clé(s).

11. Pour quelles populations un TARV à l'initiative d'une infirmière est autorisé ?

- Adultes non enceintes (hommes, femmes et transgenres)
- Femmes enceintes
- Adolescents (10-19 ans)
- Enfants < 10 ans
- Aucun

P.1 Questions intéressant les politiques et les programmes

Traitement antirétroviral Schéma thérapeutique :

12. Dans les directives nationales, la combinaison TDF/3TC ou (FTC)/EFV (est-elle l'association d'ARV de 1ère intention privilégiée pour :
- L'adulte et l'adolescent : Oui/Non/Autre
Veillez fournir des commentaires si vous choisissez Autre.
 - Femmes enceintes : Oui/Non/Autre
Veillez fournir des commentaires si vous choisissez Autre.
13. Le pays utilise-t-il de préférence des associations d'ARV en doses fixes ? (plusieurs réponses possibles)
- Oui, un seul comprimé une fois par jour
 Oui, 2 FDC + 1 médicament
 Non
 Autre
Veillez fournir des commentaires si vous choisissez Autre.
14. Existe-t-il une politique d'arrêt progressif de l'utilisation du D4T ?
- Adultes et adolescents
- Oui, entièrement arrêté
 Oui, partiellement arrêté
 Autre :
Veillez fournir des commentaires si vous choisissez Autre.
- Enfants
- Oui entièrement arrêté
 Oui partiellement arrêté
 Autre
Veillez fournir des commentaires si vous choisissez Autre.
15. Dans les directives nationales, la combinaison AZT/3TC (ou FTC)/ATV/r (ou LPV/r) est-elle l'association d'ARV de 2ème intention privilégiée pour l'adulte et l'adolescent ?
- Oui
 Non
 Autre
Veillez fournir des commentaires si vous choisissez Autre.
16. Quel est l'INTI privilégié chez l'enfant âgé de moins de 3 ans ?
- Abacavir (ABC)
 Zidovudine (AZT)
 Stavudine (d4T)
 Autre (préciser_____)

P.1 Questions intéressant les politiques et les programmes

- Traitement antirétroviral**
17. Dans les directives nationales, les schémas thérapeutiques à base de LPV/r sont-ils les schémas privilégiés chez le nourrisson et chez l'enfant âgé de moins de 36 mois (quels que soient les antécédents d'exposition antérieure à un INNTI) ?
_____ Oui, pour tous
_____ Non, mais recommandé seulement pour les nourrissons ayant été exposés à un INNTI
_____ Non recommandé
18. L'éfavirenz (EFV) est-il l'INNTI privilégié recommandé pour la mise en route du traitement chez l'enfant âgé de 3 ans ou plus ?
_____ Oui
_____ Non
_____ Autre (préciser _____)
19. Quelle est la base d'INTI recommandée chez l'enfant âgé de 3 à 10 ans ?
_____ TDF + 3TC (ou FTC)
_____ AZT + 3TC (ou FTC)
_____ ABC + 3TC (ou FTC)
_____ Autre (préciser _____)
20. Quelle est la base d'INTI recommandée chez l'adolescent pesant plus de 35 kg et âgé d'au moins 10 ans ?
_____ TDF + 3TC (ou FTC)
_____ AZT + 3TC (ou FTC)
_____ ABC + 3TC (ou FTC)
_____ Autre (préciser _____)

Suivi-réponse thérapeutique

21. La technologie de mesure du nombre de CD4 sur le lieu de soins est-elle utilisée dans le pays ?
_____ Oui _____ Non
- a. Si oui, quelle proportion des hôpitaux de district dispose de la mesure du nombre de CD4 sur le lieu de soins ?
Donner une estimation ----- %
- b. Quelle proportion des structures de soins de santé primaire dispose de la mesure du nombre de CD4 sur le lieu de soins pour effectuer ce test à leurs propres patients (que le test soit réalisé sur place ou en dirigeant les patients sur un centre spécialisé à proximité) ?
Donner une estimation ----- %

P.1 Questions intéressant les politiques et les programmes

- Traitement antirétroviral**
22. Quelle est la politique nationale en cours et le taux d'exécution relativement à la charge virale ?
- a. Politique relative à la charge virale pour les adultes et le taux d'exécution :
- Oui, mise en place progressive, fournir une date
 - Oui, intégralement, fournir une date
 - Non mise en œuvre
- b. Politique relative à la charge virale pour les adolescents et le taux d'exécution :
- Oui, mise en place progressive, fournir une date
 - Oui, intégralement, fournir une date
 - Non mise en œuvre
- c. Politique relative à la charge virale pour les enfants et le taux d'exécution :
- Oui, mise en place progressive, fournir une date
 - Oui, intégralement, fournir une date
 - Non mise en œuvre
23. Quelle est la stratégie de dépistage de la charge virale pour la surveillance de la réponse au traitement ? Pour chaque :
- a. adulte :
- Premier test de routine à : 3 mois/6 mois/12 mois
 - Puis un examen de suivi chaque : 3 mois/6 mois/12 mois
 - Ciblée (sur la base d'une non-réponse présumée au TARV) : Oui/Non
- b. adolescent :
- Premier test de routine à : 3 mois/6 mois/12 mois
 - Puis un examen de suivi chaque : 3 mois/6 mois/12 mois
 - Ciblée (sur la base d'une non-réponse présumée au TARV) : Oui/Non
- c. enfant :
- Premier test de routine à : 3 mois/6 mois/12 mois
 - Puis un examen de suivi chaque : 3 mois/6 mois/12 mois
 - Ciblée (sur la base d'une non-réponse présumée au TARV) : Oui/Non
24. Quelle est la recommandation pour le suivi de la charge virale pour :
- a. l'adulte ?
- Suivi de routine de la CV/CV ciblée/Aucune recommandation/Autre :
(Préciser: _____)
- b. l'adolescent ?
- Suivi de routine de la CV/CV ciblée/Aucune recommandation/Autre :
(Préciser: _____)
- c. l'enfant ?
- Suivi de routine de la CV/CV ciblée/Aucune recommandation/Autre :
(Préciser: _____)

P.1 Questions intéressant les politiques et les programmes

Traitement antirétroviral Prestation de services :

25. Parmi les modalités de prestation de services suivantes, lesquelles font partie de la politique nationale en matière de TARV ? Préciser :

a. Adultes ?

_____ Fourniture d'un TARV dans les consultations de prise en charge de la tuberculose par les prestataires de soins en charge des patients atteints de tuberculose

_____ Fourniture d'un traitement antituberculeux dans les services de TARV par les prestataires de soins en charge du TARV

_____ Fourniture d'un TARV dans les consultations de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant par les prestataires de ces consultations

_____ Fourniture d'un TARV dans les sites où est fourni un traitement de substitution aux opioïdes

_____ Agents de santé communautaires participant au soutien des patients sous TARV

_____ Autre, veuillez préciser :

b. Enfants ?

_____ Fourniture d'un TARV dans les consultations de prise en charge de la tuberculose par les prestataires de soins en charge des patients atteints de tuberculose

_____ Fourniture d'un traitement antituberculeux dans les services de TARV par les prestataires de soins en charge du TARV

_____ Fourniture d'un TARV dans les consultations de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant par les prestataires de ces consultations

_____ Fourniture d'un TARV dans les sites où est fourni un traitement de substitution aux opioïdes

_____ Agents de santé communautaires participant au soutien des patients sous TARV

_____ Autre, veuillez préciser:

26. Quelles sont les politiques en place en matière de coinfection ?

a. Adultes

_____ Traitement préventif par l'isoniazide (TPI) pour les PVIH

_____ Dépistage intensifié des cas de tuberculose chez les PVIH

_____ Lutte antituberculeuse chez les PVIH

_____ Prophylaxie par le cotrimoxazole

_____ Diagnostic et prise en charge de l'hépatite C faisant partie de la prise en charge de l'infection à VIH

_____ Dépistage de l'hépatite B et de l'hépatite C dans les services de TARV

_____ Vaccination contre l'hépatite B dans les services de TARV

_____ Traitement de l'hépatite C dans les services de TARV

_____ Autre

Veuillez préciser:

P.1 Questions intéressant les politiques et les programmes

Traitement antirétroviral

b. Enfants

- _____ Traitement préventif par l'isoniazide (TPI) pour les PVVIH
- _____ Dépistage intensifié des cas de tuberculose chez les PVVIH
- _____ Lutte antituberculeuse chez les PVVIH
- _____ Prophylaxie par le cotrimoxazole
- _____ Diagnostic et prise en charge de l'hépatite C faisant partie de la prise en charge de l'infection à VIH
- _____ Dépistage de l'hépatite B et de l'hépatite C dans les services de TARV
- _____ Vaccination contre l'hépatite B dans les services de TARV
- _____ Traitement de l'hépatite C dans les services de TARV
- _____ Autre

Veuillez préciser :

Prévention de la transmission mère-enfant

1. Disposez-vous d'un plan national d'élimination de la TME du VIH ?
Oui,
si Oui préciser l'objectif/les objectifs chiffré(s) de taux de TME et pour quelle année : _____
Oui,
Si Oui, préciser l'objectif/les objectifs chiffré(s) d'élimination (ex. #cas/pop) et l'année : _____
Non
2. Disposez-vous d'un plan national d'élimination de la TME de la syphilis ?
(1) Oui, intégré avec l'initiative d'élimination de la TME du VIH ou d'une autre élimination
(2) Oui, plan distinct (n'est pas intégré avec l'initiative d'élimination de la TME du VIH ou d'une autre élimination)
(3) Pas de plan national
3. Quels tests sont utilisés pour le dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes dans votre pays?
Indiquer Oui/Non
 - a. En laboratoire non tréponémique (par ex. RPR/VDRL)
 - b. En laboratoire tréponémique (par ex. TPPA, TPHA)
 - c. Tests rapides tréponémiques de la syphilis (p. ex. Bioline, Determine, Chembio, etc.)

P.1 Questions intéressant les politiques et les programmes

Prévention de la transmission mère-enfant

4. Quelle est l'option de PTME recommandée actuellement au niveau national d'après les lignes directrices ou les directives du ministère de la Santé ?
Option A :
Option B : si Oui, depuis quand _____
Option B+ : si Oui, depuis quand _____
 - a. Quelle est la pratique pour l'application de l'Option B + dans le traitement des femmes enceintes séropositives ?
 Non exécuté dans la pratique
 Exécuté dans un petit nombre de services de santé maternelle et infantile
 Exécuté dans un grand nombre de services de santé maternelle et infantile
 Exécuté sur l'ensemble du territoire
 Autre
5. Si l'option A est mise en œuvre, une transition vers l'utilisation de l'option B ou l'option B+ est-elle prévue ?
 - (1) Oui
 - (2) Non
 - (3) Si Oui, en quelle année : _____
6. Quel est le schéma thérapeutique de TARV de première intention actuellement recommandé au niveau national chez la femme enceinte ou la femme allaitante vivant avec le VIH ?
 - (1) TDF/3TC(FTC)/EFV
 - (2) Autre, préciser _____
7. Quel est le schéma de PTME actuellement recommandé au niveau national pour le nourrisson exposé au VIH et quelle est sa durée ?
Schéma de PTME actuellement recommandé au niveau national pour le nourrisson exposé :
Durée
8. Existe-t-il une recommandation nationale relative à l'alimentation du nourrisson pour le nourrisson exposé au VIH ?
 - 1) Oui – allaitement (durée _____ en mois ou non spécifié _____)
 - 2) Oui – alimentation de remplacement
 - 3) Oui – les deux sont recommandés, choix individuel ou en fonction de la situation
 - 4) Non
9. Si l'allaitement est recommandé chez la femme infectée par le VIH et le nourrisson exposé, la durée est-elle précisée ?
 Oui
 Non
Si Oui, préciser la durée en mois : ()

P.1 Questions intéressant les politiques et les programmes

Infections sexuellement transmissibles (IST)

1. Existe-t-il des directives ou des recommandations nationales en matière de traitement des IST ?

Oui,

Non

Si Oui, en quelle année ont-elles été mises à jour pour la dernière fois ?

2. Votre pays a-t-il une stratégie nationale ou un plan d'action de prévention et de contrôle des IST ?

Oui

Non

La surveillance de l'antibiorésistance gonococcique est-elle effectuée dans votre pays ?

Oui, annuellement

Oui, au moins une fois l'an

Non

Populations clés

Lesquelles des populations clés ou des groupes vulnérables sont-ils pris en compte de manière explicite dans les politiques nationales ou les plans nationaux relatifs à l'infection à VIH ? (plusieurs réponses possibles)

adolescents

hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

prisonniers et autres personnes vivant dans des espaces clos

consommateurs de drogues injectables

professionnel(le)s du sexe

personnes transgenres

Avez-vous des estimations de la taille des populations suivantes : (plusieurs réponses possibles)

adolescents

hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

prisonniers et autres personnes vivant dans des zones fermées

consommateurs de drogues injectables

professionnel(le)s du sexe

personnes transgenres

3. Consommateurs de drogues injectables : Parmi les différents éléments suivants faisant partie de l'ensemble d'interventions de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins de l'infection à VIH destiné aux consommateurs de drogues injectables, quels sont ceux qui sont mis en œuvre dans votre pays ?

Indiquer : Oui Non

P.1 Questions intéressant les politiques et les programmes

Populations clés

- a) Programmes d'échange de seringues (NSP)
 - b)i. Thérapie de substitution aux opioïdes (OST)
 - b)ii. Autre traitement de la dépendance aux drogues
 - c) Distribution communautaire de naloxone
 - d) Conseil et dépistage du VIH
 - e) Traitement antirétroviral
 - f) Prévention et traitement des IST
 - g) Programmation complète de préservatif
 - h) Information, éducation et communication ciblées (IEC)
 - i) Vaccination, diagnostic, traitement et prévention de l'hépatite virale
 - j) Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose
4. Prisonniers et autres personnes vivant dans des espaces clos : Parmi les différents éléments suivants faisant partie de l'ensemble d'interventions de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins de l'infection à VIH destiné aux populations clés, quels sont ceux qui sont mis en œuvre dans votre pays ?
Indiquer : Oui ___ Non ___
- a) Programmation élargie en matière d'utilisation de préservatifs et de lubrifiants
 - b) Intervention pour la réduction des risques liés à l'utilisation des substances (par ex. le PSN et OST)
 - c) Interventions comportementales
 - d) Conseil et dépistage du VIH
 - e) Traitement et prise en charge du VIH
 - f) Gestion et prévention de la coinfection et de la comorbidité (hépatite virale, tuberculose, santé mentale)
 - g) Interventions en matière de santé sexuelle et génésique
5. Professionnel(le)s du sexe : Parmi les différents éléments suivants faisant partie de l'ensemble d'interventions de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins de l'infection à VIH destiné aux professionnel(le)s du sexe, quels sont ceux qui sont mis en œuvre dans votre pays ?
Indiquer : Oui ___ Non ___
- a) Programmation élargie en matière d'utilisation de préservatifs et de lubrifiants
 - b) Intervention pour la réduction des risques liés à l'utilisation des substances (par ex. le PSN et OST)
 - c) Interventions comportementales
 - d) Conseil et dépistage du VIH
 - e) Traitement et prise en charge du VIH
 - f) Gestion et prévention de la coinfection et de la comorbidité (hépatite virale, tuberculose, santé mentale)
 - g)i. Traitement des IST symptomatiques
 - g)ii. Dépistage des IST symptomatiques
 - g)iii. Traitement présomptif périodique des IST

P.1 Questions intéressant les politiques et les programmes

Populations clés

6. Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : Parmi les différents éléments suivants faisant partie de l'ensemble d'interventions de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins de l'infection à VIH destiné aux populations clés, quels sont ceux qui sont mis en œuvre dans votre pays ?
Indiquer : Oui___ Non___
- a) Programmation élargie en matière d'utilisation de préservatifs et de lubrifiants
 - b) Intervention pour la réduction des risques liés à l'utilisation des substances (par ex. le PSN et OST)
 - c) Interventions comportementales
 - d) Conseil et dépistage du VIH
 - e) Traitement et prise en charge du VIH
 - f) Prophylaxie avant exposition
 - g) Prévention et gestion de la coinfection et de la comorbidité (hépatite virale, tuberculose, santé mentale)
 - h)i. Traitement des IST symptomatiques
 - h)ii. Dépistage des IST asymptomatiques
7. Personnes transgenres : Parmi les différents éléments suivants faisant partie de l'ensemble d'interventions de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins de l'infection à VIH destiné aux populations clés, quels sont ceux qui sont mis en œuvre dans votre pays ?
Indiquer : Oui___ Non___
- a) Programmation élargie en matière d'utilisation de préservatifs et de lubrifiants
 - b) Intervention pour la réduction des risques liés à l'utilisation des substances (par ex. le PSN et OST)
 - c) Interventions comportementales
 - d) Conseil et dépistage du VIH
 - e) Traitement et prise en charge du VIH
 - f) Prophylaxie avant exposition
 - g) Prévention et gestion de la coinfection et de la comorbidité (hépatite virale, tuberculose, santé mentale)
 - g)i. Traitement des IST symptomatiques
 - g)ii. Dépistage des IST asymptomatiques

P.1 Questions intéressant les politiques et les programmes

Circoncision masculine (pour 14 pays seulement)

1. Quels sont les échéances et les objectifs chiffrés actuels en termes d'âge et de nombre en matière de circoncision masculine médicale volontaire ?
Âge cible : ____
Année cible : ____
2. Quel est le statut de la planification opérationnelle et du suivi ? (plusieurs réponses possibles)
Un plan opérationnel existe pour 2015
L'évaluation annuelle des services des programmes de circoncision masculine a été menée : ____ Si Oui, préciser en quelle année : ____
Le comité de gestion du programme de prévention du VIH intervient/(dispose d'un plan de travail) en matière de santé des adolescents

Un comité de gestion du GTT/Comité d'examen des effets indésirables est créé
3. Quelles sont les méthodes de circoncision médicales qui sont recommandées/approuvées par le programme national ?
Méthodes chirurgicales conventionnelles (fente dorsale, circoncision à la pince, résection du manchon) (donner des précisions sur l'âge)
Une méthode présélectionnée utilisant un dispositif a été approuvée, préciser :

PrEP et PEP

1. Le PrEP est-il fourni dans le pays ?
____ Oui
Si Oui, préciser pour qui :
____ Non
2. Le PEP est-il fourni dans le pays ?
____ Oui
Si Oui, préciser pour qui :
____ Non
3. Quels médicaments sont recommandés pour
a. Adultes et adolescents: Veuillez préciser
b. Enfants: Veuillez préciser
4. Nombre d'ordonnances (pour l'année concernée)
a. Adultes et adolescents
b. Enfants
5. Veuillez donner la (les) raison(s) pour les prescriptions (professionnelle, non professionnelle, etc.)

P.1 Questions intéressant les politiques et les programmes

- Surveillance** Une surveillance des populations particulières est-elle réalisée dans le pays ?
Si Oui, tous les __ ans, nombre de sites __, dernière enquête réalisée en __
(i) femmes qui consultent dans les services de soins prénatals ?
(ii a) professionnel(le)s du sexe ?
(ii b) consommateurs de drogues injectables ?
(ii c) hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ?
(ii d) personnes transgenres ?
(ii e) prisonniers et autres personnes vivant dans des espaces clos ?
(iii) Autres populations spécifiques (préciser _____) ?
- Suivi et évaluation** Quel est le statut actuel de la planification du suivi et de l'évaluation de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida ?
Un plan national de suivi et d'évaluation existe : année de la dernière mise à jour __
Le système de suivi et d'évaluation a été passé en revue : année du dernier passage en revue, préciser ____
Une revue du système de suivi et d'évaluation est prévue : année __, préciser ____
- Résistance du VIH aux antirétroviraux** Au cours des deux dernières années, le pays a-t-il surveillé la pharmacorésistance du VIH suivant les protocoles de l'OMS?
pour chacun : __Oui __Non
Si Oui, quelle est l'année de la dernière en date____
a. Enquêtes sur la résistance du VIH aux ARV avant la mise en route du TARV
b. Enquêtes sur la résistance du VIH aux ARV acquise
c. Enquêtes sur la résistance du VIH aux ARV chez l'enfant
d. Enquête sur la performance clinique au moyen des Indicateurs d'alerte précoce de la pharmacorésistance du VIH
- Surveillance du suivi de la toxicité** 1. À l'exclusion des approches de pharmacovigilance passives, un effort systématique est-il déployé pour surveiller la toxicité des ARV dans le pays ?
__Oui __Non
2. Si Oui, quelles démarches sont actuellement en usage [possibilité de choix multiples]
__ déclaration des toxicités par sites sentinelles
__ surveillance active dans les cohortes créées pour évaluer un éventail de résultats du traitement
__surveillance active dans les cohortes créées uniquement pour surveiller la toxicité
__registre des grossesses
__surveillance des malformations congénitales
__suivi des couples mère-enfant pendant l'allaitement maternel

P.1 Questions intéressant les politiques et les programmes

Planification et examen stratégiques

Le cas échéant, veuillez fournir les dates suivantes:

1. Analyse épidémiologique :
 - a. Quand a été effectuée la dernière analyse épidémiologique ?
 - b. Quand est prévue la prochaine analyse épidémiologique ?

2. Analyse des écarts programmatiques et financiers:
 - a. Quand a été effectuée la dernière analyse des écarts programmatiques et financiers?
 - b. Quand est prévue la prochaine analyse des écarts programmatiques et financiers ?

3. Quel est le statut de l'élaboration du Programme national de lutte contre le VIH et le sida (qui inclut l'infection à VIH dans le secteur de la santé) ?
 Le plan stratégique national de lutte contre le VIH (secteur de la santé) est en place ; il est en cours depuis : (année) jusqu'en (année)
 L'examen du programme de lutte contre le VIH (secteur de la santé) a été réalisé au cours de l'année ___ ;
Veuillez préciser.
 Le prochain examen du programme de lutte contre le VIH (secteur de la santé) est prévu pour : () (année)

4. Les éléments suivants sont-ils pris en compte dans la stratégie nationale actuelle de lutte contre le VIH (secteur de la santé) :
 - a. parvenir à un accès universel au TARV
 - b. collaboration entre les services de lutte contre le VIH et les autres services, notamment les services de santé génésique
 - c. renforcement des systèmes de santé
 - d. réduction des inégalités

Santé génésique et recherche

Dans votre pays, disposez-vous de points de prestation de services où sont fournis des soins médicaux et psychologiques et un soutien adaptés aux femmes et aux hommes victimes de viol ou d'inceste ?

Les soins médicaux et psychologiques et le soutien adaptés comprennent et suivent les recommandations des lignes directrices cliniques et politiques de l'OMS qui se trouvent dans le document *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women* (2013) :

- Apport d'un soutien de premier niveau ou de ce qui est appelé « premiers secours psychologiques »
- Fourniture d'une contraception d'urgence aux femmes qui ont recours aux services dans les cinq jours
- Proposition d'un avortement sécurisé aux femmes enceintes du fait d'un viol, conformément aux lois en vigueur dans le pays
- Fourniture d'une prophylaxie post-exposition des IST et de l'infection à VIH (dans les 72 heures qui suivent une agression sexuelle)

Oui

Non

ANNEXE 1. INDICATEURS VIH/HÉPATITE (EURO ET PAHO)

EURO15/PAHO1 Prévalence de l'hépatite B chez les adultes et enfants soignés pour le VIH	
Fondement	Les patients atteints du VIH sont souvent co-infectés par le VHB, notamment dans la Région européenne de l'OMS, en raison des modes de transmission similaires entre le VIH et le VHB. Le dépistage du VHB informe sur la stratégie des médecins en matière de gestion des patients (recommander la vaccination contre l'hépatite B des patients non infectés et non vaccinés, ou encore une évaluation approfondie et le traitement de l'hépatite B). Cela fait partie d'une approche globale de la gestion des PVVIH encouragée dans la Région européenne de l'OMS.
Objet	Cet indicateur mesure le nombre de personnes vivant avec le VIH inscrites à des soins de l'infection à VIH qui ont été dépistées à l'AgHBs dans le but de répondre aux besoins de santé des patients en ce qui concerne l'hépatite B.
Numérateur	Nombre d'adultes et d'enfants séropositifs recevant des soins de l'infection du VIH qui ont été soumis à un dépistage de l'hépatite B via des tests AgHBs au cours de l'année de référence.
Méthodes et instruments de mesure	Calculé à partir des dossiers cliniques des établissements de soins de santé qui fournissent le traitement du VIH/sida et des soins correspondants.
Ventilation	Résultat d'analyse : Positif à AgHBs
Atouts et faiblesses	La force de cet indicateur est qu'il permet aux pays de suivre la mesure dans laquelle les patients infectés par le VIH sont dépistés pour l'hépatite B - une intervention qui est essentielle pour évaluer les besoins supplémentaires liés à la gestion de l'hépatite B. La présence de AgHBs pour un minimum de six mois indique une hépatite B chronique et informe les cliniciens sur la nécessité d'une évaluation clinique et en laboratoire plus approfondie et d'un traitement. Connaître le statut VIH/hépatite B permet de prescrire des ARV qui sont efficaces à la fois contre le VHB et le VIH.
Autres facteurs à prendre en compte	Des informations supplémentaires concernant le nombre d'adultes et d'enfants pris en charge pour le VIH et ayant été dépistés pour l'hépatite B qui ont été diagnostiqués avec l'hépatite B au cours de la période de référence sont également demandées dans le cadre de cet indicateur. Ces données permettent d'évaluer l'accès au traitement chez ceux qui en ont besoin.
Utilisation des données	Observer les tendances au fil du temps. Informations pratiques pour la gestion clinique et le contrôle de la qualité dans la gestion des patients.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Représentativité nationale : Si cet indicateur n'est produit que dans un sous-ensemble d'établissements, ajouter un commentaire sur la source de l'information, la taille de l'échantillon et indiquer si l'information est représentative de tous les sites qui fournissent le traitement et la prise en charge du VIH/sida.

EURO16/PAHO2 Pourcentage de cas de séropositifs testés positifs à l'hépatite B éligibles pour le traitement de l'hépatite B qui ont reçu un traitement pour l'hépatite B et le VIH

Fondement	Les patients atteints du VIH sont souvent co-infectés par le VHB, en raison des modes de transmission similaires entre le VIH et le VHB. Les taux de co-infection sont particulièrement élevés dans la Région européenne de l'OMS où une forte proportion des infections à VIH est liée à la consommation de drogues injectables. Le traitement de l'hépatite B chez les PVVIH a un impact sur la qualité de vie, l'espérance de vie et la mortalité des patients. Certains médicaments antirétroviraux sont efficaces à la fois contre le VIH et le VHB, ce qui simplifie le traitement des patients co-infectés.
Objet	Cet indicateur mesure le nombre de patients co-infectés au VHB/VIH recevant un traitement pour l'hépatite B et le VIH avec des ARV efficaces pour les deux virus chez les patients inscrits dans les soins de l'infection du VIH chez qui la progression de la maladie de l'hépatite a été évaluée et qui ont été jugés éligibles au traitement.
Numérateur	Nombre de séropositifs souffrant d'hépatite B éligibles au traitement de l'hépatite B et du VIH ayant reçu un traitement pour l'hépatite B et le VIH aux ARV efficaces pour les deux virus pendant l'année de référence.
Dénominateur	Nombre de séropositifs souffrant d'hépatite B qui étaient éligibles au traitement de l'hépatite B et du VIH au cours de l'année de référence.
Méthodes et instruments de mesure	Le numérateur et le dénominateur sont calculés à partir des dossiers cliniques des établissements de soins de santé qui fournissent le traitement du VIH/sida et des soins correspondants.
Ventilation	Aucune sollicitée
Atouts et faiblesses	La force de cet indicateur est qu'il fournit des informations sur la charge de morbidité de l'hépatite B chez les PVVIH. Il permet également le suivi de l'accès au traitement de l'hépatite B pour les PVVIH co-infectées par le VHB qui sont éligibles au traitement.
Utilisation des données	Observer les tendances au fil du temps. Informations pratiques pour la gestion clinique et contrôle de la qualité dans la gestion des patients.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Représentativité nationale : Si cet indicateur n'est produit que dans un sous-ensemble d'établissements, ajouter un commentaire sur la source de l'information, la taille de l'échantillon et indiquer si l'information est représentative de tous les sites qui fournissent le traitement et la prise en charge du VIH/sida.

EURO17/PAHO3 Nombre d'adultes et d'enfants dans les soins du VIH qui ont été dépistés pour l'hépatite C

Fondement	Les patients atteints du VIH sont souvent co-infectés par le VHC, notamment dans la Région européenne de l'OMS, en raison des mêmes modes de transmission du VIH et du VHC. Le dépistage du VHC informe sur la stratégie des médecins en matière de gestion des patients (évaluation approfondie et traitement de l'hépatite C si indiqué ou sur des conseils sur la façon de minimiser les risques d'infection par le VHC dans le futur). Cela fait partie d'une approche globale de la gestion des PVVIH encouragée dans la Région européenne de l'OMS.
Objet	Cet indicateur mesure le nombre de personnes vivant avec le VIH inscrites à des soins du VIH qui ont été dépistées au VHC a/b dans le but de répondre aux besoins de santé des patients en ce qui concerne l'hépatite C.
Numérateur	Nombre d'adultes et d'enfants recevant des soins de l'infection du VIH qui ont été soumis à un dépistage de l'hépatite C via des tests VHC a/b au cours de l'année de référence.
Méthodes et instruments de mesure	Calculé à partir des dossiers cliniques des établissements de soins de santé qui fournissent le traitement du VIH/sida et des soins correspondants.
Ventilation	Résultat d'analyse : Positif au VHC
Atouts et faiblesses	La force de cet indicateur est qu'il permet aux pays de suivre la mesure dans laquelle les patients infectés par le VIH sont dépistés pour l'hépatite B - une intervention qui est essentielle pour évaluer les besoins supplémentaires liés à la gestion de l'hépatite C. La présence du VHC a/b offre des informations sur les taux de co-infection VIH/VHC, informe les cliniciens sur le besoin d'une évaluation clinique et en laboratoire plus approfondie et d'un traitement.
Autres facteurs à prendre en compte	Des informations supplémentaires concernant le nombre d'adultes et d'enfants pris en charge pour le VIH, ayant été soumis à un dépistage de l'hépatite C et qui ont été diagnostiqués avec l'hépatite C au cours de la période de référence sont également demandées dans le cadre de cet indicateur. Ces données permettent d'évaluer l'accès au traitement chez ceux qui en ont besoin.
Utilisation des données	Observer les tendances au fil du temps. Informations pratiques pour la gestion clinique et contrôle de la qualité dans la gestion des patients.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports Représentativité nationale : Si cet indicateur n'est produit que dans un sous-ensemble d'établissements, ajouter un commentaire sur la source de l'information, la taille de l'échantillon et indiquer si l'information est représentative de tous les sites qui fournissent le traitement et la prise en charge du VIH/sida.

EURO18/PAHO4 Pourcentage de séropositifs souffrant d'hépatite C, éligibles pour le traitement de l'hépatite C, qui ont reçu un traitement pour l'hépatite C

Fondement	Les patients atteints du VIH sont souvent co-infectés par le VHC, en raison des modes de transmission similaires entre le VIH et le VHC. Les taux de co-infection sont particulièrement élevés dans la Région européenne de l'OMS où une forte proportion des infections à VIH est liée à la consommation de drogues injectables. Le traitement de l'hépatite C chez les PVVIH a un impact sur la qualité de vie, l'espérance de vie et la mortalité des patients.
Objet	Cet indicateur mesure le nombre de patients co-infectés au VHC/VIH recevant un traitement pour l'hépatite C parmi les patients inscrits dans les soins de l'infection du VIH chez qui la progression de la maladie de l'hépatite a été évaluée et qui ont été jugés éligibles au traitement.
Numérateur	Nombre de séropositifs atteints d'hépatite C, éligibles pour le traitement de l'hépatite C, qui ont reçu un traitement de l'hépatite C lors de l'année de référence
Dénominateur	Nombre de séropositifs atteints d'hépatite C qui étaient éligibles au traitement de l'hépatite C et du VIH au cours de l'année de référence.
Méthodes et instruments de mesure	Le numérateur et le dénominateur sont calculés à partir des dossiers cliniques des établissements de soins de santé qui fournissent le traitement du VIH/sida et des soins correspondants.
Ventilation	Aucune sollicitée
Atouts et faiblesses	La force de cet indicateur est qu'il fournit des informations sur la charge de morbidité de l'hépatite C chez les PVVIH. Il permet également le suivi de l'accès au traitement de l'hépatite C pour les PVVIH co-infectées par le VHC qui sont éligibles au traitement.
Utilisation des données	Observer les tendances au fil du temps. Informations pratiques pour la gestion clinique et contrôle de la qualité dans la gestion des patients.
Contrôle de la qualité des données et informations pour remplir l'outil d'enregistrement des rapports	Représentativité nationale : Si cet indicateur n'est produit que dans un sous-ensemble d'établissements, ajouter un commentaire sur la source de l'information, la taille de l'échantillon et indiquer si l'information est représentative de tous les sites qui fournissent le traitement et la prise en charge du VIH/sida.



ONUSIDA
Programme commun des
Nations Unies sur le VIH/sida

20 Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666

unaids.org