

ONUSIDA 2024
ORIENTATIONS

Suivi mondial de la lutte contre le sida 2025

Indicateurs et questions pour le suivi des progrès de
la Déclaration politique sur le VIH et le sida de 2021

Contenu

Résumé des composantes du suivi mondial de la lutte contre le sida 2025	6
Introduction	9
Contexte	9
Objectif	10
Résumé des modifications apportées à l'ensemble d'indicateurs pour le rapport 2025	11
Processus de rapport	13
Organisations dirigées par les populations clés	28
Les indicateurs	31
1.1 Incidence du VIH	31
1.2 Estimations de la taille des populations clés (A–E)	33
1.3 Prévalence du VIH parmi les populations clés (A–E)	35
1.4 Dépistage du VIH et connaissance du statut sérologique parmi les populations clés (A–D)	37
1.5A Utilisation du préservatif parmi les professionnel(le)s du sexe	39
1.5B Utilisation du préservatif chez les hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	41
1.5C Utilisation du préservatif parmi les personnes qui s'injectent des drogues	43
1.5D Utilisation du préservatif parmi les personnes transgenres	45
1.6 Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les populations clés (A–D)	47
1.7 Programmes de prévention du VIH dans les prisons	49
1.8 Pratiques d'injections à moindre risque parmi les personnes qui s'injectent des drogues	50
1.9 Aiguilles et seringues distribuées par personne qui s'injecte des drogues	52
1.10 Couverture du traitement d'entretien par agonistes opioïdes	54
1.11 Personnes ayant reçu un traitement prophylactique préexposition	55
1.12 Prévalence de la circoncision masculine	57
1.13 Nombre annuel d'hommes circoncis volontairement	59
1.14 Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque	61
1.15 Nombre annuel de préservatifs distribués	62
1.16 Les jeunes : connaissances des jeunes en matière de prévention du VIH	64

Les estimations modélisées du VIH à l'aide du logiciel Spectrum sont attendues pour le 31 mars 2025.

Veuillez utiliser le site Web de suivi mondial du sida (aidsreportingtool.unaids.org) pour soumettre vos données d'indicateur avant le 31 mars 2025.

2.1	Personnes vivant avec le VIH et connaissant leur statut sérologique	65
2.2	Personnes vivant avec le VIH sous thérapie antirétrovirale	67
2.3	Personnes vivant avec le VIH dont la charge virale a été supprimée	69
2.4	Infection par le VIH à un stade avancé et diagnostic tardif de l'infection par le VIH	72
2.5	Volume de dépistage et résultats positifs	74
2.6	Couverture du traitement antirétroviral parmi les personnes vivant avec le VIH au sein des populations clés (A–E)	76
2.7	Mortalité due au sida	78
2.8	Prise en charge de l'infection cryptococcique	79
3.1	Dépistage du VIH chez les femmes enceintes	81
3.2	Diagnostic infantile précoce	83
3.3	Transmission verticale du VIH	85
3.4	Prévention de la transmission verticale du VIH	87
3.5	Syphilis chez les femmes enceintes	89
3.6	Taux de syphilis congénitale (naissances vivantes et mortinaissances)	91
3.7	Virus de l'hépatite B chez les femmes enceintes bénéficiant de services de consultations prénatales	92
4.1	Expérience de la violence physique et/ou sexuelle parmi les populations clés	94
4.2	Attitudes à l'égard de la violence contre les femmes	96
4.3	Réponse au genre des services de VIH	98
6.1	Attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH	100
6.2	Stigmatisation internalisée signalée par les personnes vivant avec le VIH	102
6.3	Stigmatisation et discrimination subies par les personnes vivant avec le VIH dans les milieux communautaires	104
6.4	Expérience de la discrimination liée au VIH dans les établissements de soins de santé	106
6.5	Stigmatisation et discrimination vécues par les populations clés (A –D)	108
6.6	Évitement des services de santé parmi les populations clés à cause de la stigmatisation et de la discrimination au cours des 12 derniers mois (A –D)	110
6.7	Personnes vivant avec le VIH cherchant une voie de recours pour la violation de leurs droits	112
6.8	Attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH parmi le personnel des établissements de santé	114
6.9	Attitudes discriminatoires à l'égard des populations clés parmi le personnel des établissements de santé (A-D)	116
6.10	Attitudes discriminatoires de la police à l'égard des populations clés (A-D)	118

7.1	Hépatite virale parmi les populations clés	120
7.2	Prise en charge de l'hépatite virale C	121
7.3	Prévalence de la syphilis parmi les populations clés (A, B, D)	123
7.4	Hommes présentant un écoulement urétral	125
7.5	Gonorrhée chez les hommes	126
7.6	Co-gestion du traitement de la tuberculose et du VIH	127
7.7	Personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrits a le traitement antiretrovirale atteintes d'une tuberculose active	129
7.8	Personnes vivant avec le sous traitement antiretrovirale et ayant débuté un traitement de prévention de la tuberculose	130
7.9	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral qui ont terminé un traitement préventif de la tuberculose parmi celles qui ont commencé un tel traitement	132
7.10	Nombre de femmes vivant avec le VIH ayant bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus, quel que soit le test utilisé.	134
7.11	Traitement du précancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH	136
7.12	Traitement du cancer invasif du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH	137
7.13	Personnes vivant avec le VIH bénéficiant d'une distribution multimensuelle de médicaments antirétroviraux	138
7.14	Couverture des modèles de prestation de services différenciés de thérapie antirétrovirale parmi les personnes vivant avec le VIH qui suivent actuellement une thérapie antirétrovirale	140
7.15	Suppression de la charge virale chez les personnes vivant avec le VIH et bénéficiant de modèles de thérapie antirétrovirale à prestation de services différenciée	142
8.1	Budget national public pour la riposte face au VIH	144
8.2	Antirétroviraux et autres régimes liés au VIH : prix unitaires et volume	145
8.3	Dépenses de lutte contre le VIH en fonction de l'origine des ressources	146
	Directives pour remplir l'instrument de suivi des politiques et des engagements nationaux (NCPI) intermédiaire en 2025	150

Outil de suivi des politiques et des engagements nationaux (NCPI) intermédiaire	157
1. Prévention combinée pour tous	157
2. 95–95–95 pour le dépistage et le traitement du VIH	159
3. Mettre fin au sida pédiatrique et éliminer la transmission verticale	176
4. L'égalité des genres et l'autonomisation des femmes et des filles	182
5. Leadership communautaire	183
6. Réaliser les droits de l'homme et éliminer la stigmatisation et la discrimination	186
7. Couverture sanitaire universelle et intégration	187
8. Données, science et innovation	190
 Enquête de l'OMS sur les médicaments et les diagnostics pour le SIDA concernant l'utilisation des médicaments antirétroviraux et des technologies de laboratoire et la mise en œuvre des lignes directrices de l'OMS	 193
 Annexe 1. Bibliographie sélective	 205
 Annexe 2. Niveaux escomptés du budget national public affecté au VIH	 206
 Annexe 3. Volume et prix unitaires des médicaments antirétroviraux et autres régimes liés au VIH achetés et distribués	 207
 Annexe 4. Grille de financement national de l'indicateur 8.3 : Dépenses liées au VIH en fonction de l'origine des ressources	 209
 Annexe 5. Conseils supplémentaires pour l'élaboration des indicateurs Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida sur le VIH et la tuberculose 7.6–7.9	 215
 Annexe 6. Suivi mondial du sida 2025 Instrument d'engagement national et de politique intermédiaire (NCPI) – Orientations sur les questions relatives à la loi	 216

Résumé des composantes du suivi mondial de la lutte contre le sida 2025

Engagements de la Déclaration politique sur le sida de 2021

Numéro de l'indicateur

↓
Nom abrégé de l'indicateur
↓

Réduire le nombre annuel de personnes nouvellement infectées par le VIH

1.1 Incidence du VIH

Réduire le nombre annuel de personnes qui meurent de causes liées au sida

2.7 Mortalité liée au sida

1. Mise en oeuvre efficace de la prévention combinée du VIH

1.2 Estimations de la taille des populations clés (professionnel(le)s du sexe, hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, personnes qui s'injectent des drogues, personnes transgenres et prisonniers et autres personnes incarcérées)

1.3 Prévalence du VIH parmi les populations clés (professionnel(le)s du sexe, hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, personnes qui s'injectent des drogues, personnes transgenres et prisonniers et autres personnes incarcérées)

1.4 Dépistage du VIH et connaissance de son statut parmi les populations clés (professionnel(le)s du sexe, hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, personnes qui s'injectent des drogues, personnes transgenres)

1.5 Utilisation du préservatif parmi les populations clés (professionnel(le)s du sexe, hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, personnes qui s'injectent des drogues, personnes transgenres)

1.6 Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les populations clés (professionnel(le)s du sexe, hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, personnes qui s'injectent des drogues, personnes transgenres)

1.7 Programmes de prévention du VIH dans les prisons et autres milieux fermés

1.8 Pratiques d'injections à moindre risque parmi les personnes qui s'injectent des drogues

1.9 Aiguilles et seringues distribuées par personne qui s'injecte des drogues

Numéro de l'indicateur

↓
Nom abrégé de l'indicateur
↓

1.10 Couverture du traitement d'entretien par agoniste opioïde

1.11 Personnes recevant un traitement prophylactique pré-exposition

1.12 Prévalence de la circoncision masculine

1.13 Nombre annuel d'hommes circoncis volontairement

1.14 Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque

1.15 Nombre annuel de préservatifs distribués

1.16 Les jeunes : connaissances des jeunes en matière de prévention du VIH

2. Dépistage du VIH, traitement et suppression de la charge virale

2.1 Personnes vivant avec le VIH et connaissant leur statut sérologique

2.2 Personnes vivant avec le VIH et sous thérapie antirétrovirale

2.3 Personnes vivant avec le VIH dont la charge virale a été supprimée

2.4 Infection par le VIH à un stade avancé et diagnostic tardif de l'infection par le VIH

2.5 Volume de dépistage et résultats positifs

2.6 Couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les personnes vivant avec le VIH parmi les populations clés

2.8 Prise en charge de l'infection cryptococcique

3. Transmission verticale du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B

3.1 Dépistage du VIH chez les femmes enceintes

3.2 Diagnostic précoce chez le nourrisson

3.3 Transmission verticale du VIH

3.4 Prévenir la transmission verticale du VIH¹

3.5 Syphilis chez les femmes enceintes

3.6 Taux de syphilis congénitale

3.7 L'hépatite B chez les femmes enceintes

¹ Dans le présent document, la transmission verticale comprend la transmission à l'enfant qui se produit pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. Dans le présent document, la « transmission verticale » est utilisée comme une alternative neutre et non stigmatisante à la transmission « mère-enfant ».

Numéro de l'indicateur

↓ Nom abrégé de l'indicateur



4. **Égalité des sexes et autonomisation des femmes et des filles**
 - 4.1 Expérience de violence physique et/ou sexuelle parmi les populations clés (professionnel(le)s du sexe, hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, personnes qui s'injectent des drogues, personnes transgenres)
 - 4.2 Nouveaux Attitudes à l'égard de la violence contre les femmes
 - 4.3 Réponse au genre des services de VIH
5. **Leadership communautaire**

Une mesure du leadership communautaire dans les programmes de prévention combinés pour les populations clés est prise en compte dans l'indicateur 1.6, et pour des éléments spécifiques des programmes de réduction des méfaits pour les personnes qui s'injectent des drogues dans les indicateurs 1.9 et 1.10. Pour plus de détails, voir page 34
6. **Réaliser les droits de l'homme et éliminer la stigmatisation et la discrimination**
 - 6.1 Attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH
 - 6.2 Stigmatisation internalisée signalée par les personnes vivant avec le VIH
 - 6.3 Stigmatisation et discrimination subies par les personnes vivant avec le VIH dans les milieux communautaires
 - 6.4 Expérience de la discrimination liée au VIH dans les établissements de soins de santé
 - 6.5 Stigmatisation et discrimination vécues par les populations clés
 - 6.6 Évitement des services de santé parmi les populations clés (professionnel(le)s du sexe, hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, personnes qui s'injectent des drogues, personnes transgenres).
 - 6.7 Personnes vivant avec le VIH cherchant une voie de recours contre la violation des droits
 - 6.8 Attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH parmi le personnel des établissements de santé
 - 6.9 Attitudes discriminatoires à l'égard des populations clés parmi le personnel des établissements de santé (professionnel(le)s du sexe, hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, personnes qui s'injectent des drogues, personnes transgenres)
 - 6.10 Attitudes discriminatoires de la police à l'égard des populations clés (professionnel(le)s du sexe, hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, personnes qui s'injectent des drogues, personnes transgenres)

Numéro de l'indicateur

↓ Nom abrégé de l'indicateur



7. **Couverture de santé universelle et intégration**
 - 7.1 Hépatite virale parmi les populations clés
 - 7.2 Prise en charge de l'hépatite virale C
 - 7.3 Prévalence du VIH parmi les populations clés (travailleurs du sexe, homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, personnes qui s'injectent des drogues, personnes transgenres)
 - 7.4 Hommes souffrant d'écoulement urétral
 - 7.5 Blennorragie chez les hommes
 - 7.6 Co-gestion du traitement de la tuberculose et du VIH
 - 7.7 Personnes vivant avec le VIH atteintes d'une tuberculose active
 - 7.8 Personnes vivant avec le VIH et ayant débuté un traitement de prévention de la tuberculose
 - 7.9 Personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral qui ont achevé un protocole de traitement préventif de la tuberculose
 - 7.10 Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH
 - 7.11 Traitement du précancer du col de l'utérus pour les femmes vivant avec le VIH
 - 7.12 Traitement du cancer du col de l'utérus invasif pour les femmes vivant avec le VIH
 - 7.13 Couverture de la distribution multimensuelle de médicaments antirétroviraux
 - 7.14 Couverture des modèles de prestation de services différenciés de thérapie antirétrovirale parmi les personnes vivant avec le VIH qui suivent actuellement une thérapie antirétrovirale
 - 7.15 Suppression de la charge virale chez les personnes vivant avec le VIH et bénéficiant de modèles de thérapie antirétrovirale à prestation de services différenciée
8. **Investissements et ressources**
 - 8.1 Budget national public pour la riposte face au VIH
 - 8.2 Antirétroviraux : prix unitaires et volume
 - 8.3 Dépenses de lutte contre le VIH en fonction de l'origine des ressources

Outil de suivi des politiques et des engagements

nationaux Des informations sur les politiques nationales et leur mise en œuvre sont collectées par l'intermédiaire de l'outil de suivi des politiques et des engagements nationaux (NCPI).

Enquête de l'OMS sur les traitements et le diagnostic du

sida Informations sur les régimes antirétroviraux recueillies dans l'enquête sur les médicaments et le diagnostic du sida concernant l'utilisation des médicaments antirétroviraux et des technologies de laboratoire, et à travers le suivi des lignes directrices de l'OMS, hébergées sur l'outil en ligne du Suivi mondial du sida.

Introduction

Contexte

Les États membres des Nations unies ont adopté la Déclaration politique sur le VIH et le sida: Mettre fin aux inégalités et se mettre sur la voie de la fin du sida d'ici à 2030 lors de la réunion de haut niveau sur le sida de l'Assemblée générale des Nations unies en juin 2021.¹ La Déclaration politique sur le sida de 2021 souligne l'importance d'identifier les inégalités afin de mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030. Si la communauté internationale atteint l'ensemble des objectifs de la déclaration dans toutes les zones géographiques et auprès de toutes les populations, la riposte mondiale au sida sera en mesure d'éviter 3,6 millions de nouvelles infections par le VIH et 1,7 million de décès liés au sida d'ici à 2025.

La Déclaration politique sur le sida 2021 est basée sur la Stratégie mondiale sur le sida 2021-2026 : Mettre fin aux inégalités, mettre fin au sida, une nouvelle approche audacieuse qui utilise le prisme des inégalités pour identifier et combler les lacunes qui empêchent de progresser vers l'éradication du sida.² La transition vers une approche axée sur les inégalités vise à garantir que la riposte mondiale au VIH fonctionne pour tout le monde et ne laisse personne de côté. L'objectif de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 est de réduire les inégalités qui alimentent l'épidémie de sida en donnant la priorité aux personnes qui ne bénéficient pas encore pleinement des services VIH vitaux et de supprimer les obstacles structurels qui créent ou maintiennent ces inégalités et empêchent l'accès aux services. La stratégie définit des actions prioritaires fondées sur des données probantes et des objectifs ambitieux pour 2025 afin de réduire les inégalités et de mettre chaque pays et chaque communauté sur la bonne voie pour que le sida ne soit plus une menace pour la santé publique d'ici à 2030.

Le succès de la riposte au sida doit être mesuré par la réalisation d'objectifs concrets, assortis de délais, et par un suivi attentif des progrès accomplis dans la mise en œuvre des engagements de la Déclaration politique sur le sida de 2021. Le cadre de suivi mondial du sida (GAM) permet de structurer et d'organiser les efforts collectifs de suivi à l'échelle mondiale. Il est basé sur la structure de la Déclaration politique, avec huit domaines d'action principaux, liés à trois priorités stratégiques mondiales en matière de sida (voir le tableau 1).

¹ La Déclaration politique sur le sida de 2021 peut être consultée à l'adresse suivante: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids_en.pdf

² Pour en savoir plus sur la stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026, voir https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_en.pdf

Tableau 1.

Cadre d'organisation du suivi mondial de sida

Domaines stratégiques prioritaires de la Déclaration politique sur le sida de 2021 utilisés pour le cadre de suivi du GAM		Priorités stratégiques au niveau du sida
1	Prévention combinée du VIH pour tous	Maximiser l'accès équitable et égal aux services et solutions en matière de VIH
2	Objectifs 95-95-95 liés au dépistage et au traitement du VIH	
3	Mettre fin au sida pédiatrique et éliminer la transmission verticale	
4	Égalité des sexes et autonomisation des femmes et des filles	Éliminer les obstacles à l'obtention de résultats en matière de VIH
5	Leadership communautaire	
6	Réaliser les droits de l'homme et mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination	
7	Couverture de santé universelle et intégration	Consacrer toutes les ressources nécessaires à des ripostes efficaces et intégrées au VIH et les maintenir
8	Investissements et ressources	

Objectif

Les indicateurs et les questions contenus dans ce document sont conçus pour être utilisés par les programmes nationaux de lutte contre le sida, autres entités gouvernementales et les partenaires afin d'évaluer l'état de la réponse d'un pays au VIH et au sida, et de mesurer les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs nationaux en matière de VIH. Les pays sont encouragés à intégrer ces indicateurs et ces questions dans leurs efforts de suivi en cours et à communiquer des données nationales complètes par le biais du processus du Suivi mondial de la lutte contre le sida (GAM). Ils contribueront ainsi à améliorer la compréhension de la réponse mondiale à l'épidémie de VIH, y compris les progrès réalisés en vue d'atteindre les engagements et les objectifs mondiaux énoncés dans la Déclaration politique de 2021 et les Objectifs de développement durable.³

Ce document est une compilation détaillée d'indicateurs, y compris sur le financement, et une série de questions sur les politiques nationales et leur mise en œuvre. Il est conçu pour permettre la meilleure utilisation des données disponibles au niveau national, pour standardiser les rapports provenant de différentes épidémies de VIH et de différents contextes sociopolitiques, et pour permettre l'agrégation au niveau mondial. L'ONUSIDA travaille avec des organisations clés sous l'égide du Groupe consultatif technique de suivi (MTAG) pour harmoniser les indicateurs afin qu'ils correspondent aux normes internationales. Les membres de ce groupe comprennent des représentants internationaux, nationaux et communautaires, des experts en droits de l'homme et des experts techniques en matière de suivi du VIH. Au cours des 20 dernières années, les indicateurs utilisés pour le suivi mondial ont évolué au fur et à mesure que notre connaissance collective des ripostes efficaces au VIH et des obstacles qui les freinent s'est

³ Vous trouverez des détails sur les objectifs de développement durable à l'adresse suivante : Faire des ODD une réalité. Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies ; c2021 (<https://sustainabledevelopment.un.org/>).

améliorée. Cette évolution se poursuivra dans les années à venir. Les indicateurs sont examinés chaque année et révisés par le MTAG de l'ONUSIDA.

Les données rapportées par le biais du GAM seront utilisées pour décrire les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de 2025, notamment dans les publications annuelles de l'ONUSIDA sur la riposte au VIH, et pour demander aux pays et aux partenaires mondiaux de rendre des comptes sur les améliorations souhaitées. Le cadre de suivi est également utilisé par le Secrétaire général des Nations unies lorsqu'il publie les rapports de situation annuels à l'Assemblée générale des Nations unies qui compilent les résultats des rapports des pays. Les rapports annuels du Secrétaire général des Nations unies sont conçus pour identifier les défis et les contraintes, et pour recommander des actions visant à accélérer la réalisation des objectifs.

Les données seront également mises à disposition pour la préparation et l'examen des subventions et des plans opérationnels pour les pays participants au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial) et à la mobilisation des ressources du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR). Les données rapportées par le GAM peuvent également constituer une ressource importante pour les pays qui élaborent des plans des routes de la soutenabilité.

Le processus du GAM a souvent été cité comme une référence pour les mécanismes de responsabilité internationale réussis. Les enseignements tirés des cycles précédents nous sont utiles pour le prochain rapport, car ils nous permettent d'établir une feuille de route fondée sur des données probantes pour la production de rapports complets, de qualité et en temps utile, à un rythme accéléré et rationalisé. Ils comprennent:

1. Le processus de consultation nationale au cours du premier trimestre de l'année qui accélère la consolidation et la validation des données. Cela peut permettre d'éviter des étapes supplémentaires de validation des données plus tard dans le processus, comme le retour aux sources initiales des données.
2. La participation de la société civile à la consultation nationale qui est essentielle, en particulier pour répondre aux questions relatives aux lois et aux politiques, et pour garantir que tous les partenaires concernés s'engagent et jouent leur rôle important dans la mise en œuvre et l'établissement des rapports.
3. L'engagement en temps utile des fournisseurs de données dès le début de l'année (janvier) qui contribue à garantir que les données sont communiquées à temps et qu'elles sont de la plus haute qualité et précision.

Résumé des modifications apportées à l'ensemble d'indicateurs pour le rapport 2025

Le rapport 2025 consiste à soumettre des données sur les indicateurs, l'Instrument national d'engagement et de politique (NCPI) intermédiaire et l'Enquête sur les médicaments et les produits diagnostiques contre le sida. Le rapport narratif est facultatif.

Sur la base des recommandations du Groupe consultatif technique sur le suivi mondial suite à son examen du Suivi mondial du sida (GAM), et en tenant compte des contributions d'autres parties prenantes, certaines définitions d'indicateurs ont été modifiées pour refléter les mises à jour des orientations et pour apporter des éclaircissements sur la base des retours d'expérience des cycles de rapport GAM précédents.

Les changements pour le cycle de rapport 2025 sont les suivants:

- 3.5 Syphilis among pregnant women: to provide information on context for data interpretation, the additional information requested has been modified to include tests used for screening; the proportion of women who have a confirmatory test done (if confirmatory tests are done); and whether information from private providers is included in the data reported.
- 7.2 Dépistage de l'hépatite C et 7.3 Personnes co-infectées par le VIH et le virus de l'hépatite C commençant un traitement contre le virus de l'hépatite C : ces indicateurs ont été combinés en un seul indicateur sur la gestion des infections par le virus de l'hépatite C chez les personnes vivant avec le VIH et suivant une thérapie antirétrovirale, afin de permettre l'évaluation de la cascade complète de dépistage et de traitement du virus de l'hépatite C chez les personnes vivant avec le VIH.
- 7.4 Hommes présentant un écoulement urétral: un point supplémentaire est inclus dans les informations complémentaires demandées pour savoir si les informations provenant de prestataires privés sont également incluses dans les données rapportées.
- 7.5 Gonorrhée chez les hommes: un point supplémentaire est inclus dans les informations complémentaires demandées pour savoir si les informations provenant de prestataires privés sont également incluses dans les données rapportées.
- 7.6 Cogestion du traitement de la tuberculose et du VIH : la demande de désagrégation des données du numérateur par sexe et par âge a été supprimée afin de réduire la charge de travail des rapporteurs. Le dénominateur est une estimation qui n'est pas disponible pour ces désagréations.
- 7.14 Couverture des modèles de thérapie antirétrovirale à prestation différenciée (DSD) parmi les personnes vivant avec le VIH qui suivent actuellement une thérapie antirétrovirale: le texte de la section justification a été mis à jour pour refléter le langage approuvé sur les types de modèles de thérapie antirétrovirale à prestation différenciée à prendre en compte dans les données rapportées pour cet indicateur. Une clarification a également été ajoutée concernant les deux options pour rapporter sur le dénominateur, précisant qu'il est recommandé aux pays de rapporter sur le nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale éligibles aux modèles de thérapie antirétrovirale DSD si ces données sont disponibles, ou sinon sur le nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale à la fin de la période de rapport.
- 7.15 Suppression virale chez les personnes vivant avec le VIH engagées dans des modèles de thérapie antirétrovirale DSD: le texte de la section sur le méthode de mesure a été mis à jour pour refléter la formulation approuvée sur les types de modèles de thérapie antirétrovirale DSD à prendre en compte dans les données rapportées.

L'ICPN pour les rapports 2025 est un questionnaire intermédiaire composé d'un sous-ensemble de questions de la partie A du questionnaire complet inclus dans le GAM 2024 qui se réfèrent à des politiques considérées comme évoluant plus rapidement. La formulation de certaines des questions retenues lors des cycles précédents a été affinée. Ces modifications sont basées sur les expériences des rapports précédents et pour refléter l'évolution des recommandations politiques et des technologies disponibles.

Processus de rapport

Approche multisectorielle

Bien que les gouvernements aient adopté la Déclaration politique sur le sida de 2021, sa vision s'étend bien au-delà du secteur gouvernemental, touchant les organisations communautaires dirigées par des personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les femmes dans toute leur diversité et les jeunes, l'industrie privée et les groupes de travailleurs, ainsi que les organisations confessionnelles et autres organisations non gouvernementales. Leur participation garantit que les inégalités au niveau de la riposte au sida sont identifiées, notées et traitées.

La communauté des personnes vivant avec le VIH et affectées par le VIH joue un rôle primordial dans la riposte à l'épidémie de sida dans les pays du monde entier. Le large éventail d'experts présents au sein des organisations dirigées par la communauté en fait des partenaires idéaux dans le processus de préparation des rapports de situation nationaux. Ces organisations dirigées par la communauté sont particulièrement bien placées pour fournir des informations qualitatives pour l'établissement des rapports pour le NCPI, afin d'enrichir les données recueillies par les gouvernements et interpréter les données recueillies.

Pour l'établissement des rapports du GAM, les conseils, commissions et comités nationaux sur le sida (ou leurs équivalents) doivent solliciter la contribution de l'ensemble des communautés vivant avec et affectées par le VIH et de leurs organisations dirigées par la communauté. Les organisations dirigées par la communauté doivent inclure celles dirigées par les femmes dans toute leur diversité, les populations clés et les personnes vivant avec le VIH. Outre les organisations dirigées par les communautés, il sera utile de s'adresser à d'autres acteurs de la société civile, notamment les organisations confessionnelles, les syndicats et d'autres organisations non gouvernementales (ONG).

On ne saurait trop insister sur l'importance d'obtenir la contribution de l'ensemble de la communauté affectée par le VIH, y compris les personnes vivant avec le VIH et les membres des populations clés. Ces communautés s'expriment à plusieurs voix, notamment par le biais de l'établissement de rapports quantitatifs et qualitatifs, et représentent de nombreuses perspectives différentes, qui peuvent toutes être précieuses lors du suivi et de l'évaluation de la riposte au sida d'un pays. Un soutien ciblé à différents groupes, y compris les populations clés, peut être nécessaire pour permettre leur pleine participation tout au long du processus.

Les comités nationaux de lutte contre le sida ou leurs équivalents doivent s'assurer que les organisations dirigées par la communauté ont la possibilité de s'engager et de contribuer aux plans de collecte de données, y compris pour les dénominateurs, et qu'elles disposent de l'espace et des ressources nécessaires pour se réunir et coordonner leurs contributions, notamment au NCPI. Un mécanisme multidisciplinaire simple pour la soumission et l'évaluation des informations devrait également être développé. Dans le cadre de cet effort, il est important d'inviter les organisations dirigées par la communauté et toute représentation pertinente de la société civile à participer à des ateliers au niveau national afin de déterminer leur contribution optimale au processus national de rapport.

Dans chaque pays, des représentants des organisations dirigées par la communauté doivent avoir la possibilité d'examiner et de commenter les données avant leur finalisation et leur soumission. Le rapport finalement envoyé à l'ONUSIDA doit par

ailleurs être largement diffusé de manière à s'assurer que les organisations dirigées par la communauté disposent d'un accès facile.

Les membres du personnel de l'ONUSIDA au niveau national sont disponibles pour aider les organisations dirigées par la communauté et les autres représentants de la communauté à apporter leur contribution tout au long du processus. En particulier, les membres du personnel de l'ONUSIDA dans les pays aident les rapporteurs nationaux à faire ce qui suit:

- Informer les organisations dirigées par la communauté sur les indicateurs et le processus d'établissement des rapports ;
- Fournir une assistance technique pour la collecte, l'analyse et les données qui servent à l'établissement des rapports, y compris un soutien ciblé aux personnes vivant avec et affectées par le VIH.
- Garantir la diffusion des données rapportées et les rapports narratifs, lorsqu'ils sont disponibles, y compris (quand c'est possible) dans les langues nationales.

Comme lors des cycles d'établissement des rapports précédents, l'ONUSIDA acceptera les rapports non officiels, mais ils ne sont pas destinés à constituer un processus de rapportage parallèle pour les communautés vivant avec et affectées par le VIH. Dans la mesure du possible, l'ONUSIDA encourage l'intégration des organisations dirigées par la communauté dans les processus nationaux d'établissement des rapports, comme décrit ci-dessus. Les rapports non officiels sont plutôt destinés à proposer une perspective alternative si : (a) l'impression est forte que les communautés et les organisations dirigées par les communautés n'ont pas été incluses de manière adéquate dans le processus d'établissement des rapports nationaux ; (b) les gouvernements ne soumettent pas de rapport ; ou (c) les données fournies par le gouvernement diffèrent considérablement des données collectées par les organisations dirigées par les communautés qui suivent les progrès du gouvernement en matière de prestation de services, et il n'est pas possible de concilier ces différences ou de les refléter de manière satisfaisante dans le rapport national.

Les rapports non officiels peuvent être soumis via aidsreporting@unaids.org.

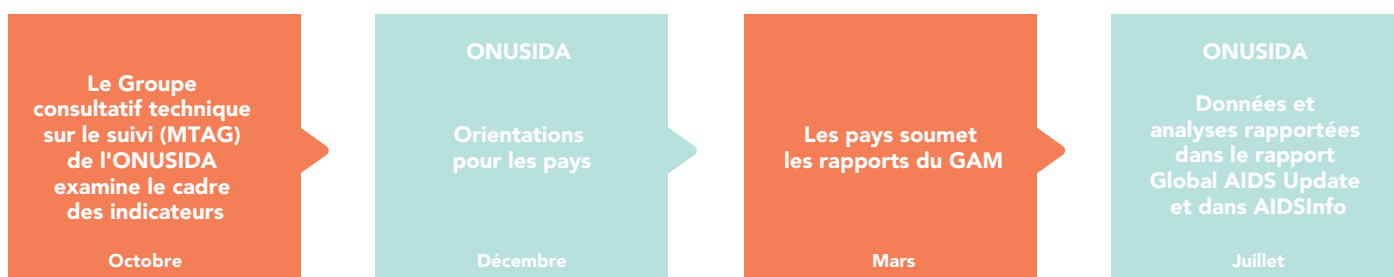
Processus et calendrier de l'établissement des rapports

Le cycle annuel du GAM suit des étapes spécifiques et bien établies. Cela permet aux différentes parties prenantes, tant nationales qu'internationales, de s'appuyer sur la disponibilité de données récentes et de les utiliser pour évaluer les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs mondiaux et nationaux fixés en matière de sida. À la fin de chaque année, l'ONUSIDA fournit aux pays des informations actualisées sur les indicateurs à utiliser. Cela permet aux pays de coordonner et de gérer le processus d'établissement des rapports nationaux, en soumettant leurs rapports sur le sida avant le 31 mars de chaque année. Sur la base des données communiquées, l'ONUSIDA publie en juillet le Rapport mondial actualisé sur le sida, utilisé dans différents forums internationaux et dans le cadre des décisions programmatiques et financières (notamment par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme [le Fonds mondial], le plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le sida [PEPFAR] et d'autres).

L'un des facteurs clés de la mise en place d'une structure nationale d'établissement des rapports sur le sida est la clarté des rôles et des responsabilités au sein d'un large groupe de partenaires. Cela permettra de réduire la charge pour les individus et de garantir l'établissement des rapports en temps opportun. Dans la section suivante,

Figure 1

Principales activités de l'ONUSIDA en matière de rapport et d'utilisation des données



nous utilisons le point de vue du rapporteur national sur le sida pour parcourir les trois phases principales – préparation, rapport et suivi – afin de montrer les étapes spécifiques du suivi et de l'établissement des rapports sur la riposte nationale au sida. Pour comprendre le processus complet d'établissement des rapports, il est également fait référence aux actions mondiales complémentaires et à la production des données d'estimations épidémiologiques du VIH. Ces étapes sont présentées sous la forme d'un organigramme représentant les actions à différents niveaux, avec quelques notes explicatives sur chaque étape.

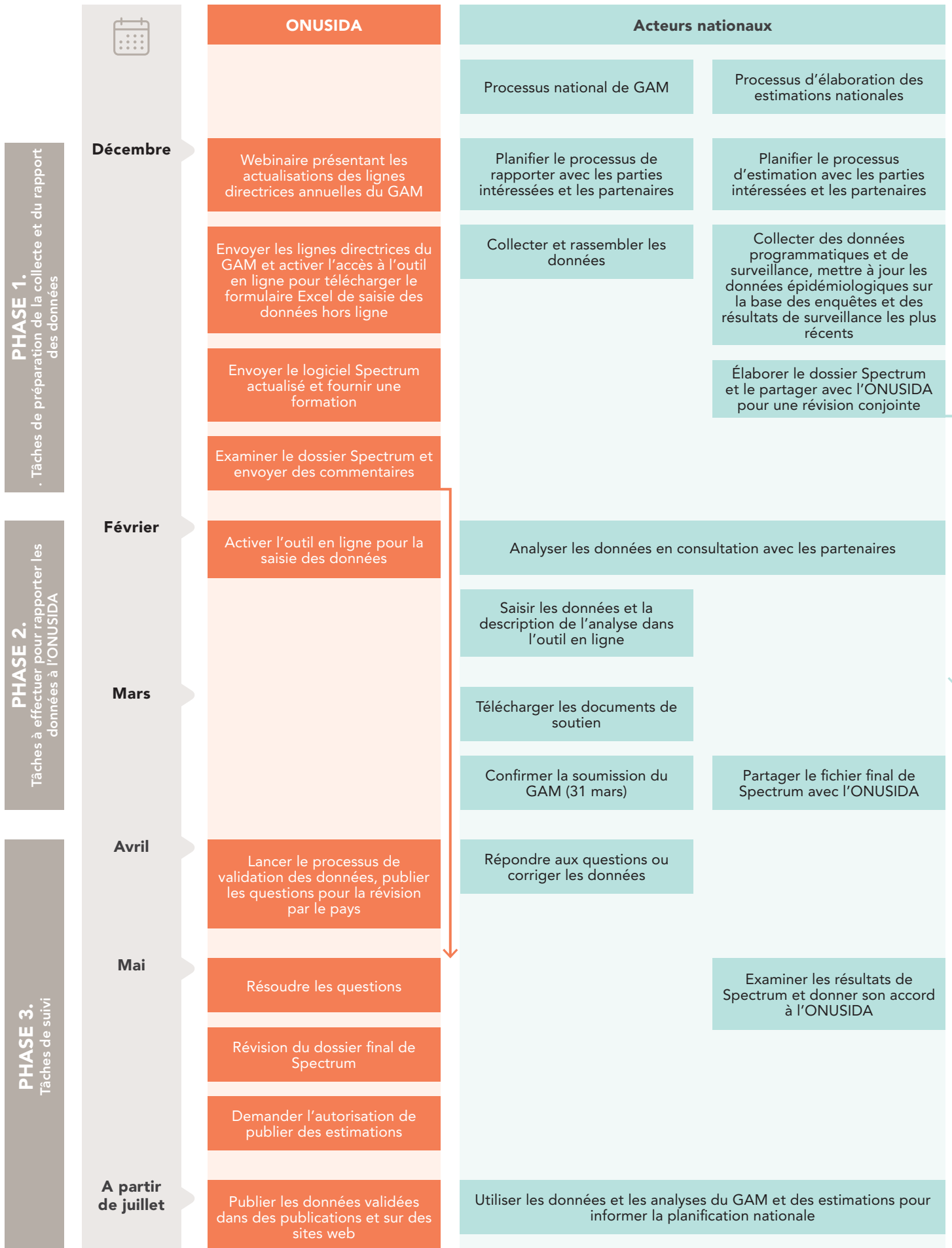
Tâches du rapporteur national dans la préparation de l'établissement des rapports avec les partenaires (décembre-mars)

1. En décembre, Le rapporteur national reçoit un message de confirmation de l'ONUSIDA sur le processus de déclaration (via AIDSreporting@unaids.org).
2. Identifier les indicateurs pour lesquels des données sont disponibles pour l'établissement des rapports.
3. Identifier des points focaux pour coordonner le remplissage des parties A (autorité nationale) et B (représentant de la communauté) de l'ICPN les années où les deux parties de l'ICPN sont incluses. Assurer l'accès aux orientations fournies pour rapporter l'ICPN, en particulier pour les questions relatives aux lois et aux politiques. Encourager l'engagement en expliquant la signification et l'utilisation des données rapportées.
4. Développer et diffuser un plan de collecte des données pour les indicateurs du GAM, le NCPI et l'enquête sur les médicaments et les diagnostics du sida, y compris le calendrier et les rôles du comité national de lutte contre le sida (ou équivalent), des autres agences gouvernementales, de la communauté et des autres partenaires concernés.

5. Identifier les outils appropriés pour la collecte de données ainsi que les sources pour chaque élément du rapport, notamment:
 - Réunion avec l'équipe nationale d'estimations du VIH.
 - Aligner le calendrier de collecte des données sur les éléments suivants, dans la mesure du possible:
 - o Celle d'autres efforts de collecte de données, y compris ceux menés par des organismes de financement tels que le Fonds mondial, le PEPFAR et les agences des Nations unies.
 - o Le calendrier pour l'ajout de données à l'échelle nationale concernant les indicateurs basés sur les établissements.
6. Recueillir et rassembler les données en collaboration avec les organisations partenaires issues du gouvernement, des communautés et des partenaires internationaux, notamment:
 - Établir des protocoles pour le traitement et la gestion des données:
 - o Nettoyer et valider les données de base.
 - o Utiliser une base de données pour l'analyse et l'établissement des rapports.
 - Vérification des données.
 - Compléter le ICPN.

Figure 2

Tâches pour compléter les processus de GAM et d'estimations



Note: Les tâches incluses dans cet organigramme peuvent se prolonger au-delà de la date de début indiquée dans la figure et impliquer des processus itératifs.

Tâches du rapporteur national pour rapporter (mars)

1. Saisir les données de l'indicateur, le NCPI et l'Enquête sur les médicaments et les diagnostics du sida dans l'outil de collecte du GAM en ligne (<https://AIDSreportingtool.unaids.org>).
2. Permettre aux parties prenantes, y compris aux agences gouvernementales et aux communautés vivant avec et affectées par le VIH, de commenter les données préliminaire. Utiliser la fonctionnalité de l'outil de collecte en ligne qui permet de partager l'accès aux informations.
3. Organiser un atelier de validation afin d'analyser les données des indicateurs, notamment les dépenses en matière de sida et le NCPI, en collaboration avec les organisations partenaires issues du gouvernement, les organisations dirigées par la communauté et des partenaires internationaux. L'objectif est : (a) d'identifier les progrès, les écarts, les défis et les prochaines étapes pour atteindre chacun des engagements et les objectifs élargis visant à mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030 ; et (b) de parvenir à un consensus sur la soumission au GAM.
4. Résumer les résultats de cette analyse pour les utiliser lors de la production du rapport narratif dans l'outil de collecte en ligne.
5. Soumettre toutes les données relatives aux indicateurs, les réponses au NCPI, les réponses à l'enquête sur les médicaments et les diagnostics du sida, et les résumés narratifs par engagement au plus tard le 31 mars.

Tâches du rapporteur national dans les actions de suivi (avril-juillet)

1. Répondre en temps utile aux questions sur la soumission qui sont postées dans l'outil de collecte en ligne par l'ONUSIDA, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ou le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), ou à celles envoyées par AIDSreporting@unaids.org au rapporteur national.
2. Utiliser des extraits de l'outil en ligne pour informer les événements nationaux publics, les forums ou les examens de programmes sur les progrès réalisés pour mettre fin au sida d'ici 2030..
3. Orienter les discussions sur l'examen des programmes afin d'encourager la fixation de priorités et la prise de décisions fondées sur des données probantes pour l'amélioration des programmes.

Dans le cadre du processus de finalisation, les données rapportées doivent être validées et rapprochées entre tous les partenaires du pays, y compris les organisations dirigées par la communauté. L'outil de collecte en ligne soutient ce processus par le biais de la fonctionnalité qui permet de partager l'accès aux données avec des parties prenantes nationales. Plusieurs pays indiquent que cette fonctionnalité a permis à des intervenants de la société civile et à d'autres partenaires de consulter les données et de suggérer l'ajout d'informations lors du processus d'établissement des rapports, permettant ainsi d'élargir et d'accélérer la consultation et la validation par les parties prenantes.

Processus de validation des données

Une fois que les pays auront rapporté leurs données par le biais de l'outil de rapport en ligne, l'ONUSIDA, l'UNICEF et l'OMS examineront les données soumises afin de procéder comme suit:

- Soutenir les pays dans l'examen de toute erreur dans la saisie des données.
- Vérifier que les données soumises répondent aux définitions des indicateurs (comme indiqué dans ces lignes directrices).
- Comparer les résultats aux données soumises au Fonds mondial et au PEPFAR..

Les données présentées dans le cadre du GAM seront publiées sur AIDSInfo et utilisées pour des analyses mondiales et régionales. C'est pourquoi les données doivent être comparables d'un pays à l'autre et correspondre aux définitions des indicateurs convenus au niveau mondial et utilisés pour le suivi des engagements politiques mondiaux.

Si les pays ne disposent pas de données correspondant exactement à la définition de l'indicateur disponible, ils sont encouragés, au cours du processus de rapport, à prendre en compte d'autres données pouvant être pertinentes pour le domaine d'engagement afin d'évaluer les progrès accomplis. Toutefois, pour les raisons mentionnées ci-dessus, ces données ne seront pas publiées dans AIDSInfo ni incluses dans l'analyse globale.

Au cours de la révision, l'ONUSIDA se met en rapport avec les points focaux nationaux GAM pour demander des éclaircissements ou réviser les données soumises dans l'outil. La validation des données se fait en plusieurs étapes:

- Les points focaux pour les indicateurs de l'UNICEF, de l'OMS et de l'ONUSIDA procèdent à un premier examen et notent les questions préliminaires.
- Les questions sont introduites dans l'outil en ligne.
- Les points focaux de l'ONUSIDA, de l'OMS et de l'UNICEF chargés des indicateurs assurent le suivi des questions auprès des pays.

Le processus de validation prend en compte les points suivants pour l'ensemble des indicateurs.

Pour les indicateurs provenant d'enquêtes :

- Vérifier la cohérence des chiffres rapportés, notamment si les données désagrégées s'additionnent au total.
- Vérifier qu'il n'y a pas de variation substantielle par rapport aux données précédemment rapportées.
- Vérifiez que les données n'ont pas été rapportées précédemment par le biais du GAM. Si les données ont été rapportées précédemment, demandez au pays de les supprimer et indiquez qu'aucune nouvelle donnée n'est disponible pour l'indicateur.
- Comparez les numérateurs, les dénominateurs et les données désagrégées avec les données d'enquête disponibles.
- Vérifiez les années d'enquête et les dates de collecte des données saisies dans l'outil de rapport en ligne.
- Vérifiez la représentativité des méthodes d'enquête et de la taille des échantillons.
- Examinez les rapports.
- Si les données s'appliquent à un indicateur composite, vérifiez que la même source a été utilisée pour toutes les questions et que les valeurs composites correspondent à la somme des questions individuelles.

Pour les indicateurs produits à partir de Spectrum ou avec des dénominateurs basés sur des estimations :

- Vérifiez que le pays a choisi que les données soient extraites du fichier Spectrum final.
- Vérifier les numérateurs par rapport à des données comparables.

Les commentaires des pays sont examinés pour tous les indicateurs.

Préparatifs techniques à l'établissement des rapports

L'établissement des rapports du GAM consiste à fournir des données sur les éléments suivants:

- Les indicateurs, y compris les données financières.
- Le questionnaire du ICPN.
- L'Enquête sur les médicaments et les diagnostics du sida.
- Résumés narratifs des progrès réalisés par engagement ou rapport national (facultatif).

Les rapports du GAM doit être soumis via le site internet dédié (<https://aidsreportingtool.unaids.org>) afin d'améliorer la qualité et l'exhaustivité des informations et de faciliter le traitement et l'analyse à l'échelle nationale, régionale et mondiale.

Les pays sont encouragés à soumettre un rapport narratif sur les progrès accomplis lorsqu'ils soumettent les données du GAM. L'outil en ligne intègre un modèle pour créer un rapport narratif qui consiste en de brefs résumés narratifs pour chaque domaine de la Déclaration politique sur le sida 2021. S'ils sont facilement disponibles, les pays peuvent à la place rapporter un rapport national récent sur l'épidémiologie et la vue d'ensemble de la riposte.

Les données seront publiées sur le site AIDSinfo.unaids.org, et elles seront incluses dans le rapport *Le point sur le sida dans le monde*.

Outils de mesures et source des données

Les principaux outils de mesure varient en fonction des indicateurs et incluent:

- Enquêtes nationales représentatives basées sur la population.
- Des enquêtes de suivi comportemental.
- Des enquêtes et des questionnaires spécialement conçus, notamment sur des groupes de populations spécifiques (par exemple, des études de couverture de services).
- Des systèmes de traçage des patients.
- Des systèmes d'informations sanitaires.
- La surveillance sentinelle.
- Des estimations nationales issues du logiciel Spectrum (modèles mathématiques).
- La collecte de données dirigée par la communauté, par exemple l'indice de stigmatisation, ou le suivi des violations des droits par la communauté.

Des sources de données existantes, comprenant des dossiers et des examens de programme provenant d'établissements de santé ainsi que des informations spécifiques sur les activités et programmes de surveillance du VIH, doivent être utilisées pour compléter les outils primaires de mesure..

Les données collectées par les organisations dirigées par la communauté seront nécessaires pour fournir une image complète dans de nombreux cas, en particulier en ce qui concerne les catalyseurs sociétaux ou les données de programme. Certaines organisations dirigées par la communauté peuvent fournir des données pour les indicateurs relatifs aux interventions dans lesquelles les ONG et les organisations religieuses jouent un rôle actif. Parmi les exemples, il convient de citer les actions auprès des jeunes, des populations clés les plus exposées et des femmes enceintes. Pour les sections du NCPI, il sera également nécessaire de travailler de manière intersectorielle, en impliquant les ministères de la Justice, des Affaires intérieures, du genre et de la Jeunesse, entre autres.

Dans de nombreux pays, une partie des données requises pour les indicateurs nationaux peuvent ne pas être disponibles auprès de sources régulières. La collecte des données relatives aux indicateurs peut nécessiter l'adaptation d'outils de suivi existants ou l'ajout d'enquêtes spécifiques. Les pays qui mènent régulièrement des enquêtes démographiques représentatives au niveau national, telles que les enquêtes démographiques et de santé, collecteront des informations importantes, y compris des données comportementales sur les jeunes. Dans les pays où d'autres types d'enquêtes démographiques sont menées, y compris à des fins autres que le VIH, les enquêtes peuvent être adaptées, en collaboration avec la communauté, afin de collecter des données pour certains indicateurs.

Estimations Spectrum

Le logiciel Spectrum est l'un des principaux outils permettant de générer les dénominateurs utilisés dans les rapports GAM. Spectrum permet aux pays de créer des estimations au niveau de la population des personnes vivant avec le VIH, des femmes enceintes qui ont besoin de médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission verticale du VIH et des enfants ayant subi une exposition périnatale au VIH qui ont besoin d'un test virologique.⁴

En outre, Spectrum permet aux pays d'estimer des indicateurs difficiles à mesurer tels que les nouvelles infections à VIH, l'incidence du VIH (l'indicateur des OMD), les décès dus à des maladies liées au sida et le taux de transmission verticale. Il s'agit également d'un outil de collecte de données programmatiques. Les équipes nationales mettent à jour leurs fichiers Spectrum chaque année en utilisant les données programmatiques et de surveillance les plus récentes. Une fois complétés, certains des indicateurs issus de ce processus correspondent aux indicateurs du GAM. Les fichiers Spectrum sont créés par une équipe d'experts nationaux formés au logiciel. Ces fichiers sont ensuite examinés par l'ONUSIDA à des fins de contrôle de la qualité. Les équipes nationales reçoivent des informations sur le processus d'estimation au début du mois de décembre de chaque année.

Dans l'outil de rapport en ligne du GAM, les pays ont la possibilité d'indiquer que les données doivent être tirées de leur fichier Spectrum final pour les indicateurs pour lesquels Spectrum est la source recommandée. Cela réduit à la fois la saisie de données nécessaire et le risque d'erreurs, et améliore la cohérence des données.

Les indicateurs pour lesquels les pays peuvent choisir que les données soient extraites par l'ONUSIDA de leur fichier Spectrum final sont les suivants:

- 1.1 Incidence du VIH
- 2.1 Personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique
- 2.2 Personnes vivant avec le VIH sous thérapie antirétrovirale
- 2.3 Personnes vivant avec le VIH dont la charge virale est supprimée
- 2.7. Mortalité due au sida
- 3.1 Dépistage du VIH chez les femmes enceintes
- 3.2. Diagnostic précoce chez les nourrissons (dénominateur)
- 3.3. Transmission verticale du VIH
- 3.4. Prévention de la transmission verticale du VIH (dénominateur)

⁴ Pour plus d'informations sur le fichier des estimations nationales du VIH et sur Spectrum, voir <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/spectrum-epp>.

Numérateurs et dénominateurs

Pour chaque indicateur, des instructions détaillées sont fournies pour mesurer la réponse nationale. La plupart des indicateurs nationaux utilisent des numérateurs et des dénominateurs pour calculer les pourcentages qui mesurent l'état de la réponse nationale. Les pays sont vivement encouragés à prêter une attention particulière aux dates associées à des données spécifiques lors du calcul d'un indicateur : la collecte de données utilisées pour le numérateur et le dénominateur à des moments différents compromettra l'exactitude et la validité de ces informations. Les méthodes décrites ont été conçues pour faciliter la construction d'estimations globales à partir de données nationales. Bien que ces méthodes puissent être appliquées au niveau infranational, des approches plus simples, plus rapides et plus flexibles, adaptées aux conditions locales, peuvent être plus appropriées pour guider la prise de décision au-dessous du niveau national.

Ventiler les données, en particulier en fonction du sexe et de l'âge

Il est crucial que les pays collectent des données avec leurs composants et non simplement sous forme résumée. Sans données ventilées, le suivi de l'ampleur de la riposte à l'épidémie à l'échelle de la population, nationale et mondiale s'avère difficile. Il est tout autant délicat de suivre l'accès aux services, de vérifier si cet accès est équitable ou la pertinence de se concentrer sur des populations spécifiques et des changements significatifs au fil du temps. L'outil de collecte en ligne du GAM identifie clairement les données ventilées nécessaires pour rapporter fidèlement le numérateur et le dénominateur de chaque indicateur.

Les pays sont vivement encouragés à faire de la collecte de données désagrégées – notamment par sexe et par âge, et pour des populations clés spécifiques – l'une des pierres angulaires de leurs efforts de suivi et d'évaluation, lorsque cela peut se faire dans le respect des droits et de la sécurité des membres des populations clés. Le cas échéant, il est aussi conseillé de faire une analyse en matière d'équité.⁵

Les ministères concernés sont invités à revoir leurs systèmes d'informations, les enquêtes et autres instruments servant à la collecte de renseignements afin de garantir la saisie de données ventilées à l'échelle sous-nationale, notamment au niveau des installations et des projets. Des efforts particuliers seront probablement nécessaires pour suivre des données ventilées jusqu'au niveau national. En outre, le secteur privé et tous les partenaires impliqués dans la riposte au sida d'un pays doivent être informés de l'importance d'obtenir des données ventilées et de faire de la collecte, la diffusion et l'analyse des données une priorité dans leurs opérations en cours.

Des données détaillées ventilées par âge sont également demandées pour les objectifs liés au traitement (95–95–95). En effet, ces groupes d'âges détaillés peuvent nous aider à mieux comprendre l'épidémie de VIH. Par exemple, des données détaillées par groupe d'âge permettent aux pays d'évaluer dans quelle mesure la couverture des programmes, y compris le pourcentage de personnes vivant avec le VIH sous traitement, diffère entre les adolescents de 10 à 19 ans et les personnes âgées de 20 à 49 ans. Si collecter des données ventilées s'avère difficile, il est possible d'introduire des données partielles.

⁵ Voir: Organisation mondiale de la Santé, ONUSIDA. A tool for strengthening gender-sensitive national HIV and sexual and reproductive health (SRH) monitoring and evaluation systems. Genève : OMS ; 2016. (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241515788>).

Lorsqu'il est difficile d'obtenir des données ventilées, les données nécessaires au calcul des indicateurs de base peuvent être extraites d'ensembles de données plus vastes, dont la source peut varier d'un pays à l'autre. Les pays sont invités à solliciter une assistance technique auprès du système 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.

Les gouvernements sont encouragés à ne pas se limiter à leurs sources d'informations internes pour la collecte et la validation de données. Dans bien des cas, les organisations dirigées par la communauté peuvent être à même de fournir de précieuses données primaires ou secondaires spécialement pour les populations clés.

Les pays sont invités à préciser dans les champs de commentaires de chaque indicateur toutes les informations complémentaires disponibles provenant d'autres sources, notamment qualitatives et quantitatives recueillies par les organisations dirigées par la communauté. Ces données supplémentaires permettront d'obtenir une analyse circonstancielle plus exhaustive des indicateurs, sous l'angle de la sexospécificité. Ces données peuvent être saisies dans le champ Données liées à ce sujet, sur la page de chaque indicateur dans l'outil de collecte en ligne.

Données sous-nationales

De nombreux pays améliorent l'utilisation des données au niveau infranational pour aider toutes les parties prenantes à mieux comprendre la répartition géographique de l'épidémie et la riposte dans chaque communauté.

Depuis la mi-2014, l'outil de rapport en ligne permet aux utilisateurs de soumettre des données infranationales ou des données spécifiques à un site pour certains indicateurs. Les pays qui ont produit des estimations infranationales à l'aide de Naomi peuvent choisir que les données infranationales finales pour les indicateurs 2.1 et 2.2 soient tirées directement de leurs fichiers Naomi au lieu de saisir les données dans l'outil de notification en ligne du GAM. Pour certains indicateurs, l'outil invite également les utilisateurs à soumettre des données sur les villes à forte charge de morbidité ou sur celles qui ont été identifiées comme des villes bénéficiant d'une procédure accélérée et qui se sont engagées à mettre fin au sida d'ici 2030. Ces données sont utilisées pour évaluer les progrès de la riposte au VIH dans ces villes. Lors de la collecte de données au niveau de la ville, il est fortement recommandé de consulter les homologues de la ville concernée..

Données issues d'enquêtes récentes et représentatives

Pour les données d'enquête, il est demandé aux pays de ne communiquer que les données nouvellement disponibles. Si les dernières données disponibles ont déjà été saisies dans un cycle d'établissement des rapports précédent, elles ne doivent pas figurer dans celui-ci.

Pour calculer les indicateurs basés sur des enquêtes auprès de la population générale, les pays devraient utiliser l'enquête la plus récente disponible, représentative au niveau national.

Lors du calcul des indicateurs basés sur des enquêtes auprès des populations clés, s'assurer que les échantillons sont représentatifs du groupe le plus large est un défi technique connu. Des méthodes sont en cours d'élaboration pour parvenir à un échantillonnage représentatif de ces populations (telles que l'échantillonnage dirigé par les répondants), mais pendant qu'elles sont affinées, les pays peuvent ne pas être sûrs que les échantillons utilisés pour l'enquête sur les populations clés à haut risque d'exposition au VIH sont représentatifs. Il est conseillé aux pays d'utiliser l'enquête la plus récente sur les populations clés qui a été examinée et approuvée par les experts techniques locaux (tels que les groupes de travail techniques de suivi et d'évaluation ou les conseils nationaux de recherche). Les pays sont encouragés à rapporter toutes les enquêtes récentes et de qualité sur les populations clés, par site, dans l'outil de rapport en ligne GAM, ainsi que le numérateur, le dénominateur et la taille de l'échantillon.

L'un des défis à relever dans l'élaboration des estimations de la charge de morbidité et la planification des besoins en matière de programmes est la description de la taille des populations clés. Les pays sont invités à transmettre les estimations de taille pour les populations clés, ainsi que des méthodes et toute évaluation spécifique à une ville ou une province, calculées de manière empirique. Certains pays disposant d'estimations empiriques à l'échelle nationale sur la taille des populations clés peuvent également ajouter des données de programmes de prévention. Si un pays est en mesure de communiquer des informations concernant un indicateur sur la base de données de programmes nationaux, il doit le faire dans le champ Région pour laquelle la dernière estimation a été calculée.

Les orientations de l'OMS et de l'ONUSIDA suggèrent que les estimations de la taille des hommes homosexuels et des autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ne devraient pas représenter moins de 1 % de la population masculine adulte.⁶ Si l'estimation de la taille est inférieure à 1 %, les résultats doivent être revus, conformément aux orientations.

Interprétation et analyse

Les définitions des indicateurs figurant dans ces lignes directrices examinent chaque indicateur en tenant compte de leurs forces et de leurs faiblesses de manière à améliorer l'exactitude et la cohérence des données soumises à l'ONUSIDA. Les pays doivent examiner attentivement ce document avant de commencer à collecter et à analyser les données, car il explique comment analyser chaque indicateur et tous les problèmes potentiels liés à l'interprétation. Des conseils spécifiques sur la réponse à l'ICPN sont fournis. Les points soulevés dans les conseils doivent être examinés pour confirmer la pertinence des résultats pour chaque indicateur avant de finaliser le rapport et écrire le rapport narratif.

⁶ Voir: Note d'information technique : recommended population size estimates of men who have sex with men. Geneva: World Health Organization and UNAIDS; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240015357>).

Après avoir compilé leurs données, les pays sont vivement encouragés à poursuivre l'analyse de leurs résultats en collaboration avec les communautés. Cela permettra une compréhension plus approfondie de leur riposte nationale et aidera à identifier les possibilités de l'améliorer. Les pays doivent examiner de près les liens entre les politiques, l'allocation et l'efficacité des ressources, la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH, les changements de comportement vérifiables et l'évolution de l'épidémie. Par exemple, si un pays a une politique de réduction de la transmission verticale du VIH, les programmes sont-ils suffisamment financés pour que les services soient accessibles aux femmes enceintes? Si ces services sont en place, les femmes les utilisent-elles en nombre suffisant pour réduire le nombre de nourrissons nés avec le VIH dans ce pays?

Ces liens sont présents dans tous les aspects d'une riposte nationale et les indicateurs de base nationaux inclus dans ce manuel sont le reflet de bon nombre des plus importants. Afin d'analyser efficacement ces liens, les pays doivent s'appuyer sur le plus vaste éventail de données disponibles, notamment en utilisant les informations quantitatives et qualitatives fournies par les secteurs public et privé ainsi que par les communautés. Privilégier un seul type ou une seule source de données réduit les possibilités d'obtenir une perspective ou une vision nécessaire à la compréhension des liens constatés et à l'identification des tendances existantes ou émergentes.

Orientations pour la soumission des données

Les pays qui ont besoin d'informations supplémentaires sur la collecte de données pour les indicateurs GAM, l'outil de rapport et/ou les mécanismes de soumission doivent demander une assistance technique à leurs conseillers en information stratégique de l'ONUSIDA, aux bureaux de l'UNICEF ou de l'OMS, ou aux groupes de travail sur le suivi et l'évaluation du VIH dans leur pays. Le département Données pour l'impact de l'ONUSIDA est également disponible pour apporter son soutien et peut être contacté par courriel à l'adresse suivante: AIDSreporting@unaids.org.

Outil de rapport et soumission des données

Les rapporteurs nationaux peuvent accéder à l'outil de collecte en ligne en utilisant les mêmes droits d'accès que ceux utilisés lors de la précédente série de rapports d'activité. Ils peuvent également étendre ces droits à d'autres, s'ils le souhaitent. Les nouveaux rapporteurs nationaux sont invités à s'inscrire en ligne en tant que rédacteurs nationaux, qui peuvent ajouter et modifier les informations à soumettre. Les inscriptions sont approuvées sur la base d'une communication officielle avec le pays.

Comme pour les années précédentes, le rapporteur national peut également autoriser d'autres personnes à accéder aux données, afin de permettre une plus vaste consultation nationale. Ces personnes peuvent uniquement consulter les informations soumises et ne peuvent en aucun cas les modifier.

Les pays sont encouragés à soumettre des données pour tous les indicateurs lorsque ces données sont disponibles. Si les pays ne soumettent pas de données sur un indicateur, ils doivent indiquer si c'est parce que l'indicateur n'est pas considéré comme pertinent pour l'épidémie ou parce que des données récentes et appropriées ne sont pas disponibles.

Les indicateurs comportementaux pour les populations clés les plus exposées sont pertinents dans tous les pays, quelle que soit la prévalence du VIH à l'échelle nationale. Par exemple, un pays avec une prévalence plus élevée peut également avoir une sous-épidémie concentrée parmi les personnes qui s'injectent des drogues. Il serait par conséquent également utile de calculer et d'inclure dans le rapport les indicateurs associés aux populations clés les plus exposées.

De même, les pays qui affichent une faible prévalence du VIH sont encouragés à collecter des données sur le comportement sexuel des jeunes afin de suivre les tendances en matière de comportement qui pourraient influencer la riposte nationale à l'avenir. Certains indicateurs sont toutefois uniquement applicables à des contextes spécifiques d'épidémie du VIH. Cette information est précisée dans les présentes directives, dans la définition des indicateurs en question.

L'ONUSIDA recommande vivement aux pays d'intégrer ces indicateurs dans leurs systèmes de suivi et d'évaluation. Si un pays utilise un autre indicateur afin de suivre le problème en question, le champ destiné aux commentaires Données liées à ce sujet dans l'outil de rapport en ligne peut servir à le décrire (notamment une définition complète et une méthode de mesure) et à ajouter les données disponibles associées à cet indicateur.

Lorsque c'est possible, les pays sont invités à soumettre des copies (ou leurs liens) vers les rapports initiaux à partir desquels sont extraites les données pour les indicateurs respectifs. Ces rapports peuvent être soumis via l'outil de rapport en ligne. Cela facilitera l'interprétation des données, notamment l'analyse des tendances et la comparaison entre pays.

Pour faciliter l'examen au niveau des pays, les utilisateurs peuvent sélectionner l'option Enregistrer tout sous forme de PDF pour combiner tous les indicateurs dans un seul fichier PDF.

Si nécessaire, l'ONUSIDA demandera des éclaircissements après l'analyse des données. Si l'ONUSIDA a des questions sur les données, les indicateurs spécifiques seront rouverts pour que les pays puissent répondre aux questions et modifier leurs réponses.

Les problèmes liés à l'outil de rapport en ligne peuvent être signalés à AIDSreporting@unaids.org

Organisations dirigées par les populations clés

Les rapports du GAM accordent une attention particulière à l'identification des inégalités dans la riposte au sida. Cela se reflète, par exemple, dans le nombre croissant d'indicateurs avec désagrégation des données pour les populations clés et l'inclusion de rapports sur la stigmatisation et la discrimination subies par les populations clés. Cela permet d'attirer l'attention sur la fourniture de services (et l'accès à ces services) à des groupes spécifiques de personnes et d'identifier les lacunes en la matière.

Suivi de la proportion des services de prévention sélectionnés qui sont dirigés par la population clé dans le cadre du GAM

Des indicateurs sur la fourniture de services de prévention pour les populations clés peuvent également être tirés des données du programme pour indiquer la proportion de services totaux fournis par différents types de prestataires. Les options comprennent les services publics, les organisations dirigées par les populations clés, les ONG – y compris les ONG confessionnelles, nationales et internationales – ou d'autres entités (telles que les organisations privées à but lucratif). L'objectif de cette ventilation est de suivre la proportion de services de prévention fournis par des organisations dirigées par des populations clés, notamment pour les éléments suivants : (a) les interventions individuelles de prévention du VIH conçues pour chaque population clé; (b) la distribution de préservatifs et de lubrifiants ; (c) la distribution d'aiguilles et de seringues ; et (d) le traitement d'entretien par agoniste opioïde..

Cet exercice visant à rapporter sur le leadership communautaire dans la fourniture de services devrait être mené en étroite consultation avec les communautés de professionnels du sexe, d'hommes homosexuels et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, de personnes qui consomment des drogues et de personnes transgenres aux niveaux national, infranational et local. Les réseaux régionaux et globaux de populations clés peuvent également être consultés sur les meilleures pratiques pour s'engager de manière significative avec les communautés au niveau national.

Les organisations et réseaux dirigés par des populations clés sont souvent la cible d'actes de violence et de vandalisme en raison de leur criminalisation et/ou de la stigmatisation et de la discrimination dont ils font l'objet. Tout doit être mis en œuvre pour protéger leur sécurité. Il s'agit notamment de protéger les informations relatives à leurs dirigeants et à leurs employés, à l'emplacement physique de leurs bureaux et aux zones où ils mènent des actions de sensibilisation par les pairs. Ces informations doivent être traitées avec le même niveau de confidentialité que celui accordé aux personnes bénéficiant de services.

Définitions

Les populations clés partagent des expériences de stigmatisation et de discrimination, de criminalisation et de violence, et elles supportent une charge de morbidité disproportionnée liée au VIH dans toutes les régions du monde. Les organisations et réseaux dirigés par les populations clés sont des entités dont la gouvernance, la direction, le personnel, les porte-parole, les membres et les bénévoles reflètent et représentent les expériences, les perspectives et les voix de leurs groupes d'intérêt.

Pour rapporter sur ces indicateurs, l'accent est mis sur les organisations et réseaux dirigés par des populations clés qui sont définis comme étant dirigés par les groupes suivants : les professionnels du sexe féminins, masculins et transgenres ; les hommes homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ; les personnes qui utilisent des drogues, y compris les femmes qui utilisent des drogues ; et les personnes transgenres. Bien que l'objectif spécifique soit d'obtenir de meilleures informations sur la proportion de services de prévention fournis par des organisations dirigées par des membres de populations clés, l'ONUSIDA reconnaît que des personnes peuvent appartenir à plus d'un groupe. En outre, les personnes vivant avec le VIH, les prisonniers, les personnes ayant un passé d'incarcération, les migrants, les femmes et les jeunes peuvent également être inclus dans chacune des populations clés nommées ici.

Le rapport sur les indicateurs 1.6, 1.9 et 1.10, ainsi qu'un certain nombre de questions dans l'ICPN, se concentre sur ces quatre populations clés – les professionnels du sexe, les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui utilisent des drogues et les personnes transgenres – et leur participation à la prestation des services de prévention du VIH sélectionnés, ainsi que sur les obstacles sociétaux et les catalyseurs qui empêchent ou facilitent l'accès aux services et affectent le risque d'acquisition du virus. L'ONUSIDA reconnaît que les données désagrégées rapportées ici ne constituent qu'un sous-ensemble de l'ensemble des prestations de services menées par les communautés, mais elles fournissent des informations préliminaires précieuses pour le suivi de l'engagement pris dans la Déclaration politique sur le sida de 2021..

Comment sélectionner la ou les catégories de riposte appropriées

Organisations dirigées par les populations clés

Pour déterminer quelles organisations ou quels réseaux fournissant les services décrits aux points 1.6, 1.9 et 1.10 sont dirigés par des populations clés, les pays doivent prendre en compte les critères suivants (qui s'inspirent des définitions ci-dessus):

- La majeure partie de la structure de gouvernance de l'organisation est composée d'individus qui affirment appartenir à la population clé citée dans l'indicateur;
- La majeure partie du leadership, du staff, des porte-parole et des bénévoles de l'organisation ou du réseau appartient eux-mêmes aux populations clés;
- La majeure partie des clients ou membres de l'organisation ou du réseau appartient à une ou plusieurs populations clés;
- L'organisation ou le réseau dispose d'un ou plusieurs mécanismes de redevabilité vis-à-vis des populations clés desservies

Organisations non gouvernementales

Toutes les ONG (également appelées « organisations de la société civile » ou « OSC ») qui ne remplissent pas tous les critères ci-dessus pour être dirigées par une population clé entrent dans la catégorie des ONG. Cela inclut les ONG internationales, nationales et locales – y compris les organisations religieuses – qui fournissent des services de prévention aux populations clés. Cette catégorie comprend les ONG favorables aux populations clés qui ne sont pas dirigées par une population clé.

Autre

Il est recommandé de choisir l'option Autre si un prestataire de services n'est pas une entité publique ou non gouvernementale (par exemple, s'il s'agit d'un prestataire privé à but lucratif).

Champ de texte supplémentaire: Nom des organisations

Si vous avez indiqué que les services sont fournis par des organisations dirigées par des populations clés, des ONG ou d'autres entités, veuillez indiquer le nom et l'URL/le site web de l'organisation ou des organisations fournissant ces services (s'ils sont disponibles).

Les indicateurs

1.1 Incidence du VIH

Nombre de nouvelles infections à VIH pendant la période de référence par population de 1 000 personnes non infectées

Ce qui est mesuré

Il mesure les progrès accomplis dans l'élimination de l'épidémie de sida

Fondement

L'objectif final de la lutte mondiale contre le sida est de réduire le nombre de nouvelles infections à moins de 200 000 en 2030. Suivre l'évolution du nombre de nouvelles infections dans le temps permet de mesurer les progrès accomplis par rapport à cet objectif. Cet indicateur est l'un des indicateurs prioritaires mondiaux figurant dans les Directives consolidées sur l'information stratégique sur le VIH centrée sur la personne : renforcer les données de routine pour avoir un impact.

Numérateur

Nombre de nouvelles infections pendant la période de référence

Dénominateur

Nombre total de personnes non infectées (ou personnes-années exposées)

Calcul

Taux : (Numérateur x 1000) / dénominateur

Méthode d'évaluation

Les méthodes de calcul du taux d'incidence peuvent varier en fonction du contexte de l'épidémie et on distingue généralement les méthodes directes et les méthodes indirectes. Bien qu'il soit préférable, le calcul direct à l'échelle de la population s'avère souvent difficile à effectuer. De sorte que, la plupart, pour ne pas dire la totalité des pays s'appuie sur des méthodes de calcul indirectes ou sur une combinaison de méthodes directes et indirectes.

Les stratégies qui permettent de calculer directement l'incidence du VIH comprennent le suivi longitudinal et la répétition des dépistages chez les individus non infectés, ainsi que l'estimation au moyen de données cliniques et de tests de laboratoire permettant de détecter les infections récentes au sein de la population. Le suivi longitudinal est souvent coûteux et difficile à mettre en place à l'échelle de la population. Les tests de laboratoire visant à déterminer si une infection est récente s'avèrent également coûteux et complexes car il est généralement nécessaire de réaliser une enquête représentative auprès de la population pour obtenir des estimations.

Les méthodes indirectes s'appuient très souvent sur les estimations obtenues à partir d'outils de modélisation mathématique, comme Spectrum ou le modèle épidémique asiatique (AEM). Ces modèles peuvent intégrer une enquête sur le VIH réalisée dans certaines régions ou au sein de certaines populations, des données de surveillance, des données sur les nouveaux cas déclarés et la mortalité ou au sein de certaines populations, des données programmatiques ou cliniques et, dans certains cas, des hypothèses concernant les comportements à risque et la transmission du VIH. Dans certaines situations, les pays peuvent juger bon de trianguler ces données avec d'autres sources d'estimations des nouvelles infections, notamment les estimations sérielles de la prévalence du VIH à l'échelle de la population ou les évaluations de la prévalence du VIH chez les jeunes populations récemment exposées.

Notez que les systèmes de surveillance basés sur les cas déclarés qui rendent compte des infections à VIH récemment déclarées ne doivent pas être utilisés comme source directe pour l'estimation du nombre de nouvelles infections à VIH au cours de l'année de référence. Compte tenu des délais de déclaration et des sous-diagnostics, il est possible que le nombre de cas récemment déclarés ne reflète pas le taux réel de nouvelles infections. Ces informations peuvent néanmoins être utiles pour trianguler ou confirmer les résultats, en particulier lorsqu'elles sont combinées aux tests permettant de déterminer si une infection à VIH est récente.

Pour suivre les performances en matière d'élimination de nouvelles infections chez les enfants et réduire le nombre de nouvelles infections parmi les adolescentes et les jeunes femmes en dessous de 100 000 par an, il convient d'utiliser les données ventilées enregistrées pour le numérateur.

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- Sexe (homme, femme)
 - Âge (0–14, 15–24, 15–49 et 50 ans et +)
-

Informations complémentaires requises

La source des estimations doit être indiquée. Les pays présentant des estimations de l'incidence issues d'une source autre que Spectrum doivent également fournir les évaluations d'incertitude concernant le taux obtenu et, si possible, télécharger une version numérique du rapport décrivant la méthode de calcul employée.

Dans l'idéal, les pays doivent présenter des estimations modélisées, plutôt que des évaluations établies uniquement à partir d'une enquête réalisée auprès de la population ou du nombre de nouveaux cas d'infection à VIH récemment déclarés par le biais du système de surveillance basée sur les cas déclarés. Les utilisateurs ont désormais la possibilité d'employer leurs estimations Spectrum ou de saisir des données représentatives de la population du pays. S'ils optent pour les estimations Spectrum, les chiffres seront directement extraits du logiciel une fois le fichier national finalisé.

Forces et faiblesses

L'estimation du taux de nouvelles infections et son évolution dans le temps sont considérées comme les données de référence pour le suivi des incidences des programmes. Toutefois, même chez les populations à haut risque, une nouvelle infection à VIH reste un événement relativement rare. L'exactitude de l'estimation du taux d'incidence et de son évolution dans le temps peut par conséquent être incertaine. Cette incertitude doit être signalée si l'on utilise le taux d'incidence du VIH pour évaluer l'impact des programmes, en particulier lorsqu'il est ventilé par sexe ou par âge et concerne des populations clés ou certaines zones géographiques. Les pays doivent faire preuve de prudence lorsqu'ils appliquent le taux d'incidence issu de petites études à une population plus vaste.

Informations complémentaires

Consolidated guidelines on person-centered HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

Logiciel Spectrum. Glastonbury (CT): Avenir Health; 2024 (<http://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php>).

1.2 Estimations de la taille des populations clés (A–E)

Ce qui est mesuré

Nombre de personnes adoptant les comportements qui exposent la population donnée au risque de transmission du VIH ou une mesure alternative pour ces types de comportements.

- A. Professionnel(le)s du sexe.
 - B. Hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
 - C. Personnes qui s'injectent des drogues.
 - D. Personnes transgenres.
 - E. Personnes en prison et dans d'autres milieux fermés.
-

Fondement

La planification du programme pour les populations clés peut s'avérer plus efficace si la taille de ces populations peut être évaluée avec précision. Les chiffres permettent aux programmes nationaux destinés à la lutte contre le sida, aux ministères de la Santé, aux donateurs et aux organisations multilatérales à but non lucratif d'attribuer efficacement des ressources qui répondent de manière appropriée aux besoins en matière de prévention des populations spécifiques les plus exposées. Les estimations de la taille sont également importantes pour modéliser l'épidémie du VIH.

Numérateur

Ne s'applique pas

Dénominateur

Ne s'applique pas

Calcul

Ne s'applique pas

Méthode d'évaluation

Il existe plusieurs méthodes pour estimer la taille des populations, notamment la saisie-ressaisie, les multiplicateurs de service et l'amplification par les réseaux. Consulter le paragraphe relatif aux informations complémentaires ci-dessous pour des détails spécifiques.

Fréquence de mesure

La taille de la population doit être estimée tous les cinq ans. Néanmoins, à chaque fois qu'une enquête biocomportementale intégrée (IBBS) est réalisée, des estimations de taille doivent être intégrées, ne serait-ce que pour étoffer la base de données et confirmer ou affiner les évaluations.

Ventilation

- Estimer les tailles de population par âge ou sexe se révèle généralement peu pratique. Néanmoins, si une étude mesure la population féminine qui s'injecte des drogues ou les travailleurs masculins du sexe, par exemple, l'évaluation de la taille doit être intégrée.
-

Informations complémentaires requises

Pour mieux comprendre les estimations de taille présentées, nous vous demandons d'inclure les informations suivantes dans le champ de commentaires :

- Définition utilisée par la population et les critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude /enquête si applicable.
- Méthode employée pour obtenir l'estimation de taille.
- Estimations propres à chaque site pour toutes les évaluations disponibles.

Conformément aux efforts déployés pour présenter des données plus précises, ce dernier point permettra de cartographier les données du dénominateur avec les données des programmes si elles sont recueillies dans les mêmes zones d'enquête.

Si des données infranationales sont disponibles, veuillez indiquer les données de ventilation par zone administrative, ville ou site dans l'espace prévu à cet effet. Vous pouvez également importer une feuille de calcul Excel comportant ces données plutôt que de les saisir dans l'outil en ligne. Par ailleurs, pour tous les rapports d'enquête disponibles en ce qui concerne l'estimation de la taille des populations, vous devez présenter la version numérique en utilisant l'outil de téléchargement.

Forces et faiblesses

La qualité des estimations de la taille des populations varie en fonction des méthodes employées et de la fidélité avec laquelle elles sont appliquées. Vous devez tout faire pour évaluer les écarts et ajuster les estimations en conséquence, en expliquant comment vous avez procédé. Les estimations de taille correspondant à de petites zones ne doivent pas être présentées comme des évaluations nationales. Vous devez utiliser une méthode d'extrapolation rationnelle, et l'expliquer, ou indiquer à quelles zones correspondent les estimations. Veuillez préciser dans le champ de commentaires si un consensus sur les estimations de taille a été trouvé entre les multiples parties prenantes.

À noter que des orientations de l'Organisation mondiale de la Santé et de l'ONUSIDA suggèrent que les estimations du nombre d'hommes gays et des autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ne devraient pas représenter moins de 1 % de la population masculine adulte. Si l'estimation calculée est inférieure à 1 %, les résultats doivent alors être vérifiés conformément aux directives.

Note d'information technique : Recommended population size estimates of men who have sex with men Genève : Organisation mondiale de la Santé et ONUSIDA ; 2020.

(https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020-recommended-population-size-estimates-of-men-who-have-sex-with-men_en.pdf).

Informations complémentaires

Groupe de travail OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH / sida et des IST. Directives sur l'estimation de la taille des populations les plus exposées au risque de VIH. Genève : Organisation mondiale de la Santé, ONUSIDA ; 2010

(https://data.unaids.org/pub/manual/2010/guidelines_popnestimationsize_en.pdf).

1.3 Prévalence du VIH parmi les populations clés (A–E)

Pourcentage de populations clés spécifiques vivant avec le VIH

Cet indicateur est divisé en cinq sous indicateurs :

- A. Prévalence du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe.
- B. Prévalence du VIH parmi les hommes gays et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- C. Prévalence du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues.
- D. Prévalence du VIH parmi les personnes transgenres.
- E. Prévalence du VIH parmi les personnes en prison et dans d'autres milieux fermés.

Ce qui est mesuré

Progrès en matière de réduction de la prévalence du VIH parmi les populations clés

Fondement

Les professionnels du sexe, les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui utilisent des drogues injectables, les personnes transgenres et les personnes en prison et dans d'autres milieux fermés ont généralement une prévalence du VIH plus élevée que la population générale dans tous les contextes épidémiques. La réponse au VIH au sein de ces populations est un élément important de la réponse nationale.

Numérateur

Nombre de personnes au sein d'une population clé spécifique qui reçoivent un résultat positif au test du VIH

Dénominateur

Nombre de personnes au sein d'une population clé spécifique qui ont subi un test de dépistage du VIH

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

A–D. Cet indicateur est calculé à l'aide des données rassemblées lors de tests de dépistage du VIH pratiqués parmi des personnes interrogées sur des sites sentinelles ou des participants à des enquêtes comportementales. Les sites de surveillance sentinelle utilisés pour mesurer cet indicateur doivent rester les mêmes afin de permettre un suivi cohérent dans le temps.

E. Cet indicateur est calculé à l'aide des données rassemblées lors de tests de dépistage du VIH pratiqués dans les prisons et autres établissements fermés. Les données des programmes de dépistage du VIH sont acceptables. Il convient de ne pas s'appuyer sur des enquêtes, qui peuvent être compliquées à mettre en place. Les dépistages doivent être réalisés uniquement avec l'accord des personnes en prison et dans d'autres milieux fermés.

Fréquence de mesure

Annuelle (données du programme) ou tous les deux ans (enquête biocomportementale)

Ventilation

- **A, C et E:** Sexe (homme, femme et transgenre).
- **D:** genre (homme transgenre, femme transgenre, autre)
- **A–E:** Âge (moins de 25 ans, 25 ans et plus).

Informations complémentaires requises

A–E: Si des données infranationales sont disponibles, veuillez indiquer les données de ventilation par zone administrative, ville ou site dans l'espace prévu à cet effet. Vous pouvez également importer une feuille de calcul Excel comportant ces données plutôt que de les saisir dans l'outil en ligne. Envoyez la version numérique de tous les rapports d'enquête disponibles en utilisant l'outil de téléchargement.

Forces et faiblesses

En théorie, les progrès en matière de réduction du nombre de personnes nouvellement infectées par le virus sont mieux évalués en contrôlant les changements d'incidence au fil du temps. Cependant, dans la pratique, les données sur la prévalence sont plus disponibles que les données sur les incidences du virus. En analysant les données sur la prévalence parmi les populations clés pour évaluer les effets des programmes de prévention, il est souhaitable de ne pas restreindre l'analyse aux jeunes, mais d'élargir et de transmettre des informations sur les personnes dont les nouveaux comportements les exposent plus au risque d'infections, en limitant par exemple l'analyse à des personnes impliquées dans le travail du sexe depuis moins d'un an, aux hommes qui ont eu un rapport sexuel avec un autre homme au cours de l'année précédente ou aux personnes qui ont commencé à consommer des drogues injectables pendant l'année précédente. Ce type d'analyse présente également l'avantage de ne pas être influencé par le traitement antirétroviral qui entraîne une survie accrue et en conséquence augmente la prévalence.

Dans la mesure où l'accès aux populations clés est difficile, les distorsions entre les données de sérosurveillance peuvent être plus pertinentes que des données collectées au sein d'une population moins stigmatisée, telle que les femmes enceintes bénéficiant de consultations prénatales. En cas de doutes concernant les données, veillez à ce que cela soit repris dans les interprétations correspondantes.

Pour déchiffrer 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.

En matière de prévalence du VIH parmi les populations clés 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. Cela réduit néanmoins aussi la comparabilité des chiffres. Il importe donc de toujours utiliser les mêmes sites pour l'analyse des tendances.

Les enquêtes portant uniquement sur les personnes transgenres sont rares. La plupart des données concernant les communautés transgenres sont issues d'enquêtes sur les hommes gays et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ou les professionnels du sexe. Le risque est néanmoins très élevé au sein de la plupart des communautés transgenres et les femmes transgenres sont particulièrement susceptibles de contracter le VIH et de transmettre l'infection. L'exemple de plusieurs pays d'Amérique latine prouve qu'il est possible de réaliser des enquêtes efficaces auprès des communautés transgenres. Si des femmes transgenres répondent à des enquêtes concernant des professionnels du sexe, inclure les données avec les professionnels du sexe dans la section de ventilation des données. Si des personnes transgenres répondent à des enquêtes concernant des hommes gays et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, veuillez inclure les données sous l'onglet des personnes transgenres.

Les services peuvent facilement être mis en place auprès des personnes en prison et dans d'autres milieux fermés et les personnes qui sortent de détention peuvent être dirigées vers les services de prévention et de soins adaptés. La prévalence du VIH est facile à estimer et apporte rapidement des informations permettant de prendre des mesures.

Dans des contextes dans lesquels les comportements présentant un risque de transmission du VIH constituent un délit, il est possible d'obtenir une prévalence élevée du VIH et de surinterpréter les résultats. Pour l'analyse, il est utile de comprendre parfaitement la population carcérale et plus particulièrement les motifs de détention.

Informations complémentaires

Publications de l'ONUSIDA relatives à l'épidémiologie (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knownyourepidemic/epidemiologypublications>).

Groupe de travail OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH / sida et des IST. Lignes directrices relatives aux populations les plus exposées au VIH. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2011 (https://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf).

Directives opérationnelles pour le suivi et l'évaluation des programmes sur le VIH auprès des professionnels du sexe, des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des personnes transgenres. Chapel Hill (NC) : MEASURE Evaluation, 2012 (<https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-11-49a.html>).

Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390>).

Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for People who Inject Drugs. In: MEASURE Evaluation [Internet]. Chapel Hill (NC): MEASURE Evaluation; c2019 (<https://www.measureevaluation.org/resources/tools/hiv-aids/operational-guidelines-for-m-e-of-hiv-programmes-for-people-who-inject-drugs.html>).

1.4 Dépistage du VIH et connaissance du statut sérologique parmi les populations clés (A–D)

Pourcentage de personnes issues des populations clés qui déclarent avoir subi un test de dépistage du VIH négatif au cours des 12 derniers mois, ou qui savent qu'elles vivent avec le VIH.

Cet indicateur est divisé en quatre sous-indicateurs:

- A. Dépistage du VIH et connaissance du statut sérologique parmi les professionnel(le)s du sexe.
- B. Dépistage du VIH et connaissance du statut sérologique parmi les hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- C. Dépistage du VIH et connaissance du statut sérologique parmi les personnes qui s'injectent des drogues.
- D. Dépistage du VIH et connaissance du statut sérologique parmi les personnes transgenres.

Ce qui est mesuré

Progrès en matière de services de dépistage du VIH à des membres des populations clés.

Fondement

Veiller à ce que les personnes vivant avec le VIH reçoivent les soins et le traitement requis pour vivre en bonne santé, aient des vies productives et réduire les risques de transmettre le virus nécessite que les personnes connaissent leur statut sérologique. Dans de nombreux pays, cibler le dépistage et les conseils dans des lieux et au sein de populations les plus exposées au VIH est la méthode la plus efficace pour atteindre les personnes qui vivent avec le VIH et veiller à ce qu'elles aient connaissance de leur statut sérologique. Cet indicateur rend compte de l'efficacité des interventions de dépistage du VIH pour atteindre les populations les plus exposées au risque d'infection par le VIH.

Numérateur

Le répondant sait qu'il vit avec le VIH (la réponse à la question 3 est « positive »)

plus

Le répondant déclare avoir subi un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et le résultat était négatif

(la réponse à la question 2 est « a » ou « b » ; la réponse à la question 3 est « négatif »).

		Résultat du dernier dépistage du VIH	
		Positif	Négatif
Quand avez-vous passé votre dernier test VIH ?	<6 mois		
	6–12 mois		
	>12 mois		

Le nombre de répondants des cases verts est le numérateur.

Si vous utilisez toujours l'ancien indicateur (dépistage du VIH dans les 12 derniers mois), veuillez le préciser dans le champ Commentaires.

Dénominateur

Nombre de personnes parmi les populations clés ayant répondu à la question 1 ci-après.

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Enquêtes de surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques

Les questions suivantes sont posées aux personnes interrogées :

1. Connaissez-vous votre statut sérologique à la suite d'un test de dépistage du VIH ?
 - a. Non, je n'ai jamais fait de test de dépistage
 - b. Oui, j'ai fait un test de dépistage
 2. Si oui, quand a eu lieu le dernier test ?
 - a. Au cours des 6 derniers mois
 - b. Au cours des 6 à 12 derniers mois
 - c. Il y a plus de 12 mois
 3. Quel a été le résultat de votre dernier test ?
 - a. Positif
 - b. Négatif
-

Fréquence de mesure

Tous les deux ans

Ventilation

A, C: Genre (homme, femme et transgenre).

D: genre (homme transgenre, femme transgenre, autre)

A-D: Âge (<25 ans et 25+).

Informations complémentaires requises

Si des données infranationales sont disponibles, veuillez indiquer les données de ventilation par zone administrative, ville ou site dans l'espace prévu à cet effet. Envoyez la version numérique de tous les rapports d'enquête ou rapports de Surveillance sentinelle disponibles en utilisant l'outil de téléchargement.

Forces et faiblesses

La première étape de la prise en charge d'une personne vivant avec le VIH consiste à réaliser un dépistage et la conseiller. Les personnes vivant avec le VIH ont besoin de connaître leur statut sérologique et être en mesure de recourir aux services de prévention et de traitement pour leur propre santé et pour prévenir la transmission du virus. Les programmes nationaux visent à ce que 95 % des personnes vivant avec le VIH aient connaissance de leur statut sérologique.

Les répondants séropositifs peuvent être moins disposés à déclarer avec précision leur statut sérologique que les répondants séronégatifs, ce qui entraîne une sous-déclaration de la couverture du dépistage chez les personnes vivant avec le VIH.

Informations complémentaires

Groupe mondial de travail sur l'information stratégique pour le VIH. Directives pour les études bio comportementales menées auprès des populations à risque de VIH. Genève: Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

1.5A Utilisation du préservatif parmi les professionnel(le)s du sexe

Pourcentage de professionnels du sexe ayant indiqué avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client

Ce qui est mesuré

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 professionnels du sexe au VIH, notamment le fait d'avoir des relations sexuelles avec de multiples partenaires non réguliers et la fréquence des rapports sexuels. Les professionnels du sexe peuvent cependant agir efficacement pour réduire le risque de transmission du VIH, du client et vers le client, en utilisant les préservatifs de manière régulière et correcte.

Remarque: les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une sous-épidémie concentrée parmi les professionnel(le)s du sexe. Dans ce cas, il 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 un rapport sexuel payant au cours des 12 derniers mois

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Enquêtes de surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques

La question suivante est posée aux personnes interrogées :

Avez-vous utilisé un préservatif avec le dernier client avec lequel vous avez eu un rapport sexuel ?

Dès que cela est possible, les données concernant les professionnels du sexe doivent être recueillies par l'intermédiaire ou avec des organisations de la société civile qui ont collaboré étroitement auprès de cette population sur le terrain. L'accès aux professionnels du sexe et les données qu'ils confient doivent rester confidentiels et être protégés.

Fréquence de mesure

Tous les deux ans

Ventilation

- Genre (homme, femme, transgenre)
 - Âge (<25 et 25+ ans)
-

Informations complémentaires requises

Si des données infranationales sont disponibles, veuillez indiquer les données de ventilation par zone administrative, ville ou site dans l'espace prévu à cet effet. Envoyez la version numérique de tous les rapports d'enquête disponibles en utilisant l'outil de téléchargement.

Forces et faiblesses

Les préservatifs sont le plus efficaces lorsqu'ils sont utilisés systématiquement plutôt qu'occasionnellement. L'indicateur actuel surestimera 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 reflétera généralement une tendance à l'utiliser de manière régulière.

Cet indicateur couvre les rapports sexuels rémunérés au cours des 12 derniers mois. Si vous disposez de données pour une autre période, par exemple pour les trois ou six derniers mois, veuillez inclure la définition alternative de l'indicateur dans les métadonnées de la section de l'outil électronique d'enregistrement des rapports dédiée aux observations.

Les enquêtes sur les professionnels du sexe peuvent se révéler difficiles. Il est donc possible que les données obtenues ne soient pas fondées sur un échantillon national représentatif des populations clés étudiées. Lorsqu'il est estimé que les données ne sont pas fondées sur un échantillon représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de l'interprétation des données. S'il existe différentes sources de données, il convient d'utiliser la meilleure estimation disponible. Des informations sur la taille de l'échantillon, la qualité et la fiabilité des données, et toute question connexe doivent accompagner l'indicateur.

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

Informations complémentaires

Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour la population, Réseau mondial des projets sur le travail du sexe, Banque mondiale, Programme des Nations unies pour le développement. Mettre en œuvre des Programmes complets de VIH/IST auprès des travailleuses du sexe : approches pratiques tirées d'interventions collaboratives. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2013 (https://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/SWIT_en_UNDP%20logo.pdf).

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization, 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

Groupe mondial de travail sur l'information stratégique pour le VIH. Lignes directrices relatives aux enquêtes biocomportementales portant sur les populations exposées au VIH. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

1.5B Utilisation du préservatif chez les hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Pourcentage d'hommes ayant indiqué avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin

Ce qui est mesuré

Progrès accomplis 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 considérablement le risque de transmission sexuelle du VIH. Il est donc important que les hommes ayant 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 ayant des rapports sexuels anaux avec des hommes peuvent aussi avoir des partenaires féminins, lesquelles risquent également d'être contaminées. L'utilisation d'un préservatif avec le dernier partenaire masculin est considérée comme un indicateur fiable du comportement sur le long terme.

Remarque: les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une sous-épidémie concentrée parmi les hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. 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 qui ont indiqué avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal

Dénominateur

Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont indiqué avoir eu des rapports sexuels anaux avec un partenaire masculin au cours des six derniers mois

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Enquêtes de surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques

Dans le cadre d'une enquête comportementale sur un échantillon des hommes gays et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des questions sont posées concernant les rapports sexuels des six derniers mois, les rapports anaux et l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel anal. L'utilisation du préservatif s'applique indépendamment du fait que la personne interrogée soit le partenaire passif ou actif.

Lorsque cela est possible, les données relatives aux hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doivent être recueillies par les organisations de la société civile qui travaillent sur le terrain en étroite collaboration avec la population concernée.

L'accès aux hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les données recueillies auprès d'eux doivent rester confidentiels et sécurisés.

Fréquence de mesure

Tous les deux ans

Ventilation

- Âge (<25 et 25+ ans)
-

Informations complémentaires requises

Si des données infranationales sont disponibles, veuillez indiquer les données de ventilation par zone administrative, ville ou site dans l'espace prévu à cet effet. Envoyez la version numérique de tous les rapports d'enquête disponibles en utilisant l'outil de téléchargement.

Forces 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 gays et autres 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 sexuels tant avec des hommes qu'avec des femmes. Dans les pays où les hommes de la sous-population 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 pour les trois ou 12 derniers mois, veuillez les inclure dans les métadonnées de la section de l'outil électronique d'enregistrement des rapports dédiées aux observations.

Il est possible que les données obtenues ne soient pas fondées sur un échantillon national représentatif de la population interrogée des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Lorsqu'il est estimé que les données ne sont pas fondées sur un échantillon représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de l'interprétation des données. S'il existe différentes sources de données, il convient d'utiliser la meilleure estimation disponible. Des informations sur la taille de l'échantillon, la qualité et la fiabilité des données, et toute question connexe doivent accompagner l'indicateur.

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

Informations complémentaires

Fonds des Nations Unies pour la population, Forum mondial sur les HSH et le HIV, Programme des Nations Unies pour le développement, Organisation mondiale de la Santé, Agence américaine pour le développement international, Banque mondiale. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with men who have sex with men: practical guidance for collaborative interventions. New York (NY) : Fonds des Nations Unies pour la population, 2015 (<https://mpactglobal.org/wp-content/uploads/2015/11/MSMIT-for-Web.pdf>).

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization, 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

Groupe mondial de travail sur l'information stratégique pour le VIH. Lignes directrices relatives aux enquêtes biocomportementales portant sur les populations exposées au VIH. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

1.5C Utilisation du préservatif parmi les personnes qui s'injectent des drogues

Pourcentage de personnes qui s'injectent des drogues ayant indiqué avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel

Ce qui est mesuré

Progrès accomplis dans la prévention de la transmission sexuelle du VIH chez les personnes qui s'injectent des drogues

Fondement

Les pratiques d'injection et les comportements sexuels à moindre risque sont essentiels chez les personnes qui s'injectent des drogues, 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 personnes qui s'injectent des drogues 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 personnes qui s'injectent des drogues. Dans ce cas, il convient de calculer et de transmettre l'indicateur pour cette population.

Numérateur

Nombre de personnes qui s'injectent des drogues déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel

Dénominateur

Nombre de personnes qui s'injectent des drogues déclarant avoir consommé des drogues injectables et eu un rapport sexuel au cours du mois précédent

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Enquêtes de surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques

Les questions suivantes sont posées aux personnes qui s'injectent des drogues :

1. Vous êtes-vous injecté de la drogue à un moment quelconque au cours du mois dernier ?
2. Si oui, avez-vous eu des rapports sexuels au cours du mois dernier ?

Si les réponses aux questions 1 et 2 sont toutes les deux affirmatives, la question suivante est :

3. Avez-vous utilisé un préservatif lors de votre dernier rapport sexuel ?

Lorsque cela est possible, les données relatives aux personnes qui s'injectent des drogues doivent être recueillies par les organisations de la société civile qui travaillent sur le terrain en étroite collaboration avec la population concernée.

L'identité des personnes interrogées et les informations recueillies auprès d'elles doivent rester confidentielles et être protégées.

Fréquence de mesure

Tous les deux ans

Ventilation

- Genre (homme, femme, transgenre).
 - Âge (<25 et 25+ ans)
-

Informations complémentaires requises

Si des données infranationales sont disponibles, veuillez indiquer les données de ventilation par zone administrative, ville ou site dans l'espace prévu à cet effet. Envoyez la version numérique de tous les rapports d'enquête disponibles en utilisant l'outil de téléchargement.

Forces et faiblesses

Les enquêtes sur les personnes qui s'injectent des drogues peuvent se révéler difficiles. Il est donc possible que les données obtenues ne soient pas fondées sur un échantillon national représentatif de la population de personnes qui s'injectent des drogues étudiées. Lorsqu'il est estimé que les données ne sont pas fondées sur un échantillon représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de l'interprétation des données. S'il existe différentes sources de données, il convient d'utiliser la meilleure estimation disponible. Des informations sur la taille de l'échantillon, la qualité et la fiabilité des données, et toute question connexe doivent accompagner l'indicateur.

L'importance de la transmission du VIH liée à la consommation de drogues injectables au sein d'un pays dépend de quatre facteurs : 1) l'étendue, le stade et les caractéristiques de propagation de l'épidémie nationale de sida, 2) l'ampleur de la consommation de drogues injectables, 3) le degré d'utilisation de matériel d'injection contaminé par les personnes qui s'injectent des drogues, et 4) les habitudes en termes de promiscuité sexuelle et d'utilisation du préservatif parmi les personnes qui s'injectent des drogues, 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. Afin de 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 complémentaires

Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Réseau international des usagers de drogues, ONUSIDA, Programme des Nations Unies pour le développement, Fonds des Nations Unies pour la population, Organisation mondiale de la Santé et al. Mettre en œuvre des programmes complets de lutte contre le VIH et le VHC avec les personnes usagères de drogues en injection : conseils pratiques pour des interventions collaboratives. Vienne : Office des Nations unies contre la drogue et le crime; 2017 (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Implementing_Comprehensive_HIV_and_HCV_Programmes_with_People_Who_Inject_Drugs_PRACTICAL_GUIDANCE_FOR_COLLABORATIVE_INTERVENTIONS.pdf). (<https://www.inpud.net/en/duit-implementing-comprehensive-hiv-and-hcv-programmes-people-who-inject-drugs>).

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization, 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

Groupe mondial de travail sur l'information stratégique pour le VIH. Lignes directrices relatives aux enquêtes biocomportementales portant sur les populations exposées au VIH. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

1.5D Utilisation du préservatif parmi les personnes transgenres

Pourcentage de personnes transgenres ayant indiqué avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel ou rapport anal

Ce qui est mesuré

Progrès accomplis dans la prévention de l'exposition au VIH des personnes transgenres ayant des rapports sexuels non protégés avec des partenaires

Fondement

Les préservatifs peuvent réduire considérablement le risque de transmission sexuelle du VIH. Il est donc important que les personnes transgenres, et en particulier les femmes transgenres, les utilisent systématiquement et correctement en raison du risque élevé de transmission du virus lors de rapports sexuels anaux non protégés. L'utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport avec pénétration 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 chez les personnes qui s'injectent des drogues. Dans ce cas, il convient de calculer et de transmettre l'indicateur pour cette population.

Numérateur

Nombre de personnes transgenres ayant déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel ou rapport anal

Dénominateur

Nombre de personnes transgenres interrogées ayant déclaré avoir eu rapports sexuels ou anaux au cours des six derniers mois

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Enquêtes de surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques

La question suivante est posée aux personnes interrogées :

Avez-vous utilisé un préservatif lors de votre dernier rapport sexuel ou rapport anal ?

Lorsque cela est possible, les données relatives aux personnes transgenres doivent être recueillies par les organisations de la société civile qui travaillent sur le terrain en étroite collaboration avec la population concernée. L'identité des personnes transgenres et les informations recueillies auprès d'elles doivent rester confidentielles et protégées.

Fréquence de mesure

Tous les deux ans

Ventilation

- Genre (homme transgenre, femme transgenre, autre).
 - Âge (<25 et 25+ ans)
-

Informations complémentaires requises

Si des données infranationales sont disponibles, veuillez indiquer les données de ventilation par zone administrative, ville ou site dans l'espace prévu à cet effet. Envoyez la version numérique de tous les rapports d'enquête disponibles en utilisant l'outil de téléchargement.

Forces et faiblesses

L'utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel ou 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 personnes transgenres. Dans les pays où les personnes transgenres de la sous-population sont susceptibles d'avoir des partenaires cisgenres et transgenres, il convient de les interroger sur l'utilisation d'un préservatif avec leurs partenaires féminins, masculins et transgenres. Dans ce cas, les données sur l'utilisation du préservatif doivent toujours être ventilées selon le partenaire (féminin, masculin ou transgenre).

Cet indicateur couvre les rapports sexuels ou anaux au cours des six derniers mois. Si vous disposez de données pour une autre période, par exemple pour les trois ou 12 derniers mois, veuillez les inclure dans la section de l'outil électronique d'enregistrement des rapports dédiée aux observations.

Les enquêtes sur les personnes transgenres peuvent se révéler difficiles. Il est donc possible que les données obtenues ne soient pas fondées sur un échantillon national représentatif des populations clés étudiées. Lorsqu'il est estimé que les données ne sont pas fondées sur un échantillon représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de l'interprétation des données. S'il existe différentes sources de données, il convient d'utiliser la meilleure estimation disponible. Des informations sur la taille de l'échantillon, la qualité et la fiabilité des données, et toute question connexe doivent accompagner l'indicateur.

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

Informations complémentaires

Programme des Nations Unies pour le Développement, IRGT : un réseau mondial de femmes transgenres contre le VIH, Fonds des Nations Unies pour la population, Centre d'excellence de l'UCSF pour la santé des personnes transgenres, École de santé publique Bloomberg de Johns Hopkins, Organisation mondiale de la Santé et al. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions. New York (NY) : Programme des Nations Unies pour le développement, 2016 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/TRANSIT_report_UNFPA.pdf).

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization, 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

Groupe mondial de travail sur l'information stratégique pour le VIH. Lignes directrices relatives aux enquêtes biocomportementales portant sur les populations exposées au VIH. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

1.6 Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les populations clés (A–D)

Couverture des programmes de prévention du VIH : pourcentage de personnes au sein d'une population clé qui indiquent avoir bénéficié d'un ensemble intégré d'interventions de prévention du VIH

Cet indicateur est divisé en quatre sous-indicateurs :

- A. Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les professionnel(les) du sexe.
- B. Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- C. Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues.
- D. Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les personnes transgenres.

Chaque sous-indicateur se divise en deux parties. *Veillez inclure les deux parties dans votre rapport. Les enquêtes et les données des programmes sont considérées comme complémentaires.*

PARTIE I. Enquêtes de surveillance comportementale et autre enquête spécifique

Ce qui est mesuré

Personnes au sein des populations clés qui ont bénéficié d'au moins deux interventions de prévention du VIH au cours des trois derniers mois

Fondement

Le succès de la riposte à l'épidémie de VIH passe par l'association de la prévention comportementale et du traitement antirétroviral. Une couverture avec des programmes de prévention fondés sur des données probantes est un élément essentiel de la riposte, dont l'importance se reflète dans la stratégie de l'ONUSIDA.

Numérateur

Nombre de personnes au sein d'une population clé qui déclarent bénéficier d'au moins deux des interventions de prévention indiquées au cours des trois derniers mois

Dénominateur

Nombre de personnes interrogées au sein d'une population clé

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Pourcentage des personnes interrogées qui déclarent bénéficier d'au moins deux des services suivants de prévention du VIH de la part d'une organisation non gouvernementale, d'un professionnel de santé ou d'autres sources.

- Au cours des trois derniers mois, vous a-t-on donné des préservatifs et un lubrifiant (par exemple, dans le cadre d'un service de proximité, dans un centre de consultation sans RDV ou dans un dispensaire de santé sexuelle) ?
 - Au cours des trois derniers mois, avez-vous reçu des conseils sur l'utilisation du préservatif et les rapports sexuels protégés (par exemple, dans le cadre d'un service de proximité, dans un centre de consultation sans RDV ou dans un dispensaire de santé sexuelle) ?
 - Avez-vous fait un dépistage des infections sexuellement transmissibles au cours des trois derniers mois ? (Professionnel(les) du sexe, personnes transgenres, hommes gays
 - et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes)
 - Vous a-t-on remis des aiguilles ou seringues stériles neuves au cours des trois derniers mois ? (Personnes qui s'injectent des drogues)
-

Fréquence de mesure

Tous les deux ans

Ventilation

- Âge (<25 et 25+ ans)
 - A, C, genre (homme, femme et transgenre).
 - D: genre (homme transgenre, femme transgenre, autre)
-

Forces et faiblesses

Les données des enquêtes permettent de mesurer l'utilisation individuelle de plusieurs services d'intervention. Les faiblesses associées aux données des enquêtes ont trait au biais d'échantillonnage ou biais méthodologique et à la couverture géographique limitée de l'information.

Informations complémentaires

Outil pour définir et suivre des objectifs en matière de prévention, diagnostic, traitement et soin du VIH chez les populations clés. En complément des lignes directrices consolidées 2014 sur la prévention, le diagnostic, le traitement et le soin du VIH chez les populations clés. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1).

Directives opérationnelles pour le suivi et l'évaluation des programmes de lutte contre le VIH destinés aux personnes qui s'injectent des drogues. dans: MEASURE Evaluation [Internet]. Chapel Hill (NC): MEASURE Evaluation; c2019 (<https://www.measureevaluation.org/resources/tools/hiv-aids/operational-guidelines-for-m-e-of-hiv-programmes-for-people-who-inject-drugs>).

Ce qui est mesuré

Parmi les populations clés, personnes touchées par des interventions de prévention du VIH conçues pour la population visée.

Fondement

Le succès de la riposte à l'épidémie de VIH passe par l'association de la prévention comportementale et du traitement antirétroviral. Une couverture avec des programmes de prévention fondés sur des données probantes est un élément essentiel de la riposte, dont l'importance se reflète dans la stratégie de l'ONUSIDA.

Numérateur

Nombre de personnes dans une population clé touchées par des interventions de prévention du VIH conçues pour la population visée

Dénominateur

Nombre de personnes au sein d'une population clé

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Pour le numérateur : nombre de personnes dans une population clé touchées par des interventions individuelles de prévention du VIH conçues pour la population visée et :

- pour les travailleurs du sexe, les hommes gays et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et les personnes transgenres : nombre de préservatifs et de lubrifiants distribués ;
- pour les personnes qui s'injectent des drogues : nombre d'aiguilles et de seringues distribuées.

Plus : [1.6.1] nombre de sites de prestation de services dédiés aux populations clés par zone administrative.

Pour le dénominateur : Taille estimée de la population, validée

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- Type de prestataire de services (services publics, organisations dirigées par des populations clés, ONG ou autres entités).
 - Nom de l'organisation/des organisations **Veillez mentionner le nom et l'URL/le site Internet (le cas échéant) de l'organisation dirigée par les populations clé, des ONG ou des autres entités qui fournissent ces services**
-

Forces et faiblesses

Les données des programmes donnent une indication de la mesure dans laquelle les programmes proposent des services à l'échelle nationale. S'il est vrai que les données du programme reflètent un engagement national à fournir des services aux communautés des populations clés spécifiées, elles ne représentent pas précisément les individus ayant bénéficié de ces services et, en règle générale, il est impossible de les dédupliquer. De plus, l'analyse de deux ensembles distincts de données issues des programmes peut uniquement être envisagée sur le plan écologique. Autrement dit, nous pouvons voir le nombre de personnes contactées par les programmes et le nombre de préservatifs fournis par les programmes, mais nous ne pouvons pas savoir qui, parmi les personnes contactées, a reçu des préservatifs.

Informations complémentaires requises

Les sites de prestation de services spécialement conçus pour une ou plusieurs populations clés témoignent de l'engagement à fournir des services contextuels aux communautés qui sont souvent stigmatisées. Veuillez indiquer le nombre total de ces sites et le nombre total de zones administratives de premier niveau (par exemple, état/province/oblast) ou de second niveau (par exemple, comté/district) ayant au moins un service et le nombre total dans le pays. Par exemple, le pays A rapporte 10 programmes de distributions d'aiguilles et de seringues dans cinq provinces, sur un total de sept provinces.

Si vous le savez, veuillez indiquer si le site est exploité par le programme national (gouvernement) ou la communauté (société civile ou organisation non gouvernementale).

Pour chaque population clé, indiquez également le nombre de pairs intervenants actifs pendant la période de référence.

Informations complémentaires

Outils pour établir et suivre les objectifs de prévention du VIH, de diagnostic, de traitement et de soins auprès des populations clés : complément des directives unifiées de 2014 sur la prévention du VIH, le diagnostic, le traitement et les soins auprès des populations clés. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1).

Directives opérationnelles pour le suivi et l'évaluation des programmes de lutte contre le VIH destinés aux personnes qui s'injectent des drogues. dans: MEASURE Evaluation [Internet]. Chapel Hill (NC): MEASURE Evaluation; c2019 (<https://www.measureevaluation.org/resources/tools/hiv-aids/operational-guidelines-for-m-e-of-hiv-programmes-for-people-who-inject-drugs>).

1.7 Programmes de prévention du VIH dans les prisons

Programmes de prévention et de traitement du VIH proposés aux prisonniers en détention

Ce qui est mesuré

Nombre de personnes en prison et dans d'autres milieux fermés qui reçoivent des services de prévention ou de traitement du VIH

Fondement

Les personnes en prison et dans d'autres milieux fermés risquent souvent de contracter le VIH après leur libération. C'est en particulier le cas des personnes impliquées dans la consommation illicite de drogues ou vivant dans un pays où le commerce du sexe est illégal. L'offre de services de prévention et de traitement du VIH dans les prisons peut réduire le risque de transmission du VIH à la fois dans la prison et dans la collectivité après la libération. Une riposte nationale forte au VIH inclura ces services auprès des personnes en prison et dans d'autres milieux fermés.

Numérateur

Nombre d'aiguilles stériles distribuées aux personnes en prison et dans d'autres milieux fermés

Nombre de personnes en prison et dans d'autres milieux fermés sous traitement de substitution aux opiacés

Nombre de préservatifs distribués personnes en prison et dans d'autres milieux fermés

Nombre de personnes en prison et dans d'autres milieux fermés sous traitement antirétroviral

Nombre de personnes en prison et dans d'autres milieux fermés ayant fait l'objet d'un test de dépistage du VIH

Nombre ou pourcentage de personnes vivant avec le VIH parmi les personnes en prison et dans d'autres milieux fermés

Nombre ou pourcentage de personnes en prison et dans d'autres milieux fermés souffrant d'hépatite C

Nombre ou pourcentage de personnes en prison et dans d'autres milieux fermés souffrant d'une hépatite C ou d'une co-infection par le VIH et le virus de l'hépatite C

Nombre ou pourcentage de personnes en prison et dans d'autres milieux fermés présentant une tuberculose ou une co-infection VIH-TB

Dénominateur

Ne s'applique pas

Calcul

Ne s'applique pas

Méthode d'évaluation

Données des programmes réguliers

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

Aucune

Informations complémentaires requises

Nombre de prisons proposant des services de prévention ou de traitement du VIH

Forces et faiblesses

Les données des programmes donnent une bonne indication des services et du poids du VIH chez les détenus. Cet indicateur permet de savoir si un programme national tire parti de la possibilité de servir une population à haut risque facilement accessible.

Compte tenu de la rotation caractérisant la plupart des systèmes pénitentiaires, les données des programmes donnent un aperçu d'une période donnée. Les préoccupations relatives à la confidentialité et au bien-être des détenus font obstacle aux enquêtes, bien qu'elles puissent être utiles si elles peuvent être menées en toute sécurité.

Informations complémentaires

ONUDDC, OIT, PNUD, OMS, ONUSIDA. Prévention du VIH, traitement et soins dans les prises en charge et autres espaces fermés : des mesures d'interventions complètes Vienne : ONUDDC, 2020 (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/20-06330_HIV_update_eBook.pdf).

1.8 Pratiques d'injections à moindre risque parmi les personnes qui s'injectent des drogues

Pourcentage de personnes qui s'injectent des drogues qui déclarent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection

Ce qui est mesuré

Progrès accomplis dans la prévention de la transmission du VIH liée à la consommation de drogues injectables

Fondement

Les pratiques d'injection et les comportements sexuels à moindre risque sont essentiels chez les personnes qui s'injectent des drogues, 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 personnes qui s'injectent des drogues 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 personnes qui s'injectent des drogues. Dans ce cas, il convient de calculer et de transmettre l'indicateur pour cette population.

Numérateur

Nombre de personnes qui s'injectent des drogues déclarant avoir utilisé un matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils se sont injecté de la drogue

Dénominateur

Nombre de personnes qui s'injectent des drogues déclarant s'être injecté de la drogue au cours du mois dernier

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Enquêtes de surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques

Les questions suivantes sont posées aux personnes interrogées :

1. Vous êtes-vous injecté de la drogue à un moment quelconque au cours du mois dernier ?

Si « oui » :

2. Avez-vous utilisé une seringue et une aiguille stériles la dernière fois que vous vous êtes injecté de la drogue ?

Lorsque cela est possible, les données relatives aux personnes qui s'injectent des drogues doivent être recueillies par les organisations de la société civile qui travaillent sur le terrain en étroite collaboration avec la population concernée.

L'identité des personnes qui s'injectent des drogues et les informations recueillies auprès d'eux doivent rester confidentielles et protégées.

Fréquence de mesure

Tous les deux ans

Ventilation

- Genre (homme, femme, transgenre)
 - Âge (<25 et 25+ ans)
-

Informations complémentaires requises

Si des données infranationales sont disponibles, veuillez indiquer les données de ventilation par zone administrative, ville ou site dans l'espace prévu à cet effet. Envoyez la version numérique de tous les rapports d'enquête disponibles en utilisant l'outil de téléchargement.

Forces et faiblesses

Les enquêtes sur les personnes qui s'injectent des drogues peuvent se révéler difficiles. Il est donc possible que les données obtenues ne soient pas fondées sur un échantillon national représentatif de la population de personnes qui s'injectent des drogues étudiée. Lorsqu'il est estimé que les données ne sont pas fondées sur un échantillon représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de l'interprétation des données. S'il existe différentes sources de données, il convient d'utiliser la meilleure estimation disponible. Des informations sur la taille de l'échantillon, la qualité et la fiabilité des données, et toute question connexe doivent accompagner l'indicateur.

L'importance de la transmission du VIH liée à la consommation de drogues injectables au sein d'un pays dépend de quatre facteurs : 1) l'étendue, le stade et les caractéristiques de propagation de l'épidémie nationale de sida, 2) l'ampleur de la consommation de drogues injectables, 3) le degré d'utilisation de matériel d'injection contaminé par les personnes qui s'injectent des drogues, et 4) les habitudes en termes de promiscuité sexuelle et d'utilisation du préservatif parmi les personnes qui s'injectent des drogues, 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 complémentaires

Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations: supplement to the 2014 consolidated guidelines for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1).

Un cadre pour le suivi et l'évaluation des programmes de prévention du VIH auprès des populations les plus exposées. Genève : ONUSIDA, 2007 (http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/17_Framework_ME_Prevention_Prog_MARP_E.pdf).

Directives pratiques pour l'intensification de la prévention du VIH : vers un accès universel. Genève : ONUSIDA, 2007 (http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306_Prevention_Guidelines_Towards_Universal_Access_en.pdf).

Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for People who Inject Drugs. In: MEASURE Evaluation [Internet]. Chapel Hill (NC): MEASURE Evaluation; c2019 (<https://www.measureevaluation.org/resources/tools/hiv-aids/operational-guidelines-for-m-e-of-hiv-programmes-for-people-who-inject-drugs.html>).

1.9 Aiguilles et seringues distribuées par personne qui s'injecte des drogues

Nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par personne qui s'injecte des drogues et par an, par le biais des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues

Ce qui est mesuré

Progrès accomplis dans l'amélioration de la couverture en matière d'aiguilles et de seringues fournies, un service de prévention du VIH essentiel chez les personnes qui s'injectent des drogues

Fondement

À l'échelle mondiale, la consommation de drogues injectables est l'une des principales voies d'acquisition du VIH dans le monde. 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 d'échange de seringues sont inclus en tant qu'intervention essentielle du secteur de la santé dans l'ensemble complet d'interventions de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour la prévention et le traitement du VIH et l'hépatite C parmi les populations clés (voir les informations complémentaires ci-dessous) décrites dans les Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés (2022).

Ce sont ces programmes qui ont un impact considérable sur la prévention du VIH chez les personnes qui s'injectent des drogues. De nombreuses observations scientifiques attestent leur efficacité dans la prévention de la propagation du VIH.

Numérateur

Nombre d'aiguilles et de seringues distribuées au cours des 12 derniers mois par le biais des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues

Dénominateur

Nombre de consommateurs de drogues injectables dans le pays

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Pour le numérateur: Données du programme utilisées pour compter le nombre d'aiguilles et de seringues distribuées

Pour le dénominateur: Estimation du nombre de personnes qui s'injectent des drogues dans le pays

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- Type de prestataire de services (services publics, organisations dirigées par des populations clés, ONG ou autres entités).
 - Nom de l'organisation/des organisations **Veillez mentionner le nom et l'URL/le site Internet (le cas échéant) de l'organisation dirigée par les populations clé, des ONG ou des autres entités qui fournissent ces services**
-

Informations complémentaires requises

Si des données infranationales sont disponibles, veuillez indiquer les données de ventilation par zone administrative, ville ou site dans l'espace prévu à cet effet. Vous pouvez également importer une feuille de calcul Excel comportant ces données plutôt que de les saisir dans l'outil en ligne. Par ailleurs, pour tous les rapports d'enquête disponibles en ce qui concerne l'estimation de la taille des populations, vous devez présenter la version numérique en utilisant l'outil de téléchargement.

Forces et faiblesses

Des difficultés ont été signalées concernant le compte des aiguilles et des 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 le biais des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues est connu et non les ventes en pharmacies.

L'estimation du nombre de personnes qui s'injectent des drogues à l'échelon national présente plusieurs difficultés. Il existe de multiples définitions des personnes qui s'injectent des drogues et les estimations de leur nombre peuvent fortement varier. L'ONUSDC publie des estimations de la taille des populations de personnes qui s'injectent des drogues 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 section réservée aux observations.

Les pays qui ont légalisé la vente de seringues et d'aiguilles sans ordonnance peuvent donner l'impression de présenter une couverture artificiellement faible avec cet indicateur. Les pays peuvent suivre cet indicateur en se basant sur les niveaux de couverture suivants :

- Faiblement prioritaire : < 100 seringues par personne qui s'injecte des drogues par an.
- Moyennement prioritaire : 100 – 200 seringues par personne qui s'injecte des drogues par an.
- Prioritaire : > 200 seringues par personne qui s'injecte des drogues par an.

Ces niveaux reposent sur des études menées dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire 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 complémentaires

Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations: supplement to the 2014 consolidated guidelines for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1).

Efficacité des programmes de distribution de seringues et d'aiguilles stériles dans la diminution du VIH/sida parmi les personnes qui s'injectent des drogues. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2004 (<https://iris.who.int/handle/10665/43107>).

Groupe de travail OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH / sida et des IST. Directives sur l'estimation de la taille des populations les plus exposées au risque de VIH. Genève : Organisation mondiale de la Santé et ONUSIDA ; 2010 (https://data.unaids.org/pub/manual/2010/guidelines_popnestimationsize_en.pdf).

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization, 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

Groupe mondial de travail sur l'information stratégique pour le VIH. Directives pour les études bio comportementales menées auprès des populations à risque de VIH. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization, 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

1.10 Couverture du traitement d'entretien par agonistes opioïdes

Pourcentage de personnes qui s'injectent des drogues recevant un traitement d'entretien par agonistes opioïdes

Ce qui est mesuré

Capacité des programmes à proposer un traitement d'entretien par agonistes opioïdes aux personnes qui s'injectent des drogues pour réduire directement la fréquence d'injection.

Fondement

Le traitement d'entretien par agonistes opioïdes représente un engagement à traiter la dépendance aux opiacés et à réduire la fréquence des injections, de préférence à zéro. Il s'agit de l'outil de santé publique le plus efficace, fondé sur des données probantes, pour réduire la consommation chez les personnes qui s'injectent des opiacés. Le traitement d'entretien par agonistes opioïdes apporte un soutien crucial au traitement d'autres problèmes de santé, notamment le VIH, la tuberculose et l'hépatite virale.

Numérateur

Nombre de personnes qui s'injectent des drogues et sont sous traitement d'entretien par agonistes opioïdes à une date donnée

Dénominateur

Nombre de personnes dépendantes aux opiacés qui s'injectent des drogues dans le pays

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Pour le numérateur: Données des programmes, par exemple les registres TSO.

Pour le dénominateur: Estimation de la taille de la population dépendante aux opiacés : utilisateurs ou injecteurs.

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- Genre (homme, femme, transgenre)
- Âge (<25 et 25+ ans)
- Type de prestataire de services (services publics, organisations dirigées par des populations clés, ONG ou autres entités).
- Nom de l'organisation/des organisations **Veillez mentionner le nom et l'URL/le site Internet (le cas échéant) de l'organisation dirigée par les populations clé, des ONG ou des autres entités qui fournissent ces services**

Informations complémentaires requises

Si des données infranationales sont disponibles, veuillez indiquer les données de ventilation par zone administrative, ville ou site dans l'espace prévu à cet effet. Vous pouvez également importer une feuille de calcul Excel comportant ces données plutôt que de les saisir dans l'outil en ligne. Envoyez la version numérique de tous les rapports d'enquête disponibles en utilisant l'outil de téléchargement.

Forces et faiblesses

L'estimation de la taille de la population utilisée pour le dénominateur doit être adéquate pour le numérateur ; toutes les personnes sous traitement d'entretien par agonistes opioïdes ne s'injectent pas des drogues et toutes les personnes qui s'injectent des drogues ne sont pas dépendantes aux opiacés.

Les enquêtes biocomportementales peuvent recueillir ces informations, mais sont souvent faussées par un critère d'inclusion imposant d'être un injecteur actuel. Cela exclurait les personnes recevant un traitement d'entretien par agonistes opioïdes qui ne s'injectent peut-être plus ou qui peuvent ne pas s'injecter actuellement afin d'accéder au programme de traitement d'entretien par agonistes opioïdes.

Informations complémentaires

Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations: supplement to the 2014 consolidated guidelines for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1).

Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Réseau international des usagers de drogues, ONUSIDA, Programme des Nations Unies pour le développement, Fonds des Nations Unies pour la population, Organisation mondiale de la Santé et al. Mettre en œuvre des programmes complets de lutte contre le VIH et le VHC avec les personnes usagères de drogues en injection : conseils pratiques pour des interventions collaboratives. Vienne : Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2017. (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Implementing_Comprehensive_HIV_and_HCV_Programmes_with_People_Who_Inject_Drugs_PRACTICAL_GUIDANCE_FOR_COLLABORATIVE_INTERVENTIONS.pdf#:~:text=Implementing%20comprehensive%20HIV%20and%20HCV%20programmes%20with%20people%20who%20inject)

Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for People who Inject Drugs. In: MEASURE Evaluation [Internet]. Chapel Hill (NC): MEASURE Evaluation; c2019 (<https://www.measureevaluation.org/resources/tools/hiv-aids/operational-guidelines-for-m-e-of-hiv-programmes-for-people-who-inject-drugs.html>).

1.11 Personnes ayant reçu un traitement prophylactique préexposition

Nombre de personnes recevant un traitement prophylactique préexposition (PrEP) au moins une fois au cours de la période de référence

Ce que ça mesure

Les progrès accomplis dans l'intensification de la PrEP à l'échelle mondiale

Fondement

Cet indicateur est essentiel pour évaluer la disponibilité et l'utilisation de la prophylaxie pré-exposition (PrEP), en particulier chez les personnes exposées à un risque important d'infection par le VIH. À travers la désagrégation des données, cet indicateur tentera également de suivre la disponibilité et l'utilisation par population (en fonction de l'âge, du genre et de la population clé). L'utilisation de médicaments antirétroviraux par des personnes séronégatives avant qu'elles ne soient exposées au VIH peut prévenir l'infection par le VIH. En 2015, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a recommandé que la PrEP orale contenant du ténofovir (TDF) soit proposée comme choix de prévention supplémentaire aux personnes exposées à un risque important d'infection par le VIH dans le cadre d'approches combinées de prévention du VIH. En 2021, l'OMS a recommandé l'anneau vaginal de dapivirine (DVR) comme option supplémentaire de PrEP à proposer aux femmes cisgenres exposées à un risque important d'infection par le VIH. En 2022, l'OMS a recommandé que le cabotégravir injectable à longue durée d'action (CAB-LA) puisse être proposé comme option supplémentaire de PrEP aux personnes exposées à un risque substantiel de VIH.

En 2024, l'OMS a mis à jour les lignes directrices sur les schémas posologiques de la PrEP orale, qui sont déterminés par une combinaison de facteurs fondés sur les caractéristiques de la personne, les circonstances et la voie d'exposition. Les lignes directrices n'utilisent plus le terme « PrEP basée sur les événements » (ED-PrEP), étant donné les variations possibles dans le dosage de la PrEP orale.

La mise en œuvre de la PrEP doit tenir compte de plusieurs facteurs contextuels. Il s'agit notamment des tendances épidémiologiques nationales et infranationales, de la viabilité programmatique et de la demande, ainsi que de l'environnement social des personnes vivant avec le VIH et des populations clés et de leur accès aux services. Les critères de mise en œuvre de la PrEP peuvent varier d'un pays à l'autre.

Numérateur

Nombre de personnes ayant reçu n'importe quel produit de PrEP au moins une fois pendant la période de référence

Dénominateur

Ne s'applique pas

Calcul

Ne s'applique pas

Méthode d'évaluation

Le numérateur est généré en comptant le nombre de personnes ayant reçu la PrEP au moins une fois au cours de la période rapportée (l'année calendaire précédente), conformément aux directives nationales ou aux normes de l'OMS/ONUSIDA. Il peut s'agir de PrEP orale, de DVR ou de CAB-LA. Le numérateur ne doit compter les individus qu'une seule fois, c'est-à-dire la première fois qu'ils ont reçu un produit de PrEP au cours de la période couverte par le rapport. Les personnes qui ont reçu la PrEP orale dans le cadre de programmes nationaux ou de projets pilotes, d'études de mise en œuvre, de la recherche ou de moyens privés doivent être incluses.

Pour la ventilation par produit de PrEP (PrEP orale, DVR ou CAB-LA), les personnes peuvent être comptées pour chaque produit (si elles ont reçu plusieurs produits). La somme des données ventilées par produit de PrEP et par schéma posologique peut donc être supérieure au total.

L'âge est défini comme l'âge de la personne lorsqu'elle a reçu la PrEP pour la première fois au cours de la période rapportée.

Si une personne s'identifie comme appartenant à plus d'une population clé, toutes les populations clés pertinentes doivent être enregistrées. La somme des données ventilées par populations clés peut donc être supérieure au total. Comme pour tous les types d'enregistrement utilisés pour ventiler les indicateurs par population clé, des efforts doivent être faits pour éviter de divulguer l'identité des personnes qui utilisent la PrEP dans les dossiers des clients et les registres des établissements qui offrent la PrEP.

Fréquence de mesure

Les données doivent être collectées en continu au niveau des infrastructures et agrégées périodiquement, de préférence une fois par mois ou par trimestre. Les données mensuelles ou trimestrielles les plus récentes doivent être utilisées pour le rapport annuel.

Ventilation

- Les personnes qui ont reçu la PrEP pour la première fois de leur vie.
 - Genre (homme, femme ou transgenre).
 - Âge (< 15, 15+ 15–19, 20–24, 25–49 et 50+).
 - Produit de PrEP (PrEP orale, DVR ou CAB-LA).
 - Population clé (hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, professionnel(le)s du sexe, personnes qui s'injectent des drogues, personnes transgenres et personnes en prison et dans d'autres milieux fermés).
-

Informations complémentaires requises

Si des données infranationales sont disponibles, veuillez indiquer les données de ventilation par zone administrative, ville ou site dans l'espace prévu à cet effet. Par ailleurs, pour tous les rapports d'enquête disponibles, vous devez présenter la version numérique en utilisant l'outil de téléchargement.

Forces et faiblesses

Cet indicateur ne reflétera pas le nombre d'années-personnes à risque, car il ne prend pas en compte la durée d'utilisation de la PrEP. En outre, il ne mesure pas le coût, la qualité, l'efficacité et l'observance du traitement, qui varient dans et entre les pays et sont susceptibles d'évoluer dans le temps.

La disponibilité et l'utilisation de la PrEP dépendent de facteurs tels que le coût, l'infrastructure et la qualité des prestations de services, l'environnement juridique et politique, la perception de l'efficacité et les effets secondaires possibles.

Les pays qui disposent de systèmes de suivi solides et qui utilisent des identifiants uniques estimeront probablement de manière plus précise le nombre de personnes recevant une PrEP pour la première fois au cours de l'année civile que les pays disposant de systèmes de données agrégées. Dans les pays où les systèmes de suivi sont faibles, il peut s'avérer difficile d'éviter le double comptage des personnes recevant une PrEP, y compris les personnes qui peuvent être transférées vers un autre établissement pour suivre un traitement au cours de la période de référence. Dans ce cas, le nombre de personnes recevant une PrEP pour la première fois au cours de l'année civile risque d'être surestimé.

Informations complémentaires

Outils de l'OMS pour la mise en œuvre de la prophylaxie préexposition (PrEP) en prévention de l'infection à VIH. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2017 (<http://www.who.int/hiv/pub/prep/prep-implementation-tool/en/>).

Qu'est-ce que le 2+1+1 ? Prophylaxie préexposition orale en fonction des événements pour prévenir le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes : mise à jour de la recommandation de l'OMS sur la PrEP orale. Note d'information technique. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325955/WHO-CDS-HIV-19.8-eng.pdf?ua=1>).

Favoriser l'impact par le suivi et la gestion du programme. Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331697/9789240000735-eng.pdf>).

Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

Prophylaxie pré-exposition différenciée et simplifiée pour la prévention du VIH : mise à jour des directives de mise en œuvre de l'OMS. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240053694>).

Directives sur le cabotégravir injectable à longue durée d'action pour la prévention du VIH. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240054097>).

Indicateurs sur la circoncision masculine

Les indicateurs 1.12 et 1.13 ne sont requis que dans 15 pays où la prévalence du VIH est élevée, les circoncisions masculines faibles et les épidémies hétérosexuelles généralisées : Botswana, Éthiopie, Eswatini, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Rwanda, Afrique du Sud, Soudan du Sud, Ouganda, République unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

1.12 Prévalence de la circoncision masculine

Pourcentage d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui sont circoncis

Ce qui est mesuré

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 de développement du VIH. Parmi les autres avantages de la circoncision médicale, citons la réduction du risque de certaines autres IST, dont le papillomavirus humain, responsable du cancer du col de l'utérus. Les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de l'ONUSIDA soulignent que la circoncision médicale volontaire doit continuer à être proposée comme une option supplémentaire efficace de prévention du VIH dans le cadre de la prévention combinée pour les adolescents de 15 ans et plus et les hommes adultes dans les contextes d'épidémies généralisées, afin de réduire le risque d'infection par le VIH acquise par voie hétérosexuelle. Les services de circoncision médicale volontaire doivent être fournis dans le cadre d'un ensemble d'interventions de prévention comprenant l'éducation à la sexualité à moindre risque, l'éducation et la fourniture de préservatifs, le dépistage du VIH et les liens avec les soins et le traitement, ainsi que la gestion des infections sexuellement transmissibles.

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 en grappe à indicateurs multiples et autres enquêtes représentatives)

Fréquence de mesure

Tous les 3 à 5 ans

Ventilation

- Âge (15-19, 20-24 et 25-49)
 - Source/Praticien ayant réalisé la circoncision : système de santé officiel ou traditionnel
-

Informations complémentaires requises

Aucune

Forces 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 enquêtes démographiques et de santé) 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 au fait de ce qu'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 (qui 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 complémentaires

Prévention du VIH par la circoncision médicale volontaire et sûre des garçons et des hommes adolescents dans les épidémies généralisées de VIH : recommandations et considérations clés. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1296029/retrieve>).

Un guide des indicateurs pour les programmes de circoncision masculine dans les systèmes de soins formels. Genève : Organisation mondiale de la Santé et ONUSIDA, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598262_eng.pdf).

1.13 Nombre annuel d'hommes circoncis volontairement

Nombre de circoncisions masculines effectuées conformément aux normes nationales au cours des 12 derniers mois

Ce qui est mesuré

Progrès accomplis dans l'intensification 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 contaminés par le VIH lors de rapports hétérosexuels. Trois essais contrôlés et randomisés (et plusieurs essais post-étude) ont montré que la circoncision masculine pratiquée par des professionnels de la santé formés et dans un cadre équipé de manière adéquate était sûre et réduisait le risque d'infection par le VIH. Parmi les autres avantages de la circoncision médicale, citons la réduction du risque de certaines autres IST, dont le papillomavirus humain, responsable du cancer du col de l'utérus. Les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de l'ONUSIDA soulignent que la circoncision médicale volontaire des hommes doit être fournie dans le cadre d'un ensemble d'interventions de prévention comprenant l'éducation à la sexualité à moindre risque, l'éducation et la fourniture de préservatifs, le dépistage du VIH et les liens avec les soins et le traitement, ainsi que la gestion des infections sexuellement transmissibles.

Numérateur

Nombre d'hommes circoncis au cours des 12 derniers mois conformément aux standards nationaux

Dénominateur

Ne s'applique pas

Calcul

Ne s'applique pas

Méthode d'évaluation

Registres des établissements de santé et formulaires de déclaration, données des programmes, système d'information sanitaire. Il est important de veiller à ce que la circoncision médicale volontaire des hommes soit pratiquée dans le respect de l'éthique et des droits de l'homme. La procédure doit être volontaire et inclure des procédures de consentement et d'assentiment éclairés.

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- Âge (<1, 1–9, 10–14, 15–19, 20–24, 25–29, 30–34, 35–49 et 50 ans et plus).

L'OMS recommande que la circoncision masculine médicale volontaire continue à être proposée comme une option supplémentaire efficace de prévention du VIH dans le cadre de la prévention combinée pour les adolescents de 15 ans et plus et les hommes adultes dans les contextes d'épidémies généralisées. Les décisions relatives à l'offre de circoncision masculine médicale volontaire aux jeunes adolescents de 10 à 14 ans doivent tenir compte de plusieurs facteurs fondés sur de nouvelles preuves, les droits de l'homme et le contexte national et local.

Informations complémentaires requises

Facultatif pour estimer la couverture : nombre estimé d'hommes non circoncis séronégatifs.

Forces et faiblesses

Le nombre total de circoncisions masculines pratiquées chez les hommes et chez les adolescents 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.

Au fur et à mesure que les pays généralisent efficacement la circoncision masculine médicale volontaire (CMMV), le nombre d'adolescents et d'hommes non circoncis éligibles à la procédure diminuera et le nombre de procédures réalisées deviendra plus difficile à interpréter. Il peut être utile d'estimer la couverture des circoncisions réalisées par rapport au besoin ; dans ce cas, le besoin peut être interprété comme le nombre d'adolescents et d'hommes non circoncis et séronégatifs éligibles à la procédure. Ces estimations peuvent être obtenues à partir des modèles comme ceux utilisés à des fins de suivi de l'avancement des objectifs de la stratégie d'accélération et du VMMC Decision Makers' Program Planning Toolkit (DMPPT) 2.

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

- Résultats positifs par test de dépistage sur place, résultats négatifs par test de dépistage sur place, résultats indéterminés par test de dépistage sur place, ou test(s) de dépistage du VIH inconnu(s)/refusé(s).
- Les groupes de personnes identifiés comme présentant un risque élevé de contamination par le VIH (par exemple les hommes ayant besoin d'être pris en charge pour une IST, les clients masculins des professionnels du sexe ou les groupes professionnels).
- Type et situation géographique de l'établissement de santé.
- Qualifications de la personne ayant pratiqué la circoncision.
- Procédure chirurgicale ou réalisée au moyen d'un dispositif.

La ventilation du nombre de circoncisions masculines selon le statut sérologique 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 la nature des ressources à allouer.

Certains programmes travailleront en étroite collaboration avec les services de dépistage volontaire du VIH afin de fournir des services de dépistage du VIH. Il est possible qu'un patient souhaitant être circoncis ait récemment été dépisté et qu'il soit donc inutile de pratiquer un test sur place. Dans ce cas, une attestation du résultat pourra être demandée par l'établissement afin de vérifier le statut sérologique. 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 au maximum est suggérée. Le but du dépistage n'est pas d'identifier tous les hommes susceptibles d'être contaminés par le VIH, mais de dépister les hommes à la recherche de soins et d'identifier les hommes vivant avec le VIH qui, s'ils choisissent d'être circoncis, ont plus de risques d'avoir des complications chirurgicales, à savoir les hommes souffrant d'infections chroniques et présentant de faibles taux de CD4.

Informations complémentaires

Prévention du VIH par la circoncision masculine médicale volontaire et sûre des garçons et des hommes adolescents dans les épidémies généralisées de VIH : recommandations et considérations clés. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1296029/retrieve>).

A guide to indicators for male circumcision programmes in the formal health care system. Genève : Organisation mondiale de la Santé et ONUSIDA, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598262_eng.pdf).

1.14 Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque

Pourcentage de personnes interrogées qui disent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire non cohabitant, parmi celles qui ont eu des rapports sexuels avec un tel partenaire au cours des 12 derniers mois

Ce qui est mesuré

Progrès accomplis dans la prévention de l'exposition au VIH du fait de rapports sexuels non protégés parmi les personnes ayant des partenaires non cohabitants.

Fondement

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

Numérateur

Nombre de personnes interrogées ayant déclaré avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire non marié, non cohabitant

Dénominateur

Nombre total de personnes interrogées ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels avec un partenaire non marié, non cohabitant 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 en grappe à indicateurs multiples et autres enquêtes représentatives)

Les antécédents sexuels des personnes interrogées sont demandés. L'analyse des antécédents sexuels est utilisée pour déterminer si les personnes interrogées ont eu des rapports sexuels avec un partenaire non marié, non cohabitant 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

- Genre (femme, homme)
- Âge (15-19, 20-24 et 25-49)

Forces et faiblesses

Une hausse de cet indicateur indique très clairement que les campagnes de promotion du préservatif ont l'effet souhaité sur leur principal marché cible.

Étant donné que les campagnes de promotion du préservatif visent son utilisation systématique, plutôt qu'occasionnelle, avec des partenaires non réguliers, il a été tenté d'enquêter directement sur l'utilisation systématique du préservatif en demandant généralement si le préservatif avait été toujours/parfois/ jamais utilisé. Bien que cette méthode puisse être utile dans les enquêtes de sous-population, elle est sujette à un biais de mémoire et à d'autres biais, et n'est pas suffisamment solide pour être utilisée dans une enquête de population générale. Le fait d'enquêter sur le dernier rapport sexuel avec un partenaire non cohabitant réduit le risque de biais de mémoire et donne une bonne indication transversale des niveaux d'utilisation du préservatif. Il est reconnu que l'utilisation systématique du préservatif est un objectif important. Or, inévitablement, si elle augmente, il en sera de même pour cet indicateur.

Informations complémentaires

Enquête démographique et de santé/Méthodes et instruments employés pour l'Enquête sur les indicateurs du sida (<http://dhsprogram.com/WhatWe-Do/Survey-Types/AIS.cfm>) ; http://hivdata.dhsprogram.com/ind_tbl.cfm

1.15 Nombre annuel de préservatifs distribués

Nombre de préservatifs distribués au cours des 12 derniers mois

Cet indicateur est divisé en deux sous-indicateurs:

- A. Nombre de préservatifs masculins distribués au cours des 12 derniers mois.
- B. Nombre de préservatifs féminins distribués au cours des 12 derniers mois.

Ce qui est mesuré

Progrès accomplis dans l'intensification de la distribution des préservatifs féminins et masculins.

Fondement

Les préservatifs ont montré qu'ils étaient l'un des moyens les plus efficaces pour éviter la transmission du VIH par voie sexuelle et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST), ainsi que les grossesses non désirées, avec une efficacité accrue lorsqu'ils sont utilisés systématiquement et correctement. Dans leurs recommandations, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'ONUSIDA soulignent que la distribution de préservatifs et leur promotion sont une intervention efficace et des éléments essentiels de la prévention combinée du VIH.

Numérateur

- A. Nombre de préservatifs masculins distribués au cours des 12 derniers mois.
- B. Nombre de préservatifs féminins distribués au cours des 12 derniers mois.

Dénominateur

- A. Ne s'applique pas.
- B. Ne s'applique pas.

Calcul

- A. Ne s'applique pas.
- B. Ne s'applique pas.

Méthode d'évaluation

Nombre de préservatifs féminins et masculins ayant quitté les entrepôts centraux ou régionaux pour une distribution ultérieure au cours de la dernière année calendaire. Les données doivent inclure les préservatifs distribués gratuitement (fournisseurs du secteur public), les préservatifs vendus à des tarifs subventionnés par le biais de campagnes de marketing social (organisations non gouvernementales) et les préservatifs vendus par le biais du secteur commercial (fournisseurs du secteur privé). Il convient d'éviter de compter deux fois les préservatifs en cas de chevauchement. Si des préservatifs provenant des entrepôts du secteur public sont donnés à des organisations non gouvernementales ou à des agents communautaires en vue de leur distribution, ils doivent être considérés comme provenant du secteur public.

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- Fournisseur (organisations publiques, privées et non gouvernementales).

Informations complémentaires requises

Aucune

Forces et faiblesses

Le nombre de préservatifs ayant quitté les entrepôts centraux ou régionaux peut fournir des informations utiles sur l'approvisionnement en préservatif. L'utilisation des préservatifs étant uniquement surveillée par le biais d'enquêtes tous les trois à cinq ans, il est important de suivre de près la distribution afin de surveiller l'usage en temps réel. L'analyse de ces données associée aux estimations des besoins en préservatif peut également fournir des informations sur les écarts d'approvisionnement. En outre, les pays peuvent se servir de cet indicateur pour comparer la distribution au niveau infranational par homme âgé de 15-64 ans afin de comprendre les inégalités dans l'approvisionnement et l'utilisation. Cet indicateur implique que les pays rassemblent et analysent les données provenant des différents canaux de distribution, dont les secteurs public et privé et le marketing social, faisant de cet indicateur un élément essentiel au développement d'une approche de marché total et à la compréhension de la complémentarité entre les différents segments de marché.

La distribution depuis les entrepôts centraux ou régionaux ne permettra pas de savoir si les préservatifs parviennent aux établissements, sont distribués avant leur date d'expiration ou sont utilisés. Pour obtenir des informations plus précises sur l'utilisation des préservatifs, les pays doivent, dans l'idéal, surveiller la consommation de préservatifs, c'est-à-dire le nombre de préservatifs ayant quitté les points de distribution comme les établissements de santé, les points de vente ou les centres de sensibilisation des communautés. Ce suivi s'effectue généralement en dressant l'inventaire dans chaque point de distribution lors du remplacement du stock. Néanmoins, les données relatives à la consommation n'étant pas disponibles sous forme agrégée dans la plupart des pays, la distribution depuis les entrepôts centraux et régionaux est recommandée comme mesure alternative.

Informations complémentaires

Fonds des Nations Unies pour la population, Organisation mondiale de la Santé, ONUSIDA. Déclaration de position sur les préservatifs et la prévention du VIH, des autres infections sexuellement transmissibles et des grossesses non désirées. 2015 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/wp-content/uploads/2018/01/Condom-position-statement-WHO-UNFPA-UNAIDS-final-logo-clearance-26-June-2015-1.pdf>).

Condoms: the prevention of HIV, other sexually transmitted infections and unintended pregnancies. Genève : ONUSIDA ; 2016 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/wp-content/uploads/2018/01/JC2825-7-1.pdf>)

1.16 Les jeunes : connaissances des jeunes en matière de prévention du VIH

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

Ce qui est mesuré

Progrès accomplis 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 personnes interrogées de 15 à 24 ans ayant répondu correctement aux cinq questions

Dénominateur

Nombre total de personnes interrogées 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 en grappe à indicateurs multiples et autres enquêtes représentatives)

Cet indicateur est établi à partir des réponses obtenues à la série de questions suivantes :

1. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire non infecté et qui n'a pas d'autres partenaires?
 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

Tous les 3 à 5 ans

Ventilation

- Âge (15-19 et 20-24)
 - Genre (homme, femme)
-

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.

Forces 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 à moindre 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 VIH 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 mesurer facilement les améliorations. Toutefois, il importe également dans d'autres pays, où il peut être utilisé pour s'assurer que les niveaux élevés pré-existants des connaissances en matière de VIH et de sida sont maintenus.

Informations complémentaires

Enquête démographique et de santé/Méthodes et instruments employés pour l'Enquête sur les indicateurs du sida (<http://dhsprogram.com>).

2.1 Personnes vivant avec le VIH et connaissant leur statut sérologique

Pourcentage de personnes vivant avec le VIH et connaissant leur statut sérologique à la fin de la période de référence

Ce qui est mesuré

Progrès accomplis dans l'augmentation de la proportion de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique et de l'efficacité des interventions de dépistage du VIH.

Fondement

Les personnes vivant avec le VIH et connaissant leur statut sérologique auront accès à des services de prise en charge nécessaires pour mener une vie saine et productive et réduire le risque de transmission du virus à d'autres personnes. La manière la plus efficace de garantir que les personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut est de proposer des tests de dépistage sur les lieux et parmi les populations les plus touchées par le VIH.

Cette mesure constitue le premier objectif des objectifs 95-95-95 de l'ONUSIDA, visant à ce que 95 % de personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique d'ici à 2025.

Numérateur

Nombre de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique

Dénominateur

Nombre de personnes vivant avec le VIH

Calcul

Numérateur/dénominateur

Remarque: à partir de 2019, les pays dont la population est supérieure à 250 000 habitants rendront compte de cet indicateur par groupes d'âge et de sexe larges et détaillés dans leur fichier national d'estimation Spectrum. Les résultats de ces indicateurs seront obtenus directement à partir du fichier national final de Spectrum, avec tous les autres indicateurs basés sur Spectrum. La collecte des données infranationales pour l'indicateur se fera dans l'outil de rapport du Suivi mondial du sida. Si un pays dispose d'estimations infranationales élaborées à l'aide de Naomi, ces données seront obtenues directement à partir du fichier Naomi final.

Méthode d'évaluation

Deux méthodes sont recommandées pour estimer la proportion de personnes vivant avec le VIH et connaissant leur statut sérologique. L'utilisation de l'une ou l'autre des méthodes est fonction de la disponibilité des données dans le pays.

1. Estimations directes issues des systèmes de surveillance des cas de VIH

Pour le numérateur. Dans les pays dont les systèmes de surveillance de cas du VIH sont opérationnels, le nombre de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique correspond au nombre de personnes diagnostiquées séropositives toujours en vie et enregistrées par le système de surveillance.

Pour le dénominateur. Les modèles d'estimation tels que Spectrum sont la source privilégiée pour le nombre de personnes vivant avec le VIH. Si des modèles autres que Spectrum sont utilisés, une documentation sur la méthode d'estimation et les limites d'incertitude doit être fournie.

Méthodes de surveillance de cas. Un système de surveillance de cas de VIH est considéré comme opérationnel si le processus de déclaration de tous les établissements de santé proposant des tests de confirmation, des traitements et des soins liés au VIH est en place depuis au moins 2015, et si les personnes décédées, perdues de vue ou ayant émigré sont retirées du numérateur. Seuls les diagnostics de VIH confirmés doivent être pris en compte, bien que les pays doivent veiller à ajuster ce nombre en tenant compte des délais de déclaration en incluant un nombre approximatif des personnes diagnostiquées, mais pas encore déclarées au cours de la dernière année calendaire (le cas échéant). Des mécanismes doivent être mis en place pour dédupliquer les individus diagnostiqués et déclarés plusieurs fois ou dans plusieurs établissements.

2. Estimations modélisées

Pour le numérateur : L'approche de modélisation des estimations du nombre de personnes qui connaissent leur statut sérologique parmi celles qui vivent avec le VIH est fonction de la disponibilité des données dans le pays.

Pour les pays disposant de systèmes de surveillance des cas et d'enregistrement de l'état civil solides, le nombre de personnes connaissant leur statut VIH peut être calculé à l'aide de l'outil d'estimation de la prévalence du VIH de la Surveillance des cas et de l'enregistrement de l'état civil (CSAVR) dans Spectrum. Une méthode d'estimation similaire est disponible en utilisant l'outil de modélisation du VIH du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (CEPCM) (<https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-modelling-tool>). Les estimations issues d'autres approches spécifiques aux pays pour la modélisation de ce nombre, fondées sur la surveillance des cas et les données cliniques, peuvent également être rapportées lorsque ces méthodes ont été validées par des pairs et publiées.

Pour les pays ayant collecté des données à la suite d'enquêtes menées auprès de la population des ménages qui permettent de connaître directement le nombre de participants séropositifs ayant indiqué connaître leur statut sérologique ou le nombre de personnes séropositives ayant rapporté avoir déjà subi un dépistage, l'ONUSIDA recommande (à compter de 2018) que la connaissance de la séropositivité soit modélisée à l'aide du modèle Shiny90. Vous trouverez de plus amples informations sur l'outil et les données nécessaires sur <https://shiny90.unaids.org/>.

Les estimations relatives à la connaissance de la séropositivité qui se basent uniquement sur les déclarations des participants concernant la connaissance de leur statut sérologique ou sur les données historiques issues d'enquêtes menées auprès de la population des ménages ne doivent pas être déclarées.

Pour le dénominateur. Les modèles d'estimation tels que Spectrum sont la source privilégiée pour le nombre de personnes vivant avec le VIH. L'ONUSIDA travaillera en collaboration avec les pays pour développer un modèle Spectrum qui correspondra aux estimations du nombre de personnes vivant avec le VIH si des estimations autres que celles générées par le biais de Spectrum sont utilisées.

Sur l'estimation du nombre d'enfants connaissant leur statut dans les pays ayant des estimations modélisées à partir de données d'enquêtes menées auprès des ménages. Dans la mesure où les enquêtes menées auprès des ménages sont souvent limitées aux personnes en âge de procréer, il peut s'avérer nécessaire d'établir une estimation séparée de la connaissance du statut sérologique chez les enfants (0 à 14 ans) à l'aide de données de programmes afin d'obtenir une estimation globale (tous âges confondus). Dans ce cas, l'ONUSIDA recommande que les pays utilisent le nombre d'enfants suivant un traitement, tel que reporté pour l'indicateur 2.2, comme mesure alternative. Cette approche représente la mesure la plus prudente de connaissance du statut parmi cette population.

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- 0–14 ans pour les enfants et 15 ans et plus selon le sexe (hommes et femmes) pour les adultes.
 - Selon disponibilité : ventilation par âge détaillé et sexe : < 1 an, 1-4 ans, 5-9 ans et 10-14 ans pour les enfants et 15-19 ans, 20-24 ans, 25-49 ans et 50 ans et plus par sexe (homme et femme) pour les adultes ; par genre (homme, femme, autre genre) pour les adultes.
-

Informations complémentaires requises

Si des données infranationales sont disponibles, veuillez indiquer la ventilation par zone administrative, ville ou site dans l'espace prévu à cet effet.

Forces et faiblesses

Méthode de création de rapport basée sur la notification des cas de VIH

La surveillance basée sur l'étude de cas fournit des mesures de connaissance raisonnables du statut sérologique dans les cas suivants :

- Le système est en place depuis suffisamment longtemps pour que toutes les personnes diagnostiquées et encore en vie aient été enregistrées.
- Il existe des mécanismes opportuns et exhaustifs pour enregistrer les nouveaux cas diagnostiqués dans le système à partir de tous les établissements proposant des tests de dépistage du VIH.
- Des mécanismes sont en place pour dé-dupliquer les diagnostics répétés parmi les individus signalés plusieurs fois et/ou par plusieurs établissements.
- Le suivi continu ou périodique des personnes est suffisamment opérationnel pour identifier si elles sont toujours en vie à l'opposé si elles sont décédées ou sont sorties du pays.

Les pays qui se fient à des systèmes faibles sont susceptibles de surestimer ou de sous-estimer la connaissance du statut sérologique dans les cas suivants:

- Les déclarations multiples (double comptage) n'ont pas été supprimées (menant à une surestimation).
- Des décès ou l'émigration de personnes diagnostiquées et enregistrées séropositives n'ont pas été supprimés du système (surestimation).
- La déclaration de cas n'est pas une routine des centres de dépistage avec des moyens de confirmer les résultats (sous-estimation).

Estimations modélisées

La fiabilité des estimations modélisées de la connaissance de la séropositivité dépendra de la qualité de la saisie des données pour chaque pays et de la fiabilité des hypothèses qui sous-tendent chaque modèle. Les pays doivent vérifier la qualité de la saisie des données en collaboration avec l'ONUSIDA et l'approche de modélisation choisie pour déterminer dans quelle mesure les estimations modélisées pourraient surestimer ou sous-estimer la connaissance du statut sérologique parmi les personnes vivant avec le VIH dans le pays.

Informations complémentaires

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization, 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

Spectrum. Dans : Avenir Health [Internet]. Glastonbury (CT): Avenir health; 2024 (<http://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php>).

The DHS Program: Demographic and Health Surveys [page Web]. Rockville (MD) : ICF, 2024 (<http://dhsprogram.com>).

2.2 Personnes vivant avec le VIH sous thérapie antirétrovirale

Pourcentage d'adultes et d'enfants recevant un traitement antirétroviral parmi tous les adultes et les enfants vivant avec le VIH à la fin de la période de référence

Ce qui est mesuré

Progrès accomplis dans l'administration d'un traitement antirétroviral à toutes les personnes vivant avec le VIH

Fondement

Il est prouvé que les traitements antirétroviraux réduisent la morbidité et la mortalité liées au VIH chez les personnes vivant avec le VIH, et ralentissent la transmission de l'infection. Des études ont également montré qu'un traitement précoce, indépendamment du taux de CD4 d'une personne, peut s'avérer plus efficace et sauver des vies. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande actuellement de traiter toutes les personnes vivant avec le VIH.

Le pourcentage d'adultes et d'enfants recevant un traitement antirétroviral parmi l'ensemble des adultes et enfants vivant avec le VIH constitue un point de référence pour le suivi à long terme des objectifs internationaux et la comparaison des progrès entre les pays. Considéré comme une proportion de l'indicateur 2.1, cet indicateur permet de suivre les progrès accomplis vers la réalisation du deuxième objectif 95 de l'ONUSIDA (95-95-95), à savoir que 95 % des personnes qui connaissent leur séropositivité ont accès à un traitement d'ici 2025.

Numérateur

Nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral à la fin de la période de référence

Dénominateur

Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH (pour déterminer la couverture thérapeutique)

OU

Nombre de personnes vivant avec le VIH et connaissant leur séropositivité (pour déterminer le second objectif 95)

Calcul

Numérateur/dénominateur

Remarque : à partir de 2018, les pays dont la population est supérieure à 250 000 habitants devront rendre compte de cet indicateur à partir de données ventilées par groupe d'âge dans Spectrum. Les résultats seront obtenus directement à partir du fichier national final Spectrum. La collecte des données infranationales pour l'indicateur se fera dans l'outil de rapport du Suivi mondial du sida. Si un pays dispose d'estimations infranationales élaborées à l'aide de Naomi, ces données seront obtenues directement à partir du fichier Naomi final.

Méthode d'évaluation

Pour le numérateur. Le numérateur est généré en calculant le nombre d'adultes et d'enfants qui suivent un traitement antirétroviral à la fin de la période de référence. Le numérateur doit inclure les personnes sous traitement antirétroviral dans le secteur privé (si ces données sont disponibles). Le calcul doit prendre en compte les femmes enceintes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral à vie.

Des protocoles doivent être mis en place pour éviter une double comptabilisation des personnes entre les établissements de santé ou au fil du temps, et pour garantir que les données issues des centres soient enregistrées en temps voulu. Le calcul ne doit pas prendre en compte les personnes qui ont arrêté de prendre le traitement, qui sont décédées ou qui ont émigré dans un autre pays, ou bien encore celles qui ont été perdues de vue dans l'établissement de santé pendant cette période. Les personnes sont considérées comme perdues de vue lorsqu'elles n'ont pas été vues dans les 28 jours suivant le dernier contact clinique prévu (rendez-vous ou récupération des médicaments). Certaines personnes récupèrent plusieurs mois de médicaments antirétroviraux lors d'une seule visite. Si la durée du traitement récupéré couvre le dernier mois de la période de référence, ces personnes doivent tout de même être considérées comme recevant un traitement antirétroviral (plutôt que comme ayant arrêté le traitement ou comme étant perdues de vue).

Remarque : les pays sont invités à entreprendre régulièrement des évaluations de la qualité des données pour déterminer la fiabilité des calculs. Elles doivent inclure une triangulation des données de programmes avec les systèmes nationaux d'approvisionnement et de suivi des médicaments et avec les autres données pharmaceutiques et de distribution de médicaments. Il est également possible d'utiliser les estimations de la couverture d'un traitement antirétroviral extraites des enquêtes pour renseigner ou valider le numérateur selon les données de programmes, bien que les résultats des enquêtes doivent se fonder sur les tests médicamenteux et non pas sur les données autodéclarées, celles-ci ayant démontré être de qualité limitée.

Les pays qui ont entrepris des évaluations de la qualité des données ou des révisions doivent ajuster les données actuelles et historiques pour tenir compte de ces incohérences. L'ONUSIDA travaillera en collaboration avec les pays pour convenir d'un ensemble de meilleures pratiques pour l'ajustement des données de programmes déclarées spécifiques aux pays.

Pour le dénominateur. Les modèles tels que Spectrum sont la source préférée pour estimer le nombre de personnes vivant avec le VIH. L'ONUSIDA travaillera en collaboration avec les pays pour développer un modèle Spectrum qui correspondra aux estimations du nombre de personnes vivant avec le VIH si des estimations autres que celles générées par le biais de Spectrum sont utilisées. Pour le nombre de personnes vivant avec le VIH et connaissant leur statut sérologique, veuillez consulter l'indicateur 2.1 pour plus d'informations sur le dénominateur.

Fréquence de mesure

Les données doivent être collectées en continu au niveau des établissements de santé et ajoutées périodiquement, de préférence mensuellement ou trimestriellement. Les données mensuelles ou trimestrielles les plus récentes avec le calcul du nombre de personnes suivant actuellement un traitement doivent être utilisées pour les rapports annuels.

Ventilation

- 0-14 ans pour les enfants et 15 ans et plus selon le sexe (hommes et femmes) pour les adultes. Les données saisies pour un âge ou un sexe inconnu doivent être attribuées aux cellules de données ventilées par âge et par sexe en utilisant la même distribution des données avec l'âge et le sexe connus.
- Ventilation par groupe d'âge détaillé pour les enfants : <1 an, 1-4 ans, 5-9 ans et 10-14 ans ; et par groupe d'âge détaillé et de sexe pour les adultes : 15-19 ans, 20-24 ans, 25-49 ans et 50 ans et plus.
- Nombre de personnes ayant nouvellement débuté un traitement antirétroviral au cours de l'année de référence. Cette ventilation ne devrait compter que les personnes naïves de tout traitement auparavant (qui n'avaient jamais suivi de traitement antirétroviral par le passé). Ces données doivent être disponibles à partir des mêmes sources que le nombre total de personnes recevant un traitement antirétroviral.
- Nombre de personnes ayant repris un traitement antirétroviral au cours de l'année de référence après avoir arrêté le traitement ou été considérées comme perdues de vue. Ces données doivent être disponibles à partir des mêmes sources que le nombre total de personnes recevant un traitement antirétroviral.

Informations complémentaires requises

Des données ventilées par âge détaillé sont demandées pour : (a) les enfants, et (b) séparément, par sexe, pour les adultes. Il est nécessaire d'indiquer le sous-groupe de personnes ayant débuté ou repris un traitement antirétroviral au cours de la dernière année de référence.

Si des données infranationales sont disponibles, veuillez indiquer la ventilation par zone administrative, ville ou site dans l'espace prévu à cet effet.

Forces et faiblesses

Cet indicateur évalue la couverture des traitements antirétroviraux de façon à pouvoir la comparer entre les pays et dans le temps. Il ne reflète cependant pas le coût, la qualité, l'efficacité ou l'observance des traitements, qui varient dans et entre les pays et peuvent évoluer avec le temps.

La précision du nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral dépendra de la qualité du système sous-jacent mis en place pour le rapport. Le nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral peut être sous-estimé, car les rapports des établissements de santé peuvent manquer ou avoir été transmis en retard à l'échelle nationale. Le nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral peut être surestimé, car certaines personnes ayant arrêté le traitement ou changé d'infrastructure, décédées ou perdues de vue, n'ont pas été retirées des registres. D'autres erreurs, liées par exemple à l'extraction incorrecte de données à partir des registres des établissements de santé ou à la rédaction des formulaires de déclaration, peuvent entraîner une surestimation ou une sous-estimation à des degrés d'amplitude variés.

Informations complémentaires

Lignes directrices unifiées sur la prévention, le dépistage, le traitement, les services fournis et le suivi du VIH : recommandations pour une approche de santé publique : Genève : Organisation mondiale de la Santé 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>

2.3 Personnes vivant avec le VIH dont la charge virale a été supprimée

Pourcentage et nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH dont la charge virale a été supprimée à la fin de la période de référence

Ce qui est mesuré

La charge virale individuelle est l'indicateur recommandé pour connaître l'efficacité d'un traitement antirétroviral et indiquer le niveau d'observance du traitement et du risque de transmission du VIH. Un seuil de charge virale <1000 copies/mL définit le succès du traitement selon les *Lignes directrices unifiées de 2016 de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection par le VIH*. Les personnes présentant des résultats de test de charge virale en dessous du seuil devraient être prises en compte comme ayant des charges virales supprimées.

Fondement

La suppression virale chez les personnes vivant avec le VIH constitue un point de référence pour le suivi des objectifs mondiaux dans le temps et un indicateur normalisé du succès du traitement et de la prévention du VIH, ce qui est essentiel pour mettre fin à l'épidémie de sida. Considéré comme une proportion du nombre de personnes sous traitement (le numérateur de l'indicateur 2.2), cet indicateur permet de suivre le troisième objectif 95 de l'ONUSIDA, à savoir que 95 % des personnes sous traitement antirétroviral auront supprimé leur charge virale d'ici à 2025.

Numérateur

Nombre de personnes vivant avec le VIH dont la charge virale a été supprimée au cours de la période de référence ($\leq 1\ 000$ copies/mL)

Dénominateur

Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH (pour estimer la couverture de suppression de la charge virale) ;

OU

Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH et qui suivent un traitement (pour déterminer les progrès accomplis vers la réalisation du troisième objectif 95)

Calcul

Numérateur/dénominateur

Remarque : Les pays dont la population est supérieure à 250 000 habitants feront état de cet indicateur par grands groupes d'âge, dans le fichier d'estimations du VIH de Spectrum. Les résultats sont obtenus directement à partir du fichier national final Spectrum. La collecte des données infranationales pour l'indicateur se fera dans l'outil de rapport du Suivi mondial du sida. Si un pays dispose d'estimations infranationales élaborées à l'aide de Naomi, ces données seront obtenues directement à partir du fichier Naomi final.

Méthode d'évaluation

La suppression de la charge virale est définie comme < 1 000 copies/mL. Certains pays utilisent d'autres seuils (tels que indétectable, <50 copies/mL ou <400 copies/mL), et nécessitent un ajustement pour la comparabilité avec d'autres pays et pour le suivi de l'objectif mondial 95-95-95. L'ONUSIDA recommande aux pays de s'adapter aux seuils de détection inférieurs. Pour cela, il faut utiliser la formule suivante:

$$y \left(\frac{6 - \log(1000)}{6 - \log(t_1)} \right)^\phi$$

Dans ce cas, y est le niveau de suppression virale standard (1000 copies/mL), t_1 est le seuil alternatif du pays qui a été utilisé, et ϕ est le facteur d'ajustement spécifique à la région. Si nécessaire, cet ajustement sera appliqué automatiquement dans Spectrum.

La suppression de la charge virale peut être rapportée à partir de trois sources de données différentes : (1) données cliniques et de programme ; ou (2) enquêtes représentatives à l'échelle nationale (comme les Enquêtes d'évaluation de l'impact du VIH sur la population [PHIA] et enquêtes sur la pharmacorésistance du VIH) ; ou (3) enquêtes sur les indicateurs d'alerte précoce de la pharmacorésistance du VIH. Les pays doivent rapporter les données provenant de la source la plus récente et la plus représentative au niveau national.

1. Tests de suppression de la charge virale de routine chez les personnes sous traitement antirétroviral collectés par le biais de registres cliniques ou de laboratoires ou d'une surveillance de cas.

Pour le numérateur. Les pays doivent rapporter le nombre estimé de personnes dont la charge virale est supprimée au niveau national pendant la période de rapport si la couverture du test de la charge virale (c'est-à-dire le nombre de personnes testées systématiquement pendant la période de déclaration, conformément aux directives de l'OMS, parmi toutes les personnes sous traitement) est de 50 % ou plus.

Les pays qui rapportent une couverture du test de la charge virale inférieure à 50 % ne doivent, en revanche, indiquer que le nombre de tests de routine de la charge virale – mais pas le nombre de tests pour lesquels la charge virale est inférieure au seuil, car il ne s'agit alors pas d'une bonne estimation représentative de la population globale sous traitement. Les pays qui souhaitent continuer à utiliser les données relatives aux résultats de la charge virale malgré une couverture du dépistage de la charge virale inférieure à 50 % doivent en discuter avec l'ONUSIDA, afin de déterminer si le pourcentage de personnes supprimées dans la population testée peut être considéré comme représentatif de la population sous TAR sans accès au dépistage.

Les pays ne doivent inclure que les données relatives aux tests qui résultent de tests de routine parmi les personnes sous traitement, et non des tests ciblés sur un sous-groupe sélectionné de patients sous traitement. Par exemple, les résultats d'une personne ne doivent pas être inclus si le test a été effectué avant le début du traitement ou en raison d'un échec présumé du traitement. Si la charge virale est testée de façon répétée pour une personne au cours d'une même année, seul le résultat du dernier test de routine doit être utilisé.

Pour les pays dans lesquels la couverture annuelle des tests de la charge virale se situe au-dessus de 50 %, le nombre estimé de personnes dont la charge virale est supprimée doit être signalé. Cette estimation est calculée à partir du nombre de suppressions de charge virale parmi les personnes testées, multiplié par le nombre de personnes en traitement. Ce calcul part du principe que les niveaux de suppression sont identiques parmi les populations non testées et testées. Cette hypothèse appuyée par les données d'Afrique du Sud qui montrent que, malgré l'absence fréquente d'informations sur la charge virale, les estimations de la suppression de la charge virale ne variaient pas considérablement après ajustement des données manquantes.

Exemple : un pays avec une estimation de 100 000 personnes vivant avec le VIH a des tests de charge virale de routine pour 12 000 des 24 000 personnes sous traitement antirétroviral. La couverture des tests de charge virale est de 50% et le pays considère que le niveau de suppression de la charge virale parmi la population non testée et le même que celui chez les personnes testées et suivant un traitement. Sur les 12 000 personnes testées, 10 000 personnes ont une charge virale supprimée. Le nombre national estimé de personnes vivant avec le VIH dont la charge virale est supprimée est de 20 000 [(10 000/12 000) x 24 000].

Lorsqu'il est probable que la suppression de la charge virale dans la population non testée sous traitement ne soit pas égale à celle de la population testée, veuillez contacter l'ONUSIDA pour une discussion plus approfondie sur les approches permettant d'estimer ce nombre.

For the denominator. Estimation models such as Spectrum are the preferred source for the number of people living with HIV. L'ONUSIDA travaillera en collaboration avec les pays pour développer un modèle Spectrum qui correspondra aux estimations nationales du nombre de personnes vivant avec le VIH si des estimations autres que celles générées par le biais de Spectrum sont utilisées.

Pour plus d'informations sur l'estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH et qui suivent un traitement dans le cadre du calcul du troisième objectif 95, voir l'indicateur 2.2.

2. Enquêtes récentes représentatives des populations à l'échelle nationale (enquête auprès des ménages sur la pharmacorésistance acquise du VIH ou enquêtes sur les indicateurs d'alerte précoce de la pharmacorésistance du VIH)

For the numerator. La proportion de personnes dont la charge virale est supprimée parmi les personnes dont le dépistage est positif dans l'enquête doit être multipliée par le nombre total de personnes vivant avec le VIH estimées à l'échelle nationale pour obtenir le nombre total de personnes ayant une charge virale supprimée. Cette valeur peut légèrement surestimer le nombre de personnes qui ont une charge virale supprimée parmi les personnes sous traitement, étant donné qu'elle inclura certaines personnes qui ne suivent pas de traitement et qui suppriment naturellement le virus. Si les données utilisées proviennent d'une enquête sur la pharmacorésistance acquise du VIH, il est possible de faire appel à des cohortes sur 12 ou 48 mois. Les données concernant les indicateurs d'alerte précoces sont à utiliser uniquement pour générer des statistiques agrégées lorsque :

a) toutes les cliniques d'un pays – ou un échantillon aléatoire de cliniques – ont rapporté des données sur les indicateurs d'alerte précoce qui incluent au moins 70 % de toutes les personnes sous TAR dans les cliniques de l'échantillon.

OU

b) si un échantillonnage pratique des cliniques a été utilisé, une statistique nationale ventilée peut être rapportée si les données des cliniques échantillonnées incluent au moins 70 % de la population éligible sous TAR dans le pays (voir page 8 de l'annexe Indicateurs d'alerte précoce (IAP) – conseils d'échantillonnage – voir Références ci-dessous).

Remarque: les pays qui utilisent des données d'enquête doivent toujours indiquer le nombre de personnes sous traitement ayant subi des tests de charge virale de *routine* au cours de la période considérée. Les données d'enquête sont à utiliser uniquement lorsqu'elles englobent à la fois les enfants et les adultes.

For the denominator. Estimation models such as Spectrum are the preferred source for the number of people living with HIV. L'ONUSIDA travaillera en collaboration avec les pays pour développer un modèle Spectrum qui correspondra aux estimations du nombre de personnes vivant avec le VIH si des estimations autres que celles générées par le biais de Spectrum sont utilisées. Pour plus d'informations sur l'estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH et qui suivent un traitement dans le cadre du calcul du troisième objectif 95, voir l'Indicateur 2.2.

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- 0-14 ans pour les enfants et 15 ans et plus selon le sexe (hommes et femmes) pour les adultes ; les données rapportées pour un âge ou un sexe inconnu doivent être attribuées aux cellules de données ventilées par âge et par sexe en utilisant la même distribution des données avec l'âge et le sexe connus. Ces ajustements doivent être notés dans la case fournissant des informations supplémentaires.
 - Tel que disponible. Ventilation par âge et par sexe détaillés : <1 an, 1-4 ans, 5-9 ans et 10-14 ans pour les enfants et 15-19 ans, 20-24 ans, 25-49 ans et 50 ans et plus selon le sexe (homme et femme) pour les adultes ; selon le genre (homme, femme, autre genre) pour les adultes.
-

Informations complémentaires requises

Si des données infranationales sont disponibles, veuillez indiquer la ventilation par zone administrative, ville ou site dans l'espace prévu à cet effet.

Forces et faiblesses

Lorsque des données des tests de mesure de la suppression de la charge virale sont recueillies sur la base de l'ensemble de la population recevant un traitement antirétroviral ou à partir d'un échantillon national représentatif, la mesure de la charge virale donne une indication de l'observance et de l'efficacité du traitement, ainsi que du risque de transmission à l'échelle du patient et du programme. Malgré l'importance de l'indicateur, il peut être difficile de le surveiller avec précision à l'aide des données de programme actuellement disponibles. Premièrement, étant donné que la capacité de surveillance de la charge virale est étendue mais reste limitée dans les pays à faible revenu, les estimations de la suppression de la charge virale parmi la population testée peuvent ne pas être représentatives de la population non testée. C'est particulièrement le cas si la mise à l'échelle des tests est biaisée vers des sites plus performants ou moins performants. En supposant que les niveaux de suppression de la charge virale sont les mêmes dans la population testée et non testée, les progrès vers les cibles 95–95–95 peuvent être sous- ou surestimés.

Un deuxième défi découlant des données de programme actuellement disponibles est que les tests de charge virale peuvent être effectués de manière sélective pour confirmer les suspicions d'échec thérapeutique. Les données rapportées à partir des tests de charge virale des personnes suspectées d'échec thérapeutique sous-estiment la suppression de la charge virale au niveau de la population. L'ONUSIDA recommande que les pays examinent de près les données rapportées pour exclure les tests ciblés, non routiniers.

Un troisième défi dans l'utilisation des données de programme de routine est que les données de test de charge virale ne sont rapportées que pour le sous-groupe de personnes sous traitement antirétroviral. Cela peut sous-estimer la suppression globale au niveau de la population puisque les personnes qui ne sont pas sous traitement et qui suppriment naturellement le virus ne seront pas incluses dans le numérateur. L'ONUSIDA étudie les données disponibles issues des cohortes et des enquêtes démographiques pour mieux quantifier et ajuster cet effet lorsqu'il rend compte des progrès accomplis à l'échelle mondiale et régionale vers l'objectif 95.

Informations complémentaires

ONUSIDA, OMS. Directives sur le suivi de l'impact de l'épidémie de VIH en utilisant les enquêtes démographiques. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/si-guidelines-population-survey/en>).

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

Lignes directrices unifiées sur la prévention, le dépistage, le traitement, les services fournis et le suivi du VIH : recommandations pour une approche de santé publique : Genève : Organisation mondiale de la Santé 2021.<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>

Consolidated guidelines on person-centred HIV patient monitoring and case surveillance. Annexe 2.4.6 : Guide de l'échantillonnage, de l'extraction et de la notification des indicateurs d'alerte précoce (IAP) de la résistance du VIH aux ARV. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2017 (https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/WHO_Consolidated_Guidelines_Annexes_2.4.6.pdf).

Pillay T, Cornell M, Fox MP, Euvrard J, Fatti G, Technau KG et al. Recording of HIV viral loads and viral suppression in South African patients receiving antiretroviral treatment: a multicentre cohort study. *Antivir Ther.* 2020;25(5): 257–266 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7982353/>

2.4 Infection par le VIH à un stade avancé et diagnostic tardif de l'infection par le VIH

Pourcentage et nombre d'adultes et d'enfants dont le taux de CD4 est inférieur à 200 cellules/mm³ (ou inférieur à 15 %) au moment du diagnostic initial ou de l'initiation/réinitiation de la thérapie antirétrovirale au cours de la période couverte par le rapport.

Ce qui est mesuré

Personnes vivant avec le VIH dont le nombre de cellules CD4 est inférieur à 200 cellules/mm³, ce qui constitue un critère d'avancement de la maladie.

Fondement

À mesure que les pays intensifient leurs services de VIH, il est important de vérifier si les personnes vivant avec le VIH sont à un stade avancé de leur infection. Le stade avancé de la maladie est associé à une mortalité et une morbidité nettement plus élevées dues au VIH, aux infections opportunistes et aux comorbidités. Il permet également d'identifier les personnes qui devraient recevoir l'ensemble des soins recommandés par l'OMS pour une maladie à un stade avancé du VIH afin de réduire le risque de résultats défavorables.

Numérateur

Au moment du diagnostic initial du VIH ou de l'initiation/réinitiation de la thérapie antirétrovirale, le nombre de :

- Adultes (âgés de ≥15 ans) vivant avec le VIH et ayant un taux de cellules CD4 <200 cellules/mm³ enregistré dans le mois qui suit le diagnostic initial ou l'initiation/réinitiation du traitement antirétroviral ; et,
 - Enfants âgés de 5 à 14 ans vivant avec le VIH avec un taux de cellules CD4 <200 cellules/mm³ ou CD4 <15% enregistré à ce moment-là ; et,
 - Enfants âgés de 0 à 59 mois vivant avec le VIH.
-

Dénominateur

Nombre de personnes chez qui le VIH a été diagnostiqué pour la première fois ou qui ont commencé ou recommencé une thérapie antirétrovirale au cours de la période couverte par le rapport :

- Adultes (âgés de ≥15 ans) : un taux de cellules CD4 enregistré à ce moment-là ; et,
 - Enfants âgés de 5 à 14 ans : un taux de cellules CD4 (ou un pourcentage) enregistré dans le mois qui suit le diagnostic initial ou l'initiation/réinitiation du traitement antirétroviral ;
 - Enfants de 0 à 59 mois : tous ceux qui vivent avec le VIH.
-

Calcul

Numérateur/dénominateur.

Méthode de mesure

Basée sur les données des systèmes d'information de laboratoire et des dossiers cliniques des personnes en traitement. Les données peuvent être compilées à partir des registres des services de santé, des formulaires de déclaration de cas ou des systèmes d'information de laboratoire. Les personnes dont les comptes de CD4 sont connus ne doivent être incluses que si le test de CD4 a été effectué dans le mois qui suit le diagnostic initial, l'initiation de la thérapie antirétrovirale ou la réinitialisation de la thérapie antirétrovirale.

Fréquence des mesures

Annuellement.

Ventilation

Personnes âgées de 0 à 14 ans (ventilées par âge de 0 à 59 mois et de 5 à 14 ans) pour les enfants, et personnes âgées de ≥15 ans par sexe (hommes et femmes) pour les adultes.

Premier diagnostic, versus initiation ou réinitialisation de la thérapie antirétrovirale.

Explication du numérateur

Adultes vivant avec le VIH dont le taux de lymphocytes CD4 était <200 cellules/mm³ lors du diagnostic initial, ou lors de l'initiation/réinitiation de la thérapie antirétrovirale au cours de la période de déclaration.

Tous les enfants âgés de moins de 5 ans sont considérés comme ayant une maladie à VIH avancée au moment du diagnostic initial ou lors de la réinitialisation de la thérapie antirétrovirale après une période de désengagement, et la ventilation par le taux des lymphocytes CD4 ou par catégorie de pourcentage n'est donc pas demandée.

Explication du dénominateur

Nombre de personnes vivant avec le VIH dont le taux de lymphocytes CD4 a été réalisé dans le mois suivant le moment du diagnostic ou de l'initiation/réinitiation de la thérapie antirétrovirale au cours de la période couverte par le rapport.

Informations supplémentaires demandées

Le nombre total de personnes ayant bénéficié d'un test CD4 au moment du diagnostic initial ou de l'initiation/réinitiation d'une thérapie antirétrovirale dans quatre catégories de taux de lymphocytes CD4 mutuellement exclusives (<200 cellules/mm³, 200 à <350 cellules/mm³, 350 à <500 cellules/mm³, ≥500 cellules/mm³), et le nombre total de personnes nouvellement diagnostiquées avec le VIH, et initiant et réinitiant une thérapie antirétrovirale au cours de la période couverte par le rapport, sont demandés.

La vérification de la qualité des données pour cet indicateur doit prendre en compte la distribution complète des CD4 dans les quatre catégories de CD4, en évaluant l'exhaustivité et la cohérence mutuelle, ainsi que la couverture et la représentativité des mesures des CD4 pour représenter tous les nouveaux diagnostics et toutes les (ré)inscriptions à la thérapie antirétrovirale.

Forces et faiblesses

Il se peut que cet indicateur n'inclue pas toutes les personnes diagnostiquées, mises sous thérapie antirétrovirale ou réinscrites sous thérapie antirétrovirale s'il existe des retards importants dans la communication des données relatives au diagnostic ou des résultats des tests de numération des CD4 (ce qui peut indiquer un retard dans le lien entre le diagnostic et les soins) ou si la mesure de la numération des CD4 n'est pas une pratique courante et universelle.

Si la couverture de la mesure du compte des CD4 (de tous les nouveaux diagnostics ou des inscriptions et réinscriptions à la thérapie antirétrovirale) est largement inférieure à 100 %, les résultats peuvent ne pas être représentatifs de l'ensemble de la population des clients. Si le pays n'est pas en mesure de communiquer les résultats des CD4 séparément pour les personnes nouvellement diagnostiquées, par rapport à celles qui ont commencé une thérapie antirétrovirale et à celles qui l'ont recommencée, les résultats des CD4 seront difficiles à interpréter.

2.5 Volume de dépistage et résultats positifs

Nombre de tests de dépistage du VIH réalisés (volume de dépistage) et pourcentage de tests positifs transmis aux personnes (résultats positifs) au cours de l'année calendaire

Ce qui est mesuré

Tendances en matière de recours aux services de dépistage du VIH, y compris par le biais de différentes modalités, et leur efficacité pour identifier les personnes vivant avec le VIH.

Fondement

Le volume de dépistage et les données sur le dépistage positif sont utiles pour le suivi du programme. Connaître le nombre de personnes dépistées chaque année et la modalité de dépistage ou le recours à l'autodépistage est essentiel pour prévoir les produits et le personnel nécessaires. Les données relatives au dépistage positif parmi les personnes dépistées ayant reçu leurs résultats peuvent également faciliter la validation du nombre de personnes déclarées comme nouvellement diagnostiquées par le biais de systèmes de rapports réguliers et des estimations de la prévalence du VIH obtenues grâce aux données des enquêtes. Enfin, lorsqu'elles sont ventilées par âge, sexe, modalité de dépistage et statut sérologique, ces données sont utiles pour évaluer l'efficacité des services de dépistage du VIH et pour combler les lacunes dans différents environnements, contextes et populations.

En plus des activités liées au suivi du programme, les volumes de dépistage et le taux de positivité annuels sont enregistrés dans le modèle de l'ONUSIDA qui permet d'estimer les progrès accomplis au regard du premier objectif 95 (parmi les personnes vivant avec le VIH, 90 % connaissent leur statut sérologique). Ce modèle est principalement utilisé dans les pays qui disposent d'enquêtes nationales pour mesurer la couverture historique de la population en matière de dépistage par statut sérologique VIH, mais dont les systèmes de notification des cas de VIH sont faibles (voir l'Indicateur 2.1).

Numérateur

Nombre de tests réalisés dont le résultat positif a été communiqué à la personne (résultats positifs)

Dénominateur

Nombre de tests effectués dont les résultats ont été reçus par la personne (volume de dépistage)

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Le numérateur et le dénominateur doivent être recueillis à partir des registres des programmes des services de dépistage du VIH, les journaux et les formulaires de déclaration tous les trimestres ou tous les ans. Les données rapportées doivent être le nombre de tests réalisés dont les résultats ont été communiqués à une personne et non pas le nombre de personnes ayant subi un dépistage au moins une fois dans l'année calendaire. Par exemple, si une personne séropositive effectue un test de dépistage dans une camionnette de dépistage itinérante puis à nouveau dans une clinique au cours de la même année calendaire, celle-ci doit être comptée deux fois dans le numérateur et deux fois dans le dénominateur. Autre exemple : si le test d'une personne est négatif dans un centre de conseil et de dépistage volontaire (CDV), puis positif lors d'un dépistage proposé par les professionnels de santé, celle-ci doit être comptée une fois dans le numérateur et deux fois dans le dénominateur.

Veillez noter qu'il ne faut prendre en compte que les dépistages dont les résultats ont été transmis à la personne. De même, une personne ne doit être comptabilisée que pour un seul dépistage dans le numérateur et le dénominateur, même si jusqu'à trois analyses différentes ont été effectuées pour confirmer un diagnostic de séropositivité conformément à l'algorithme de dépistage national.

Veillez déclarer le nombre de kits d'autodépistage obtenus et distribués dans l'année calendaire (le cas échéant). On entend par kits d'autodépistage obtenus le nombre total de kits d'autodépistage achetés (et pas distribués ou utilisés) par le gouvernement national en une année, comprenant notamment les bailleurs de fonds. Les kits d'autodépistage obtenus par le biais d'autres canaux, tels que le secteur privé, ne doivent pas être pris en compte, mais précisés dans les commentaires. On entend par kits d'autodépistage distribués le nombre total de kits d'autodépistage individuels ayant été distribués en une année. Il ne s'agit pas du nombre de personnes ayant subi un autodépistage ni du nombre total de personnes ayant reçu un kit d'autodépistage (étant donné que les personnes peuvent recevoir plus d'un kit sur un an). La ventilation par âge ou par sexe, ou les informations sur les résultats positifs, ne sont pas requises pour les données relatives à l'obtention ou à la distribution de kits d'autodépistage.

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- 0–14 ans pour les enfants et 15 ans et plus selon le sexe (hommes et femmes) pour les adultes.
- Modalité de test (pour toutes les populations, y compris les services destinés aux populations clés).
 - Rapportage des services de dépistage du VIH à l'échelle communautaire :
 - o dépistage mobile (p. ex. : camionnettes ou centres de dépistage temporaires) ;
 - o centres CDV (pas au sein d'un établissement de santé) ;
 - o autre dépistage communautaire.
 - Dépistage au niveau des établissements de santé :
 - o dépistage proposé par les professionnels de santé dans les cliniques et les services d'urgence
 - o cliniques de soins prénatals (y compris pendant l'accouchement) ;
 - o centres CDV (au sein d'un établissement de santé) ;
 - o cliniques de traitement de la tuberculose (le cas échéant) ;
 - o centres de planification familiale ;
 - o autre dépistage dans les établissements de santé.

Remarque : Si le volume de dépistage et les résultats positifs ne peuvent être ventilés par modalité, veuillez déclarer les nombres totaux.

Informations complémentaires requises

Veuillez fournir des informations dans le champ de commentaires sur les campagnes nationales de dépistage ou sur les changements de stratégies ou de pratiques de dépistage qui pourraient expliquer les variations des volumes de dépistage par rapport aux années précédentes. Si des données sur le dépistage complémentaire parmi les personnes séropositives ou séronégatives (volumes ou taux/proportions) sont disponibles, veuillez également les indiquer dans la fenêtre réservée aux commentaires.

Forces et faiblesses

Tous les pays ne disposent pas d'identifiants uniques ou de systèmes sous-jacents permettant de dédupliquer les premiers tests et les tests répétés parmi les individus, ni de différencier le statut VIH de la personne qui effectue un nouveau test. Les personnes dont le test est positif peuvent vouloir effectuer un test de confirmation supplémentaire et les personnes séronégatives peuvent effectuer plusieurs tests au cours de l'année. En conséquence, cet indicateur ne peut pas être directement comparé à la connaissance du statut (tel que mesuré dans l'indicateur 2.1).

Étant donné l'évolution des systèmes d'informations relatives au VIH, il sera essentiel d'être en mesure de ventiler les tests par historique des dépistages précédents (p. ex. : les personnes n'ayant jamais été dépistées, les personnes dont le dernier résultat était séronégatif et les personnes qui connaissent déjà leur séropositivité et cherchent ou demandent un test de confirmation) aussi sur la base de l'année des tests de dépistage précédents. Dans les prochaines années, cet Indicateur pourrait être étendu pour demander ces informations afin de mieux comprendre les schémas de dépistage et de saisir le nombre valide de nouveaux diagnostics pour mieux évaluer l'efficacité des services de dépistage du VIH.

Informations complémentaires

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

2.6 Couverture du traitement antirétroviral parmi les personnes vivant avec le VIH au sein des populations clés (A–E)

Pourcentage de personnes vivant avec le VIH dans une population clé qui ont reçu un traitement antirétroviral au cours des 12 derniers mois

Cet indicateur est divisé en cinq sous indicateurs :

- A. Couverture du traitement antirétroviral parmi les professionnels du sexe vivant avec le VIH
- B. Couverture du traitement antirétroviral chez les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant avec le VIH
- C. Couverture du traitement antirétroviral parmi les personnes qui s'injectent des drogues vivant avec le VIH
- D. Couverture du traitement antirétroviral parmi les personnes transgenres vivant avec le VIH
- E. Couverture du traitement antirétroviral parmi les personnes en prison et dans d'autres milieux fermés vivant avec le VIH

Ce qui est mesuré

Progrès pour fournir un traitement antirétroviral à des personnes vivant avec le VIH dans des populations clés

Fondement

Le traitement antirétroviral a montré qu'il réduisait la morbidité liée au virus ainsi que la mortalité parmi les personnes vivant avec le virus et freinait sa transmission. Les personnes vivant avec le VIH au sein de populations clés doivent pouvoir avoir accès aux services traditionnels proposant des traitements antirétroviraux sans éprouver la crainte d'être victime de stigmatisation ou de discrimination. Il est essentiel qu'elles puissent recevoir des soins de la part de professionnels de santé disposant des connaissances médicales afin de répondre à leurs besoins spécifiques. Idéalement, tous les services traditionnels doivent répondre aux normes afin d'être davantage sensibilisés aux besoins de ces populations clés. La couverture des traitements antirétroviraux est donc déterminante pour l'accès aux services traditionnels.

Numérateur

Nombre de personnes interrogées vivant avec le VIH qui ont déclaré avoir reçu un traitement antirétroviral au cours des 12 derniers mois

Dénominateur

Nombre de participants à l'enquête vivant avec le VIH

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Enquêtes de surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques

Fréquence de mesure

Tous les deux ans pour les enquêtes comportementales

Annuel si les données du programme spécial sont disponibles

Ventilation

A, C et E : genre (homme, femme et transgenre)

D : genre (homme transgenre, femme transgenre, autre)

A–E : Âge (moins de 25 ans, 25 ans et plus)

Informations complémentaires requises

Si des données infranationales sont disponibles, veuillez indiquer les données de ventilation par zone administrative, ville ou site dans l'espace prévu à cet effet. Envoyez la version numérique de tous les rapports d'enquête disponibles en utilisant l'outil de téléchargement.

Forces et faiblesses

Il s'agit d'un indicateur qui reconnaît l'importance du traitement antirétroviral et la nécessité d'un accès équitable à ces services. Ce point n'a pas fait partie des questions types dans les enquêtes bio comportementales, mais il est néanmoins de plus en plus traité, notamment dans les enquêtes effectuées auprès des ménages. Les programmes de traitement ne recueillent pas de données sur les comportements à risque et il n'existe donc pas de données régulières sur cette question. Les programmes de traitement ne collectent pas de données sur les comportements à risque et ne constituent donc pas une source habituelle pour recueillir ces informations. Les données sur la distribution du traitement permettent de mesurer le deuxième 95 de l'objectif 95-95-95 et fournissent des informations pour plaider en faveur d'un accès équitable au traitement pour toutes les communautés de populations clés.

Il est difficile de prévoir si de nombreuses personnes répondront avec précision à cette question dans le cadre d'une enquête. Une analyse et des études complémentaires seront nécessaires pour évaluer la validité des réponses et pour améliorer les méthodes afin d'obtenir des réponses valides dans le futur.

Informations complémentaires

WHO, CDC, UNAIDS, FHI 360. Biobehavioral survey guidelines for Populations at Risk for HIV. Geneva: World Health Organization; 2017; (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

Outils pour établir et suivre les objectifs de prévention du VIH, de diagnostic, de traitement et de soins auprès des populations clés : complément des directives unifiées de 2014 sur la prévention du VIH, le diagnostic, le traitement et les soins auprès des populations clés. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1).

2.7 Mortalité due au sida

Nombre total de personnes qui sont décédées d'une maladie due au sida sur une population de 100 000 personnes

Ce qui est mesuré

Impacts des programmes de prévention, soins et traitement du VIH

Fondement

Des efforts pour accroître l'accès à des médicaments antirétroviraux permettant de sauver des vies, notamment les directives 2016 de l'OMS qui recommande de traiter tous les patients, devraient réduire considérablement le nombre de décès dus au sida, à condition que ces services soient accessibles et dispensés efficacement. Il est important d'évaluer l'impact de la lutte contre le VIH en suivant l'évolution dans le temps du nombre de décès dus au sida. Cet indicateur, qui correspond désormais au nombre total de personnes décédées d'une maladie liée au sida au cours de la période de référence divisé par la population (par tranches de 100 000), est aussi l'un des 10 indicateurs mondiaux figurant dans les Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé de l'OMS.

Numérateur

Nombre de décès dus au sida au cours de l'année calendaire

Dénominateur

Population totale indépendamment du statut VIH

Calcul

Numérateur/dénominateur multiplié par 100 000

Méthode d'évaluation

Le taux de mortalité dû au sida peut être obtenu au moyen de divers calculs, y compris par le biais d'un système de registres d'état civil exempt de déclarations erronées, dans le cadre d'une enquête démographique ou bien réalisée auprès des services sanitaires pouvant inclure une autopsie verbale, et par le biais de modèles mathématiques, en utilisant des outils comme Spectrum. Les outils de modélisation utilisent généralement les données démographiques, la prévalence du VIH issue des enquêtes et de la surveillance, le nombre de personnes sous traitement antirétroviral, le taux d'incidence du VIH et les hypothèses concernant les profils de survie pour estimer le nombre de personnes décédées. Dans certains cas, les données issues des registres d'état civil et les estimations des sous-déclarations et des erreurs de classement peuvent également être intégrées à ces modèles pour obtenir l'estimation du nombre de décès dus au sida.

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- Genre
 - Âge (<5 ans, 5 à 14 ans et 15 ans et +)
-

Informations complémentaires requises

La source des estimations doit être indiquée. Les pays présentant le nombre de décès dus au sida obtenu à partir d'une source autre que Spectrum doivent également indiquer les estimations d'incertitude concernant ce nombre et, si possible, télécharger une version numérique du rapport décrivant la méthode de calcul employée.

Dans l'idéal, les pays doivent présenter une estimation modélisée plutôt qu'une estimation obtenue à partir de leur système de registres d'état civil, sauf si ce dernier a récemment fait l'objet d'une évaluation et dont la qualité a été démontrée. Les utilisateurs ont désormais la possibilité d'utiliser leurs estimations Spectrum ou de saisir des données représentatives de la population du pays. S'ils optent pour les estimations Spectrum, les chiffres seront directement obtenus du fichier national finalisé.

Forces et faiblesses

Pour les pays disposant d'un bon système de registres d'état civil, l'évolution de l'estimation du taux de mortalité dû au sida est une bonne indication de l'efficacité des programmes de prévention, de soins et de traitement. Néanmoins, il est également utile de réaliser des évaluations régulières pour mesurer les retards ou la sous-déclaration et les erreurs de classement des causes de décès.

Pour les pays qui n'ont pas de système efficace en place, l'estimation du nombre de décès dus au sida est un outil de suivi des programmes important, mais plus incertain. Les informations concernant les profils de survie des personnes qui reçoivent ou non un traitement antirétroviral sont particulièrement importantes. La marge d'incertitude de l'estimation du nombre de décès liés au sida doit être indiquée. L'évaluation sera uniquement aussi fiable que les données saisies dans les modèles et les hypothèses sur lesquelles se fonde le modèle.

Informations complémentaires

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

2.8 Prise en charge de l'infection cryptococcique

Pourcentage de personnes vivant avec le VIH et dont le taux de CD4 est inférieur à 200 cellules/mm³ qui ont été dépistées, diagnostiquées et traitées pour une infection cryptococcique.

Ce qui est mesuré

Cet indicateur mesure la cascade de dépistage et de traitement de l'infection cryptococcique chez les personnes vivant avec le VIH à un stade avancé : la proportion de personnes ayant un compte de CD4 inférieur à 200 cellules/mm³ qui ont été dépistées pour une infection cryptococcique ; la proportion de personnes qui ont été dépistées positives pour une infection cryptococcique ; et la proportion de personnes qui ont été traitées pour une infection cryptococcique parmi celles qui ont été dépistées positives.

Fondement

Pour réduire le nombre de décès liés au sida, les programmes de lutte contre le VIH doivent mettre l'accent sur l'identification des personnes à un stade avancé de la maladie, sur la prévention des infections opportunistes et sur le traitement de ces dernières. Les infections à cryptocoques sont responsables d'une mortalité et d'une morbidité importantes chez les personnes vivant avec le VIH, en particulier chez les personnes dont le taux de CD4 est inférieur à 200 cellules/mm³ (stade avancé de la maladie). Cet indicateur soutient la surveillance du dépistage, du diagnostic et du traitement des infections cryptococciennes, l'une des infections opportunistes les plus courantes chez les personnes atteintes d'une maladie à VIH à un stade avancé.

Numérateur

- A. Nombre de personnes vivant avec le VIH dont le taux de CD4 est inférieur à 200 cellules/mm³ et qui sont atteintes d'une infection cryptococcique et qui ont reçu un traitement.
- B. Nombre de personnes vivant avec le VIH et un taux de CD4 inférieur à 200 cellules/mm³ dont le test de dépistage de l'infection cryptococcique s'est révélé positif.
- C. Nombre de personnes vivant avec le VIH et un taux de CD4 inférieur à 200 cellules/mm³ qui ont été testées pour une infection cryptococcique.

Dénominateur

- A. Nombre de personnes vivant avec le VIH et un taux de CD4 inférieur à 200 cellules/mm³ qui ont été testées positives pour une infection cryptococcique.
- B. Nombre de personnes vivant avec le VIH et un taux de CD4 inférieur à 200 cellules/mm³ qui ont été testées pour une infection cryptococcique.
- C. Nombre de personnes vivant avec le VIH et dont le taux de CD4 est inférieur à 200 cellules/mm³.

Calcul

- Numérateur A/Dénominateur A
- Numérateur B/Dénominateur B
- Numérateur C/Dénominateur C

Méthode de mesure

Basée sur les données des systèmes d'information de laboratoire et sur les dossiers des personnes en traitement. Les données peuvent être compilées à partir des registres des services de santé, des formulaires de déclaration de cas et des systèmes d'information de laboratoire.

Les données peuvent inclure les personnes ayant subi un test CD4 au moment du diagnostic initial ou dans le mois qui suit, ainsi que les personnes ayant subi un nouveau test CD4 lors de la réinscription aux soins ou à tout moment au cours de la thérapie antirétrovirale.

Fréquence des mesures

Annuelle.

Ventilation

Aucune.

Informations supplémentaires demandées

Aucune.

Forces et faiblesses

Cet indicateur permettra d'améliorer la surveillance d'une infection opportuniste clé, d'améliorer l'identification des personnes atteintes d'une maladie à VIH avancée et de contribuer à la compréhension des causes de décès chez les personnes vivant avec le VIH.

L'une des faiblesses de cet indicateur est que seule l'infection cryptococcique est surveillée. D'autres infections opportunistes courantes, telles que la tuberculose, l'histoplasmosse et les infections à *Pneumocystis jirovecii*, ne sont pas prises en compte.

Informations complémentaires

Izco S, Garcia-Basteiro AL, Denning DW, Boulware DR, Penn-Nicholson A, Letang E. Management of advanced HIV disease in Africa. *Lancet HIV*. 2023;10(6):e358–e360.

Rajasingham R, Govender NP, Jordan A, Loyse A, Shroufi A, Denning DW, et al. The global burden of HIV-associated cryptococcal infection in adults in 2020: a modelling analysis. *Lancet Infect Dis*. 2022;22(12):1748–1755.

Guidelines for diagnosing, preventing and managing cryptococcal disease among adults, adolescents and children living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240052178>, accessed 15 October 2023).

Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550062>, accessed 12 October 2023).

3.1 Dépistage du VIH chez les femmes enceintes

Pourcentage de femmes enceintes dont le statut sérologique VIH est connu

Ce qui est mesuré

Couverture de la première étape de la prévention de la chaîne de la transmission verticale⁵. Une couverture élevée permet l'initiation précoce des soins et des traitements pour les mères séropositives. Le nombre total de femmes séropositives identifiées fournit le nombre de femmes enceintes séropositives pour démarrer la chaîne de prévention de la transmission verticale dans les établissements de santé.

Fondement

Le risque de transmission verticale peut être considérablement réduit en : (a) fournissant des médicaments antirétroviraux à la mère; (b) administrant une prophylaxie antirétrovirale au nourrisson et des médicaments antirétroviraux à la mère ou à l'enfant pendant l'allaitement (le cas échéant) ; (c) mettant en place des pratiques optimales pour l'accouchement et l'alimentation du nourrisson.

Les données seront utilisées aux fins suivantes : (a) pour évaluer les progrès accomplis par rapport aux objectifs nationaux et internationaux d'élimination de la transmission verticale ; (b) pour orienter la planification des politiques et stratégies ; (c) pour contribuer au plaidoyer ; et (d) pour mobiliser des ressources afin d'accélérer l'intensification. Ceci aidera à mesurer les tendances en matière de couverture de la prophylaxie antirétrovirale et du traitement antirétroviral et, une fois ventilé par type de schéma thérapeutique, permettra d'évaluer les progrès accomplis dans la mise en œuvre de schémas thérapeutiques et de traitements antirétroviraux plus efficaces.

Numérateur

Nombre de femmes enceintes fréquentant une clinique prénatale et/ou accouchant dans un établissement ayant subi un dépistage du VIH pendant la grossesse, le travail et/ou à l'accouchement, ou celles qui avaient déjà connaissance de leur séropositivité à la première consultation dans une clinique prénatale.

Dénominateur

Dénominateur basé sur la population : Nombre de femmes enceintes ayant accouché au cours des 12 derniers mois.

Dénominateur basé sur les programmes : Nombre de femmes enceintes ayant fréquenté une clinique prénatale ou ayant accouché dans un établissement de santé au cours des 12 derniers mois.

Calcul

Numérateur/dénominateur

Remarque : Les pays dont la population est supérieure à 250 000 habitants doivent rendre compte de cet indicateur dans le cadre de Spectrum. Les utilisateurs du Suivi Mondial du SIDA ont la possibilité d'utiliser leurs estimations Spectrum ou d'entrer des données représentatives de la population au niveau national. Si les estimations Spectrum sont choisies, les valeurs seront obtenues directement à partir du fichier Spectrum final.

Méthode d'évaluation

Numérateur : données des programmes, tels que les registres des cliniques prénatales ou les registres de travail et d'accouchement.

Dénominateur de population : estimations de l'Institut national de statistiques, de la Division de la population des Nations Unies ou des statistiques de l'état civil.

Dénominateur d'établissements de santé : données des programmes, tels que les registres des cliniques prénatales ou les registres de travail et d'accouchement.

Fréquence de mesure

Annuelle ou plus fréquemment, selon les besoins du pays en termes de suivi

Ventilation

Statut sérologique/résultats du dépistage :

- Infection à VIH connue à l'admission dans une clinique prénatale.
- Dépistage positif à la première consultation dans une clinique prénatale au cours de la grossesse, du travail et/ou de l'accouchement. Les femmes qui connaissent déjà leur séropositivité avant la grossesse en cours ne doivent pas être prises en compte.
- Dépistage négatif à la première consultation dans une clinique prénatale au cours de la grossesse, du travail et/ou de l'accouchement. Dans le cas de dépistages répétés, ce résultat doit être celui du dernier test effectué.

La somme des trois nombres ci-avant doit être égale au nombre de femmes ayant subi un dépistage du VIH. Le nombre total de femmes séropositives identifiées doit être égal à la somme des femmes qui connaissent déjà leur séropositivité à la première consultation dans une clinique prénatale et celles qui ont découvert leur séropositivité dans une clinique prénatale pendant la grossesse, le travail et/ou l'accouchement.

- Femmes enceintes qui s'injectent des drogues.
-

⁵ Dans le présent document, la transmission verticale comprend la transmission à l'enfant qui se produit pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. Dans le présent document, la « transmission verticale » est utilisée comme une alternative neutre et non stigmatisante à la transmission « mère-enfant ».

Informations complémentaires requises

Examinez les tendances dans le temps : si des données ventilées par région sont disponibles, voyez si des zones moins performantes peuvent être identifiées. Examiner si des données relatives au pourcentage de femmes admises en clinique prénatale qui connaissent leur statut sérologique (y compris celles dont la séropositivité a déjà été confirmée et celles qui ont déjà subi un dépistage) et au pourcentage de femmes sur le point d'accoucher et ayant accouché qui connaissent leur statut, sont disponibles.

Forces et faiblesses

Cet indicateur permet au pays de suivre les tendances du dépistage du VIH chez les femmes enceintes. Les points auxquels les abandons se produisent pendant le processus de test et de conseil et les raisons pour lesquelles ils surviennent ne sont pas pris en compte par cet indicateur. Cet indicateur ne mesure pas la qualité des tests ou des conseils. Il ne tient pas non plus compte du nombre de femmes ayant bénéficié d'un conseil avant le test.

Informations complémentaires

Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis. Deuxième édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259517/9789241513272-eng.pdf;jsessionid=015C03A78EC01FA22E13641A3DE9B3E3?sequence=1>).

3.2 Diagnostic infantile précoce

Pourcentage de nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH qui subissent des tests virologiques dans les deux mois suivant la naissance

Ce qui est mesuré

Progrès visant à ce que les nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH subissent des tests de dépistage du VIH dans les deux mois suivant la naissance et leur éligibilité pour un traitement antirétroviral ventilé selon les résultats des tests

Fondement

Les nourrissons qui contractent le VIH durant la grossesse, l'accouchement ou au début du post-partum décèdent souvent avant d'être reconnus comme vivant avec le VIH. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande que les programmes nationaux se dotent des moyens pour réaliser des tests virologiques de dépistage précoce du VIH chez les nourrissons à six semaines ou dès que possible afin d'orienter la prise de décisions clinique le plus tôt possible. L'infection à VIH progresse rapidement chez les enfants ; il est nécessaire qu'ils reçoivent un traitement aussi rapidement que possible, car, sans traitement précoce, près de 50 % des enfants décèdent au cours de la deuxième année.

Numérateur

Nombre de nourrissons qui ont subi un test de dépistage dans les deux mois qui suivent la naissance au cours de la période de référence. Les nourrissons dépistés ne doivent être comptés qu'une seule fois. Le numérateur ne doit pas inclure les nourrissons ayant subi un dépistage après deux mois.

Dénominateur

Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant accouché au cours des 12 derniers mois

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Pour le numérateur. Laboratoires de dépistage proposant un diagnostic infantile précoce.

Pour le dénominateur. Modèles d'estimation comme Spectrum ou enquêtes de surveillance des cliniques prénatales associées aux données démographiques et ajustements nécessaires liés à la couverture des enquêtes sur les cliniques prénatales.

Les utilisateurs de l'outil de rapport en ligne de Suivi mondial du sida ont la possibilité d'utiliser leur estimation Spectrum ou de fournir des données pour le dénominateur. Si les estimations Spectrum sont choisies, les valeurs seront obtenues directement à partir du logiciel une fois que le fichier national sera finalisé.

Fréquence de mesure

Annuelle ou plus fréquemment, selon les besoins du pays en termes de suivi

Ventilation

Le numérateur doit être ventilé selon les résultats : positif, négatif, indéterminé ou échantillon rejeté.

Explication du numérateur

Les données doivent être obtenues à partir des bases de données des laboratoires de dépistage proposant un diagnostic infantile précoce. Le numérateur doit représenter le nombre de nourrissons qui ont fait l'objet d'un dépistage virologique au cours de leurs deux premiers mois de vie, et non le nombre d'échantillons testés par le laboratoire. Les informations doivent provenir des bases de données des laboratoires. Dans la mesure du possible, il convient d'éviter les doublons en associant les données pour produire des données au niveau national.

Le nombre de nourrissons recevant plusieurs dépistages virologiques pendant leurs deux premiers mois de vie devrait être faible. Il convient de déployer tous les efforts possibles pour inclure tous les établissements de santé publics et privés et ceux gérés par une organisation non gouvernementale, qui proposent des dépistages du VIH pour les nourrissons exposés. Lorsque la couverture de soins prénataux, les accouchements dans les établissements de santé et le dépistage du VIH dans le cadre des soins anténataux et de l'accouchement sont élevés et que la déclaration est effectuée, les données du programme peuvent être utilisées pour les trianguler avec les données issues de chacune des sources.

Les résultats des dépistages peuvent être les suivants : positif, négatif, indéterminé ou échantillon rejeté par le laboratoire. Lorsque vous saisissez cette information, vous ne devez inclure que le résultat du dernier dépistage réalisé pour un nourrisson ayant subi un test au cours des deux premiers mois de sa vie.

Explication du dénominateur

Il s'agit d'une mesure alternative du nombre d'enfants nés de mère vivant avec le VIH. Deux méthodes peuvent être utilisées pour estimer le dénominateur :

1. Un modèle d'estimation, comme le logiciel Spectrum, en utilisant le résultat, c'est-à-dire le nombre de femmes enceintes ayant besoin de services de prévention de la transmission verticale⁵, comme mesure alternative.
2. Si les projections Spectrum ne sont pas disponibles, multiplier le nombre total de femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois (qui peut être obtenu à partir des estimations des naissances de l'agence nationale de statistique ou des estimations de la Division de la population de l'ONU) par la dernière estimation nationale de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes (qui peut être obtenue à partir de la surveillance sentinelle du VIH dans les cliniques prénatales après des ajustements nécessaires liés à la couverture des enquêtes menées par cliniques prénatales).

Dans un souci de comparabilité, les données Spectrum seront utilisées pour le dénominateur dans le cadre des analyses mondiales.

Forces et faiblesses

Cet indicateur permet aux pays d'évaluer les progrès accomplis dans le dépistage virologique précoce des nourrissons exposés au VIH durant les deux premiers mois de leur vie, un dépistage essentiel pour mettre en place les soins et traitements nécessaires. En limitant l'âge à deux mois ou moins, on élimine le risque de double dépistage pour un même enfant, pouvant entraîner un double comptage. Les trois seuls champs nécessaires pour cet indicateur, à savoir la date de prélèvement de l'échantillon, l'âge au moment du prélèvement (réel ou calculé à partir de la date de naissance) et le résultat, sont systématiquement saisis dans les bases de données centrales de dépistage précoce des laboratoires de dépistage.

Compte tenu du nombre limité de laboratoires de dépistage, et du format électronique des bases de données de dépistage, les données de cet indicateur ne devraient pas nécessiter un travail de collecte trop important. Les laboratoires disposent généralement de données de qualité, ce qui permet d'obtenir un indicateur fiable. L'indicateur ne recense pas le nombre d'enfants diagnostiqués séropositifs à l'infection à VIH et ne permet pas de savoir si l'enfant a bénéficié de services de suivi appropriés en fonction de l'interprétation des résultats du dépistage. Il ne permet pas non plus d'évaluer la qualité des dépistages ou du système mis en place pour ces derniers. Un indicateur bas pourrait néanmoins indiquer une faiblesse du système, notamment une mauvaise gestion nationale des kits de dépistage virologique du VIH, une faible collecte de données, un manque de suivi et une mauvaise gestion des échantillons à tester.

La ventilation en fonction des résultats des tests ne doit pas être utilisée comme un indicateur des taux de transmission verticale précoce. Si la couverture du test de diagnostic précoce chez le nourrisson au cours des deux premiers mois de vie est faible, un faible taux de positivité parmi les nourrissons testés ne signifiera pas nécessairement le succès du programme, puisque cet échantillon ne comprend pas les nourrissons qui n'ont pas été testés et qui ont probablement des taux de transmission plus élevés.

Même si le dépistage virologique précoce est essentiel pour identifier les nourrissons vivant avec le VIH, il est également important que les pays renforcent la qualité du suivi des nourrissons exposés au VIH et forment les professionnels de santé à reconnaître les signes et symptômes d'une infection précoce à VIH chez les nourrissons exposés, en particulier lorsque l'accès au dépistage virologique est limité. La mauvaise gestion des produits peut avoir un impact négatif sur la valeur de l'indicateur et réduire considérablement l'accès au dépistage du VIH pour les nourrissons nés de mère vivant avec le VIH. Les pays doivent veiller à ce que des systèmes et des outils adéquats soient en place, en particulier des systèmes d'information pour la gestion de la logistique (LMIS), pour l'achat, la distribution et la gestion des stocks des services sanitaires et districts et au niveau national.

Informations complémentaires

Le numérateur de cet indicateur est un sous-ensemble de l'indicateur MER du gouvernement des États-Unis sur le diagnostic infantile précoce PTME (PTME_DIP). L'indicateur MER est ventilé pour inclure le nombre d'enfants dont on découvre le statut sérologique entre zéro et deux mois et entre deux et 12 mois. L'indicateur de suivi mondial de la lutte contre le sida décrit ici inclut uniquement les enfants diagnostiqués avant l'âge de deux mois, et il utilise un dénominateur de naissances de mères vivant avec le VIH, qui comprend les femmes non intégrées dans le programme de prévention de la transmission verticale.

Informations complémentaires

MER indicator reference guide, version 2.4 [Internet]. Washington (DC): United States President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR); 2023 (https://help.datim.org/hc/article_attachments/19439675645076).

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 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75478/1/9789241504362_eng.pdf).

3.3 Transmission verticale du VIH

Pourcentage estimé d'enfants nouvellement infectés par le VIH par transmission verticale¹ au cours des 12 derniers mois.

Ce qui est mesuré

Comparé aux valeurs antérieures, cet indicateur montre l'impact de l'accès des femmes aux médicaments antirétroviraux et de la rétention afin de réduire la transmission verticale du VIH.

Fondement

Des efforts ont été déployés pour accroître l'accès aux interventions susceptibles de réduire de manière significative la transmission verticale du VIH, notamment les schémas de traitement et le renforcement des conseils sur l'alimentation des nourrissons. L'impact des interventions visant à prévenir la transmission verticale sur la réduction du nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH par transmission verticale doit être évalué.

Le pourcentage d'enfants vivant avec le VIH devrait diminuer à mesure que la couverture des interventions visant à prévenir la transmission verticale et l'utilisation de régimes plus efficaces augmentent.

Numérateur

Nombre estimé d'enfants ayant été nouvellement contaminés par le VIH dans le cadre de la transmission verticale au cours des 12 derniers mois (Bien que le dénominateur soit limité aux naissances survenues au cours des 12 derniers mois, le numérateur peut inclure des enfants infectés par le VIH pendant la période d'allaitement et la naissance peut donc avoir eu lieu plus de 12 mois auparavant. L'indicateur est donc en réalité un ratio et non un véritable pourcentage).

Dénominateur

Nombre estimé de naissances chez les femmes vivant avec le VIH au cours des 12 derniers mois

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

En principe, cet indicateur est mesuré par le biais de programmes permettant d'identifier l'infection à VIH chez les jeunes enfants. Cependant, ces programmes ne sont souvent pas en mesure d'identifier les infections parmi les enfants 1) des femmes qui opèrent une séroconversion alors qu'elles sont enceintes ou qu'elles allaitent 2) des femmes qui ne poursuivent pas leurs soins pendant les services prénatals ou postnatals ou 3) des femmes qui n'ont jamais bénéficié de services. Les estimations modélisées sont utilisées pour les rapports internationaux lorsque les résultats finaux de la transmission verticale à l'échelle de la population ne sont pas disponibles.

La probabilité de transmission verticale diffère selon le moment de l'initiation du traitement antirétroviral, le schéma médicamenteux antirétroviral reçu et les pratiques d'alimentation des nourrissons. La transmission peut être calculée en utilisant Spectrum. Le programme informatique de ce logiciel utilise des données relatives à ce qui suit :

- La proportion de femmes enceintes vivant avec le VIH recevant des médicaments antirétroviraux au moment du début du traitement (avant la conception, au début de la grossesse ou à un stade avancé de la grossesse).
- La proportion de femmes enceintes recevant des médicaments antirétroviraux au moment de l'accouchement.
- L'estimation de l'incidence du VIH chez les femmes enceintes et allaitantes.
- La distribution des femmes recevant des médicaments antirétroviraux après l'accouchement (post-partum).
- Parmi les femmes recevant des médicaments antirétroviraux, le pourcentage d'enfants dont la mère a arrêté d'allaiter par âge de l'enfant en mois (0 – 35 mois).
- Le pourcentage de femmes ne recevant pas de médicaments antirétroviraux ayant arrêté d'allaiter par âge de l'enfant en mois (0 – 35 mois).
- Le pourcentage de femmes allaitantes et recevant des médicaments antirétroviraux ayant renoncé à leur traitement par mois.
- L'estimation de l'incidence chez les femmes allaitantes.
- La probabilité de transmission verticale du VIH en fonction des différentes catégories de traitements antirétroviraux et de la façon dont le nourrisson est alimenté.
- Le nombre estimé de femmes vivant avec le VIH ayant accouché par groupe d'âge.

La synthèse de la prévention de la transmission verticale qui s'affiche dans Spectrum rapporte le taux de transmission national estimé au niveau de la population. Cette variable peut également être calculée dans Spectrum en divisant le nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH par transmission verticale par le nombre de femmes qui ont besoin de services pour prévenir la transmission verticale.

Il n'y a pas suffisamment d'informations disponibles sur les autres modes de transmission du VIH aux enfants pour les inclure dans Spectrum. On estime par ailleurs que les autres modes de transmission ne représentent qu'un petit pourcentage du nombre total d'infections à VIH chez les enfants. La variable « Nouvelles infections à VIH pour les enfants de 0 à 1 an » de Spectrum n'est pas utilisée car certaines infections dues à l'allaitement se produisent chez des enfants de plus d'un an.

Les utilisateurs de l'outil de suivi mondial de la lutte contre le sida ont désormais la possibilité d'utiliser leurs estimations Spectrum ou de saisir des données représentatives de la population du pays. S'ils optent pour les estimations Spectrum, les chiffres seront directement extraits du logiciel une fois le fichier national finalisé. Si des données de programmes sont incluses, les intégrer sur la base de cohortes de naissance égales pour le numérateur et le dénominateur et non selon l'année du diagnostic.

¹ Dans le présent document, la transmission verticale comprend la transmission à l'enfant qui se produit pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. Dans le présent document, la « transmission verticale » est utilisée comme une alternative neutre et non stigmatisante à la transmission « mère-enfant ».

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

Aucune

Informations complémentaires requises

Cet indicateur diffère de l'indicateur MER du gouvernement des États-Unis sur le résultat final PTME (RF_PTME), puisque celui-ci est une mesure issue d'analyses de cohorte qui ne permet pas de relever les infections infantiles chez les femmes devenues séropositives au cours de l'allaitement ou celles qui n'ont pas participé au programme de prévention de la transmission verticale (ou bien qui l'ont abandonné). Le dénominateur diffère également : l'indicateur MER tente d'estimer le nombre femmes qui deviendront séropositives au cours de l'allaitement.

Forces et faiblesses

Points forts. Au fil du temps, cet indicateur évalue la capacité des programmes à prévenir la transmission verticale. L'estimation modélisée est préférable car il est très difficile de mesurer directement cet indicateur. L'évaluation modélisée relève plusieurs défis.

1. Le suivi des paires mère-enfant est difficile, en particulier au niveau national, en raison du décalage dans la transmission des données et des multiples sites d'établissements de santé que les paires mère-enfant peuvent visiter pour le large éventail de services de prévention de la transmission verticale et d'interventions de soins aux enfants fournis au cours d'une période donnée.
2. Les enfants (en particulier ceux vivant avec le VIH) peuvent décéder avant de passer des tests qui permettraient de déterminer si la transmission a eu lieu.
3. Un indicateur directement mesuré ne permettra pas de relever le nombre de femmes et leurs enfants qui ne participent pas aux programmes, vraisemblablement confrontés à une forte stigmatisation.
4. Les valeurs mesurées le plus directement ne prendront pas en compte les femmes devenues séropositives au cours de l'allaitement.

Points faibles. Cet indicateur s'obtient à partir d'un modèle qui donne une estimation de l'infection à VIH chez les enfants. L'estimation de l'indicateur est fonction des hypothèses et des données utilisées dans le modèle. Ainsi, dans les pays où les césariennes sont couramment pratiquées, l'indicateur surévaluera la transmission mère-enfant. Cet indicateur dépend également de données des programmes, qui concernent généralement les médicaments antirétroviraux administrés et non consommés, ce qui présente un risque de sous-estimation de la transmission verticale.

Il ne permet pas non plus de prendre en compte les efforts déployés pour baisser le risque de transmission verticale en réduisant le nombre de femmes en âge de reproduire atteintes par le VIH ou en limitant les grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH.

Dans les pays où des données sont disponibles, où la fréquentation des établissements de santé est élevée et où des tests de confirmation sont menés systématiquement, il convient de s'efforcer de suivre l'évolution des incidences en évaluant directement le pourcentage d'enfants vivant avec le VIH parmi ceux qui sont nés de mère vivant avec le VIH. Tous les pays sont invités à accroître le suivi du statut sérologique et les enfants survivants nés de femmes vivant avec le VIH, en collectant les données dans le cadre de visites de suivi dans des centres sanitaires.

Informations complémentaires

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization, 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

3.4 Prévention de la transmission verticale du VIH

Pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des médicaments antirétroviraux en vue de réduire le risque de transmission verticale¹ du VIH

Ce qui est mesuré

Progrès réalisés dans la prévention de la transmission verticale du VIH durant la grossesse et l'accouchement par l'administration de médicaments antirétroviraux.

Cet indicateur permet aux pays de suivre la couverture de l'initiation de médicaments antirétroviraux chez les femmes enceintes vivant avec le VIH afin de réduire le risque de transmission aux nourrissons pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. Étant donné que cet indicateur porte généralement sur les médicaments antirétroviraux dispensés, et non consommés, il est dans la plupart des cas impossible de déterminer l'observance du traitement.

Fondement

La dispensation de médicaments antirétroviraux à une femme vivant avec le VIH – soit avant la conception, soit pendant la grossesse et l'allaitement – peut réduire considérablement le risque de transmission verticale. Cette intervention est plus efficace si les médicaments antirétroviraux sont fournis avant la conception et respectés scrupuleusement tout au long de l'allaitement. Cet indicateur peut être utilisé pour : (a) évaluer les progrès accomplis par rapport aux objectifs nationaux et internationaux d'élimination de la transmission verticale ; (b) orienter la planification des politiques et stratégies ; (c) renforcer la sensibilisation ; et (d) mobiliser des ressources afin d'accélérer l'intensification.

Numérateur

Nombre de femmes enceintes séropositives ayant accouché pendant les 12 derniers mois et reçu des médicaments antirétroviraux dans le but de réduire le risque de transmission verticale du VIH. Les rapports mondiaux sur l'accès aux médicaments antirétroviraux pour la prévention de la transmission verticale ne prendront pas compte les femmes qui ont reçu une dose unique de névirapine, ce traitement étant considéré comme insuffisant. Le pays doit néanmoins rapporter le nombre de femmes qui ont reçu une dose unique de névirapine.

Ce nombre doit prendre en compte toutes les femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois, indépendamment de l'année au cours de laquelle elles ont commencé à prendre des médicaments antirétroviraux.

Dénominateur

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

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Pour le numérateur. Rapports des programmes nationaux, obtenus à partir des outils de suivi des programmes, tels que les registres de patients et les synthèses des formulaires de déclaration.

Pour le dénominateur. Modèles d'estimation comme Spectrum ou enquêtes de surveillance des cliniques prénatales combinées aux données démographiques et ajustements nécessaires liés à la couverture des enquêtes menées par les cliniques prénatales.

Les utilisateurs de l'outil de rapport en ligne de Suivi mondial du sida ont la possibilité d'utiliser leur estimation Spectrum ou de fournir des données. Si les estimations Spectrum sont choisies, les valeurs seront obtenues directement à partir du logiciel une fois que le fichier national sera finalisé.

Fréquence de mesure

Annuellement ou plus fréquemment, selon les besoins du pays en termes de suivi

Ventilation

- Le numérateur doit être ventilé au travers de schémas thérapeutiques décrits ci-dessous.

Informations complémentaires requises

Aucune

Explication du numérateur

Le numérateur doit être ventilé selon les catégories ci-dessous. Chaque femme doit être comptée une et une seule fois :

- Traitement antirétroviral débuté pendant la grossesse en cours.
- Traitement antirétroviral déjà débuté avant la grossesse en cours.
- Autre (veuillez préciser le traitement).

¹ Dans le présent document, la transmission verticale comprend la transmission à l'enfant qui se produit pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. Dans le présent document, la « transmission verticale » est utilisée comme une alternative neutre et non stigmatisante à la transmission « mère-enfant ».

Définitions des traitements pour la ventilation

Catégories	Explications supplémentaires	Exemples courants
<p>Les deux premières options comprennent les femmes recevant un traitement antirétroviral à vie (notamment l'option B+) :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Traitement antirétroviral débuté pendant la grossesse en cours.2. Traitement antirétroviral débuté avant la grossesse en cours.	<p>Un schéma thérapeutique composé de trois médicaments conçus pour administrer un traitement antirétroviral à vie :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH et ayant débuté un traitement antirétroviral à vie identifiées au cours de la période de référence.2. Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui suivaient déjà un traitement antirétroviral à la première consultation dans une clinique prénatale; <p>Si une femme commence un traitement antirétroviral à vie pendant le travail, elle doit être comptabilisée dans la catégorie 1.</p> <p>Si le nombre de femmes recevant un traitement antirétroviral n'est pas disponible au moment où elles ont commencé, le nombre peut être inclus dans la cellule intitulée « nombre total de femmes enceintes recevant un traitement antirétroviral à vie ».</p> <p>3. Si un autre traitement n'incluant pas un traitement à vie a été administré, veuillez saisir cet autre traitement (via une des options ci-dessous) ainsi que le nombre de femmes ayant reçu ce traitement.</p>	<p>Schéma thérapeutique national type, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ TDF + 3TC + EFV.
<p>Prophylaxie maternelle basée sur la trithérapie antirétrovirale (composante prophylactique de l'option B de l'Organisation mondiale de la Santé [OMS] pendant la grossesse et l'accouchement)</p>	<p>Un schéma de trois médicaments dispensé pour la prophylaxie de la transmission verticale commencé pendant la grossesse – ou aussi tard que pendant le travail ou l'accouchement – avec l'intention d'arrêter à la fin de la période d'allaitement (ou d'arrêter à l'accouchement, si on n'allait pas).</p> <p>Si une femme reçoit une trithérapie antirétrovirale pour la première fois pendant le travail ou l'accouchement, elle doit malgré tout être comptabilisée dans cette catégorie si l'établissement de santé a recours à l'option B.</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ TDF + 3TC + EFV.▪ AZT + 3TC + EFV.▪ AZT + 3TC + LPV/r.
<p>AZT maternelle (composante prophylactique de l'option A de l'OMS au cours de la grossesse et de l'accouchement)</p>	<p>Un traitement prophylactique qui utilise l'AZT (ou un autre inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse, ou INTI), commencé dès 14 semaines ou au plus tard pendant le travail ou l'accouchement pour prévenir la transmission du VIH.</p> <p>Si une femme reçoit des médicaments antirétroviraux pour la première fois pendant le travail ou l'accouchement, elle doit toutefois être comptabilisée dans cette catégorie si l'établissement de santé a recours à l'option A.</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ AZT à n'importe quel moment avant le travail + NVP intra partum▪ AZT à n'importe quel moment avant le travail + NVP intra partum + AZT/3TC post-partum pendant 7 jours
<p>Dose unique de névirapine (sd-NVP) administrée à la mère pendant la grossesse ou durant l'accouchement</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ Compter cela si la névirapine est le seul traitement administré à une femme enceinte vivant avec le VIH pendant la grossesse, le travail ou l'accouchement. <p>Ne pas comptabiliser comme dose unique de névirapine si :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ La névirapine est administrée dans le cadre de l'option A pendant la grossesse.▪ Une femme enceinte vivant avec le VIH débute l'option A, B ou B+ pendant le travail et l'accouchement	<ul style="list-style-type: none">▪ NVP à dose unique pour la mère uniquement au début du travail▪ NVP à dose unique + AZT/3TC pendant 7 jours uniquement▪ NVP à dose unique pour la mère au début du travail et NVP à dose unique pour le nouveau-né uniquement

Explication du dénominateur

Deux méthodes peuvent être utilisées pour estimer le dénominateur : un modèle d'estimation, tel que Spectrum, utilisant le résultat : le nombre de femmes enceintes nécessitant des services de prévention de la transmission verticale. Cet indicateur correspond aux naissances chez les femmes vivant avec le VIH.

Ou, si les estimations du Spectrum ne sont pas disponibles, en multipliant le nombre de femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois (qui peut être obtenu à partir des estimations du bureau central des statistiques, de la Division de la population des Nations Unies ou des systèmes d'enregistrement des grossesses disposant de données complètes) par l'estimation nationale la plus récente de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes (qui peut être dérivée de la Surveillance sentinelle du VIH dans les cliniques prénatales et des ajustements appropriés liés à la couverture des enquêtes des cliniques prénatales).

Dans un souci de comparabilité, les données Spectrum seront utilisées pour le dénominateur dans le cadre des analyses mondiales.

Forces et faiblesses

Les pays sont encouragés à suivre et à communiquer le nombre de femmes recevant un traitement en fonction du moment de l'initiation du TAR afin que l'impact des médicaments antirétroviraux sur la transmission verticale du VIH puisse être modélisé (voir l'indicateur 3.3 sur le taux de transmission verticale). Le numérateur doit être dédoublé pour éliminer les femmes qui fréquentent plusieurs cliniques au cours de la grossesse.

Informations complémentaires

La prévention de la transmission verticale est un domaine de programme qui évolue rapidement, et les méthodes de suivi de la couverture de ce service évoluent également. Pour plus d'informations, veuillez consulter :

Publications sur la transmission verticale du VIH. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; c2024
<https://www.who.int/initiatives/triple-elimination-initiative-of-mother-to-child-transmission-of-hiv-syphilis-and-hepatitis-b/validation>

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization, 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

3.5 Syphilis chez les femmes enceintes

Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant de services de consultations prénatales qui ont fait l'objet d'un dépistage positif de la syphilis, et qui ont été traitées

Ce qui est mesuré

- A. Pourcentage de femmes fréquentant les services de soins prénatals et ayant bénéficié d'un dépistage de la syphilis.
 - B. Pourcentage de femmes fréquentant les services de soins prénatals qui ont bénéficié d'un dépistage de la syphilis et dont la sérologie syphilitique était positive.
 - C. Pourcentage de femmes fréquentant les services de soins prénatals qui ont eu une sérologie syphilis positive et qui ont été traitées de manière adéquate.
-

Fondement

La couverture du dépistage, la prévalence de la syphilis chez les femmes fréquentant les services de soins prénatals et la couverture du traitement sont autant d'indicateurs clés pour évaluer les progrès d'un pays vers l'élimination de la transmission verticale⁵ de la syphilis. Au niveau national, ces données peuvent être utilisées pour identifier les zones qui ont le plus besoin d'interventions complètes de prévention de la syphilis congénitale. Au niveau mondial, ces données sont également utilisées pour estimer la mortalité et la morbidité périnatales causées par la syphilis qui pourraient être évitées grâce à des programmes efficaces visant à éliminer la transmission verticale de la syphilis.

- A. Le dépistage de la syphilis chez toutes les femmes enceintes au début de la grossesse est important pour la santé de la femme enceinte et celle du fœtus. Cet indicateur contribue également au suivi de la qualité des soins prénatals et des services de prévention des infections sexuellement transmissibles (dont le VIH) chez les femmes enceintes.
 - B. La prévalence de la syphilis chez les participants aux soins prénatals peut être utilisée pour mettre en évidence les zones d'un pays qui ont besoin d'un soutien supplémentaire, et elle peut fournir un avertissement précoce de changements potentiels dans la transmission du VIH et des infections sexuellement transmissibles dans la population générale. Les données offrent également une source importante d'informations pour générer des estimations nationales, régionales et mondiales de l'incidence et de la prévalence de la syphilis et de la syphilis congénitale.
 - C. Le traitement des participantes aux soins prénatals dont le test de dépistage de la syphilis est positif est essentiel pour réduire la transmission verticale de la syphilis.
-

Numérateur

- A. Nombre de femmes enceintes bénéficiant de services de soins prénatals qui ont été soumises à un test de dépistage de la syphilis
 - B. Nombre de femmes enceintes bénéficiant de services de consultations prénatals dont le test de dépistage de la syphilis s'est révélé positif
 - C. Nombre de femmes fréquentant les services de soins prénatals avec un test de syphilis positif et ayant reçu au moins une dose de pénicilline benzathine 2,4 millions d'unités par voie intramusculaire.
-

Dénominateur

- A. Nombre de femmes enceintes bénéficiant de services de soins prénatals
 - B. Nombre de femmes enceintes bénéficiant de services de soins prénatals qui ont été soumises à un test de dépistage de la syphilis
 - C. Nombre de femmes enceintes bénéficiant de services de consultations prénatals dont le test de dépistage de la syphilis s'est révélé positif
-

Calcul

Numérateur/dénominateur (respectivement pour A, B et C)

Méthode d'évaluation

- A. Toutes les femmes enceintes devraient subir un test de dépistage de la syphilis lors de leur première visite de soins prénatals. L'idéal serait que les pays rendent compte des tests à chaque visite (y compris la première). Les pays qui ne sont pas en mesure de faire la distinction entre la première visite et les tests effectués lors de n'importe quelle visite doivent tout de même communiquer les données relatives à cet indicateur, mais ils doivent s'assurer qu'elles sont clairement présentées comme des données relatives à n'importe quelle visite. Cet indicateur doit être calculé tous les ans.

Le test (dépistage) peut être effectué à l'aide d'un test non tréponémique (par exemple, le test VDRL (venereal disease research laboratory) ou le test RPR (rapid plasma reagin)) ou d'un test tréponémique (par exemple, le TPHA (Treponema pallidum haemagglutination assay), le TPPA (Treponema pallidum particle agglutination assay), le test immunoenzymatique ou le test tréponémique rapide). Pour cet indicateur, il suffit de disposer de l'un ou l'autre type de test (tréponémique ou non tréponémique), mais il est préférable de disposer des deux.

Dans la mesure du possible, il est préférable d'utiliser les registres des programmes nationaux associés à partir des données des centres de santé. Néanmoins, si ces données ne sont pas disponibles, il est possible d'utiliser celles issues de la surveillance sentinelle ou d'études spéciales. Indiquez la source et la couverture de vos données (par ex. données des programmes nationaux en place dans l'ensemble des 12 provinces) dans le champ de commentaires.

B. La positivité de la syphilis peut être soit un test tréponémique positif, soit un test non tréponémique réactif, soit une combinaison des deux. Il est important de signaler l'algorithme de test (dépistage) généralement utilisé dans le pays. Celle-ci entre en compte dans l'analyse des données. Pour les besoins de cet indicateur (conçu pour mesurer la séropositivité), il est acceptable de s'appuyer sur un seul test pour déclarer un diagnostic positif. Si des résultats de tests tréponémiques et non tréponémiques sont disponibles pour un même patient, on considère que ce patient est atteint par la syphilis si les résultats des deux tests sont positifs.

Il est possible d'utiliser les sources de données suivantes : les registres des programmes nationaux regroupés à partir des données des centres de santé, de la Surveillance sentinelle ou d'enquêtes spéciales. Dans le champ de commentaire, indiquez la source et la couverture de vos données (par ex. surveillance sentinelle de toutes les femmes bénéficiant de soins prénatals dans deux des 10 provinces).

Les pays sont encouragés à utiliser des identifiants ou des registres uniques qui séparent le premier test et les tests ultérieurs pour éviter un double comptage et qui reflètent la véritable prévalence ou incidence de la syphilis plutôt que la positivité des tests. Veuillez préciser la source et la couverture de vos données dans la section Commentaires.

C. Les femmes enceintes ayant une sérologie syphilis positive doivent être traitées avec de la benzathine pénicilline, idéalement le même jour que le test afin de prévenir la transmission verticale. Pour les besoins de cet indicateur, la preuve de l'administration d'une dose unique de pénicilline est suffisante. Le traitement de la syphilis chez les femmes enceintes doit être basé sur les directives nationales de traitement. Utilisation des connaissances sur les politiques et pratiques de traitement pour interpréter l'évolution des traitements.

Veuillez préciser la source et la couverture de vos données dans la section Commentaires.

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- Testée lors d'une des visites, testée lors de la première visite
- Âge (15 à 24 ans et 25 ans et plus)

Informations complémentaires requises

Veuillez fournir des informations sur le type de test le plus fréquemment utilisé lors de la première visite de dépistage et pour confirmer le test, ainsi que sur la proportion de femmes qui reçoivent un test de confirmation. Veuillez également indiquer si les données que vous fournissez sont considérées comme représentatives de l'ensemble du pays. Si des données infranationales sont disponibles pour A, B ou C, veuillez indiquer les données de ventilation par zone administrative, ville ou site dans l'espace prévu à cet effet.

Vous pouvez également importer une feuille de calcul Excel comportant ces données plutôt que de les saisir dans l'outil en ligne. Envoyez la version numérique de tous les rapports d'enquête disponibles en utilisant l'outil de téléchargement.

Si des données sont disponibles sur le stade de la grossesse auquel une femme est testée, et sur le délai entre le test et le traitement, veuillez les fournir.

Forces et faiblesses

Les programmes qui testent séparément les femmes enceintes pour la syphilis et le VIH devraient collaborer afin d'aligner et d'améliorer l'efficacité de leur travail. La prévention de la syphilis congénitale nécessite un dépistage en début de grossesse car les mortalités peuvent survenir au second trimestre. Savoir que les femmes sont dépistées à un stade avancé de leur grossesse indique qu'elles n'accèdent pas rapidement aux services de consultations prénatales ou que le dépistage n'est pas réalisé en début de grossesse.

La connaissance des pratiques de dépistage dans le pays (telles que la proportion de tests tréponémiques et non tréponémiques utilisés) et de tout changement dans le temps est essentielle pour interpréter les tendances de la maladie.

Informations complémentaires

Lignes directrices de l'OMS sur le dépistage et le traitement de la syphilis chez les femmes enceintes. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550093>).

Les tests de diagnostic rapide double VIH/syphilis peuvent être utilisés comme premier test dans le cadre d'un test prénatal. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-CDS-HIV-19.38>).

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization, 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B virus. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349550/9789240039360-eng.pdf?sequence=1>).

Framework for monitoring sexually transmitted infections and strengthening surveillance. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378238/9789240097674-eng.pdf?sequence=1>).

Analysis and use of health facility data: guidance for maternal, newborn, child and adolescent health programme managers. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373826/9789240080331-eng.pdf?sequence=1>).

Unemo M, Cole M, Lewis D, Ndowa F, Van Der Pol B, Wi T, editors. Laboratory and point-of-care diagnostic testing for sexually transmitted infections, including HIV. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374252/9789240077089-eng.pdf?sequence=1>).

Updated recommendations for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* and *Treponema pallidum* (syphilis), and new recommendations on syphilis testing and partner services. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378213/9789240090767-eng.pdf?sequence=1>).

3.6 Taux de syphilis congénitale (naissances vivantes et mortinaissances)

Cas de syphilis congénitale déclarés pour 100 000 naissances vivantes au cours de la période de déclaration de 12 mois

Ce qui est mesuré

Il mesure les progrès accomplis dans l'élimination de la transmission verticale¹ de la syphilis

Fondement

Une infection syphilitique non traitée pendant la grossesse peut entraîner une mortalité, un décès néonatal et une maladie congénitale (collectivement définie comme « syphilis congénitale »). Une infection syphilitique non traitée pendant la grossesse augmente également le risque de transmission verticale du VIH. Étant donné la grande efficacité, la simplicité appropriée et le faible coût du dépistage et du traitement de la syphilis, les initiatives mondiales et régionales visant à éliminer la transmission verticale de la syphilis sont bien établies. Le taux de syphilis congénitale est une mesure de la surveillance nationale et de l'impact des interventions programmatiques visant à éliminer la transmission verticale de la syphilis.

Numérateur

Nombre de cas de syphilis congénitale déclaré dans les 12 derniers mois (naissances vivantes et mortinaissances).

Dénominateur

Nombre de naissances vivantes au cours des 12 derniers mois

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Systèmes d'information sanitaire classiques.

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

Aucune

Informations complémentaires requises

Il est important d'indiquer dans la section des commentaires la définition de cas de syphilis congénitale utilisée pour les cas rapportés.

Les pays doivent notamment préciser si les mortinaissances sont comptabilisées dans les données rapportées.

Veuillez commenter la mesure dans laquelle les données sont jugées représentatives de la population nationale. Si un pays n'est pas en mesure de renseigner le dénominateur, l'OMS utilisera celui de la Division de la population des Nations Unies.

Forces et faiblesses

Le diagnostic de la syphilis congénitale est plus fiable lorsque des tests de diagnostic spécifiques sont utilisés, mais ceux-ci sont malheureusement rarement disponibles. Dans la plupart des pays, le diagnostic repose donc sur les antécédents cliniques des tests et des traitements de la mère et sur l'examen clinique du nourrisson, ce qui rend la surveillance difficile.

Étant donné les difficultés à diagnostiquer la syphilis congénitale – et selon la définition de cas utilisée – la sous-déclaration et la surdéclaration peuvent être un problème. L'ampleur probable de ces erreurs de déclaration doit toujours être prise en compte lorsqu'on examine les taux de syphilis congénitale dans le temps.

Informations complémentaires

Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B virus. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349550/9789240039360-eng.pdf?sequence=1>).

¹ Dans le présent document, la transmission verticale comprend la transmission à l'enfant qui se produit pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. Dans le présent document, la « transmission verticale » est utilisée comme une alternative neutre et non stigmatisante à la transmission « mère-enfant ».

3.7 Virus de l'hépatite B chez les femmes enceintes bénéficiant de services de consultations prénatales

Proportion de femmes bénéficiant de services de consultations prénatales qui ont été soumises à un test de dépistage du virus de l'hépatite B (VHB), qui ont été reconnues comme vivant avec le VHB, dont l'éligibilité au traitement a été évaluée et qui ont été traitées pour le VHB.

Ce qui est mesuré

- A. Pourcentage de femmes fréquentant les services de consultations prénatales qui ont été soumises à un test de détection de l'antigène de surface du VHB (Ag HBs).
- B. Pourcentage de femmes bénéficiant de services de consultations prénatales qui ont été soumises à un test de détection de l'Ag Hbs et qui ont eu un test Ag Hbs positif.
- C. Pourcentage de femmes bénéficiant de services de consultations prénatales dont le test de détection de l'Ag HBs est positif et qui sont soumises à un test de détection supplémentaire de l'ADN du VHB ou, lorsque celui-ci n'est pas disponible, de l'antigène de l'enveloppe du VHB (Ag Hbe).
- D. Pourcentage de femmes éligibles bénéficiant de services de consultations prénatales qui ont été traitées selon la politique nationale, conformément aux directives de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Fondement

- A. Le dépistage du VHB chez les femmes enceintes est important pour leur propre santé, et c'est aussi la première étape de la prévention de la transmission du VHB de la mère à l'enfant. La connaissance de la couverture du dépistage contribue à l'évaluation de la qualité de l'ensemble des services de soins prénataux. Cet indicateur permet également de suivre les objectifs programmatiques utilisés pour la validation dans les pays ayant une politique de vaccination ciblée contre le VHB à la naissance.
- B. Le taux de positivité à l'Ag HBs chez les participantes aux consultations prénatales peut être utilisé pour suivre la prévalence du VHB dans la population et donner une indication de la charge du VHB chez les femmes enceintes.
- C. Des tests supplémentaires pour différents marqueurs du VHB peuvent permettre d'identifier les femmes éligibles pour un traitement lorsqu'il existe un risque accru de transmission du VHB de la mère à l'enfant qui nécessite des interventions supplémentaires.
- D. Toutes les femmes enceintes dont le test de détection de l'Ag HBs est positif ne sont pas éligibles pour un traitement visant à réduire le risque de transmission du VHB de la mère à l'enfant. La couverture thérapeutique constitue une autre mesure de la qualité soutenue du service tout au long des soins prénataux. Cet indicateur permet également de suivre les objectifs programmatiques utilisés pour la validation dans les pays ayant une politique de vaccination ciblée contre le VHB à la naissance.

Numérateur

- A. Nombre de femmes enceintes bénéficiant de services de consultations prénatales qui ont été soumises à un test de détection de l'Ag HBs.
- B. Nombre de femmes enceintes bénéficiant de services de consultations prénatales qui ont été soumises à un test de détection de l'Ag HBs positif.
- C. Nombre de femmes enceintes bénéficiant de services de consultations prénatales qui ont été soumises à un test de quantification de l'ADN du VHB et/ou de l'Ag HBe.
- D. Nombre de femmes enceintes bénéficiant de services de consultations prénatales, répondant aux critères d'éligibilité et ayant reçu un traitement antiviral.

Dénominateur

- A. Nombre de femmes enceintes bénéficiant de services de consultations prénatales
- B. Nombre de femmes enceintes bénéficiant de services de consultations prénatales qui ont été soumises à un test de détection de l'Ag HBs.
- C. Nombre de femmes enceintes bénéficiant de services de consultations prénatales qui ont été soumises à un test de détection de l'Ag HBs.
- D. Nombre de femmes enceintes bénéficiant de services de consultations prénatales, répondant aux critères d'éligibilité à un traitement antiviral.

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

- A. Dans la mesure du possible, Il est préférable d'utiliser les registres des programmes nationaux associés à partir des données des centres de santé. Néanmoins, si ces données ne sont pas disponibles, il est possible d'utiliser celles issues de la surveillance sentinelle ou d'études spéciales. Dans ce cas, veuillez indiquer la source et la couverture de vos données et préciser dans quelle mesure vous pensez qu'elles sont représentatives de la situation nationale.
- B. Il est possible d'utiliser les sources de données suivantes : les registres des programmes nationaux regroupés à partir des données des centres de santé, de la surveillance sentinelle ou d'enquêtes spéciales, en utilisant les tests sérologiques. Dans le champ de commentaire, indiquez la source et la couverture de vos données (par ex. surveillance sentinelle de toutes les femmes bénéficiant de soins prénatals dans deux des 10 provinces).
- C. Dans la mesure du possible, Il est préférable d'utiliser les registres des programmes nationaux associés à partir des données des centres de santé. Néanmoins, si ces données ne sont pas disponibles, il est possible d'utiliser celles issues de la surveillance sentinelle ou d'études spéciales. Dans ce cas, veuillez indiquer la source et la couverture de vos données et préciser dans quelle mesure vous pensez qu'elles sont représentatives de la situation nationale.
- D. Toutes les femmes enceintes qui sont positives pour l'Ag HBs ne sont pas éligibles à un traitement. L'éligibilité au traitement repose sur les tests complémentaires disponibles (voir les ressources sous « Informations complémentaires »). La couverture thérapeutique repose donc sur le nombre de femmes enceintes éligibles à ce traitement.
-

Fréquence de mesure

Les données doivent être consignées tous les jours et rapportées tous les trimestres au niveau national ou infranational. Elles doivent être consolidées et transmises à l'OMS tous les ans.

Ventilation

Âge (15 à 24 ans et 25+ ans)

Forces et faiblesses

Des valeurs élevées de l'indicateur indiquent des services bien intégrés en ce qui concerne les consultations prénatales et la prévention de la transmission du VHB de la mère à l'enfant.

De faibles valeurs des indicateurs suggèrent une faible prise en charge, la disponibilité ou intégration du dépistage et du suivi, mais elles ne donnent pas d'indication sur l'origine du problème.

Les données du programme ne fourniront pas d'informations sur l'accès des populations clés aux services.

Points spécifiques pour les sous-indicateurs

- A. Afin de renforcer l'efficacité de leur action, les programmes doivent aligner les tests prénatals de dépistage du VHB, de la syphilis et du VIH.
- B. Les données sur l'Ag HBs chez les femmes enceintes sont disponibles dans la plupart des pays par le biais du rapportage régulier des systèmes de santé. La connaissance des pratiques de dépistage dans le pays doit être utilisée pour interpréter et comparer les tendances au niveau des maladies.
- C. Les tests permettant d'identifier l'éligibilité au traitement et le risque de transmission du VHB de la mère à l'enfant parmi les femmes bénéficiant de consultations prénatales ne sont pas toujours disponibles ou suivis de manière systématique dans les établissements de santé.
- D. L'évaluation de la couverture thérapeutique dépend de l'utilisation appropriée des critères d'éligibilité.
-

Informations complémentaires requises

En ce qui concerne la « Méthode de mesure » (ci-dessus), veuillez indiquer si les données que vous fournissez sont des données de programme de routine considérées comme représentatives de l'ensemble du pays.

Informations complémentaires

Lignes directrices pour la prévention, les soins et le traitement des personnes atteintes d'une hépatite B chronique. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2015 (<https://www.who.int/publications/i/item/policy-brief-prevention-care-treatment-persons-chronic-hep-b-WHO-HIV-2015-5>).

Prévention de la transmission du virus de l'hépatite B de la mère à l'enfant : lignes directrices sur la prophylaxie antivirale pendant la grossesse. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331697/9789240000735-eng.pdf>)

4.1 Expérience de la violence physique et/ou sexuelle parmi les populations clés

Pourcentage de personnes dans une population clé qui déclarent avoir subi des violences physiques et/ou sexuelles au cours des 12 derniers mois.

Cet indicateur est divisé en quatre sous-indicateurs :

- A. Expérience de la violence physique et/ou sexuelle parmi les professionnel(le)s du sexe
- B. Expérience de la violence physique et/ou sexuelle parmi les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- C. Expérience de la violence physique et/ou sexuelle parmi les personnes qui s'injectent des drogues
- A. Expérience de la violence physique et/ou sexuelle parmi les personnes transgenres

Ce qui est mesuré

Progrès pour réduire la violence physique et sexuelle parmi les populations clés

Fondement

À l'échelle mondiale, les taux élevés d'infection à VIH parmi les populations clés – notamment les professionnel(le)s du sexe, les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues et les personnes transgenres – ont mis en évidence le problème de la violence sexiste. Il est de plus en plus reconnu que les inégalités entre les sexes, profondément enracinées et omniprésentes, qui se reflètent dans la violence sexiste, déterminent le risque d'infection à VIH et la vulnérabilité à cette infection.

La violence et le VIH sont liés par des voies directes et indirectes, et des études menées dans divers pays indiquent que de nombreux professionnel(le)s du sexe, homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, personnes qui s'injectent des drogues et les personnes transgenres ont subi des violences sous une forme ou une autre à un moment donné de leur vie. Il a également été démontré que la violence entrave les services de prévention, de soins et de traitement du VIH parmi les populations clés.

Numérateur

Nombre de personnes appartenant à un groupe de population clé (professionnel(le)s du sexe, hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, personnes qui s'injectent des drogues ou personnes transgenres) qui ont déclaré que l'un ou l'autre des incidents leur était arrivé au moins une fois au cours des 12 derniers mois.

Dénominateur

Nombre total de répondants d'un groupe de population clé

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Enquêtes de surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques Les indicateurs A–D sont construits à partir des réponses aux questions suivantes parmi les personnes interrogées qui déclarent appartenir à un groupe de population clé (c'est-à-dire les professionnel(le)s du sexe, les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues et les personnes transgenres).

- Au cours des 12 derniers mois, combien de fois quelqu'un vous a-t-il fait du mal physiquement, par exemple en vous frappant ou en vous étranglant ou en vous menaçant avec un couteau ou une autre arme ? (cela ne s'est pas produit au cours des 12 derniers mois, une fois, 2-5 fois, 6-10 fois, 10 fois ou plus, ne sait pas, refuse de répondre)

et/ou

- Au cours des 12 derniers mois, combien de fois quelqu'un vous a-t-il trompé, menti ou menacé pour vous obliger à avoir des rapports sexuels alors que vous ne le vouliez pas ? (cela ne s'est pas produit au cours des 12 derniers mois, une fois, 2-5 fois, 6-10 fois, 10 fois ou plus, ne sait pas, refuse de répondre)
-

Fréquence de mesure

Tous les deux ans

Ventilation

- **A, B, C, D:** âge (<25, 25+ ans).
 - **A et C:** genre (homme, femme, transgenre).
 - **D:** genre: Homme transgenre, femme transgenre, autre
-

Informations complémentaires requises

Par ailleurs, pour tous les rapports d'enquête disponibles, vous devez présenter la version numérique en utilisant l'outil de téléchargement. Des informations sur la taille de l'échantillon, la qualité et la fiabilité des données, et toute question connexe doivent accompagner l'indicateur.

Si des données infranationales sont disponibles, veuillez fournir la désagrégation par zone administrative, ville ou site dans l'espace prévu à cet effet.

Forces et faiblesses

Ces indicateurs mesurent directement l'expérience de la violence physique et/ou sexuelle parmi les populations clés (c'est-à-dire les professionnel(le)s du sexe, les hommes homosexuels ou les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues et les personnes transgenres). Les indicateurs sont calculés à partir des réponses à deux questions. Les questions ont été élaborées par des experts techniques sur la base de mesures de la violence parmi les populations clés précédemment validées. Les changements au niveau des indicateurs doivent être interprétés comme suit : une augmentation de la prévalence indique une hausse de la violence physique et/ou sexuelle parmi les populations clés, signalant la nécessité d'actions d'atténuation, tandis qu'une diminution de la prévalence indique des progrès dans la réduction de la violence à l'égard des populations clés.

L'échantillonnage fondé sur les répondants (EFR) est utilisé pour mettre en œuvre des enquêtes biocomportementales intégrées. Cette méthode d'échantillonnage permet aux chercheurs d'accéder, de manière systématique, à des membres de populations généralement difficiles à atteindre et qui ne seraient pas accessibles autrement. L'EFR étant une méthode d'échantillonnage probabiliste, les chercheurs sont en mesure de fournir des estimations de population non biaisées et de mesurer la précision de ces estimations. L'EFR peut s'avérer particulièrement efficace pour le recrutement rapide dans les environnements urbains denses, mais dans les contextes où les populations difficiles à atteindre ne disposent pas d'un bon réseau – ou dans les contextes où la stigmatisation associée à certaines populations clés est sévère – les taux de recrutement utilisant l'EFR peuvent être imprévisibles.

D'autres inconvénients de l'utilisation de l'EFR concernent les difficultés qui peuvent survenir lors de l'analyse des données collectées. Par exemple, étant donné que l'EFR doit tenir compte de la pondération de la taille du réseau et des modes de recrutement, la force statistique de l'échantillon par rapport à la population cible diminue si les participants ne recrutent que des personnes qui partagent les mêmes caractéristiques qu'eux.

Informations complémentaires

Buller AM, Devries KM, Howard LM, Bacchus LJ. Associations entre la violence exercée par le partenaire intime et la santé parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : revue systématique et méta-analyse. *PLoS Med.* 2014 (Mar);11(3):e1001609.

Bhattacharjee P, Morales G, Kilonzo T, Dayton R, Musundi R, Mbole J et al. Can a national government implement a violence prevention and response strategy for key populations in a criminalized setting? A case study from Kenya. *J Intl AIDS Soc.* 2018. 21(S5):e25122.

Deering KN, Amin A, Shoveller J, Nesbitt A, Garcia-Moreno C, Duff P et al. A systematic review of the correlates of violence against sex workers. *Am J Public Health.* 2014 (May);104(5):e42-e54.

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

4.2 Attitudes à l'égard de la violence contre les femmes

Le pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans qui sont d'accord pour dire qu'un mari a le droit de frapper ou de battre sa femme pour des raisons spécifiques.

Ce qui est mesuré

Progrès accomplis dans la réalisation de l'égalité des sexes

Fondement

L'inégalité des sexes continue à faire obstacle aux objectifs mondiaux de mettre fin au sida d'ici 2030. Les normes sexospécifiques inéquitables qui confinent les femmes et les hommes à des rôles spécifiques dans la société – ainsi que les disparités entre les sexes dans l'éducation et l'emploi – limitent considérablement les stratégies de prévention du VIH parmi les femmes, les filles et les minorités sexuelles. La peur, les expériences de violence et les déséquilibres de pouvoir dans les relations augmentent également la vulnérabilité au VIH de ces groupes, limitant leur accès aux services VIH et réduisant leur adhésion aux technologies de prévention ou de traitement du VIH. De ce fait, ces groupes sont touchés de manière disproportionnée par le VIH. Il est donc essentiel de renforcer les programmes visant à accroître l'égalité entre les sexes et d'intensifier les efforts pour parvenir à l'égalité des sexes si l'on veut mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique mondiale d'ici 2030.

Numérateur

Nombre de répondants qui sont d'accord avec au moins une des déclarations

Dénominateur

Nombre total de répondants

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Enquêtes de population. L'indicateur est établi à partir des réponses des répondants aux questions suivantes :

À votre avis, un mari a-t-il le droit de frapper ou de battre sa femme dans les situations suivantes ?

- Si elle sort sans le prévenir ? (oui, non, je ne sais pas)
- Si elle néglige les enfants ? (oui, non, je ne sais pas)
- Si elle se dispute avec lui ? (oui, non, je ne sais pas)
- Si elle refuse d'avoir une relation sexuelle avec lui ? (oui, non, je ne sais pas)
- Si elle brûle la nourriture ? (oui, non, je ne sais pas)

Le numérateur comprenait des répondants qui avaient exprimé leur accord avec une ou plusieurs des situations.

Fréquence de mesure

Tous les 3 à 5 ans

Ventilation

- Âge (15-19, 20-24, 25-49)
 - Genre (homme, femme).
-

Informations complémentaires requises

Aucune

Forces et faiblesses

Cet indicateur évalue indirectement les normes sexospécifiques inéquitables, qui ont été associées à un risque plus élevé d'infection à VIH et de violence. L'indicateur est calculé à partir des réponses à une question validée posée depuis de nombreuses années dans les enquêtes de population. Cet indicateur pourra être généralisé aux adultes d'un pays donné, car il est basé sur des données provenant d'un échantillon aléatoire de la population générale. Les variations de l'indicateur doivent être interprétées comme suit : une augmentation de la prévalence indique une hausse des normes sexospécifiques préjudiciables qui peuvent indiquer un élargissement des inégalités des sexes dans un pays, signalant la nécessité de prendre des mesures d'atténuation, tandis qu'une diminution de la prévalence indique un progrès vers la réalisation de l'égalité des sexes.

L'indicateur n'examine qu'un seul aspect des normes inéquitables : les attitudes concernant le caractère approprié de la violence physique dans les relations conjugales. Il ne tient pas compte des autres normes sexospécifiques inéquitables entre les hommes et les femmes (par exemple, le pouvoir dans la relation, le contrôle des ressources financières, etc.), ni des normes inéquitables envers les minorités sexuelles et de genre.

La liste des raisons et/ou la formulation des raisons qui justifient le fait de frapper une femme peuvent légèrement varier entre les enquêtes nationales spécifiques afin de mieux refléter le contexte du pays. Dans certains pays, les questions ne sont posées qu'aux femmes mariées ou aux hommes mariés.

Informations complémentaires

Asaolu I, Alaofè H, Gunn JKL, Adu A, Monroy A, Ehiri J et al. Measuring women's empowerment in sub-Saharan Africa: exploratory and confirmatory factor analyses of the Demographic and Health Surveys. *Front Psychol.* 2018;9:994.

Das M, Ghosh S, Miller E, O'Connor B, Verma R. Engaging coaches and athletes in fostering gender equity: findings from the Parivartan program in Mumbai, India. New Dehli; 2012.

Hanmer L, Klugman J. Exploring women's agency and empowerment in developing countries: where do we stand? *Feminist Economics.* 2016;22(1):237-63.

Jennings L, Na M, Cherewick M, Hindin M, Mullany B, Ahmed S. Women's empowerment and male involvement in antenatal care: analyses of Demographic and Health Surveys (DHS) in selected African countries. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14(1):297.

Jewkes R, Nduna M, Levin J, Jama N, Dunkle K, Puren A et al. Impact of Stepping Stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behaviour in rural South Africa: cluster randomised controlled trial. *BMJ.* 2008;337.

Kishor S, Subaiya L. Understanding women's empowerment: a comparative analysis of Demographic and Health Surveys (DHS) data. DHS Comparative Reports. No. 20. Calverton (MD): Macro International Inc; 2008 (<https://dhsprogram.com/publications/publication-cr20-comparative-reports.cfm>).

Pulerwitz J, Gottert A, Kahn K, Haberland N, Julien A, Selin A et al. Gender norms and HIV testing/treatment uptake: evidence from a large population-based sample in South Africa. *AIDS Behav.* 2019;23(Suppl 2):162-71.

Pour en savoir plus sur les méthodes et les instruments utilisés dans l'Enquête démographique et de santé et l'Enquête sur les indicateurs du sida, veuillez consulter le site : <http://dhsprogram.com>

4.3 Réponse au genre des services de VIH

Pourcentage d'établissements de santé fournissant des services VIH répondant au genre

Ce qui est mesuré

Progrès réalisés pour que les services de lutte contre le VIH reconnaissent les normes, les rôles et les inégalités liés au genre qui entravent les services de lutte contre le VIH et prennent des mesures spécifiques pour y répondre.

Fondement

Les approches répondant au genre reconnaissent et prennent des mesures spécifiques pour répondre aux normes, rôles et inégalités liés au genre qui entravent les services de lutte contre le VIH.

Dans le contexte du VIH, les approches qui répondent au genre prennent en compte les facteurs de risque du VIH liés au genre (par exemple, les normes de genre négatives, la dynamique de pouvoir inégale, la peur et le risque de violence) et les obstacles liés au genre aux services de lutte contre le VIH (par exemple, le pouvoir de décision, les besoins différents en matière de services et de soutien, la discrimination liée au genre) dans leur conception, leur mise en œuvre et leur évaluation afin de garantir que les services de lutte contre le VIH atteignent les personnes de tous les genres.

Les approches répondant au genre ne cherchent pas à transformer les contextes sociaux (par exemple, les normes sociétales relatives au genre) et structurels (par exemple, les cadres juridiques discriminatoires, les pratiques de recrutement inéquitables au sein des institutions) qui alimentent les inégalités entre les hommes et les femmes.

Il a été démontré que les services de lutte contre le VIH tenant compte du genre augmentent le dépistage du VIH, l'engagement des hommes dans les services de prévention du VIH tels que la prévention de la transmission mère-enfant, l'engagement des jeunes dans les services de lutte contre le VIH et l'observance du traitement. Cet indicateur fournira un retour d'information au pays et aux établissements étudiés sur les points à améliorer.

Numérateur

Nombre d'établissements de santé fournissant des services VIH répondant au genre.

Dénominateur

Nombre total d'établissements de santé fournissant des services VIH ayant participé à l'enquête.

Calcul

Numérateur/dénominateur.

Méthode de mesure

Liste de vérification pour évaluer la réponse au genre des services VIH, remplie par les établissements de santé fournissant des services de prévention, de traitement ou de soins du VIH. Voir la fiche technique de cette enquête pour plus d'informations sur la mise en œuvre de l'enquête, y compris l'échantillonnage.

On considère que les établissements de santé fournissent des services VIH au genre s'ils obtiennent un score de 75 à 100 sur la liste de contrôle en utilisant l'échelle suivante :

0-25 : réponse au genre limitée.

26-50 : efforts en vue d'une réponse au genre.

51-74 : réponse au genre dans une large mesure.

75-100 : réponse au genre.

Fréquence des mesures

Tous les deux ans.

Ventilation

Aucune.

Informations supplémentaires demandées

Aucune.

Forces et faiblesses

Cet indicateur évalue directement la réponse au genre des services VIH du point de vue des établissements de santé. Les approches répondant au genre peuvent favoriser un accès plus équitable aux services. La liste de contrôle utilisée pour construire cet indicateur a été élaborée sur la base d'une analyse documentaire, avec la contribution d'experts techniques. Les questions posées pour construire l'indicateur évaluent l'accord avec diverses déclarations sur les services fournis plutôt que de mesurer des événements spécifiques. Un biais de désirabilité sociale peut se produire, entraînant une surdéclaration de la réponse au genre des services VIH.

Cet indicateur fournit des informations générales sur la réponse au genre des services liés au VIH, mais il ne reflète pas la manière dont cette réponse peut varier pour différents groupes de clients, tels que les populations clés. Il est recommandé d'analyser cet indicateur conjointement avec des données sur les perspectives des utilisateurs ou le retour d'information des clients recueillies par le biais d'autres outils, qui peuvent être complémentaires et fournir des informations permettant de mieux comprendre comment les expériences peuvent différer pour les personnes de genres et d'identités de genre différents, y compris les personnes issues des populations clés.

L'analyse des données ventilées en fonction de diverses caractéristiques des établissements, telles que la situation géographique, le type d'établissement (public/privé), les services (par exemple, prévention, traitement, soins et soutien, santé sexuelle et génésique), peut fournir des informations supplémentaires pour éclairer les programmes et les politiques.

Informations complémentaires

Dovel K, Dworkin SL, Cornell M, Coates TJ, Yeatman S. Gendered health institutions: examining the organization of health services and men's use of HIV testing in Malawi. *J Int AIDS Soc.* 2020;23(Suppl 2):e25517.

Gupta GR, Oomman N, Grown C, Conn K, Hawkes S, Shawar YR, et al. Gender equality and gender norms: framing the opportunities for health. *Lancet.* 2019;393(10190):2550–2562.

Pettifor A, Lippman SA, Gottert A, Suchindran CM, Selin A, Peacock D, et al. Community mobilization to modify harmful gender norms and reduce HIV risk: results from a community cluster randomized trial in South Africa. *J Int AIDS Soc.* 2018;21(7):e25134.

Remme M, Siapka M, Vassall A, Heise L, Jacobi J, Ahumada C, et al. The cost and cost-effectiveness of gender-responsive interventions for HIV: a systematic review. *J Int AIDS Soc.* 2014;17(1):19228.

Basic steps in gender-responsive programming: integrating gender into HIV/AIDS programmes in the health sector. Geneva: World Health Organization; 2009 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143050/>, accessed 7 November).

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

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

Ce qui est mesuré

Progrès dans la réduction des attitudes et des 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 personnes interrogées aux discriminations qui interviennent au sein d'une institution ; l'autre évalue l'isolement social et les comportements induits par des préjugés. D'une manière générale, cet indicateur composite constitue une mesure de l'ampleur des préjugés et discriminations potentielles induits par le VIH au sein de la population générale. Cet indicateur peut améliorer la compréhension des discriminations induites par le VIH ainsi que les interventions visant à réduire ces dernières : i) à travers l'évolution du pourcentage d'individus adoptant des attitudes discriminatoires, ii) en permettant des comparaisons entre les administrations nationales, provinciales, régionales et locales et iii) 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 personnes interrogées, (âgées 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 en grappe à indicateurs multiples et autres enquêtes représentatives). Cet indicateur est établi à partir des réponses données aux questions suivantes par un échantillon de la population générale ayant entendu parler du VIH :

- Achèteriez-vous des légumes frais auprès d'une personne dont vous connaissez la séropositivité ? (Oui ; Non ; Je ne sais pas/Je ne suis pas sûr(e)/ Cela dépend)
 - Pensez-vous que les enfants vivant avec le VIH devraient pouvoir être scolarisés avec des enfants séronégatifs ? (Oui ; Non ; Je ne sais pas/Je ne suis pas sûr(e)/ Cela dépend)
-

Fréquence de mesure

Tous les 3 à 5 ans

Ventilation

- Âge (15-19, 20-24 et 25-49)
 - Genre (homme, femme)
 - Les réponses pour chacune des questions (basées sur le même dénominateur) sont nécessaires en plus des réponses unifiées de l'indicateur composite
-

Explication du numérateur

Les personnes qui n'ont jamais entendu parler du VIH et du sida doivent être exclues du numérateur et du dénominateur. Les participants qui répondent « Je ne sais pas/Je ne suis pas sûr(e)/Cela dépend » et ceux qui refusent de répondre doivent également être exclus.

Les réponses « Oui » et « Non » à chaque question ne peuvent pas donner un total de 100 % s'il y a des « Je ne sais pas » ou des valeurs manquantes. Il serait donc inexact de calculer le pourcentage de personnes qui ont répondu « Non » à cette question en partant de 100 % et en déduisant le pourcentage de réponses « Oui ».

Forces et faiblesses

Cet indicateur évalue directement les attitudes et l'appui des politiques discriminatoires.

La question relative à l'achat de légumes frais est pour ainsi dire identique à celle utilisée dans le cadre des enquêtes démographiques et de santé 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 se concentre 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 composite ainsi que l'indicateur lui-même ne reposent pas sur l'observation par la personne interrogée 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 de la personne interrogée face à des situations hypothétiques plutôt que de s'intéresser à des cas de discrimination dont cette dernière 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 collecter régulièrement des informations auprès des personnes vivant avec le VIH concernant leur expérience de la stigmatisation et des discriminations via les études sur les indices de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH (www.stigmaindex.org) et de comparer les résultats obtenus avec les données de l'indicateur couvrant les attitudes discriminatoires.

Informations complémentaires

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

Stangl A, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *J Int AIDS Soc.* 2013;16(3 Suppl. 2) (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3833106/>).

Volet thématique : non-discrimination. Note d'information. Source : Trente-et-unième réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA, Genève, 11-13 décembre 2012. Genève : ONUSIDA ; 2012 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2012/20121111_PCB%2031_Non%20Discrimination_final_newcoverpage_en.pdf).

Pour en savoir plus sur les méthodes et instruments employés pour l'Enquête démographique et de santé et l'Enquête sur les indicateurs du sida, veuillez consulter le site <http://dhsprogram.com>.

Cet indicateur 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 accomplis 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.

6.2 Stigmatisation internalisée signalée par les personnes vivant avec le VIH

Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui font état d'une stigmatisation internalisée

Ce qui est mesuré

Progrès accomplis vers la réduction de la stigmatisation internalisée, aussi appelée auto-stigmatisation, parmi les personnes vivant avec le VIH.

Fondement

La stigmatisation internalisée, qui consiste pour les personnes vivant avec le VIH à absorber cognitivement ou émotionnellement des messages négatifs ou des stéréotypes sur le VIH et à appliquer ensuite ces sentiments négatifs à elles-mêmes, a été liée au refus d'accepter la thérapie antirétrovirale parmi les personnes vivant avec le VIH nouvellement diagnostiquées. La stigmatisation internalisée entrave également l'observance du traitement antirétroviral parmi les personnes vivant avec le VIH en compromettant le soutien social et la capacité d'adaptation, et elle a aussi été liée à une moindre suppression virale parmi les personnes vivant avec le VIH qui suivent un traitement antirétroviral.

Cet indicateur peut être suivi comme une mesure d'une manifestation clé de la stigmatisation liée au VIH parmi les personnes vivant avec le VIH.

Numérateur

Source : Enquête de population

Nombre de personnes vivant avec le VIH qui déclarent avoir reçu un résultat positif au dépistage du VIH et être d'accord avec l'affirmation

Ou

Source : Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH

Nombre de répondants qui sont d'accord avec au moins une des affirmations

Dénominateur

Source : Enquête de population

Nombre de répondants qui déclarent avoir reçu un résultat positif au dépistage du VIH

Ou

Source : Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH

Nombre de l'ensemble des répondants

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Enquêtes de population. Cet indicateur est établi à partir des réponses parmi les répondants qui ont rapporté avoir eu un résultat positif au dépistage du VIH.

- J'ai eu honte de mon statut VIH (d'accord/en désaccord).

Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH. Cet indicateur est établi à partir des réponses aux questions suivantes parmi les répondants :

- J'ai honte d'être séropositif (d'accord/en désaccord/préfère ne pas répondre).
-

Fréquence de mesure

Enquêtes de population : tous les 3-5 ans.

Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH : tous les 2-3 ans.

Ventilation

- Âge (15-19, 20-24, 25-49 et de 50 ans et plus). Les données de l'étude de l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH proviennent de répondants âgés de 18 ans et plus.
 - Genre (homme, femme, transgenre, autre, préfère ne pas le dire). Les trois dernières options ne sont disponibles que pour les données de la Version 2.0 de l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH.
 - Population clé (hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, professionnel(le)s du sexe, personnes transgenres, personnes qui s'injectent des drogues).
-

Informations complémentaires requises

Aucune

Forces et faiblesses

Cet indicateur mesure directement la stigmatisation internalisée, une manifestation importante de la stigmatisation dont il a été démontré qu'elle entrave les soins et le traitement du VIH chez les personnes vivant avec le VIH. Il est calculé à partir des réponses à une seule question, qui évalue la stigmatisation internalisée parmi les répondants vivant avec le VIH. La question est tirée d'une mesure validée de la stigmatisation internalisée.

Les changements au niveau de l'indicateur doivent être interprétés comme suit : une augmentation de la prévalence indique une augmentation de la stigmatisation internalisée et un besoin d'actions d'atténuation, tandis qu'une diminution de la prévalence indique des progrès vers une réduction de la stigmatisation internalisée.

L'utilisation de données de l'enquête de population pour construire cet indicateur améliorera la comparaison entre les pays et les contextes, car l'indicateur sera basé sur les données des personnes qui déclarent vivre avec le VIH, tirées d'un échantillon aléatoire du grand public. Cela réduit les biais potentiels de réponse et de sélection qui sont possibles lorsqu'on utilise une approche d'échantillonnage en boule de neige, comme c'est le cas pour l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH. Cependant, dans les pays où la prévalence du VIH est faible, ou dans lesquels la stigmatisation liée au VIH est très élevée, les enquêtes de population peuvent ne pas permettre d'obtenir de grands échantillons de personnes vivant avec le VIH autodéclarées. Dans ces cas, des enquêtes ciblées comme l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH peuvent s'avérer plus appropriées.

En général, la stigmatisation intériorisée est saisie à l'aide d'un indicateur composite composé d'un accord avec au moins un des trois items. Comme cet indicateur est basé sur les réponses à une seule question, il est possible que la stigmatisation internalisée soit sous-estimée, mais l'unique item recommandé pour construire cet indicateur avait recueilli le plus haut niveau d'accord des trois items précédemment validés ensemble.

Informations complémentaires

Hargreaves J, Pliakas T, Hoddinott G, Mainga T, Mubekapi-Musadaidzwa C, Donnell D et al. HIV stigma and viral suppression among people living with HIV in the context of universal test and treat: analysis of data from the HPTN 071 (PopART) trial in Zambia and South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2020;85(5):561-570 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32991336/>).

Stangl AL, Lilleston P, Mathema H, Pliakas T, Krishnaratne S, Sievwright K et al. Development of parallel measures to assess HIV stigma and discrimination among people living with HIV, community members and health workers in the HPTN 071 (PopART) trial in Zambia and South Africa. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(12):e25421 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6912047/>).

Pour en savoir plus sur les méthodes et les instruments utilisés dans l'Enquête démographique et de santé et l'Enquête sur les indicateurs du sida, veuillez consulter le site : <http://dhsprogram.com>

Pour en savoir plus sur les méthodes et l'instrument d'enquête de l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, voir : <https://www.stigmaindex.org/>

6.3 Stigmatisation et discrimination subies par les personnes vivant avec le VIH dans les milieux communautaires

Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui déclarent avoir été victimes de stigmatisation et de discrimination dans la communauté générale au cours des 12 derniers mois.

Ce qui est mesuré

Les progrès accomplis vers la réduction des expériences de stigmatisation et de discrimination parmi les personnes vivant avec le VIH dans les milieux communautaires

Fondement

La stigmatisation est un stéréotype négatif fondé sur des caractéristiques distinctives, telles que le comportement, le sexe ou l'état de santé. Il s'agit d'un obstacle bien documenté au continuum de soins du VIH, créant des lacunes dans les cascades de prévention et de traitement. La stigmatisation liée au VIH résulte d'une série de facteurs et de facilitateurs, notamment des attitudes négatives et de jugement à l'égard des personnes vivant avec le VIH, la honte de la séropositivité et les normes sociales, culturelles et sexospécifiques. Ceux-ci se manifestent par une série de pratiques et d'expériences stigmatisantes, notamment la discrimination, qui privent les personnes vivant avec le VIH d'une pleine acceptation sociale. Ce qui, les dissuade d'accéder aux services essentiels et alimente les inégalités sociales. La réduction de la stigmatisation et de la discrimination dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH est essentielle pour accroître l'adoption et l'observance du traitement antirétroviral et pour augmenter la suppression virale, ce qui améliorera l'état de santé des personnes vivant avec le VIH.

Des recherches antérieures suggèrent qu'il est important de mesurer la stigmatisation communautaire séparément de la stigmatisation vécue dans les établissements de soins de santé. Cela, en raison des différents impacts de la stigmatisation vécue dans ces contextes et des différentes réponses programmatiques nécessaires pour y remédier.

Numérateur

Source : Enquête de population

- Nombre de personnes vivant avec le VIH qui déclarent avoir reçu un résultat positif au test de dépistage du VIH et qui sont d'accord pour dire qu'une ou plusieurs des trois expériences leur sont arrivées en raison de leur statut VIH au cours des 12 derniers mois.

Ou

Source : Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH

- Nombre de répondants vivant avec le VIH qui sont d'accord pour dire qu'une ou plusieurs des huit expériences leur sont arrivées en raison de leur statut VIH au cours des 12 derniers mois.
-

Dénominateur

Source : Enquête de population

- Nombre de répondants qui déclarent avoir reçu un résultat positif au test de dépistage du VIH

Ou

Source : Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH

- Nombre total de répondants
-

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

À partir des enquêtes de population : cet indicateur est établi à partir des réponses aux questions suivantes parmi les répondants qui ont rapporté avoir eu un résultat positif au test de dépistage du VIH.

- Veuillez me dire si les choses suivantes vous sont arrivées, ou si vous pensez qu'elles vous sont arrivées, en raison de votre statut VIH au cours des 12 derniers mois :
 - Les gens ont dit du mal de moi à cause de mon statut VIH (oui/non).
 - Quelqu'un d'autre a divulgué mon statut VIH sans mon autorisation (oui/non).
 - J'ai été insulté, harcelé ou menacé verbalement en raison de mon statut VIH (oui/non).

Ou

À partir de l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH : cet indicateur peut également être construit à partir des réponses aux questions suivantes parmi tous les répondants.

- En repensant aux 12 derniers mois :
 - Vous êtes-vous senti(e) exclu(e) de rassemblements ou d'activités sociales (par exemple, mariages, funérailles, fêtes, clubs) en raison de votre statut VIH ? (oui, non, ne sait pas, préfère ne pas répondre)
 - Vous êtes-vous senti(e) exclu(e) d'activités religieuses ou de lieux de culte en raison de votre statut VIH ? (oui, non, ne sait pas, préfère ne pas répondre)
 - Vous êtes-vous senti(e) exclu(e) d'activités familiales en raison de votre statut VIH ? (oui, non, ne sait pas, préfère ne pas répondre)
 - Avez-vous eu l'impression que des membres de votre famille ont fait des remarques discriminatoires ou jaser à votre sujet en raison de votre statut VIH ? (oui, non, ne sait pas, préfère ne pas répondre)
 - Quelqu'un vous a-t-il harcelé verbalement (par exemple, en vous criant dessus, en vous grondant ou en vous maltraitant verbalement de toute autre manière) en raison de votre statut VIH ? (oui, non, ne sait pas, préfère ne pas répondre)
 - Quelqu'un vous a-t-il harcelé physiquement (par exemple, en vous poussant, en vous frappant en vous maltraitant physiquement de toute autre manière) en raison de votre statut VIH ? (oui, non, ne sait pas, préfère ne pas répondre)
 - Vous a-t-on refusé un emploi ou une opportunité de travail en raison de votre statut VIH ? (oui, non, ne sait pas, préfère ne pas répondre)
 - Avez-vous perdu une source de revenu ou un emploi en raison de votre statut VIH ? (oui, non, ne sait pas, préfère ne pas répondre)
-

Fréquence de mesure

Enquêtes de population : tous les 3-5 ans.

Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH : tous les 2-3 ans.

Ventilation

- Âge (15–19, 20–24, 25–49 et de 50 ans et plus). Les données de l'étude de l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH proviennent de répondants âgés de 18 ans et plus.
 - Genre (homme, femme, transgenre, autre, préfère ne pas le dire). Les trois dernières options ne sont disponibles que pour les données de la Version 2.0 de l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH.
 - Population clé (hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, professionnel(le)s du sexe, personnes transgenres, personnes qui s'injectent des drogues).
-

Informations complémentaires requises

Aucune

Forces et faiblesses

Cet indicateur mesure directement la stigmatisation et la discrimination vécues dans la communauté, une manifestation importante de la stigmatisation dont il a été démontré qu'elle entrave les soins et le traitement du VIH chez les personnes vivant avec le VIH.

Cet indicateur est calculé à partir des réponses à trois questions recueillies dans le cadre d'enquêtes de population. Les questions sont tirées d'une mesure validée de la stigmatisation et de la discrimination vécues. L'indicateur peut également être construit à partir de huit questions incluses dans l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH 2.0. Les questions alternatives couvrent un plus large éventail d'expériences stigmatisantes, utilisent des formulations légèrement différentes et ont des catégories de réponses différentes. Cependant, les experts techniques ont recommandé leur inclusion dans l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH 2.0 et devraient fournir une bonne indication du niveau de stigmatisation et de discrimination vécues en l'absence de données au niveau de la population.

Les variations de l'indicateur doivent être interprétées comme suit : une augmentation du pourcentage indique une augmentation de la stigmatisation et de la discrimination subies par les personnes vivant avec le VIH dans un contexte communautaire et la nécessité de prendre des mesures d'atténuation, tandis qu'une diminution du pourcentage indique un progrès et une réduction de la stigmatisation et de la discrimination subies par les personnes vivant avec le VIH.

L'utilisation de données de population pour établir cet indicateur améliorera la comparaison entre les pays et les contextes, car l'indicateur sera basé sur les données des personnes qui déclarent vivre avec le VIH, tirées d'un échantillon aléatoire du grand public. Cela réduit les biais potentiels de réponse et de sélection qui sont possibles lorsqu'on utilise une approche d'échantillonnage en boule de neige, comme c'est le cas pour l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH 2.0. Le biais de sélection reste cependant une possibilité, car les expériences des personnes vivant avec le VIH qui sont prêtes à autodéclarer leur statut VIH dans des enquêtes de population peuvent être sensiblement différentes de celles des personnes qui choisissent de ne pas le faire. Cependant, dans les pays où la prévalence du VIH est faible, ou dans lesquels la stigmatisation liée au VIH est très élevée, les enquêtes de population peuvent ne pas permettre d'obtenir de grands échantillons de personnes vivant avec le VIH autodéclarées. Dans ces cas, des enquêtes ciblées comme l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH 2.0 peuvent s'avérer plus appropriées.

Les questions sur les expériences de stigmatisation dans l'enquête de population portent principalement sur les violences verbales et les divulgations non souhaitées. En général, les mesures de la stigmatisation et de la discrimination vécues comprennent plusieurs items qui saisissent différents types de stigmatisation dans chacun de ces contextes et il est donc possible que les estimations de la stigmatisation et de la discrimination vécues soient sous-estimées. Les questions sur les expériences de stigmatisation de l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH couvrent un éventail plus large de stigmatisations vécues, notamment l'exclusion sociale, la violence verbale, le harcèlement physique, le refus d'emploi et la perte d'emploi. Ainsi, l'élaboration de cet indicateur à partir des données de l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH 2.0 peut fournir une indication plus solide du niveau et des types de stigmatisation et de discrimination vécus. Les données ne sont cependant pas généralisables au-delà des personnes vivant avec le VIH échantillonnées, car les répondants sont sélectionnés à l'aide de méthodes d'échantillonnage en boule de neige plutôt qu'au hasard.

Informations complémentaires

Stangl AL, Lilleston P, Mathema H, Pliakas T, Krishnaratne S, Siewwright K et al. Development of parallel measures to assess HIV stigma and discrimination among people living with HIV, community members and health workers in the HPTN 071 (PopART) trial in Zambia and South Africa. *J Int AIDS Soc.* 2019;22(12):e25421 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6912047/>).

Pour en savoir plus sur les méthodes et les instruments utilisés dans l'Enquête démographique et de santé et l'Enquête sur les indicateurs du sida, voir : <http://dhsprogram.com>

Pour en savoir plus sur les méthodes et l'instrument d'enquête de l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, voir : <https://www.stigmaindex.org/>

6.4 Expérience de la discrimination liée au VIH dans les établissements de soins de santé

Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui rapportent des expériences de discrimination liée au VIH dans les établissements de soins de santé

Ce qui est mesuré

Progrès dans la réduction de la discrimination liée au VIH vécue par les personnes vivant avec le VIH lors de la recherche de soins de santé.

Fondement

La discrimination est une violation des droits de l'homme et est interdite par le droit international des droits de l'homme et la plupart des constitutions nationales. Dans le contexte du VIH, la discrimination fait référence à un traitement abusif ou injuste d'un individu (soit par des actions, soit par l'inaction) sur la base de son statut VIH réel ou supposé. La discrimination exacerbe les risques et prive les personnes de leurs droits et de leurs droits, alimentant ainsi l'épidémie de VIH.

La stigmatisation est l'attribution de caractéristiques indésirables à un individu ou un groupe qui réduit leur statut aux yeux de la société. Il conduit fréquemment à des expériences de discrimination.

L'indicateur mesure la discrimination liée au VIH dans les milieux de soins de santé. Le VIH est souvent associé à une gamme de comportements considérés comme socialement déviants ou immoraux, tels que l'usage de drogues injectables et la promiscuité sexuelle. En raison de ces croyances sociales sous-jacentes, les personnes vivant avec le VIH sont souvent considérées comme honteuses et sont considérées comme responsables d'avoir contracté le VIH. Ce processus d'humiliation a des répercussions au-delà de l'individu parce qu'il réduit considérablement les incitations à subir un test de dépistage du VIH ou, dans le cas où le résultat du test est positif, de révéler le statut VIH aux partenaires sexuels ou aux membres de la famille.

Le secteur de la santé est l'un des principaux lieux où les personnes vivant avec le VIH et celles qui sont perçues comme vivant avec le VIH sont victimes de discrimination. Cet indicateur mesure directement la discrimination subie par les personnes vivant avec le VIH lorsqu'elles recherchent des services dans des établissements de soins de santé.

L'indicateur composite peut être suivi comme mesure de la prévalence de la discrimination liée au VIH dans le secteur de la santé chez les personnes vivant avec le VIH. Cet indicateur pourrait permettre de mieux comprendre les résultats de santé liés au VIH et améliorer les interventions visant à réduire et à atténuer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH rencontrées le long du traitement et des soins en : (a) montrant le changement dans le temps du pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui ont été victimes de discrimination dans les établissements de soins de santé et (b) indiquant les domaines d'action prioritaires.

Numérateur

Nombre de répondants qui ont répondu par l'affirmative (« Oui ») à au moins un des sept éléments par question.

Dénominateur

Nombre de l'ensemble des répondants

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH

Il est demandé aux personnes interrogées si elles ont été victimes de discrimination liée au VIH sous l'une des formes indiquées ci-après lors de la recherche de soins de santé spécifiques au VIH et non spécifiques au VIH au cours des 12 derniers mois :

- Refus de soins en raison du statut VIH.
 - Conseillé de ne pas avoir de rapports sexuels à cause du statut VIH.
 - Faire l'objet de commérages ou de propos négatifs à cause du statut VIH.
 - Abus verbal à cause du statut VIH.
 - Violence physique à cause du statut VIH.
 - Éviter le contact physique à cause du statut VIH.
 - Partage du statut VIH sans consentement.
-

Fréquence de mesure

Tous les 2-3 ans

Ventilation

Les réponses à chaque question sont requises, de même que la réponse consolidée pour l'indicateur composite. L'indicateur composite peut être ventilé de la façon suivante :

- Type de service de santé (VIH, non-VIH).
 - Genre (homme, femme ou transgenre, autre, préfèrent ne pas le dire).
 - Population clé (hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, professionnel(le)s du sexe, personnes transgenres, personnes qui s'injectent des drogues).
 - Groupe d'âge (18-19 ans, 20-24 ans ou 25-49 ans, 50 ans et plus).
 - Durée de connaissance de la séropositivité (0-<1 an, 1-4 ans, 5-9 ans, 10-14 ans ou 15 ans et plus).
-

Explication du numérateur

L'indicateur proposé combine 14 items qui capturent la discrimination vécue par les personnes vivant avec le VIH lors de la recherche de soins VIH (sept items) et les soins non-VIH (sept items). Au cours du processus de consultation de 2016 pour mettre à jour l'enquête sur le stigmatisme des personnes vivant avec le VIH, les personnes vivant avec le VIH ont souligné l'importance de mesurer séparément la discrimination subie lors de la recherche de soins VIH et non-VIH. En réponse, la nouvelle version de l'enquête pose des questions sur les expériences de discrimination lors de la recherche de soins VIH et non-VIH (alors que l'enquête initiale ne portait que sur la stigmatisation ressentie lors de la recherche de services de santé en général).

Forces et faiblesses

Cet indicateur mesure directement les expériences de discrimination parmi les personnes vivant avec le VIH qui ont demandé des services de santé.

Les questions recommandées évaluent si des formes spécifiques de discrimination ont été expérimentées dans un contexte de soins de santé. L'expérience de la discrimination peut dépendre du fait que le fournisseur de soins de santé soit au courant du statut VIH de la personne. Compte tenu de cela, la divulgation du statut VIH au prestataire de soins de santé devrait être recueillie chaque fois que possible afin d'aider à interpréter l'indicateur.

En outre, les personnes cherchant des services VIH dans des cliniques spécialisées dans le VIH peuvent rapporter moins d'expériences de discrimination que les personnes qui recherchent des services VIH intégrés dans les services de santé généraux. Ainsi, la saisie du type de clinique est recommandée lorsque cela est possible. Il serait également souhaitable de comparer les résultats de cet indicateur avec les indicateurs 6.1 (Attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH) et 6.6 (Évitement des soins de santé parmi les populations clés) pour une meilleure compréhension de l'environnement de stigmatisation et de la discrimination. Un contexte donné.

Les résultats de cet indicateur devraient également être analysés en conjonction avec les réponses du NCPI sur les programmes de lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans les soins de santé et leur échelle, ainsi que les programmes de formation des professionnels de la santé sur les droits humains et l'éthique médicale.

Informations complémentaires

L'indicateur mesure la discrimination liée au VIH dans les milieux de soins de santé. Le VIH est souvent associé à une gamme de comportements considérés comme socialement déviant ou immoraux, tels que l'usage de drogues injectables et la promiscuité sexuelle. En raison de ces croyances sociétales sous-jacentes, les personnes vivant avec le VIH sont souvent considérées comme honteuses et sont considérées comme responsables d'avoir contracté le VIH. Ce processus d'humiliation a des répercussions au-delà de l'individu parce qu'il réduit considérablement les incitations à subir un test de dépistage du VIH ou, dans le cas où le résultat du test est positif, de révéler le statut VIH aux partenaires sexuels ou aux membres de la famille.

Mahajan AP, Sayles JN, Patel VA, Remien RH, Sawires SR, Ortiz DJ et al. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS*. 2008;22(Suppl 2):S67-79.

Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K. Combating HIV stigma in health care settings: what works? *J Int AIDS Soc*. 2009;12(1):15.

Confronting discrimination: overcoming HIV-related stigma and discrimination in health-care settings and beyond. Geneva: UNAIDS; 2017; (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_en.pdf).

Pour en savoir plus sur les méthodes et l'instrument d'enquête de l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, voir : <https://www.stigmaindex.org/>

6.5 Stigmatisation et discrimination vécues par les populations clés (A –D)

Pourcentage de personnes appartenant à une population clé qui déclarent avoir été victimes de stigmatisation et de discrimination au cours des six derniers mois.

Cet indicateur est divisé en quatre sous-indicateurs :

- A. Expérience de la stigmatisation et de la discrimination chez les professionnel(le)s du sexe.
- B. Expérience de la stigmatisation et de la discrimination parmi les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- C. Expérience de la stigmatisation et de la discrimination chez les personnes qui s'injectent des drogues.
- D. Expérience de la stigmatisation et de la discrimination chez les personnes transgenres.

Ce qui est mesuré

Progrès accomplis vers la réduction des expériences de stigmatisation et de discrimination parmi les populations clés

Fondement

La stigmatisation des populations clés est un stéréotype négatif basé sur l'appartenance d'un individu à un groupe de population clé. La stigmatisation est un obstacle bien documenté au continuum de soins du VIH, créant des lacunes dans les cascades de prévention et de traitement, en particulier pour les populations clés (y compris les travailleurs du sexe, les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues et les personnes transgenres). La stigmatisation des populations clés résulte d'une série de facteurs et de facilitateurs, notamment : des attitudes négatives et de jugement à l'égard des populations clés ; la honte liée à la profession, à la consommation de drogues ou à l'identité sexuelle et de genre d'un individu ; et les normes sociales, culturelles et sexospécifiques. Ceux-ci se manifestent par une série de pratiques et d'expériences stigmatisantes, dont la discrimination, qui privent les populations clés d'une pleine acceptation sociale, réduisant ainsi leurs chances dans la vie, les dissuadant d'accéder aux services essentiels et alimentant les inégalités sociales.

La réduction de la stigmatisation et de la discrimination dont sont victimes les populations clés est essentielle pour accroître le dépistage du VIH, l'adoption et l'observance du traitement antirétroviral et pour augmenter la suppression virale et ainsi améliorer leur état de santé.

Numérateur

Nombre de personnes appartenant au groupe de la population clé (professionnel(le)s du sexe, hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, personnes qui s'injectent des drogues ou personnes transgenres) ayant déclaré que l'un ou l'autre de ces incidents leur était arrivé au cours des six derniers mois en raison de leur statut de population clé

Dénominateur

Nombre total de répondants du groupe de la population clé

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

La surveillance comportementale et d'autres enquêtes spéciales. Cet indicateur a été établi à partir des réponses aux questions suivantes parmi les répondants qui déclarent appartenir à un groupe de population clé (c'est-à-dire les professionnel(le)s du sexe, les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues et les personnes transgenres).

- Vous êtes-vous déjà senti(e) exclu(e) des activités familiales parce que vous [vendez du sexe ; avez des rapports sexuels avec des hommes ; vous injectez des drogues ; êtes transgenre] ? (non ; oui, au cours des six derniers mois ; oui, mais pas au cours des six derniers mois ; je ne sais pas).
 - Quelqu'un vous a-t-il déjà réprimandé parce que vous [vendez du sexe ; avez des rapports sexuels avec des hommes ; vous injectez des drogues ; êtes transgenre] ? (non ; oui, au cours des six derniers mois ; oui, mais pas au cours des six derniers mois ; je ne sais pas).
 - Quelqu'un vous a-t-il déjà fait chanter parce que vous [vendez du sexe ; avez des rapports sexuels avec des hommes ; vous injectez des drogues ; êtes transgenre] ? (non ; oui, au cours des six derniers mois ; oui, mais pas au cours des six derniers mois ; je ne sais pas).
-

Fréquence de mesure

Tous les deux ans

Ventilation

- **A, B, C, D** : âge (<25, 25+ ans).
 - **A et C** : genre (homme, femme, transgenre).
 - **D** : genre (homme transgenre, femme transgenre, autre)
-

Informations complémentaires requises

Envoyez la version numérique de tous les rapports d'enquête disponibles en utilisant l'outil de téléchargement. Le rapport qui accompagne cet indicateur doit comprendre des informations sur la taille de l'échantillon, la qualité et la fiabilité des données, et toute question connexe.

Si des données infranationales sont disponibles, veuillez fournir la désagrégation par zone administrative, ville ou site dans l'espace prévu à cet effet.

Forces et faiblesses

Ces indicateurs mesurent directement la stigmatisation et la discrimination parmi les professionnel(le)s du sexe, les hommes gays ou les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues et les personnes transgenres. Il s'agit de manifestations importantes de stigmatisation dont il a également été démontré qu'elles entravent les services de prévention, de soins et de traitement du VIH parmi les populations clés.

Les indicateurs sont calculés à partir des réponses à trois questions. Les questions ont été élaborées par des experts techniques sur la base de mesures précédemment validées de la stigmatisation et de la discrimination des populations clés, utilisées dans des études de recherche primaire.

Les variations de l'indicateur doivent être interprétées comme suit : une augmentation du pourcentage indique une augmentation de la stigmatisation et de la discrimination vécues par les populations clés et la nécessité de prendre des mesures d'atténuation, tandis qu'une diminution du pourcentage indique des progrès et une réduction de la stigmatisation et de la discrimination vécues par les populations clés.

L'échantillonnage fondé sur les répondants (EFR) est utilisé pour mettre en œuvre des enquêtes biocomportementales intégrées. Cette méthode d'échantillonnage permet aux chercheurs d'accéder, de manière systématique, à des membres de populations généralement difficiles à atteindre et qui ne seraient pas accessibles autrement. L'EFR étant une méthode d'échantillonnage probabiliste, les chercheurs sont en mesure de fournir des estimations de population non biaisées ainsi que de mesurer la précision de ces estimations. L'EFR peut s'avérer particulièrement efficace pour le recrutement rapide dans les environnements urbains denses, mais dans les contextes où les populations difficiles à atteindre ne disposent pas d'un bon réseau – ou dans les contextes où la stigmatisation associée à certaines populations clés est sévère – les taux de recrutement utilisant l'EFR peuvent être imprévisibles. D'autres inconvénients de l'utilisation de l'EFR concernent les difficultés qui peuvent survenir lors de l'analyse des données collectées. Par exemple, étant donné que l'EFR doit tenir compte de la pondération de la taille du réseau et des modes de recrutement, la force statistique de l'échantillon par rapport à la population cible diminue si les participants ne recrutent que des personnes qui partagent les mêmes caractéristiques qu'eux.

Informations complémentaires

Friedland B, Sprague L, Nyblade L, Baral S, Pulerwitz J, Gottert A et al. Measuring intersecting stigma among key populations living with HIV: implementing the people living with HIV Stigma Index 2.0. *J Int AIDS Soc.* 2018;21(S5):e2513.1 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6055043/>).

Stahlman S, Hargreaves J, Sprague L, Stangl A, Baral S. Measuring sexual behavior stigma to inform effective HIV prevention and treatment programmes for key populations. *JMIR Public Health Surveill.* 2017;3(2):e23 (<https://publichealth.jmir.org/2017/2/e23/>).

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

6.6 Évitement des services de santé parmi les populations clés à cause de la stigmatisation et de la discrimination au cours des 12 derniers mois (A –D)

Évitement des services de santé parmi les populations clés à cause de la stigmatisation et de la discrimination au cours des 12 derniers mois

Cet indicateur est divisé en quatre sous-indicateurs :

- A. Évitement des services de santé par les professionnel(le)s du sexe en raison de la stigmatisation et de la discrimination.
- B. Évitement des soins de santé par les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en raison de la stigmatisation et de la discrimination.
- C. Évitement des services de santé par les personnes qui s'injectent des drogues en raison de la stigmatisation et de la discrimination.
- D. Évitement des services de santé par les personnes transgenres en raison de la stigmatisation et de la discrimination.

Ce qui est mesuré

Progrès dans la réduction des attitudes et des politiques discriminatoires dans les services de santé.

Fondement

La discrimination est une violation des droits de l'homme et est interdite par le droit international des droits de l'homme et la plupart des constitutions nationales. Dans le contexte du VIH, la discrimination fait référence à un traitement abusif ou injuste d'un individu (soit par des actions, soit par l'inaction) sur la base de son statut VIH réel ou supposé. La discrimination exacerbe les risques et prive les personnes de leurs droits et de leurs droits, alimentant ainsi l'épidémie de VIH. La stigmatisation liée au VIH désigne des attitudes, croyances et sentiments négatifs à l'égard des personnes vivant avec le VIH, des groupes associés aux personnes vivant avec le VIH (par exemple, leur famille) et des autres populations clés à haut risque d'infection à VIH, telles que les personnes qui s'injectent des drogues, les professionnel(le)s du sexe, les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transgenres. Outre la stigmatisation liée au VIH, les personnes issues de populations clés subissent une discrimination supplémentaire en raison de la stigmatisation liée à l'attraction pour le même sexe et au comportement sexuel, à l'engagement dans le commerce du sexe, à la consommation de drogues et à l'expression non-conforme ou diverse du genre.

Cet indicateur est important pour mesurer la proportion de membres des populations clés qui ont évité l'accès aux services généraux de santé, VIH par peur de la stigmatisation et de la discrimination. Les raisons connexes pour éviter de tels services peuvent inclure (mais ne sont pas limités à) ce qui suit : un manque (ou un manque perçu de) confidentialité dans les milieux de soins de santé ; attitudes et comportements négatifs chez les fournisseurs de soins de santé ; et les craintes de divulguer ou de suggérer des comportements individuels et des préférences / orientations sexuelles.

Les données relatives à l'évitement des services de santé sont importantes pour mesurer la proportion de populations clés qui ne répondent pas à leurs besoins de base en matière de soins de santé (comme les examens médicaux de routine) et sont donc moins susceptibles d'aller en soins de santé pour des services et des soins plus spécialisés (tels que le dépistage du VIH, le traitement et les soins médicaux).

Cet indicateur est important pour comprendre et éliminer les obstacles à la réalisation des objectifs 95-95-95 parmi les membres des populations clés. Les données de cet indicateur mesurent directement la peur de la stigmatisation ou de la discrimination. Cet indicateur peut améliorer la compréhension de la stigmatisation et des discriminations induites par le VIH ainsi que les interventions visant à réduire ces dernières : (1) à travers l'évolution du pourcentage d'individus percevant ou subissant une stigmatisation, (2) en permettant des comparaisons entre les administrations nationales, provinciales, régionales et locales et (3) en identifiant les domaines d'action prioritaires.

Numérateur

Nombre de répondants qui répondent avoir évité les soins de santé au cours des 12 derniers mois.

L'évitement des services en raison de la crainte de la stigmatisation et de la discrimination peut être demandé de différentes manières selon les pays / enquêtes.

Dénominateur

Nombre de répondants

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Enquêtes de surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques

Fréquence de mesure

Tous les deux ans

Ventilation

- **A–D** : Âge (<25 ans et 25 et plus).
 - **A et C** : Genre (homme, femme et transgenre).
 - **D** : Genre (homme transgenre, femme transgenre, autre)
-

Informations complémentaires requises

Veillez indiquer les questions incluses dans les instruments d'enquête.

Si des données infranationales sont disponibles, veuillez fournir la désagrégation par zone administrative, ville ou site dans l'espace prévu à cet effet.

Forces et faiblesses

En tant qu'instrument d'évaluation de la stigmatisation et de la discrimination, cet indicateur est axé sur les résultats de ces comportements. Si la stigmatisation et la discrimination perçues ou subies sont importantes au point de dissuader les personnes d'avoir recours aux services de santé nécessaires, non seulement il s'agit d'un problème aisément identifiable, mais il peut également avoir une incidence sur l'utilisation de services vitaux. Toutefois, il se peut que des personnes interrogées subissent et perçoivent une stigmatisation et une discrimination importantes dans leurs communautés, mais aient néanmoins recours à des services en raison de leur propre résilience ou de services discrets ou spécialisés. Cet indicateur ne va pas évaluer l'élimination de la discrimination, mais peut indiquer si la discrimination réduit l'utilisation des services.

Informations complémentaires

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

Pour en savoir plus sur la stigmatisation et la discrimination, ainsi que sur les efforts visant à évaluer leur prévalence, veuillez consulter : Volet thématique : non-discrimination ; trente-et-unième réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA. Note d'information. Genève, ONUSIDA, 2012 (https://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2012/20121111_PCB%2031_Non%20Discrimination_final_newcoverpage_en.pdf#:~:text=the%20broad%20theme%20of%20E2%80%9Cnon-discrimination%20at%20higher%20risk%20with).

Stigma Action Network (<http://www.stigmaactionnetwork.org>). Geneva: UNAIDS; 2017 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_en.pdf, accessed 21 November 2017).

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 (https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2017/07/STRIVE_stigma-brief-A4.pdf).

Stangl A, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *J Int AIDS Soc.* 2013;16 (3 Suppl. 2). (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3833106/pdf/JIAS-16-18734.pdf>).

6.7 Personnes vivant avec le VIH cherchant une voie de recours pour la violation de leurs droits

Proportion de personnes vivant avec le VIH qui ont été victimes de violations de leurs droits au cours des 12 derniers mois et qui ont cherché une voie de recours.

Ce qui est mesuré

Progrès accomplis vers le respect des droits des personnes vivant avec le VIH

Fondement

L'existence de mécanismes de recours formels et informels, et de mécanismes d'accès à des services d'assistance juridique abordables, est essentielle pour garantir que les personnes vivant avec le VIH et les populations clés puissent accéder à la justice en cas de non-respect de leurs droits. Cependant, disponibilité n'est pas nécessairement synonyme d'utilisation. Il est important de connaître le pourcentage de personnes vivant avec le VIH et de populations clés qui ont recours à ces services afin d'identifier les obstacles potentiels à l'accès ou à l'acceptabilité de ces mécanismes, notamment la situation géographique, la sociodémographie ou le statut de population clé.

Numérateur

Nombre de répondants ayant subi une ou plusieurs violations de leurs droits au cours des 12 derniers mois et ayant déclaré avoir cherché une voie de recours.

Dénominateur

Nombre de répondants ayant subi une ou plusieurs violations de leurs droits au cours des 12 derniers mois et ayant déclaré avoir cherché une voie de recours.

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH. L'indicateur est calculé sur la base des réponses à une série de questions qui évaluent d'abord si des violations des droits ont eu lieu au cours des 12 derniers mois. Les personnes qui ont déclaré avoir subi des violations de leurs droits au cours des 12 derniers mois sont invitées à dire si elles ont essayé de faire quelque chose à ce sujet, et celles qui ont répondu « oui » sont invitées à préciser ce qu'elles ont fait.

L'indicateur est établi à partir de la réponse à la question suivante :

- Si oui, qu'avez-vous essayé de faire à ce sujet ?
 - Déposé une plainte (oui/non).
 - Contacté un avocat (oui/non).
 - Contacté un fonctionnaire ou un politicien (oui/non).
 - L'exprimé publiquement (oui/non).
 - Contacté une organisation communautaire/un réseau de personnes vivant avec le VIH pour obtenir un soutien (oui/non).
 - Autre (veuillez préciser).

Le fait de marquer son accord avec une de ces options de réponse reviendrait à chercher une forme de recours formelle ou informelle.

Fréquence de mesure

Tous les 2-3 ans

Ventilation

- Population clé (hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, professionnel(le)s du sexe, personnes transgenres, personnes qui s'injectent des drogues).
 - Genre (homme, femme, transgenre, autre, préfère de le pas dire).
 - Type de recours recherché (**formel** = dépôt d'une plainte et/ou contact avec un avocat ; **informel** = contact avec un politicien, prise de parole publique et/ou contact avec une organisation communautaire/un réseau de personnes vivant avec le VIH pour obtenir un soutien ; ou **autre** = autre).
 - Âge (18–19, 20–24, 25–49 et 50 ans et plus).
-

Informations complémentaires requises

Aucune

Forces et faiblesses

Cet indicateur permet de savoir directement si les personnes vivant avec le VIH ont cherché une voie de recours suite aux violations de leurs droits au cours des 12 derniers mois.

Les changements dans l'indicateur doivent être interprétés comme suit : une augmentation du pourcentage indique un progrès vers la garantie que les mécanismes de recours sont disponibles et utilisés en réponse aux violations des droits, tandis qu'une diminution du pourcentage indique une réduction des recours demandés après des violations des droits et suggère la nécessité d'interventions pour garantir la disponibilité, l'accès, l'utilisation et l'efficacité des mécanismes de recours.

Ces données fourniront des informations importantes sur l'accès des personnes vivant avec le VIH aux services de soutien juridique disponibles, et sur l'utilisation des mécanismes de recours formels ou informels mis en place dans le pays. L'indicateur ne permet pas de savoir si la violation des droits a été résolue. Bien qu'elles soient indicatives des voies de recours recherchées par les personnes vivant avec le VIH dans un pays ou un contexte donné, les données utilisées pour calculer l'indicateur ne sont pas généralisables au-delà des personnes vivant avec le VIH échantillonnées, car les répondants à l'enquête sur l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH ont été sélectionnés par un échantillonnage en boule de neige (par opposition aux méthodes d'échantillonnage aléatoire).

Informations complémentaires

Preuves pour éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH : conseils aux pays pour mettre en œuvre des programmes efficaces visant à éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans six contextes. Genève : ONUSIDA ; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/eliminating-discrimination-guidance_en.pdf).

Pour en savoir plus sur les méthodes et l'instrument de l'étude de l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, voir : <https://www.stigmaindex.org/>

6.8 Attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH parmi le personnel des établissements de santé

Pourcentage du personnel des établissements de santé faisant état d'attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH.

Ce qui est mesuré

Progrès dans la réduction des attitudes négatives à l'égard des personnes vivant avec le VIH au sein du personnel des établissements de santé.

Fondement

Les attitudes et les opinions du personnel des établissements de santé à l'égard des personnes vivant avec le VIH constituent l'un des moteurs de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH dans les établissements de santé. Il est important de mesurer les stéréotypes et les préjugés du personnel des établissements de santé à l'égard des personnes vivant avec le VIH. Les valeurs et les attitudes peuvent influencer sur le fait qu'un prestataire traite ou non ses clients avec dignité, sur les options de soins de santé proposées aux personnes, sur les personnes à qui l'on propose un dépistage, ainsi que sur le moment et la manière dont les personnes se voient proposer un dépistage, et peuvent conduire à une évaluation inexacte des risques.

Numérateur

Nombre de membres du personnel des établissements de santé qui sont d'accord avec l'une des trois premières affirmations et/ou qui ne sont pas d'accord avec la quatrième affirmation.

Dénominateur

Nombre de membres du personnel des établissements de santé ayant répondu à au moins une affirmation.

Calcul

Numérateur/dénominateur.

Méthode de mesure

Tout type d'enquête menée dans un centre de santé, comme l'évaluation de la prestation de services, les enquêtes d'assurance qualité ou le questionnaire du projet de politique de santé sur la mesure de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH parmi les travailleur(se)s des centres de santé. L'indicateur est construit à partir des réponses à la question suivante :

Êtes-vous tout à fait d'accord, d'accord, en désaccord ou tout à fait en désaccord avec les affirmations suivantes ?

- A. La plupart des personnes vivant avec le VIH ne se soucient pas de savoir si elles infectent d'autres personnes.
- B. Les personnes vivant avec le VIH devraient avoir honte d'elles-mêmes.
- C. Les personnes sont infectées par le VIH parce qu'elles ont des comportements irresponsables.
- D. Les femmes vivant avec le VIH devraient être autorisées à avoir des enfants si elles le souhaitent.

Le numérateur comprend les personnes interrogées qui sont d'accord ou tout à fait d'accord avec l'une des affirmations A à C et/ou qui ne sont pas d'accord ou pas du tout d'accord avec l'affirmation D.

Les questions recommandées pour la construction de cet indicateur ont été sélectionnées à partir d'un outil plus long de 25 questions qui a été validé dans les établissements de soins de santé de plusieurs pays.¹

Fréquence de mesure

Tous les 3 à 5 ans.

Ventilation

Aucune.

Informations supplémentaires demandées

Aucune.

1 Measuring HIV stigma and discrimination among health facility staff. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project; 2013 (<http://www.healthpolicyproject.com/index.cfm?ID=publications&get=pubID&pubID=49>).

Forces et faiblesses

Cet indicateur évalue directement les attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH au sein du personnel des établissements de santé, qui ont été associées à un engagement plus faible dans les soins et à une moins bonne observance du traitement chez les personnes vivant avec le VIH. Chaque élément inclus dans cet indicateur saisit un aspect important de la stigmatisation qui peut être modifié ou amélioré par une intervention:

“La plupart des personnes vivant avec le VIH ne se soucient pas d’infecter d’autres personnes” vise à saisir le niveau de blâme du personnel associé à la “propagation” du VIH dans la communauté.

La phrase “Les gens sont infectés par le VIH parce qu’ils ont des comportements irresponsables” est liée à la perception de la responsabilité d’une personne dans son infection. Elle traduit l’hypothèse selon laquelle les personnes sont responsables du fait qu’elles ont contracté le VIH ou qu’elles ont contracté le VIH parce qu’elles ont été irresponsables en ce qui concerne leur santé. Il est important d’identifier cette perception chez les prestataires de soins. Fondée sur des hypothèses concernant la responsabilité ou la capacité d’une personne à suivre un traitement, cette perception peut influencer les décisions cliniques et conduire les prestataires à ne pas proposer le traitement préféré.

La phrase “Les personnes vivant avec le VIH devraient avoir honte d’elles-mêmes” fait appel à une composante émotionnelle de la stigmatisation.

L’indicateur “Les femmes vivant avec le VIH devraient être autorisées à avoir des enfants” vise à évaluer les opinions sur les droits reproductifs des femmes vivant avec le VIH.

Cet indicateur peut être sujet à un biais de désirabilité sociale, qui se produit lorsque les personnes interrogées fournissent ce qu’elles perçoivent comme la réponse “correcte” ou “acceptable” plutôt que ce qu’elles pensent réellement, ce qui conduit à une sous-déclaration de la stigmatisation. Malgré le risque de ce type de biais de réponse, les tests sur le terrain ont révélé des niveaux élevés d’attitudes stigmatisantes pour ces quatre affirmations et dans tous les pays. Cela suggère que les niveaux de stigmatisation observés seraient encore plus élevés en l’absence de biais de réponse. L’utilisation de questionnaires auto-administrés plutôt qu’administrés par un enquêteur peut réduire le biais de désirabilité sociale en donnant un plus grand sentiment d’anonymat.

La recherche a montré que les personnes interrogées qui ne répondent pas à ce type de questions, notamment parce qu’elles ne sont pas à l’aise avec la question, répondront à au moins une question si plusieurs questions mesurant le même domaine de stigmatisation leur sont proposées. En proposant quatre questions, si un répondant a une réponse stigmatisante à au moins un des éléments, il est inclus dans le numérateur et le dénominateur. L’utilisation d’un éventail de questions permet de réduire les données manquantes et la désirabilité sociale pour cet indicateur.

Informations complémentaires

Carr D, Kidd R, Fitzgerald M, Nyblade L. Achieving a stigma-free health facility and HIV services: resources for administrators. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project; 2015 (https://www.healthpolicyproject.com/pubs/281_SDAAdministratorsGuide.pdf, accessed 7 November 2023).

Measuring HIV stigma and discrimination among health facility staff. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project; 2013 (<http://www.healthpolicyproject.com/index.cfm?ID=publications&get=pubID&pubID=49>, accessed 16 November 2013).

Krishnaratne S, Bond V, Stangl A, Pliakas T, Mathema H, Lilleston P, et al. Stigma and judgment towards people living with HIV and key population groups among three cadres of health workers in South Africa and Zambia: analysis of data from the HPTN 071 (PopART) Trial. *AIDS Patient Care STDs*. 2020;34(1):38–50.

Sampling manual for facility surveys for population, maternal health, child health and STD programs in developing countries. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill; 2001 (<https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-01-03.html>, accessed 7 November 2023).

Nyblade L, Addo NA, Atuahene K, Alsoufi N, Gyamera E, Jacinthe S, et al. Results from a difference-in-differences evaluation of health facility HIV and key population stigma-reduction interventions in Ghana. *J Int AIDS Soc*. 2020;23(4):e25483.

Nyblade L, Stockton M, Giger K, Bond V, Ekstrand ML, Lean RM, et al. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Med*. 2020;17(25):25.

Nyblade L, Jain A, Benkirane M, Li L, Lohiniva AL, McLean R, et al. A brief, standardized tool for measuring HIV-related stigma among health facility staff: results of field testing in China, Dominica, Egypt, Kenya, Puerto Rico and St. Christopher & Nevis. *J Int AIDS Soc*. 2013;16(Suppl 2):18718.

Siraprasiri T, Srithanaviboonchai K, Chantcharas P, Suwanphatthana N, Ongwandee S, Khemngern P, et al. Integration and scale-up of efforts to measure and reduce HIV-related stigma: the experience of Thailand. *AIDS*. 2020;34(Suppl 1):S103–S114.

Srithanaviboonchai K, Stockton M, Pudpong N, Chariyalertsak S, Prakongsai P, Chariyalertsak C, et al. Building the evidence base for stigma and discrimination-reduction programming in Thailand: development of tools to measure healthcare stigma and discrimination. *BMC Public Health*. 2017;17(1):245.

Stangl A, Lilleston P, Mathema H, Pliakas T, Krishnaratne S, Siewwright K, et al. Development of parallel measures among people living with HIV, community members and health workers in the HPTN 071 (PopART) trial in Zambia and South Africa. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(12):e25421.

6.9 Attitudes discriminatoires à l'égard des populations clés parmi le personnel des établissements de santé (A-D)

Pourcentage du personnel des établissements de santé qui fait état d'attitudes discriminatoires à l'égard des populations clés.

Cet indicateur est divisé en quatre sous-indicateurs :

- A. Attitudes discriminatoires à l'égard des travailleur(se)s du sexe.
- B. Attitudes discriminatoires à l'égard des hommes homosexuels et des autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- C. Attitudes discriminatoires à l'égard des personnes qui utilisent des drogues injectables.
- D. Attitudes discriminatoires à l'égard des personnes transgenres.

Ce qui est mesuré

Progrès dans la réduction des attitudes négatives à l'égard des populations clés au sein du personnel des établissements de santé.

Fondement

Les attitudes et les opinions du personnel de santé à l'égard des populations clés sont un moteur de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH dans les établissements de santé. Dans le monde entier, de nombreuses personnes appartenant à des populations clés, notamment les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleur(se)s du sexe, les transgenres et les personnes qui utilisent des drogues injectables, font l'objet d'attitudes négatives et d'actions préjudiciables dans les établissements de soins, ce qui nuit à leur santé et à leur capacité à mener une vie productive.

Les administrateurs et le personnel des établissements de santé du monde entier ont montré qu'il était possible de lutter avec succès contre la stigmatisation et la discrimination. Les efforts de réduction de la stigmatisation déployés au Brésil, en Chine, au Ghana, en Inde, en République-Unie de Tanzanie, Thaïlande et au Viêt Nam ont entraîné des changements significatifs dans les attitudes et les pratiques du personnel des établissements de santé, ainsi qu'une amélioration des soins prodigués aux populations clés. Poser des questions sur les préférences des prestataires en matière de prestation de services peut aider à comprendre les attitudes discriminatoires à l'égard des populations clés.

Numérateur

Nombre de répondants qui sont d'accord avec l'affirmation stigmatisante..

Dénominateur

Nombre total de répondants.

Calcul

Numérateur/dénominateur.

Méthode de mesure

Tout type d'enquête dans les établissements, comme l'évaluation de la prestation de services, les enquêtes d'assurance qualité ou le projet de politique de santé mesurant la stigmatisation et la discrimination liées au VIH parmi les travailleurs du secteur de la santé. Questionnaire pour les établissements de santé. L'indicateur est construit à partir des réponses à la question suivante :

Veuillez nous dire si vous êtes tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord ou pas du tout d'accord avec l'affirmation suivante :

- A. Si j'avais le choix, je préférerais ne pas fournir de services aux travailleur(se)s du sexe.
- B. Si j'avais le choix, je préférerais ne pas fournir de services aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- C. Si j'avais le choix, je préférerais ne pas fournir de services aux personnes qui utilisent des drogues injectables.
- D. Si j'avais le choix, je préférerais ne pas fournir de services aux personnes transgenres.

Le numérateur comprend les répondants qui sont d'accord ou tout à fait d'accord avec l'affirmation.

Les questions recommandées pour la construction de cet indicateur ont été sélectionnées à partir d'un outil de 25 questions validé dans les établissements de santé de plusieurs pays.¹

Fréquence des mesures

Tous les 3 à 5 ans.

Ventilation

Aucune.

1 Measuring HIV stigma and discrimination among health facility staff. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project; 2013 (<http://www.healthpolicyproject.com/index.cfm?ID=publications&get=pubID&pubID=49>).

Informations supplémentaires demandées

Aucune.

Forces et faiblesses

Cet indicateur évalue directement les attitudes discriminatoires à l'égard des populations clés au sein du personnel des établissements de santé, qui ont été associées à un engagement plus faible dans les soins et à une adhésion réduite au traitement. Les questions utilisées pour construire ces indicateurs sont incluses dans le questionnaire du projet de politique de santé "Mesurer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH parmi les travailleurs du secteur de la santé", qui est généralement mis en œuvre dans les établissements de santé. Les questions utilisées pour construire ces indicateurs sont incluses dans le questionnaire du "Health Policy Project Measuring HIV Stigma and Discrimination Among Workers in Health Facilities". Cet outil a été validé dans six pays.

Cet indicateur peut être sujet à un biais de désirabilité sociale si les personnes interrogées donnent ce qu'elles perçoivent comme la réponse "correcte" ou "acceptable" plutôt que ce qu'elles pensent réellement, ce qui conduit à une sous-déclaration de la stigmatisation. Cela suggère que les niveaux de stigmatisation observés seraient plus élevés en l'absence de biais de réponse. L'utilisation de questionnaires auto-administrés plutôt qu'administrés par un enquêteur peut réduire le biais de désirabilité sociale en donnant un plus grand sentiment d'anonymat.

Informations complémentaires

Carr D, Kidd R, Fitzgerald M, Nyblade L. Achieving a stigma-free health facility and HIV services: resources for administrators. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project; 2015 (https://www.healthpolicyproject.com/pubs/281_SDAAdministratorsGuide.pdf, accessed 7 November 2023).

Krishnaratne S, Bond V, Stangl A, Pliakas T, Mathema H, Lilleston P, et al. Stigma and judgment towards people living with HIV and key population groups among three cadres of health workers in South Africa and Zambia: analysis of data from the HPTN 071 (PopART) Trial. *AIDS Patient Care STDs*. 2020;34(1):38–50.

Sampling manual for facility surveys for population, maternal health, child health and STD programs in developing countries. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill; 2001 (<https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-01-03.html>, accessed 7 November 2023).

Nyblade L, Stockton M, Giger K, Bond V, Ekstrand ML, Lean RM, et al. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Med*. 2020;17(25):25.

Nyblade L, Jain A, Benkirane M, Li L, Lohiniva AL, McLean R, et al. A brief, standardized tool for measuring HIV-related stigma among health facility staff: results of field testing in China, Dominica, Egypt, Kenya, Puerto Rico and St. Christopher & Nevis. *J Int AIDS Soc*. 2013;16(Suppl 2):18718.

Stangl A, Lilleston P, Mathema H, Pliakas T, Krishnaratne S, Siewwright K, et al. Development of parallel measures among people living with HIV, community members and health workers in the HPTN 071 (PopART) trial in Zambia and South Africa. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(12):e25421.

6.10 Attitudes discriminatoires de la police à l'égard des populations clés (A-D)

Pourcentage de police qui rapporte des attitudes discriminatoires à l'égard des populations clés

Cet indicateur est divisé en quatre sous-indicateurs :

- A. Attitudes discriminatoires à l'égard des travailleur(se)s du sexe.
- B. Attitudes discriminatoires à l'égard des homosexuels et des autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- C. Attitudes discriminatoires à l'égard des personnes qui utilisent des drogues injectables.
- D. Attitudes discriminatoires à l'égard des personnes transgenres.

Ce qu'est mesuré

Progrès dans la réduction des attitudes négatives à l'égard des personnes issues des populations clés au sein de la police.

Fondement

Les populations clés, notamment les travailleur(se)s du sexe, les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui utilisent des drogues injectables et les personnes transgenres, sont souvent confrontées à la stigmatisation et à la discrimination de la part de la police, ce qui accroît leur risque d'infection par le VIH. Des abus physiques et sexuels, du harcèlement, du chantage de la part de la police et des gardiens de prison, ainsi que des arrestations et des emprisonnements injustifiés ont été signalés par des personnes appartenant à des populations clés dans divers contextes.

Plusieurs projets de recherche et études de cas ont montré qu'il est impossible de mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique lorsque les personnes les plus touchées sont exclues de l'égalité d'accès aux services. Pour réduire et atténuer la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les personnes issues des populations clés dans le cadre de la justice, il est nécessaire de mesurer régulièrement les attitudes et les pratiques des officiers de police à l'égard des personnes issues des populations clés afin d'orienter les interventions.

Les responsables tels que les politiciens, les législateurs, les officiers de police et les avocats peuvent être des agents positifs du changement en ce qui concerne la stigmatisation et la discrimination et l'accès à la justice, et peuvent être formés et soutenus pour remplir ce rôle essentiel.

Numérateur

A. Nombre de personnes interrogées qui signalent des attitudes discriminatoires en répondant "oui" à au moins une des questions 1 à 4 et/ou "non" à au moins une des questions 5 à 7.

1. Il est acceptable d'agresser physiquement les personnes qui vendent des services sexuels.
2. Les travailleur(se)s du sexe méritent moins l'aide et la protection de la police que les autres personnes.
3. Il est acceptable de gronder ou d'insulter verbalement les travailleur(se)s du sexe.
4. Il est acceptable de confisquer les préservatifs des travailleur(se)s du sexe
5. Les travailleur(se)s du sexe ont le même droit d'accès aux espaces publics que toute autre personne.
6. Les travailleur(se)s du sexe méritent d'être traités avec respect.
7. Je dois enquêter sur les délits signalés par les travailleur(se)s du sexe.

B. Nombre de personnes interrogées qui déclarent des attitudes discriminatoires en répondant "oui" à au moins une des questions 1 à 4 et/ou "non" à au moins une des questions 5 à 7

1. Il est acceptable d'agresser physiquement les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
2. Les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont des criminels.
3. Je ne fais pas confiance à la parole d'un homme homosexuel ou d'un autre homme ayant des rapports sexuels avec des hommes qui dénonce un crime.
4. Il est approprié de gronder ou d'insulter verbalement les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
5. Les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont le même droit d'accès aux espaces publics que toute autre personne.
6. Les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes méritent d'être traités avec respect.
7. Je devrais enquêter sur les délits signalés par les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

C. Nombre de personnes interrogées qui font état d'attitudes discriminatoires en répondant "oui" à au moins un des items 1-4 et/ou "non" à au moins un des items 5-7

1. Il est acceptable d'agresser physiquement les personnes qui utilisent des drogues injectables.
2. Les personnes qui utilisent des drogues injectables méritent moins que les autres l'aide et la protection de la police.
3. Il est normal de gronder ou d'insulter verbalement les personnes qui utilisent des drogues injectables.
4. Les personnes qui signalent ou aident une personne en train de faire une surdose de drogues doivent être arrêtées ou détenues.
5. Les personnes qui utilisent des drogues injectables ont le même droit d'accès aux espaces publics que les autres.
6. Les personnes qui utilisent des drogues injectables méritent d'être traitées avec respect.
7. Je devrais enquêter sur les délits signalés par une personne qui s'injecte des drogues.

D. Nombre de personnes interrogées qui font état d'attitudes discriminatoires en répondant "oui" à au moins un des items 1-5 et/ou "non" à au moins un des items 6-7

1. Il est acceptable d'agresser physiquement les personnes transgenres.
 2. Les personnes transgenres méritent moins que les autres l'aide et la protection de la police.
 3. Je ne fais pas confiance aux paroles des personnes transgenres qui signalent des délits.
 4. Il est acceptable de gronder ou d'insulter verbalement les personnes transgenres.
 5. Il est acceptable de forcer les personnes transgenres à s'habiller comme leur sexe d'origine si elles sont arrêtées.
 6. Les personnes transgenres ont le même droit d'accès aux espaces publics que les autres.
 7. Les personnes transgenres méritent d'être traitées avec respect.
-

Dénominateur

Nombre total de personnes interrogées.

Calcul

Numérateur/dénominateur.

Méthode de mesure

Enquête sur les attitudes de la police à l'égard des populations clés. Les indicateurs sont construits à partir des réponses à sept questions. Certaines questions sont similaires pour les quatre populations clés, d'autres sont spécifiques à chaque population. Pour plus d'informations sur la mise en œuvre de l'enquête, y compris l'échantillonnage, voir le document technique relatif à cette enquête.

Fréquence des mesures

Tous les 3 à 5 ans.

Désagrégation

- Genre (homme, femme, autre).
-

Informations supplémentaires demandées

Aucune.

Forces et faiblesses

Cet indicateur évalue directement les attitudes discriminatoires à l'égard des personnes issues des populations clés au sein de la police, qui ont été associées à un risque accru de VIH, à un accès plus difficile aux services et à une adhésion réduite au traitement du VIH. Les questions ont été élaborées avec l'aide d'experts techniques sur la stigmatisation et la discrimination des populations clés, testées au préalable auprès d'officiers de police de différents grades, puis pilotées et validées auprès d'officiers de police en Afrique du Sud.

Les questions recommandées évaluent l'accord avec des situations hypothétiques plutôt que de mesurer les événements de discrimination dont on a été témoin. Un biais de désirabilité sociale peut donc se produire, entraînant une sous-déclaration des attitudes discriminatoires.

Idéalement, en plus des enquêtes qui mesurent la prévalence des attitudes discriminatoires au sein de la police, des données qualitatives devraient être collectées pour informer sur les origines de la discrimination. Il est également conseillé de collecter régulièrement des données auprès des personnes issues des populations clés sur leur expérience de la stigmatisation et de la discrimination (par exemple, par le biais d'enquêtes biocomportementales) et de comparer les résultats avec les données dérivées de l'indicateur des attitudes discriminatoires.

L'analyse des données ventilées en fonction de diverses caractéristiques des policiers interrogés, notamment le genre, l'âge et le grade, peut fournir des indications supplémentaires pour éclairer les programmes.

Informations complémentaires

Amon JJ, Sun N, Iovita A, Jurgens R, Csete J. Addressing stigma is not enough. *Health Hum Rights*. 2022;24(2):111–114.

Carr D, Kidd R, Fitzgerald M, Nyblade L. Achieving a stigma-free health facility and HIV services: resources for administrators. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project; 2015 (https://www.healthpolicyproject.com/pubs/281_SDAAdministratorsGuide.pdf, accessed 6 November 2023).

Decker MR, Lyons C, Guan K, Mosenge V, Fouda G, Levitt D, et al. A systematic review of gender-based violence prevention and response interventions for HIV key populations: female sex workers, men who have sex with men, and people who inject drugs. *Trauma Violence Abuse*. 2022;23(2):676–694.

Footer K, Silberzahn B, Tormohlen K, Sherman S. Policing practices as a structural determinant for HIV among sex workers: a systematic review of empirical findings. *J Int AIDS Soc*. 2016;19(4 Suppl 3):20883.

Nick GA, Williams S, Lekas HM, Pahl K, Blau C, Kamin D, et al. Crisis Intervention Team (CIT) training and impact on mental illness and substance use-related stigma among law enforcement. *Drug Alcohol Depend Rep*. 2022;5:100099.

Polonsky M, Azbel L, Wegman M, Izenberg JM, Bachiredy C, Wickersham JA, et al. Preincarceration police harassment, drug addiction and HIV risk behaviours among prisoners in Kyrgyzstan and Azerbaijan: results from a nationally representative cross-sectional study. *J Int AIDS Soc*. 2016;19(4 Suppl 3):20880.

Schneiders M, Weissman A. Determining barriers to creating an enabling environment in Cambodia: results from a baseline study with key populations and police. *J Int AIDS Soc*. 2016;19(4 Suppl 3):20878.

Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/publications/item/978-92-4-151301-2>, accessed 7 November 2023).

7.1 Hépatite virale parmi les populations clés

Prévalence de la co-infection hépatite et VIH parmi les populations clés

Ce qui est mesuré

Comorbidité avec le VIH et besoin potentiel d'un traitement approprié

Fondement

L'identification de la co-infection hépatite-VIH s'est récemment améliorée. De nombreuses personnes vivant avec le VIH et sous traitement antirétroviral meurent d'une maladie du foie résultant d'une hépatite virale non traitée. Les protocoles de traitement du VIH peuvent être adaptés pour traiter également une hépatite B chronique. Un nouveau traitement très efficace est disponible pour l'hépatite C ; il présente un taux élevé de clairance virale quel que soit le sous-type de virus de l'hépatite C. L'évaluation du poids de l'hépatite parmi les populations clés vivant avec le VIH peut aider les planificateurs nationaux à déterminer les moyens nécessaires pour combattre la syndémie.

Numérateur

Nombre de personnes dans une population clé qui ont un test positif pour les anticorps au virus de l'hépatite C

ou

Nombre de personnes dans une population clé qui ont un test positif pour l'antigène de surface de l'hépatite B

et

Nombre de personnes au sein d'une population clé qui, outre leur séropositivité à l'un des tests mentionnés ci-dessus, ont été diagnostiquées comme présentant une infection à VIH

Dénominateur

Nombre de personnes interrogées ayant fait l'objet d'un test de dépistage du VIH et de l'hépatite B et/ou C

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Enquêtes de surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques

Fréquence de mesure

Tous les deux ans

Ventilation

- Âge (<25 et 25 ans)
 - Genre (homme, femme, transgenre)
 - Population clé.
-

Informations complémentaires requises

Si l'algorithme de test est disponible pour le dépistage de l'hépatite C, veuillez inclure cette information, surtout si des tests complémentaires ou PCR sont effectués.

Forces et faiblesses

En ce qui concerne la co-infection VIH-hépatite C ou VIH-hépatite B parmi les populations clés, on ne trouve généralement pas d'estimations effectuées à partir de probabilités, bien que des tests de dépistage d'anticorps contre l'hépatite aient été réalisés dans le cadre de plusieurs études bio comportementales. Une meilleure connaissance de la co-infection contribuera à améliorer les programmes de traitement et à augmenter les chances de survie des populations touchées. Le nombre de personnes coinfectées est susceptible d'être modeste, à l'exception peut-être des personnes qui s'injectent des drogues, ce qui donnera lieu à de larges intervalles de confiance.

Informations complémentaires

Groupe mondial de travail sur l'information stratégique pour le VIH. Directives pour les études bio comportementales menées auprès des populations à risque de VIH. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Réseau international des usagers de drogues, ONUSIDA, Programme des Nations Unies pour le développement, Fonds des Nations Unies pour la population, Organisation mondiale de la Santé et al. Mettre en œuvre des programmes complets de lutte contre le VIH et le VHC avec les personnes usagères de drogues en injection : conseils pratiques pour des interventions collaboratives. Vienne : Office des Nations Unies contre la drogue et le crime ; 2017 (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Implementing_Comprehensive_HIV_and_HCV_Programmes_with_People_Who_Inject_Drugs_PRACTICAL_GUIDANCE_FOR_COLLABORATIVE_INTERVENTIONS.pdf#:~:text=Implementing%20comprehensive%20HIV%20and%20HCV%20programmes%20with%20people%20who%20inject).

7.2 Prise en charge de l'hépatite virale C

Pourcentage de personnes vivant avec le VIH sous thérapie antirétrovirale qui ont été testées, diagnostiquées et traitées pour une infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC).

Ce qui est mesuré

Cet indicateur mesure la cascade de dépistage et de traitement de l'infection chronique par le VHC chez les personnes vivant avec le VIH et sous thérapie antirétrovirale: la proportion de personnes testées pour une infection chronique par le VHC; la proportion de personnes diagnostiquées avec une infection chronique par le VHC; et la proportion de personnes initiées à un traitement contre le VHC parmi celles qui ont été diagnostiquées avec une infection chronique par le VHC.

L'indicateur suit les tendances du dépistage du VHC, une intervention essentielle pour évaluer les besoins liés à la gestion de l'infection chronique par le VHC. Le dépistage du VHC fournit des informations sur la prévalence de la co-infection par le VIH et le VHC, informant les cliniciens sur la nécessité d'une évaluation et d'un traitement clinique et de laboratoire supplémentaire.

Fondement

Mesurer le fardeau de l'hépatite parmi les personnes vivant avec le VIH et dans les populations à risque peut aider les planificateurs nationaux à déterminer les ressources nécessaires pour répondre à la fois au VIH et au VHC. Le dépistage de la co-infection par le VHC chez les personnes vivant avec le VIH peut informer les cliniciens sur la nécessité d'une évaluation clinique et de laboratoire supplémentaire et sur la nécessité d'adapter le traitement. La prévalence de la co-infection par le VHC est particulièrement élevée chez les personnes vivant avec le VIH qui utilisent des drogues injectables.

De nombreuses personnes vivant avec le VIH et sous traitement antirétroviral meurent d'une maladie du foie résultant d'une infection chronique par le VHC non traitée. Le dépistage du VHC chez les personnes vivant avec le VIH permet d'identifier la co-infection par le VIH et le VHC et d'adapter le traitement. Il existe des traitements très efficaces contre le VHC, avec un taux élevé de clairance du virus, quel que soit le sous-type.

L'OMS recommande actuellement un traitement pour toutes les personnes atteintes d'une infection chronique par le VHC afin d'obtenir une guérison du virus. Cet indicateur mesure les progrès accomplis dans la fourniture d'un traitement à toutes les personnes vivant avec le VIH et co-infectées par le VHC chronique.

Numérateur

- Nombre de personnes vivant avec le VIH sous thérapie antirétrovirale qui ont été testées pour le VHC en utilisant la séquence de test recommandée (anti-VHC suivi de l'ARN du VHC ou de l'antigène du VHC) au cours de la période couverte par le rapport.
- Nombre de personnes vivant avec le VIH sous thérapie antirétrovirale qui ont été diagnostiquées avec une infection chronique par le VHC¹ (ARN du VHC positif (PCR) ou antigène de base du VHC) à la fin de la période couverte par le rapport.
- Nombre de personnes vivant avec le VIH sous thérapie antirétrovirale diagnostiquées avec une infection chronique par le VHC et ayant entamé un traitement contre le VHC à la fin de la période de rapport.

Dénominateur

- Nombre de personnes vivant avec le VIH sous thérapie antirétrovirale au cours de la période couverte par le rapport.
- Nombre de personnes vivant avec le VIH sous thérapie antirétrovirale qui ont été testées pour le VHC en utilisant la séquence de test recommandée (anti-VHC suivi de l'ARN du VHC ou de l'antigène du VHC) pendant la période couverte par le rapport.
- Nombre de personnes vivant avec le VIH sous thérapie antirétrovirale et co-infectées par le VHC chronique qui ont été diagnostiquées avec un ARN du VHC (PCR) ou un antigène de base du VHC positif à la fin de la période couverte par le rapport.²

Calcul

Numérateur A/Dénominateur A

Numérateur B/Dénominateur B

Numérateur C/Dénominateur C

Méthode d'évaluation

Le numérateur et le dénominateur sont calculés à partir des dossiers cliniques des établissements de santé qui fournissent des traitements et des soins du VIH.

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- Les personnes qui s'injectent des drogues.
- Les personnes nouvellement inscrites à une thérapie antirétrovirale.

¹ L'infection chronique par le VHC est définie comme la présence d'une virémie (ARN du VHC ou antigène de base du VHC) associée à une sérologie positive pour les anticorps du VHC.

² Toutes les personnes déjà diagnostiquées avec une infection par le VHC mais qui ont été traitées et guéries ou qui ont spontanément éliminé l'infection sont exclues.

Informations complémentaires requises

Aucune.

Forces et faiblesses

Les personnes qui sont anti-VHC positives ont des preuves sérologiques d'une infection passée ou présente. Les personnes anti-VHC positives doivent être testées pour l'ARN du VHC (qui détecte le VHC circulant dans le sang) afin de différencier les infections résolues des infections actuelles qui nécessitent un traitement.

Cet indicateur permet de suivre régulièrement les progrès des activités de dépistage et de traitement du VHC. Il ne reflète pas la proportion globale de personnes co-infectées par le VIH et le VHC qui suivent une thérapie antirétrovirale et qui connaissent leur co-infection par le VHC.

Cet indicateur suit également l'accès au traitement du VHC pour les personnes vivant avec le VIH qui suivent une thérapie antirétrovirale et qui sont co-infectées par le VHC. La faiblesse de cet indicateur est qu'il ne reflète qu'une année d'activité. Pour décrire l'effet cumulatif des personnes co-infectées par le VIH et le VHC qui commencent un traitement, il faut compiler des données cumulatives sur le nombre de personnes qui commencent un traitement et tenir compte des personnes nouvellement infectées par le VHC et réinfectées par le VHC dans le dénominateur.

La collecte d'informations sur l'utilisation passée ou actuelle de drogues injectables permet de rapporter des données ventilées sur les personnes qui s'injectent des drogues. L'enregistrement d'informations sur des comportements stigmatisés et souvent criminalisés, tels que la consommation de drogues, présente un risque lorsqu'une personne peut être identifiée. Des efforts doivent être faits pour s'assurer que les dossiers et les registres des patients évitent de divulguer des informations qui permettraient d'identifier des personnes ayant des comportements stigmatisés ou criminalisés.

Informations complémentaires

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

Updated recommendations on treatment of adolescents and children with chronic HCV infection, and HCV simplified service delivery and diagnostics. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052734>).

Consolidated guidelines on person-centred viral hepatitis strategic information: using data to support country scale-up of hepatitis prevention, diagnosis and treatment services. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240091313>).

7.3 Prévalence de la syphilis parmi les populations clés (A, B, D)

Prévalence de la syphilis dans des populations clés spécifiques

Cet indicateur est divisé en trois sous-indicateurs:

- A. Prévalence de la syphilis parmi les professionnel(le)s du sexe.
- B. Prévalence de la syphilis parmi les gays et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- D. Prévalence de la syphilis parmi les personnes transgenres.

Ce qui est mesuré

Progrès en matière de réduction de la prévalence de la syphilis parmi les populations clés

Fondement

La prévalence de la syphilis est généralement beaucoup plus élevée dans les populations clés que dans la population générale. La réduction de la prévalence de la syphilis parmi les populations clés est importante pour la santé des populations et constitue également une mesure essentielle de la réponse à la syphilis au niveau national.

L'utilisation croissante des tests rapides pour le dépistage de la syphilis a permis d'améliorer l'accès au dépistage de la syphilis dans des milieux qui n'en avaient pas la capacité auparavant. En conséquence, cet indicateur a été étendu à la prévalence de la syphilis plutôt que de se concentrer uniquement sur la syphilis active.

Le dépistage de la syphilis dans les populations clés est une composante de la surveillance du VIH de deuxième génération.

Numérateur

Nombre de personnes au sein d'une population clé qui reçoivent un résultat positif au test de dépistage de la syphilis

Dénominateur

Nombre de personnes d'une population clé testées pour la syphilis

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Cet indicateur est calculé à partir des données des tests de syphilis effectués parmi les personnes interrogées dans le(s) site(s) sentinelle(s) ou les participants aux enquêtes biocomportementales ou aux services réguliers de dépistage des infections sexuellement transmissibles. Les sites de surveillance sentinelle utilisés pour mesurer cet indicateur doivent rester les mêmes afin de permettre un suivi cohérent dans le temps.

Le dépistage peut être effectué avec soit un test non tréponémique (par exemple, le test VDRL (venereal disease research laboratory) soit un test RPR (rapid plasma reagin)), un test tréponémique (par exemple, le TPHA (Treponema pallidum haemagglutination assay), un TPPA (Treponema pallidum particle agglutination assay), un test immunoenzymatique ou un test tréponémique rapide). Bien que les tests sérologiques non néponémiques soient sensibles, ils manquent de spécificité et peuvent donner lieu à des résultats faux positifs. Les tests tréponémiques sont plus spécifiques mais ne peuvent pas faire la différence entre une infection actuelle et une infection passée ou entre une infection traitée et une infection non traitée. Pour les besoins de cet indicateur (conçu pour mesurer la séropositivité), il est acceptable de s'appuyer sur un seul test pour déclarer un diagnostic positif. Toutefois, si des résultats de tests tréponémiques et non tréponémiques sont disponibles pour un même patient, on considère que ce patient est atteint par la syphilis si les résultats des deux tests sont positifs. Les pays sont tenus de communiquer l'algorithme de test utilisé pour déterminer la positivité afin que les estimations de prévalence puissent être ajustées pour examiner les tendances dans le temps et générer des estimations régionales et mondiales.

Fréquence des mesures

Annuelle (données du programme) ou tous les deux ans (enquête biocomportementale).

Ventilation

A,B,D : âge (<25 et 25+ ans).

A : genre (homme, femme et transgenre).

D : genre (homme transgenre, femme transgenre et autre)

Informations complémentaires requises

Veuillez indiquer, dans la section des commentaires, l'algorithme de dépistage et si celui-ci a changé depuis le dernier rapport de Suivi de la lutte mondiale contre le sida.

Veuillez commenter la mesure dans laquelle les données sont jugées représentatives de la population nationale.

Forces et faiblesses

Pour déchiffrer 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. Les tendances de la prévalence de la syphilis parmi les populations clés de la capitale fournissent une indication utile des performances des programmes de prévention du VIH et des infections sexuellement transmissibles dans cette ville, mais elles peuvent ne pas être représentatives de la situation dans l'ensemble du pays. L'ajout de nouveaux sites sentinelles augmente la représentativité de l'échantillon et fournit donc une estimation ponctuelle plus robuste de la prévalence de la syphilis. Cela réduit néanmoins aussi la comparabilité des chiffres. Ainsi, tout changement dans le nombre de sites fournissant des données doit être documenté dans la section des commentaires.

Les enquêtes portant uniquement sur les personnes transgenres sont rares. La plupart des données concernant les communautés transgenres sont issues d'enquêtes sur les gays et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ou les professionnels du sexe. L'environnement à risque signalé pour la plupart des communautés transgenres est élevé, ce qui expose les femmes transgenres à un risque particulièrement élevé de contracter une infection sexuellement transmissible et de transmettre cette infection. Si des femmes transgenres répondent à des enquêtes concernant des professionnels du sexe, inclure les données avec les professionnels du sexe dans la section de ventilation des données. Si des personnes transgenres répondent à des enquêtes concernant des gays et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, veuillez inclure les données sous l'onglet des personnes transgenres.

Les tests utilisant à la fois des tests non tréponémiques et tréponémiques augmentent la probabilité que les nombres rapportés de tests positifs représentent une infection active. Certains pays ne disposent cependant d'informations que pour un seul type de test. Veuillez indiquer dans les champs de commentaire si les pratiques de dépistage de la syphilis ont changé, car il faudra en tenir compte lors de l'interprétation des tendances de la maladie.

Informations complémentaires

Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2022. (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390>).

7.4 Hommes présentant un écoulement urétral

Nombre d'hommes ayant rapporté un écoulement urétral au cours des 12 derniers mois

Ce qu'il mesure

Le bilan des infections sexuellement transmissibles chez l'homme

Fondement

Les écoulements urétraux chez les hommes sont généralement causés par *Neisseria gonorrhoeae* ou *Chlamydia trachomatis*. Les hommes atteints d'urétrite (inflammation de l'urètre) présentent généralement un écoulement urétral avec ou sans dysurie (douleur à la miction). Un écoulement urétral non traité peut entraîner la stérilité et faciliter la transmission et l'acquisition du VIH.

Les données sur l'écoulement urétral fournissent des informations sur le fardeau des infections sexuellement transmissibles chez les hommes et constituent un marqueur des rapports sexuels non protégés. La surveillance de l'écoulement urétral est essentielle en tant qu'indicateur de la charge de la gonorrhée. *N. gonorrhoeae* a montré une résistance croissante aux options thérapeutiques recommandées et pourrait rendre cette infection impossible à traiter.

Numérateur

Nombre d'hommes ayant rapporté un écoulement urétral au cours de la période de rapport.

Dénominateur

Nombre d'hommes âgés de ≥ 15 ans.

Calcul

Numérateur/dénominateur.

Méthode de mesure

Systèmes d'information de santé de routine (numérateur).

Fréquence de la mesure

Annuellement.

Désagrégation

Aucune.

Informations supplémentaires demandées

Les pays sont invités à indiquer dans quelle mesure les données communiquées sont représentatives de la population nationale et à donner leur avis sur l'impact que cela pourrait avoir sur l'interprétation des données. Les pays sont également invités à indiquer si les données rapportées dans le GAM incluent des données provenant de prestataires privés.

Forces et faiblesses

La définition de cas réelle peut varier d'un pays à l'autre et à l'intérieur d'un même pays, même si l'OMS a fourni une définition de cas globale. Les données sur le nombre d'hommes présentant un écoulement urétral et les tendances dans le temps constituent une mesure indirecte des cas incidents d'infections sexuellement transmissibles dans une population.

Les données sur les pertes vaginales chez les femmes, bien qu'utiles à des fins de suivi aux niveaux local et national, ne sont pas nécessaires au niveau mondial car, dans de nombreux contextes, les infections sexuellement transmissibles ne sont pas à l'origine de la plupart des cas de pertes vaginales. Dans de nombreux pays, cet indicateur n'est pas systématiquement recueilli dans tous les établissements de santé.

Les pays devraient évaluer périodiquement les causes du syndrome de l'écoulement urétral pour comprendre l'étiologie et les schémas de résistance aux antimicrobiens afin d'élaborer des lignes directrices appropriées en matière de traitement.

Informations complémentaires

Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization. 2021 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/342523/9789240024168-eng.pdf?sequence=1>).

Strategies and laboratory methods for strengthening surveillance of sexually transmitted infection 2012. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241504478>, accessed 6 November 2023).

Updated recommendations for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* and *Treponema pallidum* (syphilis), and new recommendations on syphilis testing and partner services. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378213/9789240090767-eng.pdf?sequence=1>).

Framework for monitoring sexually transmitted infections and strengthening surveillance. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378238/9789240097674-eng.pdf?sequence=1>).

Unemo M, Cole M, Lewis D, Ndowa F, Van Der Pol B, Wi T, editors. Laboratory and point-of-care diagnostic testing for sexually transmitted infections, including HIV. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374252/9789240077089-eng.pdf?sequence=1>).

7.5 Gonorrhée chez les hommes

Taux de gonorrhée diagnostiquée en laboratoire chez les hommes dans les pays disposant d'une capacité de laboratoire pour le diagnostic

Ce qu'il mesure

Le bilan des infections sexuellement transmissibles chez l'homme.

Fondement

Une infection gonococcique non traitée chez l'homme peut entraîner un écoulement urétral et la stérilité et faciliter la transmission du VIH. Les données relatives au nombre d'hommes dont le test de dépistage de *N. gonorrhoeae* est positif fournissent des informations sur la prévalence de l'infection et le fardeau des infections sexuellement transmissibles chez les hommes, et constituent un marqueur des rapports sexuels non protégés ou sans préservatif. Les données sur la positivité des tests de gonorrhée sont importantes pour comprendre les défis imposés par la résistance croissante aux options de traitement actuellement recommandées.

Numérateur

Nombre d'hommes ayant rapporté une gonorrhée diagnostiquée en laboratoire au cours des 12 derniers mois.

Dénominateur

Nombre d'hommes âgés de ≥ 15 ans.

Calcul

Numérateur/dénominateur.

Méthode de mesure

Systèmes d'information de santé de routine ou surveillance en laboratoire.

Fréquence de la mesure

Annuellement.

Disaggregation

Aucune.

Informations supplémentaires demandées

Les pays sont invités à indiquer dans quelle mesure les données communiquées sont représentatives de la population nationale et à donner leur avis sur l'impact que cela pourrait avoir sur l'interprétation des données. Les pays sont également invités à indiquer si les données rapportées dans le GAM incluent des données provenant de prestataires privés.

Forces et faiblesses

La capacité à tester *N. gonorrhoeae* varie d'un pays à l'autre et à l'intérieur d'un même pays. Dans de nombreux pays, les personnes présentant des symptômes liés à des infections sexuellement transmissibles sont traitées en fonction de leurs symptômes et non des résultats des tests.

Les données sur la gonorrhée chez les femmes, bien qu'utiles à des fins de surveillance aux niveaux local et national, ne sont pas nécessaires au niveau mondial parce que la plupart des femmes infectées par *N. gonorrhoeae* sont asymptomatiques et que les tests diagnostiques sensibles pour la gonorrhée chez les femmes ne sont pas largement disponibles dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Informations complémentaires

Strategies and laboratory methods for strengthening surveillance of sexually transmitted infection 2012. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241504478>, accessed 6 November 2023).

Updated recommendations for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* and *Treponema pallidum* (syphilis), and new recommendations on syphilis testing and partner services. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378213/9789240090767-eng.pdf?sequence=1>),

Framework for monitoring sexually transmitted infections and strengthening surveillance. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378238/9789240097674-eng.pdf?sequence=1>).

Unemo M, Cole M, Lewis D, Ndowa F, Van Der Pol B, Wi T, editors. Laboratory and point-of-care diagnostic testing for sexually transmitted infections, including HIV. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374252/9789240077089-eng.pdf?sequence=1>).

Enhanced Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme (EGASP): general protocol. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341333/9789240021341-eng.pdf?sequence=1>).

7.6 Co-gestion du traitement de la tuberculose et du VIH

Pourcentage de le nombre de personnes vivant avec le VIH et ayant contracté la tuberculose bénéficié d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH

Ce qui est mesuré

Les progrès accomplis dans la détection et le traitement de la TB et du VIH chez les personnes atteintes de TB associée au VIH

Fondement

La TB est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH, y compris chez les patients sous traitement antirétroviral. Une prise en charge rapide de la TB et la mise en place précoce d'un traitement antirétroviral sont essentielles pour réduire la mortalité due à la TB associée au VIH ; cette activité doit être prioritaire à la fois dans le programme de lutte contre le sida et le programme national de lutte contre la TB. C'est pourquoi il est très important de calculer le pourcentage de patients séropositifs et atteints de la TB qui bénéficient d'un traitement adapté contre la TB et le VIH.

Numérateur

Nombre de personnes vivant avec le VIH ayant nouvellement contracté une TB ou présentant une rechute de la TB pendant la période de référence, qui recevaient déjà un traitement antirétroviral ou qui ont commencé un traitement antirétroviral pendant la prise en charge de leur TB au cours de la période de référence

Dénominateur

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

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Pour le numérateur : Registres et rapports relatifs aux traitements antirétroviraux dans les établissements médicaux ; outils de suivi des programmes. Comptabilisez le nombre total de patients séropositifs ayant nouvellement contracté une TB ou présentant une rechute de la TB qui ont commencé un traitement de la TB (tels que consignés dans le registre TB) ainsi qu'un traitement antirétroviral, ou qui étaient déjà sous traitement antirétroviral (tels que consignés dans le registre des traitements antirétroviraux). Avant d'être consolidée et rapportée, cette donnée doit être recoupée par trimestre et par année avec les registres TB des services de gestion compétents.

Pour le dénominateur : Données des programmes et nombre estimé de personnes vivant avec le VIH et ayant contracté la tuberculose. L'OMS calcule les estimations annuelles du nombre de personnes vivant avec le VIH et ayant contracté la tuberculose. L'estimation du dénominateur, n'est disponible qu'en août de l'année de référence et n'a pas besoin d'être précisée au moment du rapport. Les estimations de 2023 sont disponibles à l'adresse <http://www.who.int/tb/country/data/download/en> (en anglais).

Pour une meilleure compréhension de l'indicateur, voir l'Annexe 5.

Fréquence de mesure

Les données doivent être recueillies de façon systématique au niveau des établissements, comparées aux registres TB et compilées régulièrement, de préférence tous les mois ou tous les trimestres, puis rapportées tous les ans. L'année des dernières données et estimations disponibles doit être indiquée ici.

Ventilation

Aucune.

Informations complémentaires requises

Aucune.

Forces et faiblesses

Un dépistage et un traitement adéquats de la TB prolongent la vie des personnes vivant avec le VIH et réduisent le nombre de cas de TB dans les communautés. L'OMS estime tous les ans le nombre de cas de TB parmi les personnes vivant avec le VIH, en fonction des estimations nationales de la prévalence du VIH et de l'incidence de la TB. Toutes les personnes séropositives nouvellement atteintes de TB doivent commencer un traitement contre la TB puis un traitement antirétroviral dans les huit semaines suivant le début du traitement contre la TB, quel que soit leur nombre de CD4. Les personnes qui vivent avec le VIH et la TB et qui présentent une immunosuppression sévère (par ex. un nombre de lymphocytes CD4 inférieur à 50 cellules/mm³) doivent recevoir un traitement antirétroviral dans les deux semaines suivant le début du traitement contre la TB. Le traitement contre la TB doit être administré conformément aux directives du programme national de lutte contre la TB.

Cet indicateur montre dans quelle mesure la collaboration entre les programmes nationaux de lutte contre le VIH et la TB permet aux personnes vivant à la fois avec le VIH et la TB d'avoir accès à un traitement adéquat pour les deux maladies. Cet indicateur est toutefois influencé par le faible recours au dépistage du VIH, l'accès limité aux services de soins liés au VIH et aux traitements antirétroviraux, et l'accès limité au diagnostic et au traitement de la TB. Il serait donc préférable d'utiliser des indicateurs distincts pour chacun de ces facteurs dans l'interprétation des résultats de cet indicateur.

Il est important que les personnes dispensant des soins liés au VIH et des traitements antirétroviraux consignent le diagnostic de TB et le traitement prescrit, car ces informations ont des répercussions sur l'éligibilité aux traitements antirétroviraux et le choix du schéma thérapeutique. C'est pourquoi il est recommandé d'inscrire dans le registre des traitements antirétroviraux la date de début du traitement contre la TB.

Informations complémentaires

Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2012. (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44789/9789241503006_eng.pdf?sequence=1).

Global tuberculosis report 2024. Genève: Organisation mondiale de la Santé ; 2024 (<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024>).

Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH. Révision 2015. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/150627/9789241508278_eng.pdf?sequence=1).

7.7 Personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites à le traitement antirétroviral atteintes d'une tuberculose active

Pourcentage de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites à un traitement contre le VIH et chez qui on a diagnostiqué une tuberculose

Ce qui est mesuré

Nombre de cas de TB active chez les personnes vivant avec le VIH ayant débuté un traitement antirétroviral. Il mesure aussi indirectement les efforts déployés pour détecter précocement la tuberculose associée au VIH.

Fondement

Le principal objectif du dépistage de la TB dans le cadre des soins liés au VIH et des services de dépistage du VIH et de conseil proposé par les professionnels de santé chez les patients souffrant d'une TB est de détecter rapidement la TB liée au VIH pour administrer au plus vite un traitement antirétroviral et un traitement contre la TB. Même si l'intensification du dépistage de la TB doit être mise en place pour toutes les personnes vivant avec le VIH à chaque consultation dans un établissement de soins et de traitement du VIH, elle est particulièrement importante au moment de la prise en charge, car le risque de TB non détectée est plus élevé chez les nouveaux patients pris en charge que chez ceux qui sont déjà sous traitement antirétroviral. Par ailleurs, il est possible que les personnes vivant avec le VIH et ayant débuté un traitement soient moins informées des symptômes de la TB et de la nécessité de la détecter et de la traiter au plus vite, et qu'elles ne consultent donc pas pour des symptômes généraux ou propres à la TB. L'intensification du dépistage de la TB offre l'occasion de sensibiliser les personnes vivant avec le VIH et de détecter rapidement la TB. Toutes les personnes vivant avec le VIH chez qui l'on détecte une TB doivent démarrer un traitement contre la TB immédiatement et un traitement antirétroviral dans les huit semaines qui suivent (si elles ne sont pas déjà sous traitement antirétroviral).

Numérateur

Nombre total de personnes vivant avec le VIH ayant débuté un traitement antirétroviral diagnostiqué avec la tuberculose au cours de la période de référence

Dénominateur

Nombre total de personnes ayant débuté un traitement antirétroviral (ex : ceux/celles qui se sont enregistré(e)s pour un traitement antirétroviral au cours de la période de référence)

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Le résultat de l'examen des personnes vivant avec le VIH et présentant des symptômes de TB doit être consigné sur les fiches de traitements antirétroviraux (dans la colonne « Examens » de la partie dédiée aux consultations) et dans les registres de traitements antirétroviraux (respectivement dans les parties dédiées au suivi mensuel et au suivi trimestriel). De la même façon, les patients souffrant de TB qui sont diagnostiqués séropositifs doivent démarrer rapidement un traitement antirétroviral, et leur TB doit être indiquée sur leur fiche et dans les registres de traitements antirétroviraux.

Pour le numérateur. À la fin de la période de référence, comptez le nombre total de personnes vivant avec le VIH, nouvellement inscrites à un traitement contre le VIH, diagnostiqué avec la tuberculose. Les données doivent provenir de services et de sources de données liés à la tuberculose et au VIH.

Pour le dénominateur. Compter le nombre total de personnes vivant avec le VIH et ayant débuté un traitement antirétroviral au cours de la période de référence.

Les informations sur la TB figurant dans les registres de traitements antirétroviraux doivent être mises à jour et comparées aux registres TB des services de gestion compétents avant d'être consolidées et communiquées au niveau supérieur.

Pour une meilleure compréhension de l'indicateur, voir l'Annexe 5.

Fréquence de mesure

Les données doivent être consignées tous les jours et rapportées au niveau national ou infranational dans le cadre des rapports trimestriels. Les données doivent également être communiquées à l'ONUSIDA tous les ans.

Ventilation

Aucune

Informations complémentaires requises

Aucune

Forces et faiblesses

L'analyse de l'évolution de la TB chez les personnes vivant avec le VIH et ayant débuté un traitement pendant une période donnée peut apporter des informations utiles sur : (a) le nombre de cas de TB parmi elles ; et (b) l'efficacité des efforts entrepris pour détecter et traiter rapidement la TB liée au VIH.

Cet indicateur risque de sous-estimer le nombre réel de cas de TB liée au VIH, car il peut exclure : (a) les personnes dépistées par le biais des services de dépistage du VIH et de conseil proposés par les professionnels de santé, mais qui ne suivent pas de traitement antirétroviral ; ou (b) celles qui présentent une TB miliaire, qui sont asymptomatiques ou qui n'ont pas bénéficié des dépistages réguliers de la TB. Un indicateur élevé peut signifier que le taux de TB est important ou que les programmes de dépistage du VIH et de la TB sont efficaces, tandis qu'un indicateur faible peut refléter l'inefficacité des programmes de dépistage du VIH et de la TB ou l'efficacité des efforts contre la TB. Il convient donc de faire preuve de prudence dans l'interprétation du résultat.

Informations complémentaires

Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH. Révision 2015. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/150627/9789241508278_eng.pdf?sequence=1).

7.8 Personnes vivant avec le sous traitement antirétrovirale et ayant débuté un traitement de prévention de la tuberculose

Pourcentage de personnes sous thérapie antirétrovirale qui ont débuté un traitement préventif contre la tuberculose (TB) pendant la période de référence.

Ce qui est mesuré

La mesure dans laquelle les personnes sous traitement antirétroviral ont débuté un traitement préventif contre la tuberculose.

Fondement

Le traitement préventif contre la tuberculose (TPT) réduit le risque de développer une TB active et améliore la survie de toutes personnes vivant avec le VIH. Il est recommandé de pratiquer un dépistage de la TB chez toutes les personnes vivant avec le VIH à chaque consultation, à l'aide d'un algorithme clinique recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Les adultes et les adolescents vivant avec le VIH qui ne déclarent aucun des symptômes de la TB (toux, fièvre, perte de poids ou sueurs nocturnes) sont peu susceptibles d'avoir une TB active et doivent se voir proposer un TPT. L'OMS recommande un certain nombre d'outils de dépistage qui peuvent être utilisés pour écarter la possibilité d'une tuberculose active (par exemple, radiographie pulmonaire, protéine c-réactive).

Les enfants vivant avec le VIH qui ne présentent pas de faible prise de poids, de fièvre ou de toux actuelle doivent se voir proposer un traitement préventif contre la tuberculose, qu'ils reçoivent ou non une thérapie antirétrovirale.

Numérateur

1. Nombre total de nouvelles personnes ayant débuté un traitement antirétroviral pendant la période de référence et qui ont également débuté un traitement préventif contre la tuberculose pendant la période de référence.
 2. Nombre total de personnes déjà sous traitement antirétroviral qui ont également débuté un traitement préventif contre la tuberculose pendant la période de référence.
-

Dénominateur

1. Nombre total de nouvelles personnes ayant débuté un traitement antirétroviral pendant la période de référence.
 2. Nombre total de personnes déjà sous traitement antirétroviral pendant la période de référence.
-

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Un TPT doit être initié chez toutes les personnes vivant avec le VIH qui y sont éligibles et la date de début doit être consignée sur les fiches de traitements antirétroviraux / dans les registres de traitements antirétroviraux (dans la partie dédiée aux consultations). Les personnes qui acceptent le traitement et reçoivent au moins la première dose doivent être enregistrées dans les registres de traitements antirétroviraux (dans la colonne mois et année de début du traitement préventif contre la TB).

1. **Numérateur** Comptabilisez le nombre total de nouvelles personnes vivant avec le VIH ayant débuté un traitement antirétroviral pendant la période de référence et qui ont également débuté un traitement préventif contre la tuberculose pendant la même période de référence (c.-à-d. celles qui ont reçu au moins une dose de ce schéma thérapeutique.

Dénominateur. Comptabilisez le nombre total de nouvelles personnes vivant avec le VIH ayant débuté un traitement antirétroviral pendant la période de référence.

2. **Numérateur.** Comptabilisez le nombre total de personnes déjà sous traitement antirétroviral (quelle que soit la date à laquelle ils ont commencé la thérapie antirétrovirale) et qui ont également débuté un traitement préventif contre la tuberculose pendant la même période de référence (c.-à-d. celles qui ont reçu au moins une dose de ce schéma thérapeutique.

Dénominateur. Comptabilisez le nombre total de personnes vivant avec le VIH déjà sous traitement antirétroviral (quelle que soit la date à laquelle ils ont commencé la thérapie antirétrovirale).

Il est demandé aux pays de faire un rapport sur 1 et/ou 2, selon ce dont ils disposent.

Si disponible, indiquez également le nombre de personnes vivant avec le VIH déjà sous traitement antirétroviral qui ont déjà reçu un traitement préventif contre la tuberculose (à l'exclusion de celles qui l'ont reçu pendant la période de référence actuelle).

Fréquence de mesure

Les données sur les personnes ayant débuté une thérapie antirétrovirale et un traitement préventif contre la tuberculose doivent être enregistrées quotidiennement et communiquées trimestriellement au niveau national ou infranational. Ces chiffres doivent être consolidés et transmis à l'ONUSIDA tous les ans.

Ventilation

- Âge (<5 ans, 5 à 14 ans et 15 ans et +).
-

Informations complémentaires requises

Aucune.

Forces et faiblesses

Cet indicateur donne un aperçu des progrès accomplis dans la mise en place d'un traitement préventif contre la tuberculose pour toutes les personnes vivant avec le VIH. L'intensification de cette intervention contribuera à la définition de ces points de référence au niveau national. Dans l'attente de données supplémentaires, cet indicateur n'apporte aucune information sur le nombre de personnes qui respectent ou terminent leur traitement.

Dans un souci de planification et de gestion des médicaments, il est nécessaire de recueillir des informations plus détaillées, en plus de celles ci-dessus. Un registre de pharmacie peut être utilisé pour noter si le patient est présent aux consultations et vient chercher ses médicaments. L'établissement administrant le traitement contre le VIH peut également tenir un registre des traitements préventifs contre la TB, en plus du registre des traitements antirétroviraux. Ce registre peut apporter des informations utiles sur le nombre de patients existants et de nouveaux patients recevant un traitement préventif contre la TB, sur le taux d'achèvement des traitements et sur les effets indésirables.

Informations complémentaires

WHO guidelines on tuberculosis infection prevention and control. 2019 update. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311259/9789241550512-eng.pdf>).

Lignes directrices unifiées de l'OMS sur la tuberculose. Module 1 : prévention. Traitement préventif contre la tuberculose. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-consolidated-guidelines-on-tuberculosis-module-1-prevention-tuberculosis-preventive-treatment>).

7.9 Pourcentage de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral qui ont terminé un traitement préventif de la tuberculose parmi celles qui ont commencé un tel traitement

Pourcentage de personnes vivant avec le VIH initiant un traitement préventif de la tuberculose (TB) et sous traitement antirétroviral qui ont terminé un protocole de traitement préventif de la tuberculose

Ce qui est mesuré

Cet indicateur mesure l'efficacité des programmes élargis de traitement préventif de la tuberculose en évaluant la proportion de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral qui ont suivi un traitement préventif de la tuberculose recommandé pendant la période considérée.

Fondement

Le traitement préventif de la tuberculose réduit le risque de développer la maladie de la tuberculose et améliore la survie de toutes personnes vivant avec le VIH. Le fait d'achever un traitement préventif de la tuberculose tel qu'il a été prescrit optimise son efficacité. Toutes les personnes recevant un traitement antirétroviral doivent faire l'objet d'un dépistage de la TB à chaque consultation, à l'aide d'un algorithme clinique recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Les adultes et les adolescents vivant avec le VIH qui ne déclarent aucun des symptômes de la TB (toux, fièvre, perte de poids ou sueurs nocturnes) sont peu susceptibles d'avoir la maladie de la tuberculose et doivent se voir proposer un TPT. De même, les enfants vivant avec le VIH qui ne présentent pas de faible prise de poids, de fièvre ou de toux actuelle doivent se voir proposer un traitement préventif de la tuberculose; une attention particulière est nécessaire pour exclure la tuberculose chez les enfants qui sont également malnutris avant de commencer le TPT.

Alors que de nombreux pays ont augmenté le nombre des traitements préventifs de la tuberculose initiés chez les personnes vivant avec le VIH qui y sont éligibles, les taux d'achèvement des traitements restent faibles ou indéterminés. L'évaluation de ce taux d'achèvement des traitements préventifs de la tuberculose joue un rôle essentiel dans la cascade des services de prise en charge de la TB/du VIH et dans la concrétisation de leur impact.

Numérateur

Nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale qui ont terminé le traitement préventif contre la tuberculose en 2023 ou 2024 parmi celles qui ont commencé un traitement préventif contre la tuberculose en 2023 (Figures 1 et 2)

Dénominateur

Nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale ayant commencé un traitement préventif contre la tuberculose au cours de l'année 2023

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Numérateur : Dossiers des programmes (par exemple, registres des traitements antirétroviraux ou dossiers médicaux électroniques (DME)). Compter le nombre total de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral qui ont commencé un traitement préventif de la tuberculose pendant l'année de rapport de la cohorte et qui ont achevé le protocole de traitement préventif de la tuberculose. L'année de rapport de la cohorte est généralement la dernière année civile au cours de laquelle toutes les personnes ayant commencé un traitement préventif de la tuberculose peuvent être évaluées pour l'achèvement du traitement. Comme expliqué précédemment, pour le cycle de rapportage 2025, la cohorte inclura les personnes qui ont commencé un protocole de traitement préventif de la tuberculose en 2023.

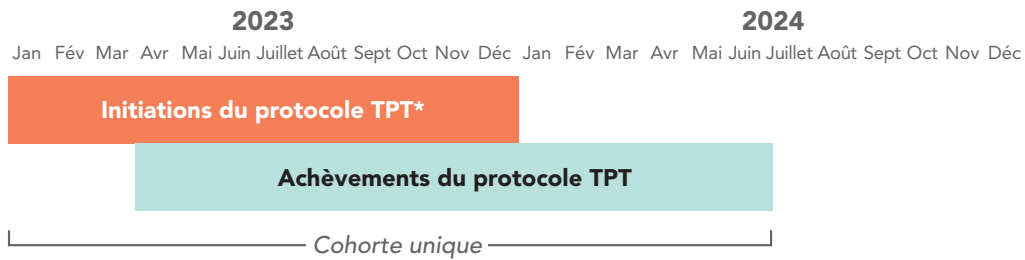
Il s'agit de toutes les personnes éligibles pour un traitement préventif de la tuberculose qui ont commencé un traitement préventif de la tuberculose (y compris les personnes nouvellement sous traitement antirétroviral et celles actuellement sous traitement) et qui ont terminé le traitement préventif de la tuberculose au cours de la même année ou de l'année suivante. L'achèvement du traitement préventif de la tuberculose doit être déterminé sur la base des directives cliniques nationales en utilisant des critères liés à la durée et à la composition spécifiques du régime (voir le Manuel opérationnel de l'OMS sur la tuberculose – module 1 : prévention).

Dénominateur : Données des programmes (par exemple, les registres des traitements antirétroviraux ou DME). Comptabilisez le nombre total de personnes vivant avec le VIH qui étaient sous traitement antirétroviral et qui ont commencé un traitement préventif de la tuberculose pendant la période concernée par le rapport (2023, pour le rapport 2025). Si une personne ayant commencé un traitement préventif de la tuberculose décède avant d'avoir achevé le traitement préventif de la tuberculose, il convient de la comptabiliser dans le dénominateur, mais pas dans le numérateur.

Cela reflète une approche de cohorte annuelle où le rapport 2025 est basé sur les personnes ayant commencé un traitement préventif de la tuberculose en 2023, qu'elles l'aient terminé en 2022 ou en 2024.

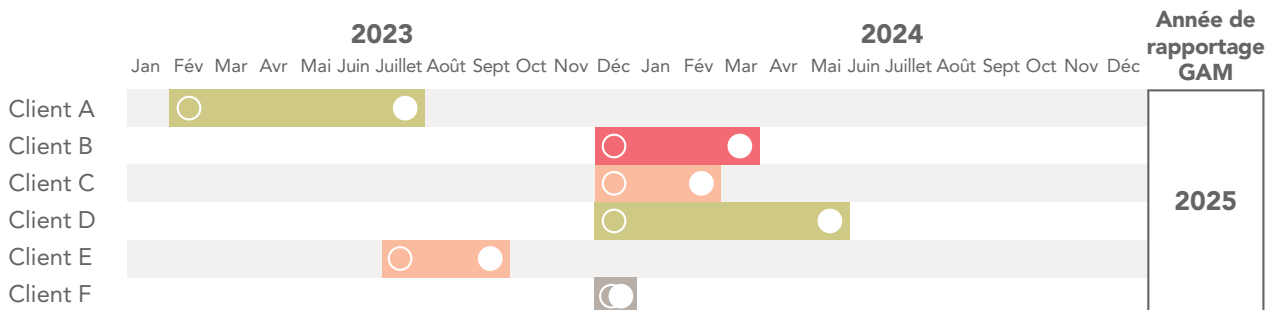
Illustration de la cohorte d'achèvement

Cohorte d'initiation au TPT et d'achèvement du TPT à rapporter au GAM en 2025



*TPT = traitement préventif de la TB

Exemples par cohortes d'initiations et d'achèvements de TPT à rapporter au GAM en 2025



Légende

○ TPT initié	● 6 INH (six mois de monothérapie à l'isoniazide), 6Lfx (six mois de monothérapie à la lévofloxacine)
● TPT achevé	● 4R (quatre mois de rifampicine quotidienne)
	● 3HP (3 mois d'isoniazide une fois par semaine plus rifapentine), 3HR (3 mois de rifampicine une fois par jour plus isoniazide)
	● 1HP (1 mois de rifapentine quotidienne plus isoniazide)

Fréquence de mesure

Annuelle. Il est possible qu'une fréquence plus rapprochée convienne mieux, selon les contextes (par exemple, rapports trimestriels pour une mesure plus pertinente des patients commençant un nouveau schéma thérapeutique du traitement préventif de la tuberculose).

Ventilation

- Genre (femme, homme, personne transgenre).
- Âge (<5 ans, 5 à 14 ans et 15 ans et +).
- Type de schéma thérapeutique préventif de la tuberculose (si le pays est en mesure de fournir des données sur la ventilation).

Forces et faiblesses

Cet indicateur renseigne plus précisément sur les personnes vivant avec le VIH et ayant reçu cette intervention visant à réduire l'incidence de la tuberculose ainsi que la mortalité parmi les personnes vivant avec le VIH. Les programmes du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) ont déjà testé cet indicateur sur le terrain pendant plusieurs années et l'ont rapporté via le système de suivi, évaluation et rapportage.

Les difficultés comprennent le recueil et le rapportage de données incomplètes, les systèmes d'informations qui n'enregistrent pas nécessairement l'achèvement du traitement préventif de la tuberculose, l'utilisation de critères différents afin de mesurer l'achèvement et les arrêts du traitement préventif de la tuberculose, et la mise en œuvre non optimale des programmes.

Informations complémentaires

Manuel opérationnel de l'OMS sur la tuberculose. Module 1: prévention—traitement préventif de la tuberculose, deuxième édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2024 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378535/9789240097773-eng.pdf?sequence=1>).

7.10 Nombre de femmes vivant avec le VIH ayant bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus, quel que soit le test utilisé.

Nombre de femmes vivant avec le VIH ayant bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus, quel que soit le test utilisé.

Ce qui est mesuré

Progrès vers l'intensification du dépistage en population pour la prévention du cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH

Fondement

L'objectif de cet indicateur est d'évaluer la disponibilité et le recours au dépistage pour prévenir le cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH. Pour prévenir le cancer invasif du col de l'utérus, les femmes peuvent être dépistées à l'aide de différents tests afin d'identifier celles qui présentent ou risquent de présenter un précancer du col. Il existe des méthodes de dépistage peu coûteuses et de technologie appropriée qui permettent d'identifier la plupart des lésions précancéreuses à des stades où elles peuvent facilement être traitées et guéries. Une couverture élevée du dépistage chez les femmes – avec traitement des lésions précancéreuses détectées par le dépistage – peut conduire à une faible incidence du cancer invasif du col de l'utérus.

La méthode traditionnelle de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes est la cytologie (le test de Papanicolaou, également appelé test de Pap ou frottis). Les tests de dépistage plus récents comprennent l'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA) et les tests moléculaires, principalement les tests à haut risque basés sur l'ADN du VPH, qui peuvent être utilisés dans tous les contextes. D'autres tests moléculaires – ainsi que des tests d'inspection visuelle plus avancés basés sur des plateformes d'intelligence artificielle/apprentissage automatique – ont également été développés. Le dépistage du cancer du col de l'utérus peut être effectué à l'aide de différents tests de dépistage primaire et de triage, et il existe de nombreuses combinaisons ou algorithmes utilisés dans différents contextes.

Numérateur

Nombre de femmes vivant avec le VIH qui ont subi un test de dépistage du cancer du col de l'utérus, quel que soit le test de dépistage utilisé.

Dénominateur

N/A

Calcul

N/A

Méthode d'évaluation

Ce chiffre est obtenu en comptant le nombre de femmes vivant avec le VIH parmi toutes les femmes qui ont subi un dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des 12 derniers mois, en utilisant comme source les données du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus et/ou du programme VIH.

Chaque individu ne doit être compté qu'une seule fois au cours de la période de référence. Si un deuxième test de triage ou un test de suivi a été effectué dans le cadre de la stratégie de dépistage, cette personne ne doit être comptée qu'une seule fois.

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- Âge (15–19, 20–24, 25–29, 30–49, 50+ ans).
 - Les personnes qui ont été dépistées pour la première fois de leur vie.
-

Informations complémentaires requises

Aucune

Forces et faiblesses

Comme l'intervalle entre les tests dépend du test utilisé, le nombre de femmes dépistées peut varier d'une année à l'autre.

Il est impossible de déterminer le niveau de couverture du dépistage pour toutes les femmes vivant avec le VIH sans une estimation de la taille de la population.

L'évolution de cet indicateur en tant que mesure des progrès réalisés dans le temps doit être interprétée à la lumière des données connexes, notamment le nombre de femmes dont on sait qu'elles vivent avec le VIH.

Informations complémentaires

Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71:209-249.

Stratégie mondiale visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>).

La lutte contre le cancer du col de l'utérus Guide des pratiques essentielles – Deuxième édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf).

Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824>).

L'introduction et la généralisation du dépistage du papillomavirus humain dans le cadre d'un programme global de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus. Un guide étape par étape. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240015166>).

WHO technical guidance and specifications of medical devices for screening and treatment of precancerous lesions in the prevention of cervical cancer. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240002630>).

7.11 Traitement du précancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH

Pourcentage de femmes vivant avec le VIH dont le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus est positif et qui ont reçu un traitement pour ces lésions au cours des 12 derniers mois

Ce qui est mesuré

Progrès vers l'objectif de couverture du traitement de 90 % des femmes dont le test de dépistage est positif et qui reçoivent un traitement.

Fondement

L'objectif de cet indicateur est d'évaluer la disponibilité, l'accès et la couverture du traitement des lésions précancéreuses chez les femmes vivant avec le VIH chez qui des lésions précancéreuses ont été diagnostiquées lors du dépistage et qui ont été jugées éligibles pour un traitement des lésions précancéreuses conformément aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) *en matière de dépistage et de traitement pour prévenir le cancer du col de l'utérus*.

Les objectifs de la stratégie mondiale de l'OMS pour éliminer le cancer du col de l'utérus sont de vacciner 90 % des jeunes filles éligibles contre le virus du papillome humain (VPH), de dépister 70 % des femmes éligibles au moins deux fois au cours de leur vie et de traiter efficacement 90 % de celles dont le test de dépistage est positif ou qui présentent une lésion du col de l'utérus, y compris par des soins palliatifs si nécessaire, le tout d'ici à 2030.

Numérateur

Nombre de femmes vivant avec le VIH qui ont reçu un traitement pour des lésions précancéreuses du col de l'utérus après un dépistage positif de ces lésions.

Dénominateur

Nombre de femmes vivant avec le VIH dont le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus s'est révélé positif.

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Le numérateur et le dénominateur sont générés à partir des données programmatiques des programmes de dépistage du VIH ou du cancer du col de l'utérus. Les femmes dont le dépistage était positif, mais qui n'étaient pas éligibles à un traitement des lésions précancéreuses, par exemple parce qu'elles étaient orientées vers une évaluation d'un éventuel cancer invasif du col de l'utérus, ne doivent pas être comptées.

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- Âge (15–19, 20–24, 25–29, 30–49, 50+ ans).
- Épisode de traitement du précancer du col de l'utérus (1er au cours de la vie, 2e, 3e, 4e, etc.).
- Méthode de traitement reçue (cryothérapie, ablation thermique, excision à grande boucle de la zone de transformation [LLETZ], autre).

Informations complémentaires requises

Aucune

Forces et faiblesses

La variation du dénominateur au fil du temps peut refléter l'évolution des compétences des travailleurs de la santé pour évaluer l'éligibilité à un traitement précancéreux, le test de dépistage utilisé et sa précision, et l'utilisation ou non d'un test de triage.

Informations complémentaires

Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71:209-249.

Stratégie mondiale visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>).

La lutte contre le cancer du col de l'utérus Guide des pratiques essentielles – Deuxième édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf).

Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824>).

WHO technical guidance and specifications of medical devices for screening and treatment of precancerous lesions in the prevention of cervical cancer. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240002630>).

7.12 Traitement du cancer invasif du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH

Le pourcentage de femmes vivant avec le VIH et présentant une suspicion de cancer invasif du col de l'utérus qui ont été traitées au cours des 12 derniers mois

Ce qui est mesuré

Les progrès vers un meilleur accès au traitement du cancer invasif du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH

Fondement

L'objectif de cet indicateur est d'évaluer la disponibilité et l'accès aux services de traitement du cancer invasif du col de l'utérus pour les femmes vivant avec le VIH au fil du temps. À plus long terme, on s'attend à ce que le nombre de femmes vivant avec le VIH qui ont reçu un traitement pour un cancer invasif du col de l'utérus se stabilise et diminue lentement, car les programmes de dépistage élargiront la détection et le traitement des lésions précancéreuses, et la couverture de la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) augmentera conformément aux objectifs d'élimination 90–70–90 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Numérateur

Nombre de femmes vivant avec le VIH et présentant une suspicion de cancer invasif du col de l'utérus ayant reçu un traitement.

Dénominateur

Nombre de femmes vivant avec le VIH qui ont subi un dépistage du cancer du col de l'utérus et qui ont eu une suspicion de cancer invasif.

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Le nombre est généré à partir des données programmatiques des programmes de lutte contre le VIH ou le cancer du col de l'utérus, ou à partir d'un registre national du cancer, si le statut VIH y est enregistré.

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- Âge (15–19, 20–24, 25–29, 30–49, 50+ ans).
 - Épisode de traitement du cancer invasif du col de l'utérus (1er, 2e, 3e, 4e, etc. au cours de la vie).
 - Type de traitement : médical, chirurgical.
-

Informations complémentaires requises

Aucune

Forces et faiblesses

L'évolution de cet indicateur dans le temps doit être interprétée à la lumière des interventions connexes, telles que la généralisation du programme de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses.

La variation peut également représenter des changements dans la capacité des travailleurs de la santé à identifier un cancer invasif.

Informations complémentaires

Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71:209-249.

Stratégie mondiale visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>).

La lutte contre le cancer du col de l'utérus : Guide des pratiques essentielles – Deuxième édition, Genève : Organisation mondiale de la Santé 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf).

Cadre de l'OMS pour le renforcement et la généralisation des services de prise en charge du cancer invasif du col de l'utérus. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240003231>).

Guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824>).

7.13 Personnes vivant avec le VIH bénéficiant d'une distribution multimensuelle de médicaments antirétroviraux

Proportion de personnes vivant avec le VIH et actuellement sous traitement antirétroviral qui bénéficient d'une distribution multimensuelle de médicaments antirétroviraux

Ce qui est mesuré

La proportion de toutes les personnes vivant avec le VIH et actuellement sous traitement antirétroviral, qui ont reçu un approvisionnement de plusieurs mois (comme spécifié ci-dessous) de médicaments antirétroviraux la dernière fois qu'elles ont récupéré leurs médicaments antirétroviraux.

Fondement

La possibilité pour les personnes vivant avec le VIH, qui sont cliniquement stables ("établies sous traitement antirétroviral" – voir les définitions ci-dessous), de recevoir des médicaments antirétroviraux pendant plusieurs mois est un élément clé des soins qui répondent aux besoins et aux préférences des personnes vivant avec le VIH (connu sous le nom de prestation différenciée des services – voir « Définitions » ci-dessous). Pour les personnes vivant avec le VIH qui sont sous traitement antirétroviral, la distribution multimensuelle peut améliorer les résultats de santé et favoriser l'observance du traitement à long terme, tout en réduisant la fréquentation inutile des cliniques, ce qui contribue à l'efficacité du système. De manière générale, la distribution multimensuelle peut contribuer aux efforts visant à atteindre les objectifs de 95–95–95.

L'adoption et le déploiement de la distribution multimensuelle dans le cadre des stratégies et des plans des gouvernements nationaux sont en augmentation. Depuis 2016, la prestation différenciée des services – y compris l'option de la distribution multimensuelle – est recommandée dans les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) relatives au traitement du VIH et à la santé publique. La pandémie de COVID-19 a particulièrement mis en évidence la fragilité des systèmes de santé et, en réponse, la recherche de moyens pour maintenir la prestation des services et réduire la fréquentation inutile des cliniques a été une priorité.

La mesure dans laquelle ces modèles de soins ont été étendus dans de nombreux pays est incertaine et le rapport sur cet indicateur soutiendra les efforts visant à étendre l'offre de distribution multimensuelle.

Numérateur

La proportion des personnes vivant avec le VIH et actuellement sous traitement antirétroviral, qui ont bénéficié d'une distribution de 3 – <6 ou 6/+ mois de médicaments antirétroviraux la toute dernière fois qu'elles ont récupéré leurs médicaments antirétroviraux.

(Le nombre de personnes recevant <3 mois d'approvisionnement en antirétroviraux est également collecté à des fins de validation).

Si les pays ne peuvent pas communiquer le nombre de mois de médicaments antirétroviraux distribués selon la ventilation décrite ci-dessus, ils pourraient, comme alternative, communiquer le nombre total de personnes actuellement sous traitement antirétroviral et qui ont reçu de ≥3 mois de médicaments antirétroviraux la toute dernière fois qu'elles ont récupéré des médicaments.

Dénominateur

Nombre de personnes vivant avec le VIH et recevant un traitement antirétroviral :

Calcul

Numérateur / Dénominateur

Méthode d'évaluation

Les données relatives à cet indicateur sont collectées à la fin de la période de référence à partir des registres de traitement antirétroviral des établissements (y compris les thérapies antirétrovirales dispensées en dehors de l'établissement), des outils de suivi du programme ou d'autres bases de données. (Si des données sont disponibles dans le secteur privé, elles doivent être incluses).

Toutes les personnes actuellement sous traitement antirétroviral doivent être identifiées. Les personnes qui n'ont pas reçu de médicaments antirétroviraux dans les 28 jours suivant leur prise programmée sont considérées comme perdues de vue et ne doivent pas être comptées dans le dénominateur ou le numérateur. Par exemple, si un médicament antirétroviral a été fourni pour trois mois (12 semaines) de traitement, le délai depuis le dernier contact pour récupérer des médicaments ne doit pas dépasser 16 semaines (12 semaines plus 28 jours).

Pour le numérateur : les registres doivent saisir la durée de traitement liée à la distribution des médicaments antirétroviraux pour chaque patient actuellement sous traitement antirétroviral lors de son dernier contact clinique pour récupérer des médicaments. Si possible, il faut les classer en trois catégories : <3 mois, 3- <6 mois, ou 6+ mois et faire un résumé pour chaque groupe d'âge/sexe.

Le dénominateur doit correspondre au nombre total de personnes sous traitement antirétroviral à la fin de l'année et il doit être aligné sur les valeurs nationales soumises par le biais de l'outil de collecte en ligne de suivi mondial de la lutte contre le sida.

Si le résultat de cet indicateur n'est disponible que pour une proportion donnée seulement des personnes actuellement sous traitement, veuillez indiquer le nombre de personnes sur lequel le pourcentage est basé, ainsi que la valeur du dénominateur national, de façon à ce qu'il apparaisse clairement quelle proportion de la population actuellement sous traitement est représentée dans le calcul.

Attention : il ne faut pas confondre la distribution multimensuelle avec les prescriptions multimensuelles. Une personne qui reçoit une ordonnance pour des médicaments antirétroviraux pour six mois mais qui doit se rendre au dispensaire tous les mois ou tous les deux mois pour aller en chercher ne doit pas être considérée comme bénéficiant d'une distribution multimensuelle.

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- Âge : 0-14 ans
- Âge : 15+ par genre (homme, femme, transgenre).

Informations complémentaires requises

Aucune.

Forces et faiblesses

Un indicateur axé sur l'ampleur de la distribution multimensuelle constitue un moyen pragmatique de saisir un aspect important de la prestation différenciée des services. Cet indicateur donne une idée générale de l'ampleur de l'adoption d'une approche différenciée de la prestation des services dans le cadre du traitement du VIH et de l'étendue des avantages individuels possibles. Il suggère également la possibilité d'améliorer encore l'efficacité du système en espaçant davantage la distribution des médicaments antirétroviraux.

La présence de cet indicateur n'implique pas que toutes les personnes vivant avec le VIH doivent recevoir un approvisionnement de plusieurs mois en médicaments antirétroviraux. En plus de tenir compte des besoins cliniques des personnes – la distribution multimensuelle s'applique aux personnes "établies sous traitement antirétroviral" – la fréquence de distribution doit également être guidée par les besoins et les préférences des personnes et des populations affectées. D'autres facteurs influent sur la capacité à fournir des médicaments antirétroviraux pour plusieurs mois, notamment les problèmes au niveau de la chaîne d'approvisionnement, les considérations politiques et la préparation du personnel de santé. Le fait que la couverture à 100 % ne doit pas être considérée comme l'objectif à atteindre pour la distribution des médicaments pour plusieurs mois souligne l'importance de disposer de certaines informations contextuelles pour guider l'interprétation des résultats.

Se concentrer uniquement sur la durée de traitement des médicaments antirétroviraux distribués donne une image incomplète de la prestation différenciée des services. Le suivi de résultats tels que la suppression de la charge virale, la satisfaction des patients et la rétention dans les soins doit compléter ce tableau, tout comme les informations sur la qualité et l'étendue du soutien social et autre fourni dans le cadre de la prestation différenciée des services. Idéalement, il faudrait aussi donner la proportion des personnes vivant avec le VIH à qui l'on a offert le choix d'un modèle de traitement différencié, mais cela peut ne pas être faisable.

Définitions

La prestation différenciée des services pour le VIH est définie par l'OMS comme une approche axée sur le client qui vise à simplifier et à adapter les services VIH dans l'ensemble de la cascade des soins, en vue de mieux satisfaire les besoins des personnes vivant avec le VIH et de réduire les charges inutiles qui pèsent sur le système de santé.

La distribution multimensuelle fait référence à la fourniture de plusieurs mois de médicaments antirétroviraux et/ou d'autres médicaments en une fois. La distribution multimensuelle est souvent proposée comme une composante de la prestation différenciée des services. L'OMS recommande que les personnes qui sont sous traitement antirétroviral se voient proposer des renouvellements de médicaments antirétroviraux d'une durée de trois à six mois, de préférence six mois si possible.

Patient établi sous traitement antirétroviral. Les critères permettant de déterminer qu'une personne est avec succès sous traitement antirétroviral sont : a) recevoir un traitement antirétroviral pendant au moins six mois ;

b) aucune maladie actuelle, [ce qui n'inclut pas les problèmes de santé chroniques sous contrôle] ;

c) bonne compréhension de l'adhésion à vie : conseils d'adhésion adéquats fournis ; et

d) preuve du succès du traitement : au moins un résultat de suppression de la charge virale au cours des six derniers mois

(si la charge virale n'est pas disponible : numération des CD4 > 200 cellules/mm³, (numération des CD4 > 350 cellules/mm³ pour les enfants de 3 à 5 ans) ou prise de poids, absence de symptômes et infections concomitantes).

La définition du patient sous traitement antirétroviral doit être appliquée à toutes les populations, y compris celles recevant des schémas thérapeutiques de deuxième et de troisième ligne, celles présentant des comorbidités contrôlées, les enfants, les adolescents, les femmes enceintes et allaitantes et les populations clés.

Informations complémentaires

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).

Lignes directrices unifiées sur la prévention, le dépistage, le traitement, les services fournis et le suivi du VIH : recommandations pour une approche de santé publique. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>).

7.14 Couverture des modèles de prestation de services différenciés de thérapie antirétrovirale parmi les personnes vivant avec le VIH qui suivent actuellement une thérapie antirétrovirale

Pourcentage de personnes inscrites dans des modèles de thérapie antirétrovirale à prestation différenciée (DSD) parmi toutes les personnes vivant avec le VIH sous thérapie antirétrovirale à la fin de la période couverte par le rapport

Ce qui est mesuré

Cet indicateur mesure le déploiement et la mise en œuvre des modèles de thérapie antirétrovirale DSD au cours de la période couverte par le rapport.

Fondement

L'OMS recommande des modèles de soins à domicile pour les personnes éligibles, y compris celles qui suivent déjà une thérapie antirétrovirale, afin de garantir que les soins répondent à la diversité des besoins des personnes vivant avec le VIH. Cet indicateur mesure la proportion de personnes sous traitement qui bénéficient de modèles de soins de thérapie antirétrovirale DSD – et, si possible, si les personnes éligibles à une thérapie antirétrovirale DSD bénéficient de tels services.

La DSD pour le traitement du VIH vise à améliorer la rétention dans les soins et la suppression virale en optimisant les modèles de traitement et de prestation de soins afin d'améliorer l'expérience des clients et les résultats en matière de santé et de tirer parti des ressources pour améliorer l'efficacité des programmes.

Les modèles de DSD pour le traitement du VIH peuvent être classés en quatre catégories: les modèles de groupe gérés par le personnel de santé; les modèles de groupe gérés par les clients ; les modèles individuels basés dans les établissements; et les modèles individuels non basés dans les établissements:

- **Les modèles de groupe gérés par les travailleurs de la santé**, tels que les clubs d'adhérence, les clubs d'adolescents et les paquets de soins avancés pour le VIH.
- **Les modèles de groupe gérés par les clients**, tels que les groupes communautaires d'adhérence de la thérapie antirétrovirale et les thérapies antirétrovirales délivrées par les clients.
- **Modèles individuels basés dans les établissements**, tels que les renouvellements de médicaments antirétroviraux sur plusieurs mois et la collecte accélérée de thérapies antirétrovirales.
- **Modèles individuels non basés dans des établissements**, tels que les points de distribution communautaires de thérapies antirétrovirales, les casiers de médicaments antirétroviraux, la livraison de médicaments antirétroviraux à domicile et les cliniques mobiles.

Au sein de ces quatre catégories, de nombreuses adaptations peuvent être apportées pour fournir des services centrés sur la personne afin de répondre aux besoins distincts et évolutifs des personnes appartenant à des populations spécifiques, telles que les personnes recevant des traitements de deuxième ou troisième intention, les personnes présentant des comorbidités contrôlées, les personnes appartenant à des populations clés, les femmes enceintes, les enfants et les adolescents.

Cet indicateur mesure toutes les personnes inscrites dans des modèles de thérapie antirétrovirale DSD, y compris, mais sans s'y limiter, la délivrance de médicaments antirétroviraux sur plusieurs mois. Les modèles moins intensifs et plus intensifs doivent être rapportés dans le cadre de cet indicateur.

Pour plus d'informations, voir le chapitre 7.3 des directives consolidées de l'OMS 2021 pour la prévention, le dépistage, le traitement et la prestation de services en matière de VIH (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>).

Les pays ont mis au point un large éventail de modèles de thérapie antirétrovirale dans le cadre du DSD, adaptés aux différents contextes et populations. Une multitude de modèles de DSD sont mis en œuvre dans le cadre de ce programme en pleine évolution. Quels que soient les modèles de thérapie antirétrovirale DSD adoptés, il est important d'évaluer la couverture afin d'élargir les services et de renforcer la mise en œuvre.

Numérateur

Nombre de personnes vivant avec le VIH inscrites dans les modèles de thérapie antirétrovirale DSD au cours de la période du rapport.

Dénominateur

A Nombre de personnes vivant avec le VIH recevant une thérapie antirétrovirale à la fin de la période couverte par le rapport.

B Nombre de personnes vivant avec le VIH sous thérapie antirétrovirale éligibles aux modèles de thérapie antirétrovirale DSD (pour les pays en mesure de rapporter).¹

Les pays doivent de préférence rapporter le **dénominateur B : le nombre de personnes vivant avec le VIH sous thérapie antirétrovirale qui sont éligibles aux modèles de thérapie antirétrovirale DSD** (pour les pays qui sont en mesure de le rapporter). Si cette information n'est pas disponible, les pays doivent rapporter le **dénominateur A : le nombre de personnes vivant avec le VIH recevant une thérapie antirétrovirale à la fin de la période de déclaration**.

Calcul

Numérateur / dénominateur A

Numérateur / dénominateur B (pour les pays qui peuvent rapporter)

¹ L'éligibilité à la prestation de services différenciés de thérapie antirétrovirale, telle que définie dans les lignes directrices nationales.

Méthode de mesure

Outils de suivi des patients (électroniques ou papier), tels que les registres de thérapie antirétrovirale ou les dossiers médicaux électroniques.

La couverture mesure toutes les personnes vivant avec le VIH actuellement inscrites dans les modèles de thérapie antirétrovirale DSD, y compris les personnes nouvellement inscrites et celles inscrites au cours des périodes de déclaration précédentes.

La DSD est une approche centrée sur la personne qui simplifie et adapte les services VIH tout au long de la cascade de manière à répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH ou vulnérables au VIH et à optimiser les ressources disponibles dans le système de santé. La DSD pour le traitement du VIH doit tenir compte des besoins cliniques et adapter les services aux personnes atteintes d'une maladie à un stade avancé et d'une charge virale élevée, à des populations spécifiques et à des contextes particuliers.

La DSD pour le traitement du VIH repose sur quatre éléments : quand (fréquence), où (lieu), quoi (type/conditionnement) et qui (prestataire). Dans tout modèle de DSD pour le traitement du VIH, les éléments constitutifs doivent être définis séparément pour les consultations cliniques, le renouvellement des traitements antirétroviraux et le soutien psychosocial.

La distribution sur plusieurs mois de médicaments antirétroviraux fait référence à la fourniture de plusieurs mois de médicaments antirétroviraux ou d'autres médicaments en une seule fois. Elle est souvent proposée dans le cadre d'une prestation de services différenciée. L'OMS recommande que les personnes qui suivent une thérapie antirétrovirale se voient proposer des renouvellements de médicaments antirétroviraux d'une durée de 3 à 6 mois (de préférence 6 mois).

Les critères permettant de déterminer qu'une personne est bien établie sous thérapie antirétrovirale sont les suivants :

- Recevoir une thérapie antirétrovirale depuis au moins 6 mois.
- Absence de maladie actuelle (à l'exception des maladies chroniques bien contrôlées).
- Bonne compréhension de l'observance du traitement tout au long de la vie, avec des conseils adéquats en matière d'observance.
- Preuve du succès du traitement, avec au moins un résultat de charge virale supprimée au cours des 6 derniers mois (si la charge virale n'est pas disponible, numération des CD4 >200 cellules/mm³ pour les adultes ou >350 cellules/mm³ pour les enfants âgés de 3 à 5 ans, prise de poids et absence de symptômes et d'infections concomitantes).

La définition de l'établissement d'un traitement antirétroviral doit s'appliquer aux personnes de toutes les populations, y compris les personnes recevant des traitements de deuxième et de troisième intention, les personnes présentant des comorbidités contrôlées, les enfants, les adolescents, les femmes enceintes ou allaitantes et les populations clés.

Fréquence des mesures

Annuellement.

Ventilation

- Genre (femme, homme, autre²).
- Âge (0-14 ans, ≥15 ans)..

Forces et faiblesses

Cet indicateur permet de suivre l'évolution de la couverture des DSD par le traitement du VIH d'une manière normalisée et comparable entre les pays et au fil du temps. Il ne mesure pas la qualité des services, l'impact sur les résultats du traitement tels que la rétention ou la suppression virale, ou les gains d'efficacité programmatique tels que la réduction du nombre de visites dans les cliniques ou du temps de travail du personnel.

L'exactitude du nombre de personnes inscrites aux modèles de thérapie antirétrovirale DSD dépendra de la qualité du système de notification sous-jacent et de sa capacité à identifier les clients inscrits aux modèles de thérapie antirétrovirale DSD. Les problèmes de qualité des données peuvent conduire à une sous-déclaration en raison de données manquantes ou de retards dans la transmission des données des établissements au niveau national, ou à une surdéclaration si les clients sont déclarés à la fois par les établissements et par les structures communautaires ou privées.

Les problèmes de liens et de flux de données entre les établissements de santé et les services communautaires peuvent entraîner des retards dans la transmission des données et une sous-déclaration. Les pays doivent adapter les outils de suivi tels que les registres de thérapie antirétrovirale ou les dossiers médicaux électroniques pour suivre et contrôler les clients inscrits dans les modèles de thérapie antirétrovirale DSD au niveau de la prestation de services et au niveau national.

Informations complémentaires

Consolidated guidelines on person centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>, accessed 7 November 2023).

Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>, accessed 7 November 2023).

² « Autres » comprend les personnes transgenres et les personnes de genre divers qui choisissent une identité autre que masculine ou féminine.

7.15 Suppression de la charge virale chez les personnes vivant avec le VIH et bénéficiant de modèles de thérapie antirétrovirale à prestation de services différenciée

Pourcentage de personnes vivant avec le VIH et participant à des modèles de thérapie antirétrovirale à prestation différenciée qui ont obtenu une suppression de la charge virale au cours de la période de référence

Ce qui est mesuré

La suppression de la charge virale parmi les personnes engagées dans les modèles de thérapie antirétrovirale DSD. Il s'agit d'une mesure de l'efficacité de la thérapie antirétrovirale qui indique l'adhésion au traitement et le risque de transmission du VIH.

Fondement

Cet indicateur permet de suivre la suppression de la charge virale chez les personnes vivant avec le VIH inscrites dans les modèles de thérapie antirétrovirale DSD. La suppression virale étant un résultat clé du traitement, il est important de contrôler et d'évaluer si les personnes inscrites dans les modèles de thérapie antirétrovirale DSD ont une suppression de la charge virale meilleure ou similaire à celle des personnes recevant les soins habituels, afin de garantir la qualité des services. La suppression de la charge virale est également la meilleure mesure disponible de l'adhésion à la thérapie antirétrovirale.

Numérateur

Nombre de personnes vivant avec le VIH inscrites dans un modèle de thérapie antirétrovirale DSD avec au moins un test de la charge virale de routine au cours de la période de référence et qui présentent une suppression virologique (<1000 copies/mL).

Dénominateur

Nombre de personnes vivant avec le VIH participant à un modèle de thérapie antirétrovirale DSD et ayant obtenu au moins un résultat de la charge virale de routine dans un dossier médical ou de laboratoire au cours de la période couverte par le rapport.

Méthode de mesure

Outils de suivi des patients (électroniques ou papier), tels que les registres de thérapie antirétrovirale ou les dossiers médicaux électroniques.

La DSD est une approche centrée sur la personne qui simplifie et adapte les services VIH tout au long de la cascade de manière à répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH ou vulnérables au virus et à optimiser les ressources disponibles dans le système de santé. La DSD pour le traitement du VIH doit tenir compte des besoins cliniques et adapter les services aux personnes atteintes d'une maladie à un stade avancé et d'une charge virale élevée, aux personnes appartenant à des populations spécifiques et à différents contextes.

La DSD pour le traitement du VIH repose sur quatre éléments : quand (fréquence), où (lieu), quoi (type/paquet) et qui (prestataire). Dans tout modèle de DSD pour le traitement du VIH, les éléments constitutifs doivent être définis séparément pour les consultations cliniques, le renouvellement de la thérapie antirétrovirale et le soutien psychosocial. Les modèles moins intensifs et plus intensifs doivent être rapportés dans le cadre de cet indicateur. D'une manière générale, ces modèles peuvent être décrits en quatre catégories :

- **Les modèles de groupe gérés par les travailleurs de la santé**, tels que les clubs d'adhérence, les clubs d'adolescents et les paquets de soins avancés pour le VIH.
- **Les modèles de groupe gérés par les clients**, tels que les groupes communautaires d'adhérence de la thérapie antirétrovirale et les thérapies antirétrovirales délivrées par les clients.
- **Modèles individuels basés dans les établissements**, tels que les renouvellements de médicaments antirétroviraux sur plusieurs mois et la collecte accélérée de thérapies antirétrovirales.
- **Modèles individuels non basés dans des établissements**, tels que les points de distribution communautaires de thérapies antirétrovirales, les casiers de médicaments antirétroviraux, la livraison de médicaments antirétroviraux à domicile et les cliniques mobiles.

Fréquence des mesures

Annuelle.

Désagrégation

- Genre (femme, homme, autre¹).
- Âge (0-14 ans, ≥15 ans).

Calcul

Numérateur / Dénominateur

¹ « Autres » comprend les personnes transgenres et les personnes de genre divers qui choisissent une identité autre que masculine ou féminine.

Forces et faiblesses

Le suivi précis de la suppression virale chez les personnes participant aux modèles de thérapie antirétrovirale DSD peut se heurter à plusieurs difficultés. Les capacités de suivi de la charge virale peuvent être limitées dans les pays à faible revenu, malgré les efforts déployés pour étendre le traitement. Dans certains contextes, les tests de charge virale peuvent être effectués de manière sélective pour confirmer un échec présumé du

traitement, ou ils peuvent être effectués en priorité pour les personnes appartenant à des populations spécifiques – en conséquence, ils peuvent sous-estimer les niveaux de suppression virale parmi toutes les personnes engagées dans les modèles de thérapie antirétrovirale DSD.

La capacité du système de notification à identifier les clients inscrits aux modèles de thérapie antirétrovirale DSD peut poser des problèmes. Les problèmes de qualité des données peuvent conduire à une sous-déclaration en raison de données manquantes ou de retards dans la transmission des données des établissements au niveau national, ou à une surdéclaration si les clients sont déclarés à la fois par les établissements et par les structures communautaires ou privées. Les difficultés liées aux liens et aux flux de données entre les établissements de santé et les services communautaires peuvent entraîner des retards dans la transmission des données et une sous-déclaration.

Les pays devraient adapter les outils de suivi tels que les registres de thérapie antirétrovirale ou les dossiers médicaux électroniques pour suivre et contrôler les clients inscrits dans les modèles de thérapie antirétrovirale DSD et les résultats de leur traitement au niveau de la prestation de services et au niveau national.

Informations complémentaires

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>, accessed 6 November 2023).

Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>, accessed 6 November 2023).

8.1 Budget national public pour la riposte face au VIH

Budget alloué aux programmes de riposte face au VIH et au sida, à partir de sources nationales publiques

Ce qui est mesuré

Le budget gouvernemental alloué et exécuté pour les programmes de lutte contre le VIH, ainsi que les tendances perçues à court terme dans le budget (c'est-à-dire le budget de l'année prochaine).

Les données rapportées sont les ressources nationales publiques totales allouées et exécutées pour la riposte face au VIH, aux niveaux central et sous-national.

Fondement

Depuis 10 ans, les ressources nationales occupent une place significative dans le financement de la riposte au VIH. Ces dernières années, ces ressources ont représenté plus de la moitié des ressources financières totales pour la riposte face au VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Le suivi des budgets nationaux publics et des prévisions à court terme a pour objectif de renforcer les efforts visant à mobiliser des ressources dans le monde entier, en vue de concrétiser les objectifs d'élimination du sida d'ici 2030.

Numérateur

Ne s'applique pas

Dénominateur

Ne s'applique pas

Type de données

Monnaie et valeurs monétaires (monnaie nominale), et variables catégorielles indiquant l'ampleur du changement, afin de représenter les prévisions à court terme du financement national.

Calcul

Budgets planifiés et exécutés pour chaque exercice fiscal.

Le service concerné, chargé des statistiques quant au financement gouvernemental, suit les budgets attribués à différents secteurs. De nombreux pays ont des budgets spécifiquement destinés aux programmes de riposte au VIH et au sida, tandis que certains pays peuvent avoir budgété ces activités dans le cadre de différents secteurs.

Cet indicateur vise à identifier le budget alloué aux activités de riposte face au VIH et au sida, à partir des propres sources de financement gouvernementales. Les activités financées par des transferts d'aide extérieure issus d'entités étrangères ne doivent pas être comptabilisées.

Quasiment tous les pays ont un budget public destiné au VIH, même si certaines dépenses liées au VIH ne sont pas prises en charge par ledit budget. Si l'ampleur des budgets peut varier d'un pays à l'autre, ces tendances sont utiles pour les analyses à l'échelle nationale.

Méthode d'évaluation

Analyse budgétaire

Remarque : La prévision à court terme pour l'exercice fiscal à venir doit être rapportée à partir des informations provenant des statistiques financières gouvernementales, du ministère de la Santé ou de la commission nationale de lutte contre le sida.

Fréquence de mesure

Une fois par exercice fiscal

Ventilation

- Les budgets par niveau de gouvernement (national/fédéral, province/État/district ou municipal/local) selon chaque pays.
 - En cas d'unités budgétaires segmentées (par exemple, institutions de sécurité sociale ou organes nationaux de lutte contre le sida), ces unités sont à rapporter séparément.
-

Forces et faiblesses

La qualité des données peut être solide dans les pays disposant d'un budget spécialement destiné à la riposte face au VIH. Lorsqu'il n'y a pas de budget réservé au VIH, la communication de cet indicateur peut nécessiter une coordination entre les départements gouvernementaux concernés par la santé et le bien-être social. Quand la prestation de service fait partie intégrante des établissements, ces dépenses ne sont pas faciles à identifier dans les budgets destinés à la riposte face au VIH.

Informations complémentaires

Annexe 2

8.2 Antirétroviraux et autres régimes liés au VIH : prix unitaires et volume

Ce qui est mesuré

Les prix unitaires moyens des traitements antirétroviraux et autres régimes liés au VIH prévus dans les programmes nationaux de riposte face au VIH, et les volumes achetés

Fondement

Les prix unitaires moyens et le volume des achats de produits liés au VIH permettent de suivre la dynamique du marché des antirétroviraux et d'autres traitements liés au VIH et soutiennent le processus de triangulation avec les personnes déclarées comme étant sous thérapie antirétrovirale. le processus de triangulation avec les personnes déclarées comme étant sous thérapie antirétrovirale.

Numérateur

Ne s'applique pas

Dénominateur

Ne s'applique pas

Type de données

Le prix unitaire moyen par boîte de régime en dollars US courants ou en unités monétaires locales pour l'année considérée, et le nombre absolu de boîtes achetées au cours d'une période donnée.

Calcul

Ne s'applique pas

Méthode d'évaluation

Systèmes de gestion des achats et de la chaîne logistique

Outils de collecte des données

Systèmes d'information pour la gestion logistique (LMIS)

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

Par source de financement (nationale, internationale)

Forces et faiblesses

Les systèmes de gestion logistique des achats au niveau des pays collectent des informations concernant les achats de produits médicaux à l'échelle centrale. Certains pays disposent de LMIS qui surveillent les données concernant ces produits à l'échelle de chaque établissement de santé. Il est possible que ces systèmes d'information puissent fournir les données nécessaires pour cet indicateur.

Informations complémentaires

Annexe 3

8.3 Dépenses de lutte contre le VIH en fonction de l'origine des ressources

Dépenses nationales et internationales liées au VIH par catégorie de programmes et source de financement

Ce qui est mesuré

Les dépenses nationales des programmes et services de lutte contre le VIH en fonction de la source, selon une méthode standardisée et comparable par rapport à des catégories mutuellement exclusives. Les dépenses liées au VIH par programme ou service qui sont déclarées ici doivent être cohérentes avec le nombre de personnes ayant utilisé les services (qui est déclaré dans une autre partie du suivi mondial de la lutte contre le sida).

Fondement

L'indicateur à renseigner correspond aux dépenses totales et sous-totales associées au VIH, par service ou catégorie de programmes et par source de financement. Il y a huit sous-indicateurs de base qui correspondent à ce rapportage Ils sont décrits à l'Annexe 3.

Fin 2021, les ressources internationales et nationales disponibles pour la riposte au VIH ont atteint un montant estimé à 21,4 milliards de dollars US (en dollars constants de 2019) dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Pour atteindre les objectifs nationaux et mondiaux, il faut intensifier les efforts, augmenter les ressources et accroître l'efficacité des programmes afin de fournir les services de prévention, de traitement et de soins nécessaires pour réduire l'incidence du VIH et prolonger des vies.

Il est essentiel de trouver des sources de financement durables à long terme, notamment en mobilisant des ressources nationales, afin de pérenniser les résultats obtenus et continuer à progresser. Cela étant, on ne peut combler le déficit de financement et continuer à allouer des ressources de manière efficace qu'en évaluant et en gérant les ressources disponibles et leur utilisation.

La quantification des flux de financement et des dépenses est utile pour savoir qui bénéficie des programmes VIH et pour déterminer l'état actuel des allocations pour les programmes et services liés au VIH axés sur des populations clés ou d'autres populations spécifiques.

La grande majorité des catégories de dépenses liées au sida (ou ASC, selon les classifications de l'Évaluation nationale des dépenses liées au sida (NASA)) ou des sous-indicateurs sont tirés de cadres existants et sont désormais structurés autour de la Déclaration politique sur l'élimination du sida de 2021. Les besoins en ressources des pays à revenu faible et intermédiaire ont conduit à un objectif de mobilisation d'au moins 29 milliards de dollars US (en dollars US constants de 2019) d'ici 2025.

Numérateur

Ne s'applique pas

Dénominateur

Ne s'applique pas

Type de données

Monnaie et valeurs monétaires (monnaie nominale)

Calcul

Application des principes de comptabilité sociale et établissement des coûts afin d'obtenir des données relatives aux dépenses. Les règles, cadres et principes sont décrits dans les manuels et directives spécifiques (liens indiqués ci-dessous).

Le calcul de chaque service/programme ou sous-indicateur peut présenter des caractéristiques individuelles afin d'assurer une bonne comptabilisation de toutes les composantes (par exemple, les coûts directs et partagés des prestations de services) et pour éviter un double comptage ; ces calculs peuvent être différents selon la source de financement et les modalités des prestations de services (voire selon le prestataire de services). Des indications supplémentaires sont disponibles dans les directives et manuels respectifs indiqués à la fin de la présente section.

La quantification est limitée aux dépenses nationales engagées avec des fonds d'aide au développement international et aux dépenses engagées avec des fonds publics ou privés ou des fonds privés déclarés en dollars américains ou en unités monétaires locales pour l'année de déclaration choisie.

Certaines exigences régissent la collecte et la qualité des données pour assurer la fiabilité et la validité des indicateurs à des fins de crédibilité.

Le rapprochement des estimations descendantes (à partir des sources de financement) et ascendantes (à partir du calcul des coûts des prestations de services) assure la meilleure évaluation des dépenses nationales totales liées au VIH.

Les registres financiers et programmatiques des prestataires de services ou des organismes de prestation de services constituent la base de la collecte de données.

Il existe des écarts conséquents entre les budgets alloués et les dépenses réelles. C'est pourquoi il n'est pas recommandé d'utiliser l'analyse budgétaire comme seule base pour renseigner les dépenses nationales totales liées au VIH.

Il convient de valider les dépenses financées par des sources internationales, des sources de financement nationales et des agents de financement, en concertation avec toutes les parties prenantes.

Méthode d'évaluation

Principale :

- NASA.

Autre :

- Analyse budgétaire
- Système de comptes de la santé 2011 (SHA-2011) et module VIH.

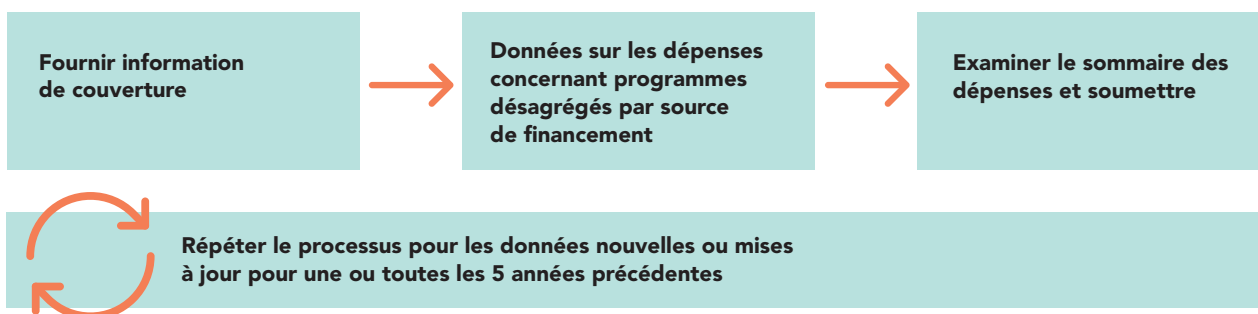
Remarque :

- En l'absence de NASA, les pays peuvent utiliser les résultats produits au niveau central à partir du système du PEPFAR pour la collecte des dépenses et demander des données sur les dépenses au Fonds mondial qui peuvent être mises à la disposition des pays déclarants dans le cadre de la coordination mondiale et de l'alignement des ressources entre l'ONUSIDA, le PEPFAR et le Fonds mondial. La déclaration des dépenses pour les programmes financés par le Fonds mondial doit être conforme aux directives sur la déclaration des progrès et la demande de décaissement.⁶
- Les comptes de la santé à l'aide du cadre SHA-2011 avec ventilation complète par maladie tentent de capter des éléments de haut niveau des catégories de dépenses relatives au sida au sein du NASA. Toutefois, en fonction des objectifs d'un exercice de suivi des ressources donné, il se peut que le SHA-2011 ne fournisse pas les informations nécessaires pour renseigner la globalité des dépenses granulaires liées au VIH (ventilées par programme). Les principes rigoureux de calcul des coûts devront peut-être compléter le cadre comptable SHA-2011 pour ventiler la partie VIH des coûts communs encourus par le système.

Outils de collecte des données

Les pays établissent leurs rapports sur les dépenses liées au VIH par catégorie de programmes/services principaux et source de financement à l'aide du modèle de la grille de financement national. La liste complète des catégories de programmes VIH figure à l'annexe 2. Les pays qui ont mis en œuvre la méthodologie NASA de manière intégrale et appropriée peuvent simplement utiliser le produit de cet exercice pour remplir le modèle de grille de financement. Les pays qui ont mis en œuvre le système de comptes de la santé SHA-2011 peuvent également remplir les cellules de la grille de financement, notamment en ce qui concerne les sources internationales et, dans certains cas, le financement national privé et public.

Processus de collecte de cet indicateur



Il est possible de soumettre des données modifiées pour les années précédentes, lorsque ces dernières étaient préliminaires.

Fréquence de mesure

Chaque année civile ou fiscale. Étant donné que les résultats des exercices comptables peuvent être obtenus après la date limite fixée pour les rapports annuels, les pays peuvent présenter des résultats préliminaires qui seront remplacés par les résultats définitifs lorsqu'ils seront disponibles. Pour cette série de rapports, nous conseillons aux pays de présenter le nombre souhaité d'exercices au cours des cinq dernières années, en indiquant si ces résultats sont préliminaires ou définitifs et s'ils remplacent des rapports précédents. Si les données ont déjà été présentées et n'ont pas été modifiées, il est inutile de les soumettre de nouveau. Les pays qui souhaitent présenter des rapports récemment modifier ou définitifs sur les dépenses antérieures à 2016 sont invités à contacter l'équipe de l'ONUSIDA pour obtenir de l'aide à cet effet.

Ventilation

- Source de financement.
 - Catégories de programmes dédiés à la riposte au VIH et au sida.
 - Pour certains sous-indicateurs, les pays sont invités à rapporter les dépenses sur les produits les plus importants dans le cadre de chacun des programmes concernés par ces sous-indicateurs, selon les données disponibles. Il est acceptable de renseigner les dépenses totales par programme lorsque la ventilation n'est pas connue, à condition d'être certain que les coûts des produits et des prestations de services sont englobés dans ces dépenses.
-

⁶ Veuillez consulter les instructions du formulaire de demande de décaissement Instructions du formulaire de demande de dépenses (https://www.theglobalfund.org/media/11754/fundingmodel_pudr_instructions_en.pdf).

Forces et faiblesses

Les pays qui ont mis en œuvre la méthodologie NASA de manière intégrale et appropriée peuvent utiliser le produit de cet exercice pour remplir le modèle. Les estimations finales des pays doivent être validées par toutes les parties prenantes et triangulées pour accroître leur fiabilité et leur validité.

Les pays qui ont mis en œuvre un exercice annuel SHA-2011 doivent s'assurer que les clés de répartition utilisées pour estimer les dépenses au titre de la riposte au VIH liées à l'utilisation du système de santé sont à jour et permettent de produire des données granulaires pour les sources nationales. Il se peut que ce processus n'utilise pas de données certifiées telles qu'imposées par certains principes comptables. Les pays qui viennent de mettre en œuvre le processus des comptes de santé à répartition complète doivent valider les résultats avec d'autres sources existantes et toutes les parties prenantes pour accroître la fiabilité et la validité des estimations, en particulier le niveau global, la duplication potentielle et les dépenses importantes non comptabilisées. Les pays utilisant les comptes de santé doivent ajouter les dépenses qui ne sont pas liées à la santé et veiller à ce que les dépenses renseignées en matière de VIH soient cohérentes, notamment en ce qui concerne les coûts partagés au sein du système de santé. La mise en œuvre des comptes de santé nécessite une planification à moyen ou long terme, consomme beaucoup de ressources et dépend de la coordination entre les comptables de la santé et les responsables des programmes.

Les pays qui ont recours à l'analyse budgétaire doivent vérifier que les budgets alloués ont été dépensés comme prévu ; les dépenses qui n'ont pas été réalisées dans le cadre d'un budget dédié doivent être estimées et ajoutées à chaque sous-total concerné.

Les pays ont la possibilité de renseigner : (a) des coûts séparés (produits et prestation de service) lorsqu'ils disposent de ces données ; (b) un seul coût (s'il s'agit du type de donnée disponible) ; ou (c) un total ventilé comprenant à la fois les produits et la prestation de services.

Liste des sous-indicateurs principaux et métadonnées statistiques associées

Total des dépenses liées au VIH	Source de financement ou catégorie de programmes/services	Ne s'applique pas	Dépenses totales de toutes les sources consacrées au VIH et au SIDA au niveau national, y compris les dépenses de santé et les dépenses non liées à la santé.
Sous-indicateurs	Ventilation	Population cible	Ce qui est mesuré
A. Dépenses liées aux services de dépistage du VIH et de conseil (non ciblés ; produits spécifiques déclarés séparément)	Source de financement	Population générale dans le cadre d'indications précises	Le conseil et le dépistage du VIH désignent tous les services de dépistage du VIH proposés en complément des services de conseil, notamment : <ul style="list-style-type: none"> le dépistage du VIH et le conseil à l'initiative du patient ; le dépistage et le conseil proposés par les professionnels de santé ; Le dépistage du VIH et le conseil dans le cadre des campagnes, via les services d'assistance et via le dépistage à domicile. Dépenses directes liées à l'achat de réactifs pour des tests rapides et de laboratoire, à déclarer séparément des autres coûts (selon leur disponibilité).
B. Dépenses liées aux traitements antirétroviraux (adultes et pédiatriques ; produits spécifiques déclarés séparément)	Source de financement, adultes et enfants (âgés de moins de 15 ans)	Personnes vivant avec le VIH	Le traitement antirétroviral. Dépenses directes liées à l'achat d'antirétroviraux, à déclarer séparément des autres coûts (selon leur disponibilité). Prix unitaire et volume de produits et d'intrants achetés et distribués.
C. Dépenses pour le suivi spécifique du VIH en laboratoire (produits spécifiques à part)	Source de financement	Personnes vivant avec le VIH et sous traitement antirétroviral	Services de diagnostic liés au suivi clinique du VIH. Dépenses directes liées à l'achat de réactifs pour la numération des cellules CD4+ et la quantification de la charge virale en laboratoire, à déclarer séparément des coûts associés aux autres produits et services (selon leur disponibilité).
D. Dépenses consacrées à la tuberculose (TB) et au VIH (produits spécifiques à part)	Source de financement	Personnes vivant avec le VIH et personnes vivant avec la TB	Examens, suivi clinique, services de laboratoire connexes, traitement et prévention de la tuberculose (y compris l'isoniazide et les médicaments pour le traitement de la tuberculose active), et dépistage des patients des centres de traitement de la tuberculose et orientation vers les services de dépistage du VIH et de soins cliniques. Dépenses directes liées à l'achat de médicaments pour le traitement et la prévention de la TB (y compris l'isoniazide et les médicaments pour le traitement de la tuberculose active), déclarées séparément des autres coûts de produits et services (selon leur disponibilité).

E. Dépenses liées aux cinq piliers de la prévention combinée (produits spécifiques à part)	<p>Source de financement, cinq piliers de la prévention combinée :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévention pour les jeunes femmes et les adolescentes (âgées de 10 à 24 ans, exclusivement dans les pays à forte prévalence). ▪ Circoncision masculine médicale volontaire (exclusivement dans les pays à forte prévalence). ▪ Prophylaxie pré-exposition (PrEP) stratifiée par population clé (hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, professionnel(le)s du sexe, personnes qui s'injectent des drogues, personnes transgenres, prisonniers/détenus, jeunes femmes et adolescentes, et couples sérodiscordants). ▪ Préservatifs (non ciblés). ▪ Prévention parmi les populations clés (hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, professionnel(le)s du sexe, personnes qui s'injectent des drogues, personnes transgenres et prisonniers). 	Population générale, populations clés	<p>Ce sous-ensemble de services de prévention est marqué et défini comme prévention combinée. Les autres services de prévention du VIH doivent être indiqués dans les catégories de la grille de financement national comme faisant partie de services de prévention larges.</p> <p>Ce sous-ensemble comprend les services de prévention spécialement conçus et fournis pour chacune des populations clés, notamment les services de prévention destinés aux populations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jeunes femmes et adolescentes (âgées de 10 à 24 ans) dans les pays à forte prévalence. ▪ Hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. ▪ Professionnel(le)s du sexe et leurs clients. ▪ Personnes qui s'injectent des drogues. ▪ Circoncision masculine médicale volontaire. ▪ PrEP, stratifiée par population clé. ▪ Promotion du préservatif et fourniture de préservatifs auprès de la population générale. <p>Dépenses directes liées à l'achat de préservatifs, aiguilles, seringues et médicaments pour le traitement de remplacement, déclarées séparément des autres coûts (selon leur disponibilité).</p>
F. Dépenses liées à la prévention de la transmission verticale du VIH (produits spécifiques à part)	Source de financement	Femmes enceintes et nouveau-nés	<p>Activités destinées à éliminer les nouvelles infections au VIH chez les enfants, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépistage du VIH chez les femmes enceintes. ▪ Couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les femmes enceintes vivant avec le VIH. ▪ Traitements antirétroviraux pour les nouveau-nés. ▪ Méthodes d'accouchement sûres. ▪ Conseil et aide pour l'alimentation maternel et l'allaitement exclusif. <p>Remarque : si une femme vivant avec le VIH est placée sous traitement antirétroviral avant qu'elle n'apprenne qu'elle est enceinte, le traitement antirétroviral doit être inclus en tant que traitement antirétroviral pour adulte, et non dans la prévention de la transmission mère-enfant.</p>
G. Dépenses liées aux facilitateurs sociaux	Source de financement	Ne s'applique pas	<p>Activités aidant la mise en œuvre des programmes de base, comme défini dans le cadre d'investissement de l'ONUSIDA, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Engagement politique et plaidoyer. ▪ Médias de masse. ▪ Lois, politiques et pratiques en matière de droit. ▪ Mobilisation de la communauté. ▪ Réduction de la stigmatisation. ▪ Programmes axés sur les droits de l'homme
H. Dépenses liées aux transferts en espèces pour les jeunes femmes et les filles (âgées de 10 à 24 ans, dans les pays à forte prévalence)	Source de financement	Les jeunes femmes et les jeunes filles (10-24 ans)	<p>Toutes les dépenses liées aux programmes d'allocations financières (conditionnelles ou non) pour les jeunes femmes et les jeunes filles (10-24 ans). Défini pour les jeunes femmes comme une synergie de développement ayant des implications sur la prévention du VIH.</p>

Informations complémentaires

Pour consulter les directives, outils cadres et catégories de la méthodologie NASA, contactez AIDSspending@unaids.org

Les rapports des comptes de la santé sont disponibles sur le site de la base de données des dépenses de santé mondiales de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) : <http://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/Index/en>

Eurostat. HEDIC – Health expenditures by diseases and conditions (dépenses de santé en fonction des maladies et des problèmes de santé). Version 2016 [Internet]. Luxembourg : Office des publications de l'Union européenne ; 2016 (<http://ec.europa.eu/eurostat/fr/web/products-statistical-working-papers/-/KS-TC-16-008>).

Directives pour remplir l'instrument de suivi des politiques et des engagements nationaux (NCPI) intermédiaire en 2025

Introduction

Le suivi des politiques est une composante du rapport mondial sur le sida depuis 2003, et il a été mis en œuvre tous les deux ans, la dernière fois en 2022. Le NCPI fait partie intégrante du suivi mondial de la lutte contre le sida et vise à mesurer les progrès accomplis dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, de stratégies et de lois liées à la riposte au VIH. Pour ce faire, il s'appuie sur les éléments suivants

- Promouvoir la consultation et le dialogue entre les principales parties prenantes au niveau national, en particulier le gouvernement, la société civile et les communautés, afin de recueillir leurs points de vue sur la riposte au sida.
- Aider les pays à évaluer l'état de leur épidémie de VIH et de leur riposte, et à identifier les obstacles, les lacunes et les éléments facilitant le renforcement de la riposte.
- Collecte de données sur l'environnement politique et juridique de la riposte au sida.

Les réponses permettent de suivre directement plusieurs objectifs et fournissent un contexte sur les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs globaux.

Le NCPI doit être complété et soumis dans le cadre des rapports GAM tous les deux ans. Cet intervalle reflète le fait que l'on s'attend à ce que les changements de lois, de politiques et de règlements se produisent lentement et que la nécessité d'un contrôle plus fréquent peut être limitée.

Au cours des années intermédiaires, un NCPI intermédiaire doit être complété et soumis dans le cadre des rapports GAM. Le NCPI intermédiaire comprend un sous-ensemble de questions de la partie A de le NCPI qui se rapportent à des éléments de politique susceptibles de changer plus fréquemment.

Sur la base de consultations approfondies, le questionnaire de l'ICPN a été restructuré et les questions ont été réexaminées en 2021 afin de refléter les engagements mondiaux de la déclaration politique des Nations unies sur le VIH et le sida de 2021: Mettre fin aux inégalités et se mettre sur la voie de l'éradication du sida d'ici à 2030. La formulation de certaines questions a depuis été affinée sur la base des expériences des cycles de rapport précédents et pour refléter l'évolution des recommandations politiques et des technologies disponibles.

Structure de l'instrument de suivi des politiques et des engagements nationaux

Le NCPI comporte deux parties : La partie A doit être remplie par les autorités nationales, et la partie B doit être remplie par la société civile, les communautés et les autres partenaires non gouvernementaux impliqués dans la riposte nationale au sida. Pour les années de rapport intermédiaire, seul un sous-ensemble de questions de la partie A est inclus dans le NCPI intermédiaire.

Les questions sont structurées autour des engagements de la déclaration politique sur le sida de 2021.

Étapes proposées pour la collecte et la validation des données

La procédure décrite ci-dessous pour compléter le NCPI doit être intégrée dans le plan et le calendrier de chaque pays pour l'ensemble du processus de GAM. La procédure proposée vise à intégrer des contrôles de cohérence pour les données de l'ICPN collectées tout au long du processus et à promouvoir une analyse des informations aussi objective que possible.

Même si les questions de la partie B de l'ICPN – qui doivent être remplies par la société civile, les communautés et d'autres partenaires non gouvernementaux engagés dans la réponse – ne sont pas incluses dans l'ICPN intermédiaire, les pays sont encouragés à engager la société civile et les communautés dans l'ensemble du processus de GAM.

1. Mettre en place un groupe de travail pour accompagner les rapports de le NCPI. Il pourrait s'agir d'un groupe de travail technique de suivi et d'évaluation multisectoriel existant.
2. Identifier un point focal pour coordonner la réalisation du questionnaire.
3. Un groupe de travail du NCPI réalise un inventaire des parties prenantes afin de sélectionner systématiquement les contributeurs.

Un inventaire peut garantir que les données les plus récentes et les plus précises peuvent être collectées dans le cadre de le NCPI en impliquant des experts compétents et en évitant l'influence de biais potentiels dans le processus d'établissement des rapports. Il peut garantir que les rapports reflètent un large éventail de perspectives ; l'implication d'un large éventail de parties prenantes peut également aider à interpréter des données qualitatives ou potentiellement ambiguës.

La liste de toutes les personnes ou entités qui pourraient fournir des informations ou des points de vue sur les questions incluses dans le NCPI peut être établie à partir des connaissances des membres du groupe de travail, par le biais de contacts avec d'autres personnes bien informées sur la riposte nationale au VIH et par l'examen de la documentation pertinente. Les parties prenantes peuvent être identifiées dans les secteurs et groupes suivants (entre autres):

- o Ministère de la santé ou équivalent.
- o Ministère de l'éducation ou équivalent.
- o Ministère du genre ou équivalent.
- o Ministère de la Justice ou équivalent.
- o Ministère du commerce ou équivalent.
- o Des représentants des personnes vivant avec le VIH, y compris des femmes et des jeunes vivant avec le VIH.
- o Des représentants des différentes populations clés.
- o Organisations bilatérales et multilatérales engagées dans la lutte contre le VIH.
- o Autres organisations non gouvernementales ou fondations engagées dans la lutte contre le VIH.
- o Le secteur privé.

La diversité géographique doit être prise en compte dans l'identification des parties prenantes afin d'assurer leur représentativité.

Les informations suivantes doivent être enregistrées pour toutes les parties prenantes contactées tout au long du processus de déclaration de le NCPI:

- o Nom.
- o Coordonnées de contact.
- o Affiliation à une organisation.
- o Rôle dans l'organisation.
- o Type d'acteur: par exemple, ministère de la santé, autre ministère, secteur privé, société civile, communauté, organisation internationale non gouvernementale, organisation bilatérale, ONUSIDA ou autre organisation des Nations unies.

Ces informations pourraient être utiles pour documenter la nature multisectorielle du processus et soutenir les préparatifs des futures séries de rapports du NCPI.

4. Recueillir les réponses aux questions de l'ICPN. Pour garantir la précision et éviter la lassitude des répondants, il est suggéré que des questions spécifiques soient adressées à des répondants spécifiques qui sont compétents dans ce domaine. Le points focal pour le questionnaire ou les consultants recrutés pour soutenir le processus devraient coordonner les contacts avec les parties prenantes identifiées – par exemple lors d'entretiens en personne, par téléphone ou par courrier électronique – afin de partager les questions de l'ICPN dans leur domaine d'expertise et de recueillir leurs réponses.

Si possible, il est recommandé d'envoyer la même question à plus d'une partie prenante connaissant le domaine. En cas de réponses divergentes, le coordinateur du NCPI pourrait partager un résumé des informations reçues pour cette question avec les différents acteurs qui les ont fournies afin de clarifier la source des différentes réponses et de parvenir à un consensus (si possible). Afin d'éviter les sources potentielles de biais, l'anonymat des répondants doit être préservé autant que possible au cours de ce processus de vérification et de suivi des données.

Une version PDF du questionnaire est disponible sur le site web de l'ONUSIDA. Il peut également être téléchargé via l'en-tête NCPI dans la liste des indicateurs de l'outil du rapport en ligne GAM (<https://AIDSreportingtool.unaids.org>).

Veillez-vous référer au glossaire des termes clés ci-dessous et aux conseils supplémentaires pour répondre aux questions relatives aux lois dans le NCPI (annexe 6).

5. Le point focal national GAM saisit les réponses dans l'outil de rapport en ligne.
6. Les parties prenantes consultent et commentent les projets de réponse. Le NCPI complété peut être partagé avec les parties prenantes en leur donnant des droits de visualisation sur l'outil du rapport en ligne GAM ou en partageant le questionnaire ICPN avec des réponses préliminaires en PDF. Le PDF peut être extrait de l'outil de rapport en ligne en cliquant sur **Imprimer tout le NCPI** en PDF dans la page de la liste des indicateurs.

7. Procéder à une consultation de validation :

- o Examiner les réponses du NCPI à certaines questions.
- o Analyser les données du NCPI conjointement avec les données des indicateurs, en identifiant les progrès, les lacunes, les obstacles et les facilitateurs de la riposte au sida.
- o Identifier les points clés des résumés narratifs pour chaque domaine d'engagement.

En raison de la longueur du questionnaire, il est suggéré que les réponses à toutes les questions ne soient pas examinées lors de l'atelier national de validation,

mais que l'atelier se concentre plutôt sur : (a) les questions spécifiques identifiées comme essentielles pour la discussion au cours du processus de collecte et d'examen des données avant l'atelier ; et (b) la discussion des progrès et des lacunes pour chaque domaine d'engagement de manière plus générale.

- 8. Mettre à jour les réponses de le NCPI saisies dans l'outil de rapport en ligne GAM sur la base des commentaires reçus en préparation de la consultation et pendant celle-ci, et compléter les résumés narratifs pour chaque domaine d'engagement.
- 9. Soumettre les réponses de le NCPI avec les autres composantes du GAM au plus tard le 31 mars 2025.
- 10. Répondre aux questions posées a travers de l'outil de rapport en ligne au cours du processus de validation des données.

Opérationnaliser et utiliser les données de l'instrument de suivi des politiques et des engagements nationaux

Les données recueillies dans le cadre du NCPI viendront compléter les données relatives aux indicateurs et aux dépenses qui sont également recueillies et communiquées dans le cadre du processus de GAM. Les pays sont encouragés à utiliser les données du NCPI pour analyser l'état de l'épidémie et de la riposte nationales, ainsi que dans le cadre de leurs efforts de planification stratégique nationale.

Les données du NCPI seront également utilisées: (a) pour suivre directement les progrès réalisés au niveau mondial vers plusieurs des objectifs 10-10-10 ; (b) pour fournir un contexte aux données quantitatives collectées par le biais des indicateurs GAM lors de l'analyse des progrès réalisés vers d'autres engagements mondiaux dans la Déclaration politique sur le sida de 2021 ; et (c) pour informer les stratégies et les rapports mondiaux. Les réponses aux questions du NCPI de chaque pays seront agrégées pour générer des valeurs régionales et mondiales. Les données pays du NCPI seront disponibles sur AIDSInfo (<http://aidsinfo.unaids.org/>) et Laws and Policies Analytics (<http://lawsandpolicies.unaids.org/>).

Pour des conseils importants sur l'interprétation et la réponse aux questions de le NCPI sur l'existence de certaines lois, veuillez-vous référer à l'annexe 6 des présentes lignes directrices.

Chargement des données précédemment rapporté à travers le suivi mondial du sida

Les pays qui ont répondu à des questions dans le cadre d'un précédent NCPI et qui n'ont pas changé par rapport au cycle de rapport précédent peuvent choisir de charger ces réponses dans l'outil de rapport en ligne du GAM. Les réponses peuvent alors être mises à jour ou soumises à nouveau s'il n'y a pas eu de changement.

Définitions

Voici les définitions des termes clés du questionnaire de le NCPI, lorsqu'ils sont marqués d'un astérisque (*).

Ces définitions doivent être suivies pour remplir le questionnaire : l'utilisation cohérente de ces définitions dans le temps et entre les pays renforce la comparabilité et les analyses de tendances.

Transferts monétaires. Programmes qui donnent de l'argent aux personnes pauvres et vulnérables. Les transferts d'argent peuvent être conditionnels, l'argent étant alors versé en échange du respect de conditions comportementales spécifiques (telles que la fréquentation de l'école par les enfants), ou inconditionnels (non liés à des exigences comportementales spécifiques).

Établi sous thérapie antirétrovirale. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit les personnes sous thérapie antirétrovirale comme ayant satisfait à tous les critères suivants : elles reçoivent une thérapie antirétrovirale depuis au moins six mois ; elles n'ont pas de maladie en cours, à l'exception des maladies chroniques bien contrôlées ; elles ont une bonne compréhension de l'observance à vie : elles reçoivent des conseils adéquats en matière d'observance ; et il existe des preuves de réussite du traitement (au moins un résultat de charge virale supprimée au cours des six derniers mois ; si la charge virale n'est pas disponible, au moins l'un des éléments suivants peut être pris en compte : Compte de CD4 >200 cellules/mm³ [compte de CD4 >350 cellules/mm³ pour les enfants âgés de 3 à 5 ans] ou prise de poids, absence de symptômes et d'infections concomitantes).¹

Violence fondée sur le genre. Violence qui établit, maintient ou tente de réaffirmer des relations de pouvoir inégales fondées sur le genre. Elle englobe les actes qui infligent des blessures ou des souffrances physiques, mentales ou sexuelles, la menace de tels actes, ainsi que la coercition et d'autres privations de liberté.²

Surveillance des cas de VIH. La surveillance des cas de VIH fait référence à la déclaration d'un diagnostic initial d'infection par le VIH et d'événements sentinelles définis par chaque personne diagnostiquée séropositive à un organisme de santé publique responsable du suivi et du contrôle de l'épidémie. La surveillance des cas implique des données longitudinales individuelles obtenues à partir de sources multiples qui sont reliées par des identifiants uniques et conservées dans un référentiel de données dédié au niveau national.³

Éducation au VIH et à la sexualité basée sur l'acquisition de compétences nécessaires à la vie. Une approche adaptée à l'âge et à la culture pour enseigner la sexualité et les relations en fournissant des informations scientifiquement exactes, réalistes et non moralisatrices.⁴

¹ Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery, and monitoring. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>).

² UNAIDS terminology guidelines. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2024 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-terminology-guidelines_en.pdf).

³ Consolidated guidelines on person-centred HIV patient monitoring and case surveillance. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-151263-3>).

⁴ UNESCO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF, WHO. International technical guidance on sexuality education. Volume I. Paris: UNESCO; 2009.

Inhibiteurs non nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase (INNTI). Classe de médicaments antiviraux non analogue aux nucléosides qui bloque ou interfère avec la transcriptase inverse du VIH et empêche la réplication du VIH.

La participation. Participation active et informée à la formulation, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de toutes les décisions, politiques et interventions qui affectent la santé d'une personne, afin de garantir le respect des droits de l'homme. Il s'agit également de veiller à ce que les systèmes de santé et les interventions soient réactifs, efficaces, appropriés et durables. La participation est éclairée lorsque les personnes peuvent accéder aux informations nécessaires pour participer de manière significative et efficace. Si nécessaire, des activités de renforcement des capacités doivent être menées à cette fin.⁵

Test de charge virale de routine. Un contrôle de routine de la charge virale peut être effectué à six mois et à douze mois, puis tous les douze mois si le patient est stable sous traitement antirétroviral.⁶

Protection sociale. Définie comme "toutes les initiatives publiques et privées qui fournissent des transferts de revenus ou de consommation aux pauvres, protègent les personnes vulnérables contre les risques liés aux moyens de subsistance et améliorent le statut social et les droits des personnes marginalisées, avec pour objectif général de réduire la vulnérabilité économique et sociale des groupes pauvres, vulnérables et marginalisés".⁷ La protection sociale est sensible au VIH lorsqu'elle inclut les personnes qui sont soit exposées au risque d'infection par le VIH, soit susceptibles de subir les conséquences du VIH.⁸

Rupture de stock. Interruption imprévue du stock d'un produit de santé.

⁵ Sander G. HIV, HCV, TB and harm reduction in prisons: human rights, minimum standards and monitoring at the European and international levels. London: Harm Reduction International; 2016 (https://www.hri.global/files/2016/02/10/HRI_PrisonProjectReport_FINAL.pdf).

⁶ Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery, and monitoring: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>).

⁷ See: Devereux S, Sabates-Wheeler R. Transformative social protection. IDS Working Paper 232. Brighton: Institute of Development Studies; 2004 (<https://www.ids.ac.uk/download.php?file=files/dmfile/Wp232.pdf>).

⁸ HIV and social protection guidance note. Geneva: UNAIDS; 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2014unaidsguidancenote_HIVandsocialprotection_en.pdf).

ICPN

Intermédiaire

Abréviations

1HP	1 mois de rifapentine quotidienne plus isoniazide
3HP	3 mois de rifapentine hebdomadaire plus isoniazide
3HR	3 mois de rifampicine quotidienne plus d'isoniazide
3TC	lamivudine
4R	4 mois de rifampicine quotidienne
6H	6 mois de monothérapie quotidienne à l'isoniazide
6Lfx	6 mois de monothérapie quotidienne par lévofloxacine
9H	9 mois de monothérapie quotidienne à l'isoniazide
ABC	abacavir
ATV/r	atazanavir/ritonavir
AZT	zidovudine
CAB-LA	Cabotégavir injectable à longue durée d'action
CrAg	antigène cryptococcique
DPV-VR	anneau vaginal de dapivirine
DRV/r	darunavir/ritonavir
DTG	dolutégravir
DVR	anneau vaginal de dapivirine
EFV	efavirenz
Fonds mondial	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
FTC	emtricitabine
ICPN	Instrument national d'engagement et de politique
IGRA	test de libération de l'interféron-gamma
LF-LAM	dosage du lipoarabinomannane dans l'urine par flux latéral
LPV/r	lopinavir avec renforcement par le ritonavir
NNRTI	inhibiteur de la transcriptase non nucléosidique/nucléotidique
NRTI	inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PPE	prophylaxie post-exposition
PrEP	prophylaxie pré-exposition
TAF	tenofovir
TB	tuberculose
TDF	fumarate de ténofovir disoproxil
TPHA	test d'hémagglutination de <i>Treponema pallidum</i>
TPPA	test d'agglutination de particules de <i>T. pallidum</i>

Outil de suivi des politiques et des engagements nationaux (NCPI) intermédiaire

Les termes signalés par un astérisque () sont définis dans les directives relatives au NCPI.

1. Prévention combinée pour tous

- Réduire le nombre de nouvelles infections par le VIH à moins de 370 000 d'ici à 2025.
- Veiller à ce que 95 % des personnes exposées au risque d'infection par le VIH – dans tous les groupes épidémiologiquement pertinents, toutes les tranches d'âge et tous les contextes géographiques – aient accès à des options de prévention combinées appropriées, hiérarchisées, centrées sur la personne et efficaces, et qu'elles les utilisent.
- Réduire le nombre de nouvelles infections par le VIH parmi les adolescentes et jeunes femmes à moins de 50 000 d'ici à 2025.
- Assurer la disponibilité de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) pour 10 millions de personnes exposées à un risque important de VIH et de la prophylaxie post-exposition (PEP) pour les personnes récemment exposées au VIH d'ici 2025.
- 95 % des personnes exposées au VIH dans les contextes humanitaires utilisent des options de prévention combinées appropriées, prioritaires, centrées sur les personnes et efficaces.

Prophylaxie pré-exposition

1. Les directives nationales de votre pays recommandent-elles l'une des modalités ou l'un des produits de prophylaxie pré-exposition (PrEP) suivants (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)?

- PrEP orale contenant du ténofovir (TDF)
- Anneau vaginal de dapivirine (DPV-VR ou DVR)
- Cabotégravir injectable à longue durée d'action (CAB-LA)
- Aucune modalité/produit de PrEP n'est recommandé dans les lignes directrices nationales.

1.1 À quelles populations la prophylaxie préexposition (PrEP) est-elle fournie selon les directives nationales (sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent)?

- Hommes homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
- Professionnels du sexe
- Personnes qui utilisent des drogues injectables
- Personnes transgenres
- Couples sérodiscordants
- Jeunes femmes (18-24 ans)
- Adolescents (âgés de moins de 17 ans)
- Personnes en prison et dans d'autres centres de détention
- Femmes enceintes et allaitantes
- Personnes qui demandent la PrEP
- Autre (veuillez préciser) : _____
- Aucune directive relative à la PrEP n'a été élaborée

1.2 Qui est habilité à fournir la PrEP dans votre pays (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)?

- Médecins
- Responsables cliniques
- Cadre infirmier (sages-femmes, infirmières praticiennes, infirmières diplômées)
- Pharmaciens
- Travailleurs de la santé communautaire
- Autres (veuillez préciser) : _____
- Aucun prestataire n'est habilité à fournir la PrEP dans le pays

1.3 Dans votre pays, la PrEP est-elle disponible par l'un ou plusieurs des moyens suivants (sélectionnez tous ceux qui s'appliquent)?

- Établissements de santé publics
 - Distribution communautaire (y compris les services mobiles)
 - Pharmacies (autonomes, y compris en ligne)
 - Prestataires de soins de santé privés
 - Internet (achats informels)
 - Sites de recherche
 - Autre (veuillez préciser) : _____
-

Prophylaxie post-exposition

2. Les directives nationales de votre pays recommandent-elles une prophylaxie post-exposition (PPE) pour les groupes suivants?

- Exposition liée aux soins de santé (exposition professionnelle)
- Exposition liée à la violence sexuelle ou basée sur le genre
- Toute autre exposition

2.1 Qui est habilité à fournir la prophylaxie post-exposition dans votre pays (sélectionnez toutes les réponses applicables)?

- Médecins
- Responsables cliniques
- Cadre infirmier (sages-femmes, infirmières praticiennes, infirmières diplômées)
- Pharmaciens
- Travailleurs de la santé communautaire
- Autres (veuillez préciser) : _____

2.2 Dans votre pays, la prophylaxie post-exposition est-elle disponible par l'un des moyens suivants (sélectionnez tous ceux qui s'appliquent)?

- Établissements de santé publics
 - Distribution communautaire (y compris les services mobiles)
 - Pharmacies (autonomes, y compris en ligne)
 - Prestataires de soins de santé privés
 - Internet
 - Sites de recherche
-

Circoncision masculine médicale volontaire

Veuillez noter que ces questions sont uniquement destinées aux 15 pays ayant une forte prévalence du VIH, de faibles taux de circoncision masculine et des épidémies généralisées chez les personnes hétérosexuelles: Afrique du Sud, Botswana, Eswatini, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Ouganda, République unie de Tanzanie, Rwanda, Soudan du Sud, Zambie et Zimbabwe.

3. Quelles sont les méthodes de circoncision masculine médicales recommandées/approuvées par le programme national (sélectionnez toutes celles qui s'appliquent)?

- Méthodes chirurgicales conventionnelles (fente dorsale, guidage par forceps, résection en manchon)
 - Méthode avec dispositif préqualifié approuvée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)
-

Préservatifs

4. Les besoins nationaux en préservatifs ont-ils été estimés?

- Oui
- Non

4.1 Si oui, quel est le nombre estimé de préservatifs nécessaires? _____

4.2 Si oui, pour quelle année l'estimation des besoins en préservatifs a-t-elle été faite? _____

4.3 Si oui, quelle méthode a été utilisée pour estimer le nombre de préservatifs nécessaires (sélectionner toutes les réponses applicables)?

- Population générale (préservatifs par homme sexuellement actif/an)
 - Historique (identique à l'année précédente + croissance de la population)
 - Orienté par le budget (basé sur ce qui peut être acheté)
 - Basé sur la demande (sur la base des taux d'utilisation des préservatifs dans le passé, par exemple en utilisant le modèle GOALS)
 - Basé sur la capacité (combien de personnes peuvent être fournies et distribuées avec la capacité actuelle)
 - Estimations issues des besoins en produits de planification familiale
 - Approche "univers total des besoins"
 - Outil d'estimation des besoins en préservatifs et des ressources nécessaires (UNFPA/ONUSIDA)
 - Autre (veuillez préciser) : _____
-

5. Y a-t-il eu des ruptures de stock de préservatifs* au cours des 12 derniers mois?

5.a Ruptures de stock nationales

- Oui
 Non

5.b Ruptures de stock locales

- Oui
 Non
-

2. 95–95–95 pour le dépistage et le traitement du VIH

- Réduire le nombre de décès annuels liés au sida à moins de 250 000 d'ici à 2025.
 - Veiller à ce que 34 millions de personnes bénéficient d'un traitement contre le VIH d'ici à 2025.
 - Atteindre les objectifs de 95–95–95 en matière de dépistage, de traitement et de suppression virale dans tous les groupes démographiques et géographiques, y compris les enfants et les adolescents vivant avec le VIH :
 - 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique.
 - 95 % des personnes qui connaissent leur séropositivité accèdent au traitement.
 - 95 % des personnes sous traitement ont une charge virale supprimée.
 - Veiller à ce que 90 % des personnes vivant avec le VIH reçoivent un traitement préventif contre la tuberculose d'ici à 2025.
 - Réduire de 80 % le nombre de décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH d'ici à 2025 (par rapport au niveau de référence de 2010).
-

Dépistage du VIH

6. Parmi les méthodes de dépistage du VIH suivantes, lesquelles sont utilisées dans votre pays (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)?

- Dépistage et conseil à l'initiative du client
 Dépistage et conseil à l'initiative du prestataire
 Dépistage des maladies indicatrices
 Dépistage prénatal de routine
 Double dépistage rapide du VIH et de la syphilis (par exemple pour les femmes enceintes, les partenaires ou toute autre population)
 Dépistage au niveau communautaire
 Dépistage par un prestataire non professionnel
 Autodépistage
 Dépistage basé sur un réseau (y compris les services aux partenaires, les contacts sociaux ou les dépistages familiaux)
 Autre (veuillez préciser) : _____
-

7. Votre pays a-t-il adapté les recommandations des directives consolidées sur les services différenciés de dépistage du VIH de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 2024 dans le cadre d'un processus national sur les directives de dépistage?

- Oui, en totalité
 Oui, partiellement
 Non
 Ne sait pas
-

-
- 8. Votre pays a-t-il fait de l'autodépistage une politique nationale (soit dans le cadre de la politique/du plan national de dépistage, soit en tant que politique autonome d'autodépistage)?**
- 8.a Autodépistage du VIH**
- Oui
- Non
- 8.a.i Si oui, la politique d'autodépistage du VIH est-elle implémentée de manière routinière dans votre pays?**
- Oui, la politique d'autodépistage du VIH est implémentée de manière routinière à l'échelle nationale
- Oui, la politique d'autodépistage du VIH est implémentée de manière routinière à l'échelle infranationale ou dans des districts sélectionnés
- Non, elle n'est implémentée nulle part
- 8.a.ii Si vous avez répondu oui à la Q8.a, votre pays a-t-il inclus l'autodépistage du VIH pour soutenir l'initiation ou la poursuite de la PrEP (soit dans le cadre de la politique ou du plan national de dépistage du VIH, soit en tant que politique autonome d'autodépistage du VIH)?**
- Oui
- Non
- 8.a.iii Si vous avez répondu oui à la Q8.a.ii, l'autodépistage du VIH pour soutenir la PrEP est-il implémenté de manière routinière dans votre pays?**
- Oui, implémentée de manière routinière à l'échelle nationale
- Oui, implémentée de manière routinière à l'échelle infranationale ou dans des districts sélectionnés
- Non, uniquement dans le cadre de projets pilotes
- Non, pas implémentée nulle part
- 8.a.iv Si vous avez répondu oui à la question 8.a, votre pays a-t-il inclus l'autodépistage du VIH pour soutenir l'initiation ou la poursuite de la prophylaxie post-exposition (soit dans le cadre de la politique ou du plan national de dépistage du VIH, soit dans le cadre d'une politique autonome d'autodépistage du VIH) ?**
- Oui
- Non
- 8.a.v Si vous avez répondu oui à la Q8.a.iv, l'autodépistage du VIH pour soutenir la prophylaxie post-exposition est-il implémenté de manière routinière dans votre pays?**
- Oui, implémentée de manière routinière à l'échelle nationale
- Oui, implémentée de manière routinière à l'échelle infranationale ou dans des districts sélectionnés
- Non, uniquement dans le cadre de projets pilotes
- Non, pas implémentée nulle part
- 8.b Autodépistage de la syphilis**
- Oui
- Non
- 8.b.i Si oui, la politique d'autodépistage de la syphilis est-elle implémentée de manière routinière dans votre pays?**
- Oui, la politique d'autodépistage de la syphilis est implémentée de manière routinière à l'échelle nationale
- Oui, la politique d'autodépistage de la syphilis est implémentée de manière routinière à l'échelle infranationale ou dans des districts sélectionnés
- Non, elle n'est implémentée nulle part
- 8.c Autodépistage de l'hépatite C**
- Oui
- Non
- 8.c.i Si oui, la politique d'autodépistage de l'hépatite C est-elle implémentée de manière routinière dans votre pays?**
- Oui, la politique d'autodépistage de l'hépatite C est implémentée de manière routinière à l'échelle nationale
- Oui, la politique d'autodépistage de l'hépatite C est implémentée de manière routinière à l'échelle infranationale ou dans des districts sélectionnés
- Non, elle n'est implémentée nulle part
- 8.d Autre autodépistage (veuillez préciser)**
- Oui
- Non
- 8.d.i Si oui, la politique d'autre autodépistage est-elle implémentée de manière routinière dans votre pays?**
- Oui, la politique d'autre autodépistage est implémentée de manière routinière à l'échelle nationale
- Oui, la politique d'autre autodépistage est implémentée de manière routinière à l'échelle infranationale ou dans des districts sélectionnés
- Non, elle n'est implémentée nulle part
-

9. Votre pays a-t-il inclus une forme de dépistage en réseau (services aux partenaires, dépistage en réseau social, dépistage familial) dans une politique nationale (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)?

- Oui, services aux partenaires
- Oui, dépistage en réseau social
- Oui, dépistage familial
- Aucune de ces réponses

9.1 Si oui, quelles sont les méthodes de dépistage basées sur le réseau qui sont utilisées (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)?

- Services de partenaires assistés par des prestataires
- Services aux partenaires passifs
- Dépistage des contacts sociaux dans les populations clés
- Dépistage des contacts sociaux dans la population générale
- Distribution secondaire de kits d'autodépistage du VIH aux partenaires ou aux contacts du réseau
- Dépistage des enfants biologiques de personnes vivant avec le VIH

10. Votre pays a-t-il adopté ou inclus dans sa politique ou son plan national les doubles tests de diagnostic rapide du VIH et de la syphilis pour les femmes enceintes et/ou les populations clés?

- Oui, uniquement pour les femmes enceintes
- Oui, uniquement pour les populations clés
- Oui, pour les femmes enceintes et les populations clés
- Non

10.1 Si oui, le double test de diagnostic rapide du VIH et de la syphilis est-il implémenté de manière routinière dans votre pays ?

10.1.a Pour les femmes enceintes:

- Oui, implémentée de manière routinière à l'échelle nationale
- Oui, implémentée de manière routinière à l'échelle infranationale ou dans des districts sélectionnés
- Non, uniquement dans le cadre de projets pilotes
- Non, pas implémentée nulle part

10.1.b Pour les populations clés:

- Oui, implémentée de manière routinière à l'échelle nationale
 - Oui, implémentée de manière routinière à l'échelle infranationale ou dans des districts sélectionnés
 - Non, uniquement dans le cadre de projets pilotes
 - Non, pas implémentée nulle part
-

-
- 11. Votre pays utilise-t-il trois tests réactifs consécutifs (stratégie/algorithme à trois tests) pour un diagnostic de séropositivité?**
- Oui
 Non
- 11.1 Si oui à la Q11, la stratégie des 3 tests est-elle implémenté de manière routinière dans votre pays?**
- Oui
 Non
- 11.2 Si non à la Q11, votre pays a-t-il prévu d'adopter une stratégie/un algorithme à trois tests pour le diagnostic de la séropositivité?**
- Oui
 No
- 11.3 Si oui à la Q11.2, veuillez indiquer l'année au cours de laquelle il est prévu d'adopter une politique nationale sur la stratégie des trois tests pour le diagnostic de la séropositivité.**
- Pas d'année prévue
 2024
 2025
 2026
 2027
 2028
- 11.4 Votre pays utilise-t-il les tests suivants dans la stratégie/l'algorithme national(e) de test standard/de routine (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)?**
- Diagnostic rapide (test d'anticorps)
 Diagnostic rapide (test anticorps/antigène)
 Immuno-essai
 Western blotting
 Test d'acide nucléique
 Test de récence
-

Thérapie antirétrovirale

- 12. Votre pays a-t-il adopté les recommandations sur l'initiation rapide de la thérapie antirétrovirale dans les 2021 directives consolidées de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la prévention, le dépistage, le traitement, la prestation de services et le suivi du VIH : recommandations pour une approche de santé publique ?**
- Oui, initiation rapide dans les 7 jours suivant le diagnostic du VIH
 Non
 Autre (veuillez préciser) : _____
- 12.1 Si votre pays a adopté une politique d'initiation rapide à la thérapie antirétrovirale, quel est l'état d'avancement de sa mise en œuvre ?**
- Mis en œuvre dans peu (< 50 %) d'établissements de prise en charge
 Mise en œuvre dans de nombreux (50-95 %) établissements de prise en charge
 Mise en œuvre dans tout le pays (> 95 % des établissements de prise en charge)
 Pas mis en œuvre
 Autre (veuillez préciser) : _____
-
- 13. Votre pays dispose-t-il d'une politique visant à proposer l'instauration d'une thérapie antirétrovirale le jour même du diagnostic du VIH, dans le cadre de la politique d'initiation rapide de la thérapie antirétrovirale?**
- Oui
 Non
- 13.1 Si oui, quel est l'état d'avancement de la mise en œuvre?**
- Mis en œuvre dans peu (< 50 %) d'établissements de prise en charge
 Mise en œuvre dans de nombreux (50-95 %) établissements de prise en charge
 Mise en œuvre dans tout le pays (> 95 % des établissements de prise en charge)
 Pas mis en œuvre
 Autre (veuillez préciser) : _____
-

14. Existe-t-il un test CD4 permettant de diagnostiquer un stade avancé de la maladie à VIH?

- Oui
 Non

14.1 Si oui, où est-il disponible (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent) ?

- Point de soins
 Laboratoire de l'établissement
 Laboratoire centralisé
 Autre (veuillez préciser): _____

14.2 Si oui, dans quel pourcentage de sites (estimé) les clients ont-ils accès au test CD4 et au renvoi des résultats?

- Dans peu (< 50 %) d'établissements
 Dans de nombreux (50-95 %) établissements
 Dans tout le pays (> 95 % d'établissements)
 Pas mis en œuvre
 Autre (veuillez préciser) : _____

14.3 Si oui, quel est le délai médian (en nombre de jours) pour que la personne reçoive le résultat du test CD4?

- Veuillez préciser : _____
 Non disponible
-

15. La thérapie antirétrovirale à l'initiative de l'infirmière est-elle autorisée dans votre pays pour l'une des populations suivantes (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)?

- Adultes, sauf femmes enceintes
 Femmes enceintes
 Adolescents (10-19 ans)
 Enfants de moins de 10 ans
 Aucune de ces réponses
-

16. Votre pays dispose-t-il d'une politique nationale encourageant la fourniture de thérapies antirétrovirales par la communauté (en dehors des établissements de santé, par exemple)?

- Oui
 Non

16.1 Si oui, où est mise en œuvre la livraison dans un cadre communautaire?

- À l'échelle nationale
 À l'échelle régionale
 Sur des sites pilotes
 Autre (veuillez préciser) : _____

16.2 Si oui, à quelles populations la thérapie antirétrovirale est-elle fournie dans le cadre communautaire de votre pays (en dehors des établissements de santé, par exemple)?

- Pour toutes les personnes sous thérapie antirétrovirale, y compris les femmes enceintes, les femmes allaitantes et les enfants
 Pour toutes les personnes sous thérapie antirétrovirale, à l'exception des femmes enceintes, des femmes allaitantes et des enfants
 Pour toutes les personnes sous thérapie antirétrovirale, y compris les femmes enceintes et allaitantes, mais à l'exclusion des enfants
 Pour toutes les personnes sous thérapie antirétrovirale, y compris les enfants, mais à l'exclusion des femmes enceintes et allaitantes
 Pour toutes les personnes dont le traitement antirétroviral est stable, conformément aux lignes directrices nationales
 Autre (veuillez préciser) : _____

16.3 Si oui, quels modèles de prestation de services différenciés votre pays utilise-t-il pour la collecte des médicaments antirétroviraux (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)?

- Modèles de groupe gérés par les travailleurs de la santé (tels que les clubs d'adhérence, les clubs d'adolescents)
 Modèles de groupe gérés par les clients (tels que les groupes communautaires d'adhérence, la livraison d'ART par les clients)
 Modèles individuels basés dans les établissements (tels que les renouvellements plurimensuels d'ARV, la collecte rapide d'ARV)
 Modèles individuels non basés dans des établissements (tels que les points de distribution de médicaments dans les communautés, les casiers à ARV, la livraison d'ARV à domicile, les cliniques mobiles)
-

17. **Votre pays a-t-il établi une politique nationale sur la fréquence des visites cliniques pour les adultes qui suivent un traitement antirétroviral?**

- Oui
 Non

17.1 **Si oui, veuillez préciser la fréquence des visites cliniques dans la politique nationale.**

- Une fois par mois
 Tous les 2 mois
 Tous les 3 mois
 Tous les 6 mois
 Tous les 12 mois

17.2 **Si oui, quel est l'état d'avancement de la mise en œuvre?**

- Mis en œuvre dans peu (< 50 %) d'établissements de prise en charge
 Mise en œuvre dans de nombreux (50-95 %) établissements de prise en charge
 Mis en œuvre dans tout le pays (> 95 % des établissements de prise en charge)
 Pas mis en œuvre Autre (veuillez préciser) : _____

18. **Votre pays a-t-il établi une politique nationale sur la fréquence à laquelle les adultes établi* sous traitement antirétroviral doivent venir chercher leurs médicaments antirétroviraux?**

- Oui
 Non

18.1 **Si oui, veuillez préciser la fréquence de collecte des médicaments antirétroviraux prévue par la politique nationale.**

- Une fois par mois
 Tous les 2 mois
 Tous les 3 mois
 Tous les 6 mois
 Tous les 12 mois
 Autre (veuillez préciser) : _____

18.2 **Si oui, quel est l'état d'avancement de la mise en œuvre?**

- Mis en œuvre dans peu (< 50 %) d'établissements de prise en charge
 Mise en œuvre dans de nombreux (50-95 %) établissements de prise en charge
 Mis en œuvre dans tout le pays (> 95 % des établissements de prise en charge)
 Pas mis en œuvre
 Autre (veuillez préciser) : _____

19. **Les critères nationaux (ou la définition) des personnes établies* sous traitement antirétroviral incluent-ils les éléments suivants définis dans les 2021 Directives consolidées de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la prévention, le dépistage, le traitement, la prestation de services et le suivi du VIH : recommandations pour une approche de santé publique (sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent)?**

- Recevoir une thérapie antirétrovirale pendant au moins 6 mois
 Pas de maladie actuelle (ne comprend pas les maladies chroniques bien contrôlées)
 Bonne compréhension de l'adhérence tout au long de la vie
 Preuve du succès du traitement (c'est-à-dire au moins un résultat de charge virale supprimée au cours des six derniers mois)
 Autre (veuillez préciser) : _____

20. **Le pays offre-t-il un soutien psychologique aux adolescents vivant avec le VIH?**

- Oui
 Non

21. **Votre pays met-il en œuvre des interventions visant à retrouver les personnes qui se sont désengagées des soins et à les aider à se réengager?**

- Oui
 Non
-

22. Veuillez indiquer les critères nationaux (ou la définition) du pays en ce qui concerne les patients perdus de vue. À titre indicatif, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit le "perdu de vue" comme un patient qui n'a pas reçu de médicaments antirétroviraux dans les 28 jours suivant son dernier rendez-vous manqué pour la collecte de médicaments.¹

23. Votre pays a-t-il adopté les recommandations du document *Lignes directrices unifiées sur la prévention, le dépistage, le traitement, les services fournis et le suivi du VIH: recommandations pour une approche de santé publique* de la OMS de 2021 proposer un ensemble d'interventions à tous les patients présentant un stade avancé de la maladie à VIH (défini par l'OMS comme un taux de CD4<200)?

- Oui, complètement adopté
- Oui, partiellement adoptée (uniquement pour des interventions et/ou des populations spécifiques, telles que les enfants, les adolescents ou les adultes) (veuillez préciser) : _____
- Non

23.1 Si oui, dans quelle mesure ces recommandations sont-elles mises en œuvre?

- Mise en œuvre dans peu (< 50 %) d'établissements de prise en charge
- Mise en œuvre dans de nombreux (50-95 %) établissements de prise en charge
- Mise en œuvre dans tout le pays (> 95 % des établissements de prise en charge)
- Pas mis en œuvre
- Autre (veuillez préciser) : _____
-

24. Lesquels des éléments suivants de l'ensemble des interventions avancées contre la maladie à VIH pour la tuberculose (TB), les infections bactériennes graves et la méningite cryptococcique recommandées dans les Lignes directrices unifiées sur la prévention, le dépistage, le traitement, les services fournis et le suivi du VIH : recommandations pour une approche de santé publique de la OMS de 2021 sont inclus dans la politique nationale sur la thérapie antirétrovirale pour les adultes, les adolescents et les enfants (sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent)?

- Test de numération des CD4 pour diagnostiquer un stade avancé du VIH
- Tests de diagnostic moléculaire pour le diagnostic de la tuberculose
- LF-LAM urinaire pour le diagnostic de la tuberculose
- Dépistage de l'antigène cryptococcique (CrAg)
- Prophylaxie à base de cotrimoxazole
- Traitement préventif de la tuberculose
- Prophylaxie empirique à base de fluconazole
- Traitement préemptif à base de fluconazole
- Initiation rapide à la thérapie antirétrovirale
- Soutien adapté à l'adhérence
- Autre (veuillez préciser) : _____
-

25. Parmi les modalités de prestation de services suivantes, lesquelles sont incluses dans la politique nationale en matière de thérapie antirétrovirale pour les adultes, les adolescents et les enfants (sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent)?

- Les prestataires de services relatifs à la tuberculose (TB) fournissent une thérapie antirétrovirale dans les cliniques TB pendant la durée du traitement de la TB
- Les prestataires de thérapies antirétrovirales fournissent un traitement antituberculeux dans les centres de thérapie antirétrovirale pendant la durée du traitement antituberculeux
- Les prestataires de services de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) fournissent une thérapie antirétrovirale dans les cliniques de SMNI
- Les prestataires de thérapies antirétrovirales dispensent des traitements antirétroviraux aux femmes enceintes
- Les prestataires de thérapies antirétrovirales administrent des thérapies antirétrovirales aux nouveau-nés, aux nourrissons et aux enfants
- Évaluation de la nutrition, conseils et soutien aux personnes souffrant de malnutrition et vivant avec le VIH
- Thérapie antirétrovirale administrée dans des établissements offrant un traitement d'entretien aux agonistes opioïdes
- Les prestataires de soins de santé primaires administrent la thérapie antirétrovirale dans le cadre des soins de santé primaires pour les adultes et les adolescents
- Les prestataires de soins de santé primaires administrent la thérapie antirétrovirale aux enfants dans les établissements de soins de santé primaires
- Stratégies de soutien psychosocial pour des soins centrés sur le patient (par exemple, groupes de soutien, conseils en matière d'observance, aide à la divulgation ou orientation vers des services psychologiques/socioéconomiques) liées aux établissements
- Soutien centré sur le patient (par exemple, conseils, conseils en matière d'observance, soutien à la divulgation ou orientation vers des services psychologiques/socioéconomiques) séparé des établissements
- Services adaptés aux populations clés
- Services de santé adaptés aux adolescents
- Thérapie antirétrovirale administrée dans la communauté dans le cadre d'un modèle de soins différenciés
- Les prestataires de traitements antirétroviraux procèdent au dépistage et à la prise en charge des maladies cardiovasculaires
- Les prestataires de thérapies antirétrovirales effectuent un dépistage et un traitement de la santé mentale
- Autre (veuillez préciser): _____
-

¹ Directives consolidées sur l'information stratégique sur le VIH centrée sur la personne: renforcer les données de routine pour l'impact. Genève: Organisation mondiale de la santé ; 2022, page 127)

26. Les patients ont-ils des frais à leur charge pour les services qu'ils reçoivent dans un établissement de santé du secteur public?

- Oui
 Non

26.1 Si oui, les montants sont-ils formellement définis ou pas?

26.1.a. Dépistage du VIH

- Formel
 Informel

26.1.b. Dispensation de la prophylaxie pré-exposition (PrEP)

- Formel
 Informel

26.1.c. Rendez-vous dans un établissement de soins primaires

- Formel
 Informel

26.1.d. Cartes de patients

- Formel
 Informel

26.1.e. Services de diagnostic (y compris le test de charge virale)

- Formel
 Informel

26.1.f. Dispensation du traitement contre le VIH

- Formel
 Informel

26.1.g. Dispensation de la prévention et du traitement des co-infections

- Formel
 Informel

26.1.h. Dispensation d'autres thérapies conjointes (par exemple : médicaments pour les maladies non transmissibles, santé sexuelle et reproductive, vaccinations)

- Formel
 Informel
-

Régimes de thérapie antirétrovirale

Adultes et adolescents

- 27. Sur la base des recommandations du document 2021 WHO Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring : recommendations for a public health approach, le TDF + 3TC (ou FTC) + DTG est-il la combinaison antirétrovirale de première choix pour le début du traitement dans les directives nationales dans les cas suivants:**
- 27.a Adultes and adolescents?**
- Oui
- Non, TDF + 3TC (ou FTC) + DTG est inclus comme régime de première ligne alternatif.
- Non
- 27.a.i. Si oui, quel est l'état d'avancement de la mise en œuvre?**
- Mis en œuvre dans peu (< 50 %) d'établissements de prise en charge
- Mise en œuvre dans de nombreux (50-95 %) établissements de prise en charge
- Mise en œuvre dans tout le pays (> 95 % des établissements de prise en charge)
- Pas mis en œuvre
- Autre (veuillez préciser) : _____
- 27.a.ii Si non, quelle(s) option(s) privilégiée(s)?**
- TDF + 3TC (or FTC) + EFV 600 mg
- TDF + 3TC + EFV 400 mg
- ABC + 3TC + DTG
- TAF + 3TC (or FTC) + DTG
- Autres régimes (veuillez préciser) : _____
- 27.a.iii Si non, est-il prévu d'adopter le TDF + 3TC (ou FTC) + DTG comme combinaison antirétrovirale de première intention préférée pour l'initiation du traitement en 2025?**
- Oui
- Non
- 27.b Femmes en âge de procréer?**
- Oui
- Non
- 27.b.i Si non, quelle(s) option(s) privilégiée(s)?**
- TDF + 3TC (or FTC) + EFV 600 mg
- TDF + 3TC + EFV 400 mg
- TAF + 3TC (or FTC) + DTG
- Autres régimes (veuillez préciser): _____
- 27.b.ii Si non, est-il prévu d'adopter le TDF + 3TC ou (FTC) + DTG comme combinaison de médicaments antirétroviraux de première intention pour l'initiation du traitement en 2025?**
- Oui
- Non
- 27.c. Femmes enceintes et/ou allaitantes?**
- Oui
- Non
- 27.c.i Si non, quelle(s) option(s) privilégiée(s)?**
- TDF + 3TC (or FTC) + EFV 600 mg
- TDF + 3TC + EFV 400 mg
- TAF + 3TC (or FTC) + DTG
- Autres régimes (veuillez préciser): _____
- 27.c.ii. Si non, est-il prévu d'adopter le TDF + 3TC ou (FTC) + DTG comme combinaison de médicaments antirétroviraux de première intention pour l'initiation du traitement en 2025?**
- Oui
- Non
-

28. **Votre pays utilise-t-il des combinaisons de thérapies antirétrovirales à dose fixe (FDC) comme traitement de première intention (sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent)?**

- Oui, combinaison à dose fixe de 3 médicaments, à prendre une fois par jour
- Oui, combinaison à dose fixe de 2 médicaments plus 1 autre médicament, à prendre une fois par jour
- Non
- Autre (veuillez préciser) : _____

29. **Un traitement à base de DTG est-il inclus dans les lignes directrices nationales en tant qu'option pour une combinaison antirétrovirale de deuxième intention pour les adultes et les adolescents vivants avec le VIH?**

- Oui, en tant qu'option privilégiée
- Oui, comme option alternative
- Non
- Autre (veuillez préciser) : _____

30. **L'atazanavir/ritonavir (ATV/r) est-il inclus dans les directives nationales en tant qu'inhibiteur de la protéase dans la combinaison antirétrovirale de deuxième intention pour les adultes et les adolescents qui vivent avec le VIH?**

- Oui, en tant qu'option privilégiée
- Oui, comme option alternative
- Non
- Autre (veuillez préciser) : _____

31. **Le lopinavir/ritonavir (LPV/r) est-il inclus dans les directives nationales en tant qu'inhibiteur de la protéase dans la combinaison antirétrovirale de deuxième intention pour les adultes et les adolescents qui vivent avec le VIH?**

- Oui, en tant qu'option privilégiée
- Oui, comme option alternative
- Non
- Autre (veuillez préciser) : _____

32. **Le darunavir/ritonavir (DRV/r) est-il inclus dans les directives nationales en tant qu'inhibiteur de la protéase dans la combinaison antirétrovirale de deuxième intention pour les adultes et les adolescents qui vivent avec le VIH?**

- Oui, en tant qu'option privilégiée
 - Oui, comme option alternative
 - Non
 - Autre (veuillez préciser) : _____
-

Les enfants

33. Les régimes DTG constituent-ils l'option préférée d'initiation du traitement dans les directives nationales pour tous les nourrissons et enfants qui vivent avec le VIH?

- Oui, pour tous les enfants âgés de plus de 4 semaines et pesant plus de 3 kg
- Oui, mais seulement pour les enfants pesant plus de 20 kg
- Non
- Autre (veuillez préciser) : _____

33.1 Si le DTG n'est pas l'option thérapeutique préférée pour les nourrissons et les enfants âgés de plus de 4 semaines et pesant plus de 3 kg, les régimes à base de LPV/r sont-ils l'option thérapeutique préférée?

- Oui, pour tous
- Non, mais seulement pour les enfants pesant moins de 20 kg
- Non

34. Quelle est l'épine dorsale NRTI* recommandée dans les lignes directrices nationales pour l'initiation du traitement chez les enfants?

- TDF + 3TC (or FTC)
- AZT + 3TC (or FTC)
- ABC + 3TC (or FTC)
- Autre (veuillez préciser): _____

35. Le DTG est-il recommandé en tant qu'option de deuxième intention pour les enfants qui ne répondent pas aux traitements à base de NNRTI*?

- Oui, pour tous les enfants âgés de plus de 4 semaines
- Oui, pour les enfants pesant plus de 20 kg
- Non
- Autre (veuillez préciser) : _____

36. Le DTG est-il recommandé en tant qu'option de deuxième intention pour les enfants qui ne répondent pas aux traitements à base d'inhibiteurs de protéase?

- Oui, pour tous les enfants âgés de plus de 4 semaines et pesant plus de 3 kg
- Oui, mais seulement pour les enfants pesant plus de 20 kg
- Non
- Autre (veuillez préciser): _____

37. Quelle est l'option de deuxième intention recommandée pour les enfants qui ne répondent pas aux régimes à base de DTG?

- LPV/r
- ATV/r
- Autre (veuillez préciser): _____

38. Un traitement à base de darunavir/ritonavir (DRV/r) est-il inclus dans les directives nationales en tant qu'option pour la thérapie antirétrovirale des enfants vivants avec le VIH?

- Oui, en tant qu'option de deuxième intention privilégiée
- Oui, en tant qu'option alternative de deuxième intention
- Oui, uniquement comme option de troisième intention
- Non recommandé
- Autre (veuillez préciser) : _____

39. L'une des activités suivantes de développement de la petite enfance est-elle intégrée dans les programmes de lutte contre le VIH (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)?

- Des soins adaptés
- Promouvoir l'apprentissage précoce
- Intégrer les interventions en matière de soins et de nutrition
- Soutenir la santé mentale de la mère
- Aucune de ces réponses

Charge virale

40. Veuillez préciser le seuil mesuré à partir duquel la charge virale chez un individu est considérée comme supprimée² selon les directives nationales relatives au traitement:

- ≤1000 copies/ml
 - ≤400 copies/ml
 - ≤200 copies/ml
 - ≤50 copies/ml
 - Non détecté par le test ou le type d'échantillon utilisé
 - Autre (veuillez préciser) _____
-

41. Votre pays dispose-t-il d'une politique nationale en matière de tests de charge virale de routine* pour le suivi de la thérapie antirétrovirale?

41.a Adultes et adolescents

- Oui
- Non

41.a.i Si oui, dans quelle mesure cette recommandation est-elle mise en œuvre?

- Mis en œuvre dans peu (< 50 %) d'établissements de prise en charge
- Mis en œuvre dans de nombreux (50-95 %) établissements de prise en charge
- Mis en œuvre dans tout le pays (> 95 % des établissements de prise en charge)
- Pas mis en œuvre
- Autre (veuillez préciser) : _____

41.b. Pour les enfants

- Oui
- Non

41.b.i Si oui, dans quelle mesure cette recommandation est-elle mise en œuvre?

- Mis en œuvre dans peu (< 50 %) d'établissements de prise en charge
 - Mis en œuvre dans de nombreux (50-95 %) établissements de prise en charge
 - Mis en œuvre dans tout le pays (> 95 % des établissements de prise en charge)
 - Pas mis en œuvre
 - Autre (veuillez préciser) : _____
-

42. Votre pays dispose-t-il d'une politique nationale actuelle sur le test de charge virale au point de service?

- Oui
- Non

42.1 Si oui, dans quelle mesure cette recommandation est-elle mise en œuvre?

- Mis en œuvre dans peu (< 50 %) d'établissements de prise en charge
 - Mis en œuvre dans de nombreux (50-95 %) établissements de prise en charge
 - Mis en œuvre dans tout le pays (> 95 % des établissements de prise en charge)
 - Pas mis en œuvre
 - Autre (veuillez préciser): _____
-

43. D'après votre politique nationale, les échantillons de sang séché sont-ils recommandés pour les tests de la charge virale?

- Oui
- Non
- Autre (veuillez préciser): _____

43.1 Si oui, dans quelle mesure cette recommandation est-elle mise en œuvre?

- Entièrement
 - Partiellement
 - Pas mis en œuvre
-

² The viral suppression threshold for may differ from the threshold to determine treatment failure.

Pharmacorésistance du VIH et suivi de la toxicité

44. Votre pays dispose-t-il d'un plan national de suivi de la résistance du VIH aux médicaments?

- Oui
 Non

44.1 Si oui, veuillez préciser les années couvertes par le plan: _____

45. Au cours des trois dernières années, votre pays a-t-il mis en place une surveillance de la pharmacorésistance du VIH (HIVDR) conformément à l'un des protocoles de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) suivants?

45.a Enquêtes sur la résistance aux médicaments avant traitement (PDR)³

- Oui
 Non, mais il est prévu de mettre en œuvre l'enquête PDR cette année
 Non, et il n'est pas prévu de mettre en œuvre l'enquête PDR cette année

45.a.i. Si oui, veuillez préciser l'année de début de la dernière enquête PDR: _____

45.b Enquête sur la pharmacorésistance chez les personnes exposées à la prophylaxie pré-exposition (PrEP) diagnostiquées avec infection par le VIH

- Oui
 Non, mais il est prévu de mettre en œuvre l'enquête cette année
 Non, et il n'est pas prévu de mettre en œuvre l'enquête cette année

45.b.i. Si oui, veuillez préciser l'année où la dernière enquête a commencé: _____

45.c Enquêtes sur la pharmacorésistance acquise chez les adultes⁴

- Oui
 Non, mais il est prévu de mettre en œuvre l'enquête cette année
 Non, et il n'est pas prévu de mettre en œuvre l'enquête cette année

45.c.i. Si oui, veuillez préciser l'année où la dernière enquête a commencé: _____

45.d Enquêtes sur la résistance acquise aux médicaments chez les enfants

- Oui
 Non, mais il est prévu de mettre en œuvre l'enquête cette année
 Non, et il n'est pas prévu de mettre en œuvre l'enquête cette année

45.d.i. Si oui, veuillez préciser l'année où la dernière enquête a commencé: _____

45.e Pharmacorésistance du VIH chez les nourrissons (<18 mois) grâce au diagnostic précoce chez le nourrisson⁵

- Oui
 Non, mais il est prévu de mettre en œuvre l'enquête cette année
 Non, et il n'est pas prévu de mettre en œuvre l'enquête cette année

45.e.i. Si oui, veuillez préciser l'année où la dernière enquête sur les nourrissons a commencé: _____

45.f Enquête ou suivi de routine des performances des cliniques à l'aide d'indicateurs d'alerte précoce pour la pharmacorésistance du VIH

- Oui
 Non

45.f.i. Si oui, veuillez préciser:

- Année du dernier suivi : _____
 Nombre de cliniques suivies: _____

45.g Les indicateurs d'alerte précoce pour la pharmacorésistance du VIH ont été recueillis via:

- Enquête sur les indicateurs d'alerte précoce dans un échantillon de cliniques
 Systèmes de suivi de routine des patients
-

³ For more details, please see: Surveillance of HIV drug resistance in adults initiating antiretroviral therapy. Geneva: WHO; 2014 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241507196>).

⁴ For more details, please see: Surveillance of HIV drug resistance in adults receiving ART. Geneva: WHO; 2014 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241507073>).

⁵ For more details, please see: HIV drug resistance. In: World Health Organization: Global HIV Programme: Treatment & Care [website]. Geneva: WHO; 2018 (<https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/treatment/hiv-drug-resistance>).

46. Votre pays dispose-t-il d'une politique nationale en matière de dépistage de la résistance aux médicaments du VIH pour les patients en échec de traitement antirétroviral en vue d'une prise en charge clinique?

- Oui
 Non

46.1 Si oui, lesquels des groupes suivants sont pris en compte dans la politique (sélectionnez tous les groupes concernés)?

- Adultes en échec d'un traitement antirétroviral de première intention à base de DTG
 Enfants en échec d'un traitement antirétroviral de première intention à base de DTG
 Adultes en échec d'un traitement antirétroviral de deuxième intention à base de DTG
 Enfants en échec d'un traitement antirétroviral de deuxième intention à base de DTG
 Adultes en échec d'un traitement antirétroviral de deuxième intention à base d'inhibiteurs de protéase
 Enfants en échec d'un traitement antirétroviral de deuxième intention à base d'inhibiteurs de protéase
 Patients en échec d'un traitement antirétroviral de troisième intention
 Autre (veuillez préciser) : _____

47. Votre pays dispose-t-il d'une politique nationale en matière de dépistage de la résistance aux médicaments contre le VIH pour les patients qui commencent une thérapie antirétrovirale?

- Oui
 Non

47.1 Si oui, lesquels des groupes suivants sont pris en compte dans la politique (sélectionnez tous ceux qui s'appliquent)?

- Tous les adultes commençant un traitement antirétroviral de première intention à base de DTG
 Personnes ayant des antécédents de PrEP à base de ténofovir pour la prévention du VIH Personnes ayant déjà bénéficié d'une PrEP à base de cabotégavir pour la prévention du VIH
 Nourrissons et enfants commençant un traitement antirétroviral de première intention
 Femmes enceintes commençant une thérapie antirétrovirale de première intention
 Autre (veuillez préciser) : _____

48. À l'exclusion des approches de pharmacovigilance passive, votre pays déploie-t-il un effort systématique continu pour suivre la toxicité des médicaments antirétroviraux dans le pays?

- Oui
 Non

48.1 Si oui, quelles sont les approches utilisées (sélectionnez toutes celles qui s'appliquent)?

- Suivi de routine de la toxicité dans le cadre du système national de suivi et d'évaluation
 Suivi/surveillance active de la toxicité au sein de cohortes d'adultes
 Suivi/surveillance active de la toxicité au sein des cohortes d'adolescents et d'enfants
 Registre des grossesses et surveillance des malformations congénitales

49. Des méthodes de suivi de la toxicité ont-elles été mises en place pour suivre les réactions adverses à l'utilisation des DTG?

- Oui
 Non

49.1 Si oui, quelles sont les approches utilisées (sélectionnez toutes celles qui s'appliquent)?

- Suivi de routine de la toxicité dans le cadre du système national de suivi et d'évaluation
 Suivi/surveillance active de la toxicité au sein de cohortes d'adultes
 Suivi/surveillance active de la toxicité au sein des cohortes d'adolescents et d'enfants
 Registre des grossesses et surveillance des malformations congénitales

49.2 Si oui, le personnel de santé a-t-il été formé à la gestion, à la saisie et à la notification des effets indésirables liés au DTG?

- Oui
 Non
-

Adhérence et rétention

50. **Votre pays dispose-t-il de politiques et/ou de stratégies nationales sur l'aide à l'adhérence (au niveau de la communauté et de l'établissement)?**

- Oui
 - Non
-

51. **L'un des services d'accompagnement pour l'adhérence des traitements suivants est-il mis en œuvre dans votre pays (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)?**

- Conseillers pairs
 - Messages textuels
 - Utilisation de dispositifs de rappel
 - Appels de suivi/visites à domicile pour la réintégration des patients
 - Amélioration des conseils en matière d'observance
 - Orientation vers un soutien psychologique/socioéconomique
 - Thérapie cognitivo-comportementale
 - Formation aux compétences comportementales/à l'observance des médicaments
 - Combinaisons à dose fixe et régimes à dose unique quotidienne
 - Gestion des dossiers
 - Navigation par les pairs
 - Autre (veuillez préciser) : _____
-

52. **Votre pays dispose-t-il de politiques et/ou de stratégies nationales sur la rétention de la thérapie antirétrovirale?**

- Oui
 - Non
-

53. **L'un des services d'aide à la rétention suivants est-il mis en œuvre dans votre pays (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent) ?**

- Interventions communautaires
 - Clubs d'adhérence et soutien par les pairs
 - Autre (veuillez préciser) : _____
-

54. **Dans votre pays, les personnes vivant avec le VIH ont-elles accès à des programmes d'information sur les traitements, notamment sur les effets secondaires, la résistance aux médicaments, etc.?**

- Oui
 - Non
-

55. Les outils de dépistage suivants sont-ils recommandés pour les personnes vivant avec le VIH dans les directives nationales relatives à la tuberculose (TB) et/ou au VIH (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)?

- Dépistage de quatre symptômes recommandé par l'Organisation mondiale de la santé pour les adultes et les adolescents (>10 ans)
- Protéine C-réactive (CRP) pour les adultes et les adolescents (>10 ans)
- Radiographie pulmonaire pour les adultes et les adolescents (>10 ans)
- Tests moléculaires de diagnostic rapide de la tuberculose approuvés par l'Organisation mondiale de la santé (mWRD) pour les adultes et les adolescents (>10 ans)
- Dépistage des symptômes, notamment toux, fièvre, faible prise de poids ou contact étroit avec un patient tuberculeux pour les enfants de moins de 10 ans
- Aucune de ces réponses

56. Votre pays a-t-il adopté la mise à jour 2019 de la politique de l'OMS sur l'utilisation du dosage du lipoarabinomannane urinaire à flux latéral (LF-LAM) pour le diagnostic et le dépistage de la tuberculose active chez les personnes vivant avec le VIH (sélectionnez tous les groupes d'âge qui s'appliquent)?

- Oui, pour les adultes et les adolescents (>10 ans)
- Oui, pour les enfants ()
- Non

57. Parmi les régimes suivants, lesquels sont recommandés dans les directives nationales pour le traitement préventif de la tuberculose (TB)?**57.a Adultes et adolescents vivant avec le VIH (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)**

- 6 mois de monothérapie quotidienne à l'isoniazide (6H)
- 9 mois de monothérapie quotidienne à l'isoniazide (9H)
- 4 mois de rifampicine quotidienne (4R)
- 3 mois de rifapentine et d'isoniazide quotidienne (3HP)
- 3 mois de rifampicine et d'isoniazide quotidienne (3RH)
- 1 mois de rifapentine et d'isoniazide quotidienne (1HP)
- 6 mois de monothérapie quotidienne par lévofloxacine (6Lfx)
- Autre (veuillez préciser) : _____
- Aucun des régimes de traitement préventif de la tuberculose recommandés par l'Organisation mondiale de la santé n'est recommandé dans les directives nationales pour les adultes et les adolescents

57.a.i Si plusieurs régimes sont recommandés, quel est le régime préféré?

- 6 mois de monothérapie quotidienne à l'isoniazide (6H)
- 9 mois de monothérapie quotidienne à l'isoniazide (9H)
- 4 mois de rifampicine quotidienne (4R)
- 3 mois de rifapentine et d'isoniazide quotidienne (3HP)
- 3 mois de rifampicine et d'isoniazide quotidienne (3RH)
- 1 mois de rifapentine et d'isoniazide quotidienne (1HP)
- 6 mois de monothérapie quotidienne par lévofloxacine (6Lfx)
- Autre (veuillez préciser) : _____

57.b Enfants vivant avec le VIH (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)

- 6 mois de monothérapie quotidienne à l'isoniazide (6H)
- 9 mois de monothérapie quotidienne à l'isoniazide (9H)
- 4 mois de rifampicine quotidienne (4R)
- 3 mois de rifapentine et d'isoniazide quotidienne (3HP)
- 3 mois de rifampicine et d'isoniazide quotidienne (3RH)
- 6 mois de monothérapie quotidienne par lévofloxacine (6Lfx)
- Autre (veuillez préciser) : _____
- Le traitement préventif de la tuberculose n'est pas recommandé dans les lignes directrices nationales pour les enfants

57.b.i Si plusieurs régimes sont recommandés, quel est le régime préféré?

- 6 mois de monothérapie quotidienne à l'isoniazide (6H)
 - 9 mois de monothérapie quotidienne à l'isoniazide (9H)
 - 4 mois de rifampicine quotidienne (4R)
 - 3 mois de rifapentine et d'isoniazide quotidienne (3HP)
 - 3 mois de rifampicine et d'isoniazide quotidienne (3RH)
 - 6 mois de monothérapie quotidienne par lévofloxacine (6Lfx)
 - Autre (veuillez préciser) : _____
-

58. Les directives nationales exigent-elles les éléments suivants avant d'instaurer un traitement préventif contre la tuberculose (TB) chez les personnes vivant avec le VIH?

58.a Tests cutanés ou test de libération de l'interféron-gamma (IGRA)

- Oui, pour tous
- Non
- Seulement si disponible

58.b Rayons X

- Oui, pour tous
 - Non
 - Seulement si disponible
-

59. Au cours de la dernière période de rapport, y a-t-il eu une rupture de stock* de l'un des produits suivants?

59.a Isoniazid

- Oui, au niveau national
- Oui, au niveau local
- Non

59.b Vitamine B6

- Oui, au niveau national
- Oui, au niveau local
- Non

59.c Rifapentine (y compris les combinaisons à dose fixe avec l'isoniazide)

- Oui, au niveau national
 - Oui, au niveau local
 - Non
-

60. Quelle est la situation de l'intégration des services de VIH et de tuberculose (TB) suivants?

60.a Les diagnostics moléculaires rapides recommandés par l'Organisation mondiale de la santé (par exemple Xpert MTB/RIF) sont installés au même endroit:

- Dans peu d'établissements de santé (95% des établissements de santé offrant des services de dépistage du VIH et des soins)
- Dans de nombreux établissements de santé (50-95%) offrant des services de dépistage et de soins du VIH
- Dans tout le pays (>95% des établissements de santé offrant des services de dépistage du VIH et des soins)
- Non intégré dans la pratique Autre (veuillez préciser) : _____
- Autre (veuillez préciser) : _____

60.b Les personnes vivant avec le VIH et atteintes de tuberculose ont reçu des médicaments antirétroviraux au même endroit que leur traitement antituberculeux:

- Dans quelques établissements de santé (95% des établissements de santé)
- Dans de nombreux établissements de santé (50-95%)
- Dans tout le pays (>95% des établissements de santé)
- Non intégré dans la pratique
- Autre (veuillez préciser) : _____

60.c La thérapie antirétrovirale est initiée par le même agent de santé que celui qui fournit le traitement antituberculeux aux personnes vivant avec le VIH et atteintes de tuberculose:

- Dans quelques établissements de santé (95% des établissements de santé)
- Dans de nombreux établissements de santé (50-95%)
- Dans tout le pays (>95% des établissements de santé)
- Non intégré dans la pratique
- Autre (veuillez préciser) : _____

60.d La thérapie antirétrovirale et le traitement de la tuberculose (TB) pour les personnes vivant avec le VIH et souffrant de TB sont suivis par un seul agent de santé:

- Dans quelques établissements de santé (95% des établissements de santé)
 - Dans de nombreux établissements de santé (50-95%)
 - Dans tout le pays (>95% des établissements de santé)
 - Non intégré dans la pratique
 - Autre (veuillez préciser) : _____
-

3. Mettre fin au sida pédiatrique et éliminer la transmission verticale

- Veiller à ce que 75 % de tous les enfants vivant avec le VIH aient une charge virale supprimée d'ici 2023 et 86 % d'ici 2025, conformément aux objectifs 95-95-95 en matière de traitement du VIH.
- Veiller à ce que 95 % des femmes enceintes aient accès au dépistage du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et d'autres infections sexuellement transmissibles d'ici à 2025.
- Veiller à ce que 95 % des femmes enceintes et allaitantes dans les régions où la charge de morbidité est élevée aient accès à un nouveau test de dépistage en fin de grossesse et pendant la période post-partum d'ici à 2025.
- Veiller à ce que toutes les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH reçoivent une thérapie antirétrovirale à vie et que 95 % d'entre elles atteignent et maintiennent une suppression virale avant l'accouchement et pendant l'allaitement d'ici à 2025.
- Veiller à ce que toutes les femmes enceintes et allaitantes séronégatives dans les régions où la charge de morbidité est élevée – ou celles qui ont des partenaires masculins exposés à un risque élevé de VIH dans toutes les régions – aient accès à une prévention combinée, y compris à une prophylaxie préexposition (PREP), et que 90 % de leurs partenaires masculins vivant avec le VIH bénéficient d'un traitement antirétroviral continu.
- Veiller à ce que 95 % des enfants exposés au VIH soient testés avant l'âge de deux mois et après l'arrêt de l'allaitement.

Prévention de la transmission verticale du VIH

61. Votre pays a-t-il établi une politique de retest des femmes séronégatives pendant la grossesse, l'accouchement et/ou la période postpartum/allaitement?

- Oui
 Non

61.1 Si oui, quand le nouveau test est-il effectué?

61.1.a Pendant la grossesse

- Oui
 Non

61.1.a.i Si oui, quel est le mois de la grossesse: _____

61.1.b À l'accouchement

- Oui
 Non

61.1.c Post-partum/allaitement

- Oui
 Non

61.1.c.i Si oui, combien de temps après l'accouchement (en mois): _____

62. Votre pays dispose-t-il d'un plan national pour l'élimination de la transmission verticale du VIH:

- Oui
 Non

62.1 Si oui, veuillez préciser:

62.1.a Objectif(s) pour le taux de transmission verticale (%): _____

62.1.b Année: _____

62.1.c Objectif(s) d'élimination (tel que le nombre de cas/100 000 habitants): _____

62.1.d Année: _____

63. Votre pays met-il en œuvre une politique de traitement de toutes les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH?

- Oui
 Non
-

64. Quel est le régime actuellement recommandé au niveau national pour les nourrissons exposés au VIH afin de prévenir la transmission verticale du VIH?

- Veuillez préciser le régime de prophylaxie pour les nourrissons: _____
- Durée recommandée du régime: _____

64.a Des régimes différents sont-ils recommandés pour les nourrissons à haut risque?

- Oui
- Non

64.a.i Si oui, veuillez préciser les régimes: _____

64.a.ii Quelle est la définition du "nourrisson à haut risque" dans la politique nationale (sélectionnez toutes les réponses qui s'applique)?

- Nées de femmes avec infection par le VIH établie qui ont reçu moins de 4 semaines de thérapie antirétrovirale au moment de l'accouchement
- Nées de femmes avec infection par le VIH établie dont la charge virale est >1000 copies/ml dans les 4 semaines précédant l'accouchement (si la charge virale est disponible)
- Nées de femmes avec une infection par le VIH incidente au cours de la grossesse ou de l'allaitement
- Nées de femmes identifiées pour la première fois pendant la période post-partum, avec ou sans test VIH négatif pendant la période prénatale
- Autre (veuillez préciser): _____

65. Votre pays dispose-t-il d'une recommandation nationale sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants exposés au VIH?

- Oui, l'allaitement
- Oui, alimentation de remplacement
- Oui, les deux sont recommandés, mais ils sont laissés au choix de chacun ou à des réglages différents
- Non

65.1 Si l'allaitement est recommandé pour les femmes vivants avec le VIH et les nourrissons exposés au VIH, la durée recommandée est-elle précisée?

- Oui (veuillez préciser la durée en mois) : _____
- Non

66. Dans votre pays, le soutien alimentaire et nutritionnel est-il intégré dans les programmes de prévention de la transmission verticale?

- Mise en œuvre dans quelques sites de santé maternelle et infantile (<50%)
- Mise en œuvre dans de nombreux sites de santé maternelle et infantile (50-95%)
- Mise en œuvre dans quelques sites de santé maternelle et infantile (>95% des sites de santé maternelle et infantile)
- Non mis en œuvre dans la pratique
- Autre (veuillez préciser) : _____

67. Votre pays dispose-t-il d'une stratégie nationale sur les interventions à l'accouchement pour les femmes vivant avec le VIH qui n'ont pas encore été testées pour le VIH?

- Oui, entièrement mise en œuvre
- Oui, partiellement mise en œuvre
- Oui, mais pas mis en œuvre
- Non

68. Votre pays dispose-t-il d'une politique sur le dépistage de la charge virale chez les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et/ou la période post-partum/allaitement?

- Oui
- Non

68.1 Si oui, quand le test de charge virale est-il effectué?

68.1.a Pendant la grossesse

- Oui
- Non

68.1.a.i Si oui, quel est le mois de la grossesse: _____

68.1.b À l'accouchement

- Oui
- Non
-

68.1.c Post-partum/allaitement

- Oui
 Non

68.1.c.i Si oui, combien de temps après l'accouchement (en mois): _____

Élimination de la transmission verticale de la syphilis

69. Votre pays dispose-t-il d'un plan national pour l'élimination de la transmission verticale de la syphilis?

- Oui, intégré au VIH ou à d'autres initiatives d'élimination
 Oui, de manière autonome (non intégrée au VIH ou à d'autres initiatives d'élimination)
 Pas de plan nationa

69.1 Si oui, quand le plan national a-t-il été mis à jour pour la dernière fois?

- 2020 ou avant
 2021
 2022
 2023
 2024
-

70. Votre pays dispose-t-il d'une politique nationale de dépistage systématique de la syphilis chez les femmes enceintes?

- Oui
 Non

70.1 Si oui, quel est l'algorithme national pour le dépistage de routine de la syphilis chez les femmes enceintes?

- Test tréponémique rapide uniquement (syphilis uniquement ou double test VIH/syphilis)
 Test tréponémique en laboratoire uniquement (par exemple, test d'hémagglutination de *Treponema pallidum* [TPHA], test d'agglutination de particules de *T. pallidum* [TPPA] ou test immuno-enzymatique).
 Test non tréponémique uniquement (par exemple, laboratoire de recherche sur les maladies vénériennes [VDRL] ou réacine plasmatique rapide [RPR])
 Test tréponémique rapide suivi d'un test non tréponémique
 Test tréponémique en laboratoire suivi d'un test non tréponémique
 Test non tréponémique suivi d'un test tréponémique
 Autre (veuillez préciser) : _____
-

71. Votre pays dispose-t-il de directives nationales pour le traitement des femmes enceintes atteintes de syphilis?

- Oui
 Non
-

72. Votre pays dispose-t-il d'une politique nationale sur le suivi clinique des nourrissons nés de mères positives à la syphilis?

- Oui
 Non
-

73. La syphilis congénitale est-elle une maladie à déclaration obligatoire?

- Oui
 Non
-

74. La définition nationale de la syphilis congénitale inclut-elle les enfants mort-nés?

- Oui
 Non
-

Prévention de la transmission verticale du virus de l'hépatite B

75. **Votre pays dispose-t-il d'un plan national pour l'élimination de la transmission verticale du virus de l'hépatite B?**

- Oui
 Non
-

76. **Votre pays dispose-t-il d'une politique de dépistage du virus de l'hépatite B chez les femmes enceintes?**

- Oui
 Non
-

76.1 **Si oui, quel est l'état d'avancement de la mise en œuvre?**

- Mise en œuvre dans quelques cliniques de soins prénatals (<50%)
 Mise en œuvre dans de nombreuses cliniques de soins prénatals (50-95%)
 Mise en œuvre dans l'ensemble du pays (>95%) dans les cliniques de soins prénatals
 Non mis en œuvre dans la pratique
 Autre (veuillez préciser): _____
-

76.2 **Si oui, toutes les femmes enceintes positives à l'Ag HBs ont-elles accès au test de l'Ag HBe ou de l'ADN du VHB?**

- Oui
 Non
-

77. **Autre pays dispose-t-il d'une recommandation nationale sur le dépistage de l'hépatite B chez les nourrissons exposés au VHB?**

- Oui
 Non
-

77.1 **Si oui, veuillez préciser l'âge (en mois) auquel les nourrissons exposés au VHB sont testés pour le VHB: _____**

78. **Votre pays dispose-t-il d'une politique de vaccination universelle et opportune de tous les nouveau-nés contre l'hépatite B (dans les 24 heures suivant la naissance)?**

- Oui
 Non
-

78.1 **Si la réponse est non, votre pays dispose-t-il d'une politique de vaccination ciblée et opportune contre l'hépatite B à la naissance pour tous les nouveau-nés exposés au VHB (dans les 24 heures suivant la naissance)?**

- Oui
 Non
-

Diagnostic du nourrisson

79. **Vos directives nationales recommandent-elles que les nourrissons exposés au VIH soient testés pour le VIH comme suit (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)?**

- Test d'acide nucléique à la naissance
 Test d'acide nucléique à 6 semaines
 Test d'acide nucléique à 9 mois
 Test de détection d'anticorps à 18 mois
 Test de détection des anticorps 3 mois après l'arrêt de l'allaitement maternel
 Autre (veuillez préciser) : _____
-

80. **Outre les structures de prévention de la transmission verticale, certains des sites suivants de votre pays pratiquent-ils le dépistage du VIH chez les enfants (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent) ?**

- Services d'hospitalisation pédiatrique
 Centres de nutrition
 Cliniques de vaccination
 Cliniques ambulatoires
 Cliniques de tuberculose (TB)
 Autre (veuillez préciser) : _____
-

81. Votre pays dispose-t-il d'une politique ou d'une recommandation concernant les tests de diagnostic au point de soins pour les nourrissons?

- Oui
 Non

81.1 Si oui, quel est l'état d'avancement de la mise en œuvre?

- Mise en œuvre dans quelques sites (<50%)
 Mise en œuvre dans de nombreux sites (50-95%)
 Mise en œuvre dans tout le pays (> 95 % des sites)
 Non mis en œuvre dans la pratique
 Autre (veuillez préciser) : _____
-

Thérapie antirétrovirale chez l'enfant

82. Votre pays dispose-t-il d'une politique nationale sur la fréquence des visites cliniques pour les enfants qui sont établis* sous thérapie antirétrovirale?

- Oui
 Non

82.1 Si oui, veuillez préciser la fréquence des visites cliniques dans la politique nationale:

- Une fois par mois
 Tous les 2 mois
 Tous les 3 mois
 Tous les 6 mois
 Tous les 12 mois
 Autre (veuillez préciser) : _____

82.2 Si oui, quel est l'état d'avancement de la mise en œuvre?

- Mise en œuvre dans quelques sites (<50%)
 Mise en œuvre dans de nombreux sites (50-95%)
 Mise en œuvre dans tout le pays (> 95 % des sites)
 Non mis en œuvre dans la pratique
 Autre (veuillez préciser) : _____
-

83. Votre pays dispose-t-il d'une politique nationale sur la fréquence à laquelle les enfants établis* sous thérapie antirétrovirale doivent venir chercher leurs médicaments antirétroviraux?

- Oui
 Non

83.1 Si oui, veuillez préciser la fréquence de collecte des médicaments antirétroviraux prévue par la politique nationale:

- Une fois par mois
 Tous les 2 mois
 Tous les 3 mois
 Tous les 6 mois
 Tous les 12 mois
 Autre (veuillez préciser) : _____

83.2 Si oui, quel est l'état d'avancement de la mise en œuvre?

- Mise en œuvre dans quelques sites (<50%)
 Mise en œuvre dans de nombreux sites (50-95%)
 Mise en œuvre dans tout le pays (> 95 % des sites)
 Non mis en œuvre dans la pratique
 Autre (veuillez préciser) : _____
-

84. Les cohortes d'enfants recevant une thérapie antirétrovirale font-elles l'objet d'un suivi (c'est-à-dire que l'on s'assure que ces enfants sont en vie et reçoivent une thérapie antirétrovirale) dans les registres nationaux à des intervalles de six mois et de douze mois?

- Oui
 Non
-

85. ans votre pays, quand un enfant qui a commencé un traitement antirétroviral est-il considéré comme perdu de vue?

- N'a pas été vu pour des soins liés au VIH ou pour un retrait en pharmacie depuis 1 mois
- N'a pas été vu pour des soins liés au VIH ou pour un retrait de médicaments depuis 2 mois
- N'a pas été vu pour des soins liés au VIH ou pour un retrait en pharmacie depuis 3 mois
- N'a pas été vu pour des soins liés au VIH ou pour un retrait en pharmacie depuis 6 mois

86. Votre pays dispose-t-il d'une stratégie ou d'un plan pour s'assurer que les adolescents nés avec le VIH ne sont pas perdus de vue lorsqu'ils passent aux soins pour adultes?

- Oui
- Non

87. Dans votre pays, les programmes de suivi de la croissance et de nutrition des enfants sont-ils intégrés au dépistage et au traitement du VIH?

- Mise en œuvre dans quelques sites de traitement (<50%)
 - Mise en œuvre dans de nombreux sites de traitement (50-95%)
 - Mise en œuvre dans tout le pays (>95% des sites de traitement)
 - Non mis en œuvre dans la pratique
 - Autre (veuillez préciser): _____
-

4. L'égalité des genres et l'autonomisation des femmes et des filles

- Réduire à 10 % au maximum le nombre de femmes, de filles et de personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection et affectées par le virus, qui sont victimes d'inégalités fondées sur le genre et de violences sexuelles et sexistes.
- Veiller à ce que 95 % des femmes et des filles en âge de procréer voient leurs besoins en matière de VIH et de soins de santé sexuelle et génésique satisfaits, notamment en ce qui concerne les soins prénatals et maternels, l'information et les conseils.

La violence

88. **otre pays dispose-t-il d'au moins un point de prestation de services qui fournit des éléments de soins post-viol complets conformément aux lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ? Ces éléments sont les suivants (1) soutien de première ligne, premiers soins psychologiques et soutien psychosocial ; (2) contraception d'urgence ; (3) prophylaxie ou traitement des infections sexuellement transmissibles ; (4) prophylaxie post-exposition au VIH (PEP) ; et (5) avortement médicalisé dans toute la mesure permise par la loi.**

- Oui, il fournit les 5 éléments
- Oui, fournit 4 éléments sur 5
- Oui, fournit 1 à 3 éléments
- Aucun point de prestation de services ne fournit l'un ou l'autre de ces éléments

88.1 **Si oui, quelle est la proportion d'établissements de santé qui fournissent chacun des éléments suivants de soins post-viol complets, conformément aux lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé (OMS):**

88.1.a **First-line support, psychological first aid and psychosocial support**

- <50% des établissements de santé
- 50-80% des établissements de santé
- >80% des établissements de santé
- Non fourni dans aucun établissement de santé
- Ne sait pas

88.1.b **Contraception d'urgence**

- <50% des établissements de santé
- 50-80% des établissements de santé
- >80% des établissements de santé
- Non fourni dans aucun établissement de santé
- Ne sait pas

88.1.c **Traitement ou prophylaxie des infections sexuellement transmissibles**

- <50% des établissements de santé
- 50-80% des établissements de santé
- >80% des établissements de santé
- Non fourni dans aucun établissement de santé
- Ne sait pas

88.1.d **Prophylaxie post-exposition au VIH (PEP)**

- <50% des établissements de santé
- 50-80% des établissements de santé
- >80% des établissements de santé
- Non fourni dans aucun établissement de santé
- Ne sait pas

88.1.e **Avortement sûr dans toute la mesure permise par la loi**

- <50% des établissements de santé
 - 50-80% des établissements de santé
 - >80% des établissements de santé
 - Non fourni dans aucun établissement de santé
 - Ne sait pas
-

5. Leadership communautaire

- Veiller à ce que les organisations dirigées par la communauté fournissent 30 % des services de dépistage et de traitement d'ici 2025, en mettant l'accent sur le dépistage du VIH, le lien avec le traitement, le soutien à l'observance et à la rétention, et la connaissance du traitement.
- Veiller à ce que les organisations communautaires fournissent 80 % des services de prévention du VIH aux populations à haut risque d'infection par le VIH d'ici à 2025, y compris aux femmes au sein de ces populations.
- Veiller à ce que les organisations communautaires mettent en œuvre 60 % des programmes visant à soutenir la réalisation des catalyseurs sociétaux d'ici à 2025.

89. Votre pays fait-il une distinction entre les organisations dirigées par les communautés et d'autres types d'organisations de la société civile dans le plan stratégique national de lutte contre le VIH, les stratégies de santé communautaire ou d'autres documents guidant la riposte au VIH?

- Oui
 Non

89.1 Si oui, les rôles spécifiques des organisations dirigées par la communauté sont-ils définis dans le(s) document(s)?

- Oui
 Non

90. Existe-t-il des lois, des règlements ou des politiques qui prévoient l'enregistrement des organisations dirigées par des communautés dans votre pays (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)?

- L'enregistrement des organisations dirigées par des personnes vivant avec le VIH est possible
 L'enregistrement des organisations dirigées par des professionnels du sexe est possible
 L'enregistrement des organisations dirigées par des hommes homosexuels et d'autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes est possible
 L'enregistrement des organisations dirigées par des personnes transgenres est possible
 L'enregistrement des organisations dirigées par des personnes qui utilisent des drogues injectables est possible
 Il n'existe pas de lois, de règlements ou de politiques prévoyant l'enregistrement des organisations communautaires dans le pays
 Autre (veuillez préciser) : _____

91. Existe-t-il des lois, des politiques ou des réglementations qui permettent l'accès au financement pour les organisations dirigées par la communauté (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)?

- Contrats sociaux permettant le financement de la prestation de services par les communautés à partir de fonds nationaux
 Les donateurs internationaux
 Exiger un certain pourcentage de financement public pour que les organisations dirigées par la communauté soient autorisées à fonctionner
 Aucune loi ne permet l'accès au financement, mais les organisations dirigées par la communauté peuvent accéder au financement en vertu de lois, de politiques ou de réglementations générales
 Il n'existe pas de lois, de politiques ou de réglementations permettant aux organisations communautaires d'accéder aux financements
 Autre (veuillez préciser) : _____

92. Des représentants d'organisations communautaires sont-ils inclus dans le mécanisme national de coordination de la lutte contre le VIH ou son équivalent?

- Il n'existe pas de mécanisme national de coordination de la lutte contre le VIH ou de mécanisme équivalent
 Il existe un mécanisme national de coordination de la lutte contre le VIH ou un mécanisme équivalent, mais il ne comprend aucun représentant d'organisations communautaires
 Il existe un mécanisme national de coordination de la lutte contre le VIH ou un mécanisme équivalent, qui comprend des représentants d'organisations communautaires

92.1 Si oui, veuillez préciser lesquelles des organisations communautaires suivantes sont représentées:

- Représentants d'organisations dirigées par des personnes vivant avec le VIH
 Représentants d'organisations dirigées par des professionnels du sexe
 Représentants d'organisations dirigées par des hommes homosexuels et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
 Représentants d'organisations dirigées par des transgenres
 Représentants d'organisations dirigées par des personnes qui utilisent des drogues injectables
 Représentants d'organisations dirigées par des femmes
 Représentants d'organisations dirigées par des jeunes
-

93. Les organisations communautaires peuvent-elles légalement fournir l'un des services suivants (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)?

- Lien avec le traitement du VIH
 - Soutien à l'adhérence et à la rétention
 - Connaissance du traitement
 - Distribution de médicaments antirétroviraux
 - Distribution de préservatifs et de lubrifiants
 - Dépistage du VIH
 - Distribution d'aiguilles et de seringues
 - Distribution de naloxone
 - Connaissances juridiques de base
 - Services juridiques
 - Informations sur l'éducation au VIH et à la sexualité basée sur les compétences nécessaires à la vie courante*.
 - Prévention de la violence sexuelle et liée au genre, soutien psychosocial et médical et orientation vers d'autres services
 - Informations sur la santé sexuelle et reproductive
 - Formations pour les professionnels de la santé
-

La participation

94. Les personnes vivant avec le VIH participent-elles* à l'élaboration des politiques, lignes directrices et/ou stratégies nationales relatives à leur santé dans votre pays?

- Oui
 - Non
-

95. Les femmes vivant avec le VIH participent-elles* à l'élaboration des politiques, lignes directrices et stratégies nationales relatives à la prévention de la transmission verticale?

- Oui
 - Non
-

96. Les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes participent-ils* à l'élaboration de politiques, de lignes directrices et/ou de stratégies nationales relatives à leur santé dans votre pays?

- Oui
 - Non
-

97. Les professionnelles du sexe participent-elles* à l'élaboration des politiques, des lignes directrices et des stratégies nationales relatives à leur santé dans votre pays?

- Oui
 - Non
-

98. Les personnes qui utilisent des drogues injectables participent-elles* à l'élaboration des politiques, lignes directrices et stratégies nationales relatives à leur santé dans votre pays?

- Oui
 - Non
-

99. Les personnes transgenres participent-elles* à l'élaboration des politiques, lignes directrices et stratégies nationales relatives à leur santé dans votre pays?

- Oui
 - Non
-

100. Les prisonniers et autres personnes précédemment actuellement incarcérées participent-ils* à l'élaboration des politiques, directives et stratégies nationales relatives à leur santé dans votre pays?

- Oui
 - Non
-

101. Les jeunes (âgés de 15 à 24 ans) participent-ils* à l'élaboration des politiques, lignes directrices et stratégies nationales relatives à leur santé dans votre pays?

- Oui
 - Non
-

101.1 Si oui, les jeunes participent-ils* à l'un des espaces décisionnels suivants de la riposte nationale au VIH (lorsqu'ils existent)?

Espace de décision	Existe-t-il?	Les jeunes participent-ils à cet espace?
Équipes techniques pour l'élaboration, l'examen et la mise à jour des stratégies et plans nationaux de lutte contre le sida	Oui/Non	Oui/Non
Équipes techniques chargées de l'élaboration ou de l'examen des programmes relatifs à l'accès des jeunes aux services de dépistage, de traitement, de soins et de soutien en matière de VIH	Oui/Non	Oui/Non
Autorité nationale de coordination de la lutte contre le sida ou équivalent, dotée d'un mandat multisectoriel étendu	Oui/Non	Oui/Non
Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial) Instance de coordination nationale	Oui/Non	Oui/Non
Organe consultatif communautaire pour les hôpitaux, les cliniques et/ou les projets de recherche	Oui/Non	Oui/Non
Autre (veuillez préciser): _____	Oui/Non	Oui/Non

6. Réaliser les droits de l'homme et éliminer la stigmatisation et la discrimination

- Faire en sorte que moins de 10 % des pays disposent de cadres juridiques et politiques restrictifs qui ciblent injustement les personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection et affectées par le virus, d'ici à 2025. Il s'agit par exemple des lois sur l'âge du consentement et des lois relatives à la non-divulgaration, à l'exposition et à la transmission du VIH, des lois qui imposent des restrictions de voyage liées au VIH et des tests obligatoires, et des lois qui conduisent au refus ou à la limitation de l'accès aux services d'ici à 2025.
- Investir 3,1 milliards de dollars dans des outils sociétaux – y compris la protection des droits de l'homme, la réduction de la stigmatisation et de la discrimination et la réforme législative, le cas échéant – dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire d'ici 2025.
- Faire en sorte que moins de 10 % des personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection et affectées par le virus soient victimes de stigmatisation et de discrimination d'ici à 2025.

Lois punitives

102. Si la non-divulgaration, l'exposition ou la transmission du VIH sont criminalisées, des actions en justice visant à décriminaliser la non-divulgaration, l'exposition ou la transmission du VIH ont-elles été entamées ou étaient-elles en cours au cours des deux dernières années ? Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

- Litige stratégique
- Proposition soumise au parlement
- Autre (veuillez préciser) : _____
- Il n'existe aucune loi au niveau national ou sous-national qui criminalise la non-divulgaration, l'exposition ou la transmission du VIH.

103. Si les personnes transgenres sont criminalisées, des actions en justice visant à décriminaliser les personnes transgenres ont-elles été entamées ou sont-elles en cours au cours des deux dernières années ? Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

- Litige stratégique
- Proposition soumise au parlement
- Autre (veuillez préciser) : _____
- Aucune loi au niveau national ou infranational ne criminalise les personnes transgenres

104. Si le travail du sexe est criminalisé, des actions en justice visant à décriminaliser le travail du sexe ont-elles été entamées ou sont-elles en cours depuis deux ans ? Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

- Litige stratégique
- Proposition soumise au parlement
- Autre (veuillez préciser) : _____
- Aucune loi au niveau national ou infranational ne criminalise le travail du sexe

105. Si les actes sexuels entre personnes de même sexe sont criminalisés, des actions en justice visant à décriminaliser les actes sexuels entre personnes de même sexe ont-elles été entamées ou étaient-elles en cours au cours des deux dernières années ? Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

- Litige stratégique
- Proposition soumise au parlement
- Autre (veuillez préciser) : _____
- Il n'existe aucune loi au niveau national ou infranational qui criminalise les actes sexuels entre personnes de même sexe en privé

106. Si la consommation et/ou la possession de drogues pour usage personnel sont des infractions pénales, des actions en justice visant à décriminaliser l'usage ou la possession de drogues pour usage personnel ont-elles été entamées ou sont-elles en cours au cours des deux dernières années ? Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

- Litige stratégique
 - Proposition soumise au parlement
 - Autre (veuillez préciser) : _____
 - Il n'existe aucune loi au niveau national ou infranational qui criminalise la consommation et/ou la possession de drogues pour usage personnel
-

7. Couverture sanitaire universelle et intégration

- Investir dans des systèmes robustes, résilients, équitables et financés par des fonds publics pour les systèmes de santé et de protection sociale qui fournissent à 90 % des personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection et affectées par le VIH, des services intégrés centrés sur la personne et adaptés au contexte pour: VIH et autres maladies transmissibles ; maladies non transmissibles ; soins de santé sexuelle et reproductive ; violence fondée sur le genre ; santé mentale ; soins palliatifs ; traitement de la dépendance à l'alcool ; services juridiques en matière de consommation de drogues ; et autres services dont elles ont besoin pour leur santé et leur bien-être en général. Veiller à ce que, d'ici 2025, 45 % des personnes vivant avec le VIH et le sida, exposées au risque d'infection et affectées par le VIH aient accès à des prestations de protection sociale.
- Veiller à ce que 90 % des personnes se trouvant dans des situations humanitaires aient accès à des services VIH intégrés.
- Garantir l'engagement systématique des réponses au VIH dans l'infrastructure et les dispositifs de réponse aux pandémies, en s'appuyant sur les plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH pour orienter les éléments clés de la planification de la préparation aux pandémies et en veillant à ce que 95 % des personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection et affectées par le VIH soient protégées contre les pandémies, y compris le COVID-19.

Cancer du col de l'utérus

107. Les recommandations des lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus pour la prévention du cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH ont-elles été adoptées dans les lignes directrices nationales de votre pays?

- Oui
 Non

107.1 Si oui, veuillez indiquer les recommandations de l'OMS pour les femmes vivant avec le VIH qui ont été adoptées (sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent):

- L'âge du début du dépistage régulier du cancer du col de l'utérus est de 25 ans
 L'ADN-VPH est utilisé comme test de dépistage primaire dans le cadre d'une approche de dépistage et de traitement
 L'IVA est utilisée comme test de dépistage primaire dans le cadre d'une approche de dépistage, de triage et de traitement
 La cytologie est utilisée comme test de dépistage primaire dans le cadre d'une approche de dépistage et de traitement
 La cytologie est utilisée comme test de dépistage primaire dans le cadre d'une approche de dépistage, de triage et de traitement
 L'intervalle de dépistage recommandé pour la cytologie/VIA est de tous les 3 ans
 L'intervalle de dépistage recommandé pour l'ADN-VPH est de 3 à 5 ans
 Autre (veuillez préciser): _____

108. Le re-test des femmes vivant avec le VIH qui ont été traitées pour des lésions précancéreuses du col de l'utérus a-t-il été adopté dans les lignes directrices nationales (sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent) :

- Oui, à 12 mois
 Oui, à 24 mois
 Oui, en utilisant l'ADN-VPH
 Oui, en utilisant VIA
 Oui, en utilisant la cytologie

Infections sexuellement transmissibles

109. Votre pays dispose-t-il d'une stratégie nationale ou d'un plan d'action pour la prévention et le contrôle des infections sexuellement transmissibles?

- Oui
 Non

109.1 Si oui, en quelle année ont-ils été mis à jour pour la dernière fois?

- Avant 2021
 2021
 2022
 2023
 2024

110. Votre pays dispose-t-il de lignes directrices nationales pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles?

- Oui
 Non

110.1 Si oui, en quelle année ont-ils été mis à jour pour la dernière fois?

- Avant 2021
 2021
 2022
 2023
 2024
-

111. Quels sont les traitements de première intention recommandés pour les infections anogénitales non compliquées à *Neisseria gonorrhoeae* chez les adultes dans la directive nationale de traitement la plus récente (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent)?

- Céfixime 400 mg par voie orale
- Céfixime 400 mg par voie orale PLUS azithromycine 1 g par voie orale
- Céfixime 800 mg par voie orale PLUS azithromycine 1 g par voie orale
- Céfixime 800 mg par voie orale PLUS azithromycine 2 g par voie orale
- Ceftriaxone 250 mg par voie intramusculaire
- Ceftriaxone 1 g par voie intramusculaire
- Ceftriaxone 250 mg par voie intramusculaire PLUS azithromycine 1 g par voie orale
- Autre (veuillez préciser) : _____

111.1 Quand les directives de traitement de *N. gonorrhoeae* ont-elles été mises à jour pour la dernière fois ?

- Avant 2022
- 2022
- 2023
- 2024
- En cours de mise à jour
- Pas de lignes directrices pour le traitement

112. Des tests de résistance aux antimicrobiens pour les gonocoques sont-ils disponibles dans le pays ?

- Oui, pour les cas cliniques (c'est-à-dire pour effectuer des tests en cas d'échec du traitement clinique)
 - Oui, pour la surveillance annuelle de la résistance
 - Oui, pour les cas cliniques et la surveillance annuelle de la résistance
 - Non
-

Protection sociale

113. Le pays dispose-t-il d'une stratégie, d'une politique ou d'un cadre de protection sociale* approuvé?

- Oui, et il est en cours de mise en œuvre
- Oui, mais il n'est pas mis en œuvre
- Non

113.1 Si oui:

113.1.a Se réfère-t-il au VIH?

- Oui
- Non

113.1.b Reconnaît-il les personnes vivant avec le VIH comme des bénéficiaires clés?

- Oui
- Non

113.1.b.i. Dans la négative, veuillez décrire les conditions dans lesquelles les personnes vivant avec le VIH peuvent accéder aux prestations de protection sociale: _____

113.1.c Reconnaît-il des populations clés (professionnels du sexe, hommes homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, personnes qui s'injectent des drogues, personnes transgenres ou personnes vivant en prison ou dans d'autres milieux fermés) comme bénéficiaires clés?

- Oui
- Non

113.1.c.i. Si oui, quelles populations clés sont reconnues comme bénéficiaires clés (sélectionner toutes les réponses applicables)?

- Professionnels du sexe
- Hommes homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
- Personnes transgenres
- Personnes qui utilisent des drogues injectables
- Personnes en prison et dans d'autres milieux fermés

113.1.c.ii Dans la négative, veuillez décrire les conditions dans lesquelles les populations clés peuvent accéder aux prestations de protection sociale: _____

113.1.d Reconnaît-il les adolescentes et les jeunes femmes comme des bénéficiaires clés?

- Oui
- Non

113.1.e Reconnaît-il les enfants touchés par le VIH comme des bénéficiaires clés?

- Oui
- Non

113.1.f Reconnaît-il les familles touchées par le VIH comme des bénéficiaires clés?

- Oui
- Non

113.1.g Aborde-t-il la question des soins non rémunérés dans le contexte du VIH?

- Oui
- Non

114. Des représentants du programme national de lutte contre le sida ou équivalent sont-ils inclus dans tout mécanisme ou plate-forme de coordination de la protection sociale*?

- Il n'existe pas de mécanisme ou de plate-forme de coordination de la protection sociale
- Il existe un mécanisme ou une plate-forme de coordination de la protection sociale, mais il n'inclut aucun représentant du programme national de lutte contre le sida ou équivalent
- Il existe un mécanisme ou une plate-forme de coordination de la protection sociale, qui comprend des représentants du programme national de lutte contre le sida ou d'un organisme équivalent

115. Des programmes de transferts monétaires* pour les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont-ils mis en œuvre dans le pays?

- Oui
 - Non
-

8. Données, science et innovation

Systeme d'information

- 116. Les données relatives aux patients sont-elles systématiquement disponibles dans le système d'information sanitaire?**
- Oui, entièrement électronique
 - Oui, partiellement électronique
 - Oui, uniquement sur papier
 - Il n'existe pas de système d'information sur la santé
- 116.1 S'il existe des données au niveau des patients, les données relatives au dépistage et au traitement en cascade des soins prénatals sont-elles incluses dans le système d'information sanitaire au niveau du district (sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent)?**
- Femmes enceintes testées lors des soins prénatals et résultat du test
 - Femmes déjà sous traitement antirétroviral lors de la première visite de soins prénatals
 - Le nombre de personnes testées pour le VIH
 - Le nombre de personnes testées séropositives
 - Le nombre de personnes nouvellement diagnostiquées avec le VIH qui suivent une thérapie antirétrovirale
 - Le nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale qui sont viralemment supprimées
- 117. Les données des organisations communautaires sur les services qu'elles ont fournis sont-elles intégrées dans le système national d'information sur la santé ou dans un système équivalent?**
- Oui, les organisations dirigées par la communauté sont incluses comme type de fournisseur pour la désagrégation des indicateurs existants
 - Oui, des indicateurs spécifiques sur la prestation de services par des organisations communautaires sont inclus
 - Non Les organisations communautaires ne peuvent pas fournir de service
-

Surveillance

- 118. Le VIH est-il une maladie à déclaration obligatoire au niveau national?**
- Oui
 - Non
- 119. Le pays dispose-t-il d'un système national de surveillance des cas* de VIH?**
- Oui
 - Non
- 119.1 Si oui, le système national de surveillance des cas de VIH comprend-il les éléments suivants (sélectionner tous les éléments applicables)?**
- Données individuelles pour chaque personne diagnostiquée avec le VIH
 - Collecte de données provenant de différentes sources (laboratoires, dossiers de dépistage et de traitement) afin de favoriser l'exhaustivité des données sur les cas de VIH.
 - Liaison des données au niveau individuel pour éliminer les enregistrements en double s
 - Compte des CD4 au moment du diagnostic du VIH
 - Début de la thérapie antirétrovirale
 - Résultats du premier test de charge virale et des tests de suivi
 - Grossesse chez les femmes vivant avec le VIH
 - La mort
-

Systemes de suivi des patients

- 120. Le pays a-t-il mis à jour les indicateurs et les outils de dépistage et de traitement du VIH en utilisant les Directives consolidées sur les informations stratégiques sur le VIH centrées sur la personne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 2022?**
- Oui, entièrement
 - Oui, partiellement
 - Non
 - Ne sait pas
-

Codes d'identification uniques pour les patients

121. Le pays dispose-t-il d'une méthode permettant d'identifier et de supprimer les informations médicales dupliquées pour les patients au sein d'une même clinique et entre les cliniques – par exemple en reliant les dossiers à l'aide d'identifiants uniques et/ou d'informations personnelles identifiables (y compris biométriques) – pour les services suivants?

	Méthode d'identification et de suppression des informations de santé en double	Si oui, veuillez préciser comment les données sont liées
Services de traitement	<input type="checkbox"/> Oui, harmonisé au niveau national <input type="checkbox"/> Oui, mais cela varie d'une région à l'autre <input type="checkbox"/> Oui, mais cela varie d'un programme à l'autre <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Identifiant personnel unique national <input type="checkbox"/> Identifiant unique spécifique au VIH <input type="checkbox"/> Combinaison d'informations d'identification personnelle collectées régulièrement <input type="checkbox"/> Biométrique <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____
Services de dépistages	<input type="checkbox"/> Oui, harmonisé au niveau national <input type="checkbox"/> Oui, mais cela varie d'une région à l'autre <input type="checkbox"/> Oui, mais cela varie d'un programme à l'autre <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Identifiant personnel unique national <input type="checkbox"/> Identifiant unique spécifique au VIH <input type="checkbox"/> Combinaison d'informations d'identification personnelle collectées régulièrement <input type="checkbox"/> Biométrique <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____
Services de laboratoire	<input type="checkbox"/> Oui, harmonisé au niveau national <input type="checkbox"/> Oui, mais cela varie d'une région à l'autre <input type="checkbox"/> Oui, mais cela varie d'un programme à l'autre <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Identifiant personnel unique national <input type="checkbox"/> Identifiant unique spécifique au VIH <input type="checkbox"/> Combinaison d'informations d'identification personnelle collectées régulièrement <input type="checkbox"/> Biométrique <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____
Services de prévention du VIH conçus pour tout groupe de population clé afin de suivre l'adoption de la prévention combinée		
Hommes homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes	<input type="checkbox"/> Oui, harmonisé au niveau national <input type="checkbox"/> Oui, mais cela varie d'une région à l'autre <input type="checkbox"/> Oui, mais cela varie d'un programme à l'autre <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Identifiant personnel unique national <input type="checkbox"/> Identifiant unique spécifique au VIH <input type="checkbox"/> Combinaison d'informations d'identification personnelle collectées régulièrement <input type="checkbox"/> Biométrique <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____
Professionnels du sexe	<input type="checkbox"/> Oui, harmonisé au niveau national <input type="checkbox"/> Oui, mais cela varie d'une région à l'autre <input type="checkbox"/> Oui, mais cela varie d'un programme à l'autre <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Identifiant personnel unique national <input type="checkbox"/> Identifiant unique spécifique au VIH <input type="checkbox"/> Combinaison d'informations d'identification personnelle collectées régulièrement <input type="checkbox"/> Biométrique <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____
Personnes transgenres	<input type="checkbox"/> Oui, harmonisé au niveau national <input type="checkbox"/> Oui, mais cela varie d'une région à l'autre <input type="checkbox"/> Oui, mais cela varie d'un programme à l'autre <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Identifiant personnel unique national <input type="checkbox"/> Identifiant unique spécifique au VIH <input type="checkbox"/> Combinaison d'informations d'identification personnelle collectées régulièrement <input type="checkbox"/> Biométrique <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____

Personnes qui utilisent des drogues injectables	<input type="checkbox"/>	Oui, harmonisé au niveau national	<input type="checkbox"/>	Identifiant personnel unique national
	<input type="checkbox"/>	Oui, mais cela varie d'une région à l'autre	<input type="checkbox"/>	Identifiant unique spécifique au VIH
	<input type="checkbox"/>	Oui, mais cela varie d'un programme à l'autre	<input type="checkbox"/>	Combinaison d'informations d'identification personnelle collectées régulièrement
	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Biométrie
	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	<input type="checkbox"/>	Autre (veuillez préciser) _____

Autre (veuillez préciser): _____	<input type="checkbox"/>	Oui, harmonisé au niveau national	<input type="checkbox"/>	Identifiant personnel unique national
	<input type="checkbox"/>	Oui, mais cela varie d'une région à l'autre	<input type="checkbox"/>	Identifiant unique spécifique au VIH
	<input type="checkbox"/>	Oui, mais cela varie d'un programme à l'autre	<input type="checkbox"/>	Combinaison d'informations d'identification personnelle collectées régulièrement
	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Biométrie
	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	<input type="checkbox"/>	Autre (veuillez préciser) _____

121.1 Si la réponse à l'une des questions ci-dessus est positive, la politique relative à l'identifiant unique prévoit-elle également des mesures de protection de la confidentialité des données juridiquement applicables?

- Oui
 Non

95-95-95

122. Quand a été effectué le dernier examen de la qualité des données visant à déterminer l'exactitude du nombre de personnes rapportées comme étant en traitement au niveau national?

- En cours de réalisation (résultats attendus l'année prochaine)
 Réalisé au cours de l'année écoulée et résultats disponibles
 Achevé il y a 2 à 5 ans
 Jamais réalisé ou réalisé il y a plus de 5 ans

122.1 Si un examen de la qualité des données a été effectué au cours de l'année écoulée, les résultats ont-ils été utilisés pour ajuster le nombre de personnes sous traitement indiqué dans l'indicateur 2.2?

- Oui
 Non

123. Quand a été effectué le dernier examen de la qualité des données visant à déterminer l'exactitude du nombre de personnes rapportées comme ayant une charge virale supprimée?

- En cours de réalisation (résultats attendus l'année prochaine)
 Réalisé au cours de l'année écoulée et résultats disponibles
 Achevé il y a 2 à 5 ans
 Jamais réalisé ou réalisé il y a plus de 5 ans

123.1 Si un examen de la qualité des données a été effectué au cours de l'année écoulée, a-t-il été utilisé pour ajuster le nombre de personnes dont la charge virale a été supprimée, tel qu'indiqué dans l'indicateur 2.3?

- Oui
 Non

Utilisation des données

124. Des examens des données relatives à la cascade de traitement du VIH sont-ils effectués?

- Oui
 Non

124.1 Si oui, veuillez indiquer la fréquence à laquelle les données relatives à la cascade de traitement du VIH sont examinées.

- Trimestrielle
 Tous les 6 mois
 Annuellement
 Autre, veuillez préciser: _____

124.2 Si oui, à quel niveau les examens de données sont-ils effectués (sélectionnez toutes les réponses applicables)?

- Nationales
 Département
 Établissement

Enquête de l'OMS sur les médicaments et les diagnostics pour le SIDA concernant l'utilisation des médicaments antirétroviraux et des technologies de laboratoire et la mise en œuvre des lignes directrices de l'OMS

Enquête visant à documenter la situation des données en 2024

Les services de médecine et de diagnostic du SIDA de l'OMS du Département des programmes mondiaux de lutte contre le VIH, l'hépatite et les infections sexuellement transmissibles mènent la dix-neuvième enquête annuelle sur les schémas thérapeutiques antirétroviraux utilisés dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Le questionnaire 2025 couvre l'utilisation des médicaments antirétroviraux chez les adultes et les enfants pour la thérapie antirétrovirale (TARV) et la prévention de la transmission mère-enfant (PMTCT) ; l'utilisation des tests de laboratoire pour l'initiation et le suivi de la TARV ; les données d'approvisionnement 2024 ; et les prévisions nationales sur 3 ans (2025-2027) par régime.

Pour remplir le questionnaire, veuillez demander aux responsables des programmes de TARV, de PTME, de laboratoire national et d'approvisionnement concernés de rassembler les informations demandées pour la période allant du 1er janvier au 31 décembre 2024. Les professionnels qui soumettent les données doivent vérifier l'exhaustivité, la qualité, l'exactitude et la validité du questionnaire.

Les résultats de cette enquête seront utilisés pour analyser les tendances régionales et mondiales de l'utilisation des médicaments antirétroviraux et pour établir des prévisions de la demande mondiale de médicaments antirétroviraux. Ces analyses et prévisions seront discutées avec les fabricants de médicaments et de produits diagnostiques ainsi qu'avec les bailleurs afin de prévenir les pénuries mondiales.

L'OMS analysera les réponses de chaque pays pour établir des profils nationaux de gestion des achats et des approvisionnements qui présenteront des informations stratégiques propres à chaque pays et fourniront des informations en retour pour aider les responsables de programmes nationaux à mettre au point des interventions plus rentables.

Pour toute question concernant le questionnaire, veuillez contacter M. Boniface Dongmo Nguimfack (dongmonguimfackb@who.int), Département des programmes mondiaux de lutte contre le VIH, les hépatites et les infections sexuellement transmissibles, OMS, Genève.

Section 1A. Résumé du traitement par les médicaments antirétroviraux

Question 1. Nombre total d'adultes et d'enfants sous TARV à la fin de 2024: _____

Section 1B. Traitement des adultes et des adolescents (âgés de ≥ 10 ans) vivant avec le VIH, y compris les femmes enceintes

Question 2. Nombre d'adultes et d'adolescents (âgés de ≥ 10 ans) vivant avec le VIH et sous TARV par ligne de traitement à la fin de 2024:

Ligne de traitement	Nombre d'adultes et d'adolescents (âgés de ≥ 10 ans) vivant avec le VIH par ligne de traitement à la fin de 2024
Régimes à base de dolutégravir (DTG)	
Régimes à base d'inhibiteurs de protéase (IP)	
Autres régimes de traitement	
Total	

Question 3. Nombre d'adultes et d'adolescents (âgés de ≥ 10 ans) vivant avec le VIH, y compris les femmes enceintes vivant avec le VIH, recevant de régimes à base de dolutégravir (DTG) de 2023 (commencez par les régimes dont le nombre est le plus élevé):

Régimes à base de dolutégravir (DTG)	Nombre d'adultes et d'adolescents (âgés de ≥ 10 ans) vivant avec le VIH recevant ce traitement ARV à la fin de 2024
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
Total	

Question 4. Nombre d'adultes et d'adolescents (âgés de ≥ 10 ans) vivant avec le VIH, y compris les femmes enceintes vivant avec le VIH, recevant régimes à base d'inhibiteurs de protéase (IP) à la fin de 2024 (commencer par les régimes dont le nombre est le plus élevé):

Régimes à base d'inhibiteurs de protéase (IP)	Nombre d'adultes et d'adolescents (âgés de ≥ 10 ans) vivant avec le VIH et recevant ce régime TARV à la fin de 2024
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
Total	

Question 5. Nombre d'adultes et d'adolescents (âgés de ≥ 10 ans) vivant avec le VIH, y compris les femmes enceintes vivant avec le VIH, sous des autres régimes de traitement à la fin de 2024 (commencer par les régimes dont le nombre est le plus élevé):

Autres régimes de traitement	Nombre d'adultes et d'adolescents (âgés de ≥ 10 ans) vivant avec le VIH recevant ce régime TARV à la fin de 2024
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
Total	

Section 2. Traitement des enfants (âgés de moins de 10 ans) vivant avec le VIH

Question 6. Nombre d'enfants (âgés de moins de 10 ans) vivant avec le VIH par ligne de traitement à la fin de 2024:

Ligne de traitement	Nombre total d'enfants (âgés de moins de 10 ans) vivant avec le VIH par ligne de traitement à la fin de 2024
Régimes à base de dolutégravir (DTG)	
Régimes à base d'inhibiteurs de protéase (IP)	
Autres régimes de traitement	
Total	

Question 7. Nombre de nourrissons et d'enfants (âgés de <10 ans) vivant avec le VIH sous des régimes à base de dolutégravir (DTG) à la fin de 2024 (commencer par les régimes dont le nombre est le plus élevé):

Régimes à base de dolutégravir (DTG)	Nombre de nourrissons et d'enfants (âgés de moins de 10 ans) recevant ce régime à la fin de 2024		
	<3 ans (A)	≥3 à <10 ans (B)	Tous les enfants âgés de moins de 10 ans (A) + (B)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
Total			

Question 8. Nombre d'enfants (âgés de <10 ans) vivant avec le VIH recevant un régime à base d'inhibiteurs de protéase (IP) à la fin de 2024 (commencer par les régimes dont le nombre est le plus élevé):

Régimes à base d'inhibiteurs de protéase (IP)	Nombre d'enfants (âgés de moins de 10 ans) vivant avec le VIH et recevant ce régime à la fin de 2024
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
Total	

Question 9. Nombre d'enfants (âgés de <10 ans) vivant avec le VIH sous des autres régimes TARV de troisième ligne/salvage à la fin de 2024 (commencer par les régimes dont le nombre est le plus élevé)

Autres régimes de traitement	Nombre d'enfants (âgés de <10 ans) vivant avec le VIH recevant ce régime à la fin de 2024
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
Total	

Question 28. Nombre total de laboratoires ou de sites par type de test dans votre pays en 2024 :

Type de test	Nombre de laboratoires ou de sites où des échantillons sont collectés (sites avec tests et sites sans tests)	Nombre de laboratoires ou de sites où des tests sont effectués	Nombre de laboratoires ou de sites où des tests sont effectués et qui participent à un système d'évaluation externe de la qualité (EEQ)	Nombre de laboratoires ou de sites qui nécessitent des activités d'amélioration de la qualité sur la base de l'exercice EEQ le plus récent	Principales activités requises pour l'amélioration de la qualité
Dépistage des anticorps sérologiques du VIH, y compris les tests rapides et ELISA					
Diagnostic chez le nourrisson					
Test des CD4					
Test de charge virale					
Test du génotype de résistance aux médicaments du VIH					
GeneXpert (test de tuberculose)					
Services de dépistage CrAg					
Services de dépistage TB LAM					
Services de dépistage des infections sexuellement transmissibles					
Services de dépistage par PCR du VHC					
Services de dépistage par PCR du VHB					

Section 5. Objectifs par pays

Question 29. Objectifs nationaux pour le TARV, la PTME et les tests de laboratoire dans les 5 prochaines années:

Objectif	Fin 2025	Fin 2026	Fin 2027	Fin 2028	Fin 2029
1. Nombre d'adultes et d'enfants sous TARV					
1.1 Nombre d'adultes et d'adolescents (âgés de ≥ 10 ans) sous TARV					
1.2 Nombre d'enfants (âgés de < 10 ans) sous TARV					
1.2.1 Nombre d'enfants (âgés de < 3 ans) sous TARV					
1.2.2 Nombre d'enfants (âgés de ≥ 3 à < 10 ans) sous ART					
2. Nombre de femmes enceintes sous ART					
3. Nombre de personnes testées pour le VIH					
4. Nombre de personnes ayant réalisé un test CD4					
5. Nombre de personnes ayant réalisé un test de charge virale					
6. Nombre d'enfants nés de femmes vivant avec le VIH et ayant subi un test de diagnostic infantile					
7. Nombre de tests sérologiques du VIH					
8. Nombre de tests CD4					
9. Nombre de tests de charge virale					
10. Nombre de tests de diagnostic précoce du nourrisson					
11. Nombre de tests d'infection par le VIH à un stade avancé CrAg					
12. Nombre de tests d'infection par le VIH à un stade avancé TB LAM					
13. Nombre de tests de dépistage des infections sexuellement transmissibles					

Question 30. Prévisions nationales à 3 ans par traitement antirétroviral pour les adultes:

	Nombre de personnes sous régime			Régime de deuxième ligne de médicaments antirétroviraux			Nombre de personnes sous régime			Régime de troisième ligne de médicaments antirétroviraux			Nombre de personnes sous régime			
	Régime de première ligne de médicaments antirétroviraux	2025	2026	2027	2025	2026	2027	2025	2026	2027	2025	2026	2027	2025	2026	2027
1.																
2.																
3.																
4.																
5.																
Etc...																
Subtotal																

Question 31. Prévisions nationales sur trois ans par traitement antirétroviral pour les enfants:

	Nombre de personnes sous régime			Régime de deuxième ligne de médicaments antirétroviraux	Nombre de personnes sous régime			T Régime de troisième ligne de médicaments antirétroviraux	Nombre de personnes sous régime		
	Régime de première ligne de médicaments antirétroviraux	2025	2026		2027	2025	2026		2027	2025	2026
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
Etc...											
Subtotal											

Question 32. Prévisions nationales à 3 ans des tests VIH, des tests CD4, des tests de charge virale et des tests de diagnostic précoce chez le nourrisson:

Type de test	Nombre de tests achetés en 2024 et prévus pour les trois prochaines années			
	Fournis pour 2024	Fournis pour 2025	Fournis pour 2026	Fournis pour 2027
Test de diagnostic du VIH (tests de diagnostic rapide, autotests)				
Tests CD4				
Tests de charge virale				
Tests de diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson				

Annexe 1.

Bibliographie sélective

1. 12 components monitoring and evaluation system assessment: guidelines to support preparation, implementation and follow-up activities. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
2. 12 components monitoring and evaluation system strengthening tool. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
3. Glossary: monitoring and evaluation terms. Geneva: UNAIDS; 2011 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
4. Guidance on capacity building for HIV monitoring and evaluation. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
5. Indicator standards: operational guidelines for selecting indicators for the HIV response. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
6. A national evaluation agenda for HIV. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
7. An introduction to triangulation. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
8. An introduction to indicators. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
9. Basic terminology and frameworks for monitoring and evaluation. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
10. Organizing framework for a functional national HIV monitoring and evaluation system. Geneva: UNAIDS; 2008 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
11. Political Declaration on HIV and AIDS: Ending Inequalities and Getting on Track to End AIDS by 2030. Geneva 2021 https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids_en.pdf
12. The Global AIDS Strategy 2021–2026: End Inequalities, End AIDS. Geneva 2021 https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_en.pdf
13. Confronting inequalities. Geneva: UNAIDS; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-global-AIDS-update_en.pdf).
14. Strategic guidance for evaluating HIV prevention programmes. Geneva: UNAIDS; 2010 (http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/12_7_MERG_Guidance_Evaluating%20HIV_PreventionProgrammes.pdf).
15. Consolidated HIV strategic information guidelines: Driving impact through programme monitoring and management. Geneva: World Health Organization, 2020 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331697/9789240000735-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>)
16. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/publications/item/9789240031593>).
17. Consolidated guidelines on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/consolidated-guideline-sexual-and-reproductive-health-and-rights-women-living-hiv-2017-full-report.pdf>).
18. The state of the world's children 2021. New York: UNICEF; 2021 (<https://www.unicef.org/media/108161/file/SOWC-2021-full-report-English.pdf>).
19. Segone M, ed. Country-led monitoring and evaluation systems: better evidence, better policies, better development results. New York: UNICEF; 2009 (mics.unicef.org/files).
20. Update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325892/WHO-CDS-HIV-19.15-eng.pdf?ua=1>).
21. Directives consolidées sur l'information stratégique sur le VIH centrée sur la personne : renforcer les données de routine pour un impact. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2022 (<https://www.who.int/publications/item/9789240055315>).

Annexe 2.

Niveaux escomptés du budget national public affecté au VIH

Lorsque vous remplissez ce formulaire, n'oubliez pas les considérations suivantes :

1. L'année fiscale doit être indiquée. Une année fiscale peut correspondre ou non à l'année calendaire (indiquez l'année fiscale qui débute au cours de l'année calendaire précisée dans le champ).
2. Choisissez la monnaie utilisée. Vous pouvez utiliser la devise locale ou convertir les données en dollars US à condition d'indiquer un taux de change officiel.
3. Les montants doivent être indiqués en unités monétaires, en milliers ou en millions.
4. Précisez le budget approuvé et exécuté dans l'année fiscale correspondante. Le budget approuvé comprend le budget national qui a été validé par le gouvernement. Les budgets alloués via des prêts gouvernementaux (prêts d'aide au développement non officiels) sont également intégrés au budget national. Le budget exécuté correspond aux dépenses dans le cadre du budget approuvé ; cette valeur ne doit pas être supérieure au budget approuvé, sauf lorsque des fonds supplémentaires ont été fournis (préciser, le cas échéant). Le total des dépenses peut excéder le budget approuvé, car certaines dépenses engagées n'ont pas été financées par les budgets réservés au VIH.
5. Indiquez si le budget devrait augmenter, rester stable ou baisser pour l'exercice fiscal suivant.
6. Vous devez fournir les sous-totaux agrégés pour les budgets à chaque échelon gouvernemental ainsi que pour les structures budgétaires sous-segmentées et indépendantes. Pour les différents échelons gouvernementaux, renseignez les sous-totaux des niveaux nationaux/centraux/fédéraux, des provinces/États/districts et des niveaux municipaux/locaux dans chaque pays (le cas échéant). Quand ces systèmes sont indépendants des échelons gouvernementaux ci-dessus, renseignez séparément le budget public des institutions appartenant à différents systèmes (par exemple les institutions en matière de sécurité et les autres organes nationaux, comme la commission nationale de lutte contre le sida).

Annexe 3. Volume et prix unitaires des médicaments antirétroviraux et autres régimes liés au VIH achetés et distribués

Dans le cadre de l'indicateur 8.2, il est obligatoire de compléter les informations sur le volume et les prix unitaires des médicaments antirétroviraux et autres régimes liés au VIH achetés et distribués.

Protocole thérapeutique/formule	Posologie	Comprimés ou plus petite dose par boîte	Nombre total de boîtes achetées au cours de l'année fiscale	Prix moyen par paquet (en USD) (hors frais de transport et autres frais administratifs)	Nombre total de boîtes reçues par les bénéficiaires au cours de l'année fiscale
Tenofovir + Emtricitabine + Efavirenz [TDF + FTC + EFV]	300 mg + 200 mg + 600 mg				
Tenofovir + Lamivudine + Efavirenz [TDF + 3TC + EFV]	300 mg + 300 mg + 600 mg				
Tenofovir + Lamivudine + Nevirapine [TDF + 3TC] + NVP	300 mg + 300 mg + 200 mg				
Zidovudine + Lamivudine + Efavirenz [ZVD + 3TC] + EFV	300 mg + 150 mg + 200 mg				
Abacavir + Lamivudine + Zidovudine [ABC + 3TC + ZDV]	300 mg + 150 mg + 300 mg				
Zidovudine + Lamivudine + Nevirapine [ZVD + 3TC + NVP]	300 mg + 150 mg + 200 mg				
Zidovudine + Lamivudine + Nevirapine [ZVD + 3TC + NVP]	60 mg + 30 mg + 50 mg				
Tenofovir + Emtricitabine [TDF + FTC]	300 mg + 200 mg				
Zidovudine + Lamivudine [ZDV + 3TC]	300 mg + 150 mg				
Lopinavir + Ritonavir [LPV + RTV]	200 mg + 50 mg				
Lopinavir + Ritonavir [LPV + RTV]	80 mg + 20 mg/ml				
Abacavir + Lamivudine [ABC + 3TC]	860 mg + 30 mg				
Tenofovir + Lamivudine [TDF + 3TC]	300 mg + 300 mg				
Darunavir [DRV]	300 mg				
Dolutegravir [DTG]	50 mg				
Autres (veuillez préciser) :					
Ambisome (dose élevée de liposomal amphotéricin B) injection	50 mg/vial	1 flacon			
Liposomal amphotéricin conventionnel	50 mg/ml				

Protocole thérapeutique/formule	Posologie	Comprimés ou plus petite dose par boîte	Nombre total de boîtes achetées au cours de l'année fiscale	Prix moyen par paquet (en USD) (hors frais de transport et autres frais administratifs)	Nombre total de boîtes reçues par les bénéficiaires au cours de l'année fiscale
Amphotericin B deoxycholate injection	5 mg/ml	1 flacon			
Flucytosine comprimé (5FC)	500 mg				
Flucytosine injection	10 mg/ml	5 bouteilles			
Fluconazole capsule	50 mg				
Fluconazole capsule	200 mg	100			
Fluconazole solution for parentral injection	2 mg/ml	100 ml sac			
Itraconazole Capsule	200 mg				
Cotrimoxazole (Sulfamethoxazole et Trimethoprim) comprimé	800 mg/160mg				
Isoniazid/cotrimoxazole/vitamin B6 comprimé	300/960/25 mg	30			

Remarques:

1. Veuillez indiquer le volume en nombre de paquets achetés et les prix unitaires en unités monétaires locales ou en dollars américains courants pour l'année considérée.
2. Les données sur le nombre d'emballages récupérés par les bénéficiaires correspondent aux régimes/formulations sans qu'il soit nécessaire de les ventiler par processus d'achat.
3. En choisissant l'option "Autre", le rapporteur pourra fournir des données personnalisées sur la combinaison de régime et de posologie au cas où l'information sur le régime ne se trouverait pas dans la liste standard ci-dessus.
4. Les informations sur les patients par schéma thérapeutique seront saisies dans le cadre de l'enquête de l'OMS/SIDA sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux et des technologies de laboratoire et de la mise en œuvre des directives connexes de l'OMS, hébergées sur l'outil en ligne Global AIDS Monitoring (surveillance mondiale du sida).lease express volume in the number of packs procured and unit prices in local currency units or current US\$ for the reporting year.

Annexe 4.

Grille de financement national de l'indicateur 8.3 : Dépenses liées au VIH en fonction de l'origine des ressources

Comme lors des cycles de rapportage précédents, la grille de financement national suggérée pour le suivi mondial de la lutte contre le sida en 2023 présente un ensemble de programmes et services principaux, en fonction de la source de financement. Chaque catégorie de programmes se divise en un ensemble de sous-indicateurs. Les sous-indicateurs principaux comprennent les programmes ou services clés ci-dessous :

- La prévention combinée, regroupant les préservatifs, la PrEP, la circoncision masculine médicale volontaire, les services de réduction des risques, l'autonomisation des jeunes femmes et jeunes filles, et la fourniture de services essentiels pour les populations clés.
- La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.
- Le dépistage du VIH et le conseil.
- Le suivi du VIH en laboratoire.
- Le traitement antirétroviral.
- Le VIH et la tuberculose (TB).
- Les facilitateurs sociaux, notamment la réduction de la stigmatisation et de la discrimination.
- La mise en place de programmes axés sur les droits de l'homme.

Le cadre de rapportage de l'indicateur 8,3, « Dépenses totales liées au VIH en fonction de l'origine des ressources », est organisé autour d'un système à deux dimensions pour enregistrer les dépenses liées à la lutte contre le VIH par programme et par source de financement. C'est pourquoi le rapportage se fait sous forme de grille.

Le tableau ci-dessous (tableau 1) fournit une série complète de programmes et de services ainsi qu'une catégorie résiduelle expliquant la totalité de l'utilisation possible des ressources nationales, y compris les sources de financement. Les pays ont pour tâche de rendre compte des programmes ou services applicables selon la situation (les pays doivent uniquement rapporter les lignes pertinentes de la grille, pas toutes les lignes). Ceci est également valable pour les sources de financement : elles doivent être complétées selon la réalité nationale. Il est important de les distinguer lorsque les dépenses sont inexistantes (avec la valeur « 0 ») lorsqu'aucune donnée n'est disponible, ou lorsque non applicable.

Les dépenses totales liées au VIH correspondent à la somme des programmes et services principaux, tels qu'ils ont été rapportés dans les engagements 1 à 10 (tableau 1), auxquels s'ajoute la catégorie résiduelle « Autres programmes essentiels en dehors du cadre suggéré » afin d'inclure la totalité des dépenses liées au VIH, et pas uniquement les dépenses issues des budgets dédiés.

L'outil de rapportage en ligne du suivi mondial de la lutte contre le sida explique comment remplir les formulaires de rapportage et comment transmettre les indicateurs de dépenses à l'ONUSIDA. Le montant total des ressources devrait inclure la totalité des flux de financement et des dépenses par tous les programmes ou services et par toutes les sources. Les sous-indicateurs représenteront seulement une sous-série du total correspondant à des parties des engagements spécifiques. Les montants rapportés seront comparés au nombre de personnes recevant les mêmes services d'après le suivi mondial de la lutte contre le sida ou d'autres sources.

Les lignes directrices sur les estimations nationales des dépenses relatives au sida (NASA) sont en cours de mise à jour. Un tableau de correspondance entre les nouvelles catégories de dépenses relatives au sida et la grille de financement du Suivi mondial de la lutte contre le sida, nécessaire pour l'indicateur 8.3, sera fourni à temps pour la collecte et le rapport du Suivi mondial de la lutte contre le sida. Dans les pays ayant utilisé une méthodologie NASA (un exercice de suivi approfondi des ressources en matière de VIH), l'outil de suivi des ressources permet d'exporter un rapport Excel afin de le télécharger dans le module de dépenses liées au VIH dans le cadre du Suivi mondial de la lutte contre le sida.

Tableau 1

Liste des programmes et services de lutte contre le VIH figurant dans la grille de financement national¹

Codes dans la grille de financement national du suivi mondial de la lutte contre le sida	Catégories de programmes du Suivi mondial de la lutte contre le sida en 2022 : totalité des interventions	Catégories de programmes du Suivi mondial de la lutte contre le sida en 2022 : principaux sous-indicateurs
1 Traitement, soins et accompagnement (sous-total)		
1.1	Conseils et dépistage du VIH (CDV) pour les populations autres que les populations clés	Dépenses liées aux CDV (non ciblés), ventilées par produits et intrants, et autres coûts directs/indirects. Notamment : populations vulnérables et accessibles, population générale, dépistage et conseil à l'initiative du prestataire, dépistage dans les centres de transfusion sanguine, etc.
1.2	Traitement antirétroviral (sous-total)	Dépenses liées au traitement antirétroviral (adultes et enfants).
1.2.1.	Traitement antirétroviral chez l'adulte	Dépenses liées au traitement antirétroviral chez l'adulte, ventilées par produits et intrants, et autres coûts directs/indirects.
1.2.2.	Traitement antirétroviral chez l'enfant	Dépenses liées au traitement antirétroviral chez l'enfant, ventilées par produits et intrants, et autres coûts directs/indirects.
1.2.3.	Traitement antirétroviral non ventilé par l'âge ou politique d'utilisation	Les dépenses liées à la thérapie antirétrovirale non ventilée par âge ou par ligne de traitement, ventilées par produits et autres coûts directs/indirects.
1.3	Suivi du VIH en laboratoire (CD4, charge virale)	Dépenses liées au suivi du VIH en laboratoire (numération des CD4, charge virale et autres tests de laboratoire), ventilées par produits et intrants, et autres coûts directs/indirects.
1.4	Prophylaxie et traitement des infections opportunistes (IO), hors traitement et prévention de la TB pour les personnes vivant avec le VIH	
1.5	Soins palliatifs	
1.6	Soutien et maintien	
1.98	Activités programmatiques pour le traitement, les soins et l'accompagnement, non ventilées par type	
2 Prévention de la transmission verticale du VIH (sous-total)		
2.1	Conseils et dépistage du VIH (CDV) pour les femmes enceintes	Dépenses liées à la prévention de la transmission verticale du VIH, ventilées par produits et intrants, et autres coûts directs/indirects.
2.2	Diagnostic précoce chez le nourrisson	Dépenses liées à la prévention de la transmission verticale du VIH, ventilées par produits et intrants, et autres coûts directs/indirects.
2.3	Traitement antirétroviral pour réduire la transmission verticale du VIH	Dépenses liées à la prévention de la transmission verticale du VIH, ventilées par produits et intrants, et autres coûts directs/indirects.

¹ Veuillez noter que la convention de numérotation des codes représentée dans ce tableau pour la matrice de financement nationale est inchangée par rapport à 2021, et ne s'aligne pas directement sur les numéros des indicateurs de suivi du GAM de 2022. En effet, les catégories du programme sont mises en correspondance avec plusieurs autres parties prenantes et doivent donc rester alignées

2.4	Composante non liée aux antirétroviraux dans la prévention de la transmission mère-enfant	Dépenses liées à la prévention de la transmission verticale du VIH, autres que les dépenses liées au traitement antirétroviral fourni aux femmes enceintes lorsque qu'un protocole thérapeutique est fourni en tant qu'adulte vivant avec le VIH.
2.98	Prévention de la transmission verticale du VIH, non ventilée	
Prévention : (sous-total)		
3.1	Programmes de changement social et de comportement (CSC) pour les populations autres que les populations clés	Non ciblés.
3.2	Préservatifs (pour la prévention du VIH) pour la population générale	Préservatifs (non ciblés), ventilés par produits et intrants, et autres coûts directs/indirects.
3.3	Prophylaxie préexposition (PrEP) ventilée par population clé (sous-total)	PrEP, stratifiée par population clé.
3.3.1.	PrEP pour les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	PrEP, stratifiée par population clé.
3.2.2.	PrEP pour les professionnel(le)s du sexe	PrEP, stratifiée par population clé.
3.3.3.	PrEP pour les personnes qui s'injectent des drogues	PrEP, stratifiée par population clé.
3.3.4.	PrEP pour les personnes transgenres	PrEP, stratifiée par population clé.
3.3.5.	PrEP pour les populations clés	PrEP, stratifiée par population clé.
3.3.6.	PrEP pour les jeunes femmes et les adolescentes dans les pays à forte prévalence	PrEP, stratifiée par population clé.
3.3.7	PrEP pour les couples sérodifférents	Prophylaxie préexposition (PrEP)
3.3.98	Prophylaxie préexposition (PrEP) pas ventilée par type de population	
3.4	Circoncision masculine médicale volontaire (CMMV) dans les pays à forte prévalence	Circoncision masculine médicale volontaire (CMMV).
3.5	Prévention, promotion du dépistage et mise en relation avec des programmes de soins pour les hommes gays et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)	Cette catégorie comprend les activités de prévention et les sous-activités de conseil et de dépistage du VIH. Toutes les activités de prévention au sein des populations clés, ventilée par produits et intrants, et autres coûts directs/indirects.
3.6	Prévention, promotion du dépistage et mise en relation avec des programmes de soins pour les professionnel(le)s du sexe et leurs clients	Cette catégorie comprend les activités préventives et les sous-activités de conseil et de dépistage du VIH. Toute la prévention parmi les populations clés ventilée par produits et autres coûts directs/indirects.
3.7	Prévention, promotion du dépistage et mise en relation avec des programmes de soins pour les personnes qui s'injectent des drogues (sous-total)	Prévention avec les personnes qui utilisent des drogues injectables

3.7.1.	Échange d'aiguilles et seringues, et prévention, promotion du dépistage et mise en relation avec des programmes de soins pour les personnes qui s'injectent des drogues	Prévention au sein des populations clés, ventilée par produits et intrants, et autres coûts directs/indirects.
3.7.2.	Traitement de substitution	Cette catégorie comprend les activités préventives et les sous-activités de conseil et de dépistage du VIH. Toute la prévention parmi les populations clés ventilée par produits et autres coûts directs/indirects.
3.7.3	Tests et conseils sur le VIH (HTC) pour les personnes qui utilisent des drogues injectables	Activités de conseil et de dépistage du VIH ventilées par produits et autres coûts directs/indirects.
3.8	Prévention, promotion du dépistage et mise en relation avec des programmes de soins pour les personnes transgenres	Cette catégorie comprend les activités préventives et les sous-activités de conseil et de dépistage du VIH. Toute la prévention parmi les populations clés ventilée par produits et autres coûts directs/indirects.
3.9	Prévention, promotion du dépistage et mise en relation avec des programmes de soins pour les prisonniers	Cette catégorie comprend les activités préventives et les sous-activités de conseil et de dépistage du VIH. Toute la prévention parmi les populations clés ventilée par produits et autres coûts directs/indirects. Cette catégorie comprend également les dépenses liées aux transferts d'argent pour les jeunes femmes et les jeunes filles (âgées de 10 à 24 ans dans les pays à haute prévalence) à partir de budgets réservés au VIH.
3.10	Prévention, promotion du dépistage et mise en relation avec des programmes de soins pour les jeunes femmes et les adolescentes (pays à forte prévalence)	Prévention au sein des populations clés
3.11	Programmes de prévention pour les populations vulnérables et accessibles	
3.12	Prophylaxie post-exposition (PPE)	
3.13	Lieu de travail	
3.14	Synergies avec le secteur de la santé	
3.15	Prévention de la transmission du VIH auprès des personnes vivant avec le VIH, non ventilée	
3.98	Prévention (cinq piliers) non ventilée	
3.99	Prévention de la transmission du VIH, non ventilée	Dans ce code, n'intégrez pas des activités qui ne sont pas répertoriées explicitement. Si vous disposez d'activités supplémentaires, indiquez-les individuellement dans des catégories mutuellement exclusives (en veillant à ne pas les compter deux fois) ; évitez d'utiliser une catégorie déjà citée ci-dessus.

4 Programmes sexospécifiques

5 Programmes destinés aux enfants et aux adolescents

6 Protection sociale et soutien économique

7 Mobilisation communautaire et renforcement des systèmes

Les dépenses liées au renforcement des organisations communautaires à travers l'éducation, la formation et le soutien aux travailleurs. Ces dépenses comprennent la mobilisation des ressources, les activités de soutenabilité financière, le recrutement et la rétention des bénévoles, ainsi que le suivi par la communauté afin de garantir une prestation de services efficace et une croissance à long terme.

8 Gouvernance et pérennité
(sous-total)

8.1 Administration et gestion du programme

8.2 Information stratégique

8.3 Planification et coordination

8.4 Achats et logistique (achats et chaîne d'approvisionnement)

8.5 Renforcement des systèmes de santé

8.6 Éducation

8.7 Recherches en lien avec le VIH et le sida

8.98 Gouvernance et pérennité, non ventilées

9 Facilitateurs sociaux essentiels (sous-total)

9.1 Dialogue politique

9.2 Programmes clés liés aux droits de l'homme et activités de plaidoyer

9.3 Développement institutionnel axé sur le sida

9.98 Facilitateurs sociaux essentiels, non ventilés

10 Co-infection TB-VIH, diagnostic et traitement (sous-total)

10.1 Dépistage et diagnostic de la TB parmi les personnes vivant avec le VIH Dépenses liées à la TB et au VIH.

10.2 Prévention et traitement de la TB pour les personnes vivant avec le VIH Dépenses liées à la TB et au VIH.

10.98 Co-infection TB-VIH, diagnostic et traitement, non ventilés

11.99 Autres programmes essentiels hors du cadre suggéré des programmes de base liés au VIH et au sida (merci d'inscrire la liste ci-dessous et de donner des détails)

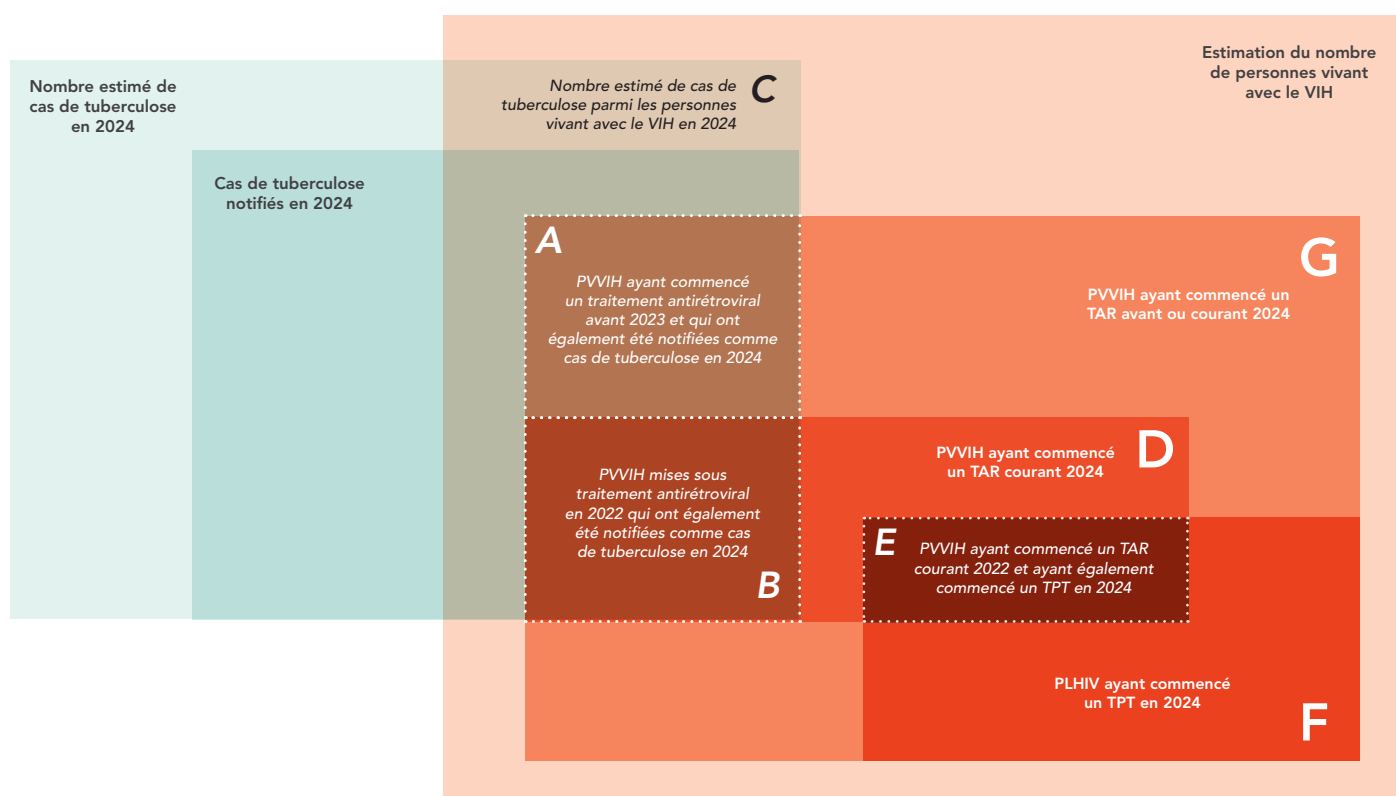
Toutes les autres dépenses liées au VIH, qui ne rentrent dans aucune des catégories ci-dessus (codes 1 à 10).

Veillez à ce qu'aucun programme ou activité répertorié ici ne figure déjà dans les catégories précédentes.

Tout programme ou service indiqué ci-dessous doit être mutuellement exclusif avec les codes ci-dessus (codes 1 à 10).

Annexe 5.

Conseils supplémentaires pour l'élaboration des indicateurs Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida sur le VIH et la tuberculose 7.6–7.9



Indicateur 7.6 = (A+B) / C

Remarque : le numérateur de l'indicateur 7.6 doit être égal au nombre de patients séropositifs ayant nouvellement contracté une TB ou présentant une rechute de la TB qui ont commencé un traitement antirétroviral, tel que rapporté par le Programme national de lutte contre la tuberculose. Veuillez recouper les données avec celles du Programme national de lutte contre la tuberculose.

Indicateur 7.7 = B / D

Note : Le numérateur de l'indicateur 7.6 sera plus grand que celui de l'indicateur 7.7. Pour le numérateur, les cas de tuberculose notifiés doivent inclure les nouveaux cas, les cas de rechute et les cas de retraitement.

Indicateur 7.8 (parmi les personnes ayant débuté un TAR) = E / D

Indicateur 7.8 (parmi les personnes actuellement sous traitement antirétroviral) = F / G

Veuillez noter que pour l'indicateur 7.9, des conseils sont fournis dans la fiche de définition de l'indicateur.

Annexe 6.

Suivi mondial du sida 2025 Instrument d'engagement national et de politique intermédiaire (NCPI) – Orientations sur les questions relatives à la loi

Le NCPI pose un certain nombre de questions concernant les lois et règlements relatifs au VIH ainsi qu'aux populations clés et aux groupes vulnérables. La manière dont les divers aspects de la vie publique et privée sont réglementés ou criminalisés varie considérablement d'un pays à l'autre et à l'intérieur d'un même pays. Le présent document fournit des orientations supplémentaires et quelques exemples pour aider les pays à répondre à ces questions. Les exemples donnés sont uniquement illustratifs et ne doivent pas être considérés comme exhaustifs ; ils ne reflètent pas nécessairement la réalité de votre pays.

Ces orientations couvrent les questions suivantes de le NCPI intermédiaire:

90

102

103

104

105

106

Explications des questions relatives au droit dans le NCPI intermédiaire

Section 5

90. Existe-t-il des lois, des règlements ou des politiques qui prévoient l'enregistrement des organisations dirigées par des communautés dans votre pays (veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent) ?

Les organisations dirigées par la communauté sont des organisations dont la majorité de la gouvernance, de la direction, du personnel, des porte-parole, des membres et des bénévoles reflètent et représentent les expériences, les perspectives et les voix de leurs membres. Les lois et réglementations peuvent influencer la possibilité ou non pour différents groupes de former des associations légales et la facilité avec laquelle ces associations peuvent fonctionner, fournir des services de santé, répondre aux exigences en matière de rapports, etc. Les options de réponse à la question 89 concernent les lois et les politiques qui déterminent quels types d'entités peuvent enregistrer une association. Il se peut que les lois et règlements ne mentionnent pas spécifiquement les organisations dirigées par les communautés, mais qu'ils les incluent, par interprétation, par exemple dans les lois sur les organisations à but non lucratif.

Section 6

102, 103, 104, 105, 106

Des actions légales ont-elles été intentées en vue de la décriminalisation ?

La réforme du droit peut prendre beaucoup de temps, mais il existe des actions concrètes spécifiques qui peuvent être prises en tant qu'étapes de la réforme du droit. Cette question vise à recenser les actions concrètes substantielles qui mènent ou pourraient mener à la décriminalisation. Bien que les litiges stratégiques et les propositions discutées par le parlement soient deux formes principales, il peut y en avoir d'autres dans votre pays, telles qu'une consultation nationale sur une proposition de loi, un projet de décret en cours de discussion, une proposition de référendum. L'action doit être de nature juridique, c'est-à-dire qu'elle doit impliquer des processus parlementaires, gouvernementaux ou judiciaires. Elle exclut les pratiques qui, bien qu'importantes, ne constituent pas des étapes légales vers le changement. Par exemple, elle n'inclut pas les activités de sensibilisation ou de formation.

S'il n'existe aucune loi qui criminalise la non-divulgence, l'exposition ou la transmission du VIH (question 101), les personnes transgenres (question 102), le travail du sexe (question 103), les actes sexuels entre personnes de même sexe (question 104), ou l'usage ou la possession de drogues pour usage personnel (question 105), l'option de réponse correspondante pour indiquer qu'il n'existe pas de loi criminalisant le VIH doit être sélectionnée pour cette question.

Vous trouverez ci-dessous les indications fournies par le GAM 2024 pour déterminer si un pays possède l'une des lois de criminalisation susmentionnées.

- Criminalisation de la non-divulgence, de l'exposition ou de la transmission du VIH – on considère qu'un pays dispose d'une loi criminalisant la non-divulgence, l'exposition ou la transmission du VIH si :
 - Le pays dispose d'un délit spécifique de non-divulgence, d'exposition ou de transmission du VIH. Il peut être mentionné dans un code ou une loi pénale, ou dans une législation relative à la santé publique ou au VIH.
 - Le pays dispose d'un délit spécifique lié à la propagation de maladies transmissibles ou d'infections sexuellement transmissibles, et le VIH est spécifiquement mentionné dans le texte de loi.
 - Le pays dispose d'un délit spécifique lié à la propagation de maladies transmissibles ou d'infections sexuellement transmissibles qui couvre le VIH, mais le VIH n'est pas spécifiquement mentionné dans le texte de la loi.

- Criminalisation des personnes transgenres— on considère qu'un pays a une loi qui criminalise les personnes transgenres si le pays a des lois qui ciblent les personnes en fonction de leur identité ou de leur expression de genre. Bien qu'il soit rare qu'une loi criminalise le fait d'être transgenre, il existe des lois qui criminalisent l'expression de genre des personnes transgenres et des personnes issues de la diversité de genre. Il s'agit principalement de lois contre le travestissement ou l'usurpation de l'identité du sexe opposé. Les lois pertinentes peuvent être trouvées dans la législation ou dans les lois personnelles ou religieuses. Cela n'inclut pas les lois plus générales, telles que les lois sur la moralité ou le vagabondage, qui peuvent être utilisées de manière discriminatoire à l'encontre des personnes transgenres.
- Criminalisation du travail sexuel – on considère qu'un pays a des lois qui criminalisent le travail sexuel si :
 - Le pays a des lois qui criminalisent spécifiquement la prestation de services sexuels, où la personne qui fournit personnellement ces services (le professionnel du sexe) est criminalisée (c'est-à-dire que le professionnel du sexe est pénalement responsable).
 - Le pays dispose de lois qui criminalisent spécifiquement l'achat des services d'un professionnel du sexe (c'est-à-dire que le client est responsable). (Cela diffère de l'achat de services pour une tierce personne, qui est inclus dans la catégorie « profiter de »).
 - Le pays dispose de lois qui criminalisent les activités auxiliaires associées à la vente de services sexuels, y compris la publicité et la sollicitation (offre de services sexuels) liées au travail du sexe, les professionnels du sexe qui se rassemblent en un même lieu, les professionnels du sexe qui vivent les uns avec les autres et les professionnels du sexe qui travaillent trop près d'une école ou d'un lieu de culte.
 - Le pays dispose de lois qui criminalisent les activités auxiliaires associées à l'achat de services sexuels, telles que le racolage (recherche de services sexuels).
 - Le pays dispose de lois qui criminalisent le fait de tirer profit de l'organisation ou de la gestion de services sexuels (tiers profitant du produit du travail sexuel).
- Criminalisation des actes sexuels entre personnes du même sexe—Les lois qui criminalisent les actes sexuels entre personnes du même sexe consentantes en privé se trouvent généralement dans les codes pénaux et les codes criminels. Elles peuvent également figurer dans les codes militaires, même si elles n'existent pas dans le droit national général. Les crimes précis peuvent être connus sous le nom de « sodomie » ou « actes sexuels contre l'ordre de la nature », ou la loi peut simplement dire que les actes sexuels entre deux adultes du même sexe sont illégaux. Lorsque la loi impose une peine ou une durée d'emprisonnement particulière, il peut s'agir d'une amende, de quelques mois de prison, d'une peine d'emprisonnement à vie ou de la peine de mort. Dans d'autres cas, la loi peut ne pas prescrire de peine et laisser aux tribunaux le droit de la déterminer.

- Criminalisation de l'usage ou de la possession de drogues pour usage personnel – on considère qu'un pays dispose de lois criminalisant l'usage ou la possession de drogues pour usage personnel si l'usage ou la possession de drogues illicites pour usage personnel constitue une infraction pénale pour toutes les drogues. C'est également le cas si le pays a décriminalisé ou légalisé certaines drogues, comme la marijuana, mais pas toutes les drogues. On considère que le pays a décriminalisé l'usage ou la possession de drogues pour usage personnel s'il autorise la possession d'une petite quantité de n'importe quelle drogue. Les sanctions pénales peuvent être remplacées par des sanctions administratives ou par l'orientation volontaire vers un traitement ou des services de conseil, ou il peut n'y avoir aucune sanction.

Un pays est considéré comme ayant l'une ou l'autre des lois criminalisantes susmentionnées si elles existent au niveau national ou infranational.

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), 2024

Certains droits réservés. Ce travail est disponible sous la licence Attribution – Pas d'Utilisation Commerciale – Partage dans les Mêmes Conditions 3.0 Organisations Internationales (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>).

Selon les termes de cette licence, vous êtes autorisé-e à copier, redistribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, à condition que l'œuvre soit correctement citée, comme indiqué ci-dessous. Toute utilisation de cette œuvre ne doit jamais laisser entendre que l'ONUSIDA soutient une organisation, des produits ou des services spécifiques. L'utilisation du logo de l'ONUSIDA n'est pas autorisée. Si vous adaptez l'œuvre, vous devez diffuser votre œuvre en utilisant la même licence Creative Commons ou une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, vous devez ajouter la clause de non-responsabilité suivante ainsi que la citation suggérée : « Cette traduction n'a pas été réalisée par l'ONUSIDA. L'ONUSIDA n'est pas responsable du contenu ou de l'exactitude de cette traduction. La version originale en anglais est la version contraignante et authentique. »

Toute médiation relative à des litiges découlant de la licence sera menée conformément au règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<https://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/index.html>).

Proposition de citation. Suivi mondial de la lutte contre le sida 2025 : Indicateurs et questions pour le suivi des progrès de la Déclaration politique sur le VIH et le sida de 2021. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2024. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Matériel tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel de cette œuvre qui est attribué à un tiers, par exemple des tableaux, des chiffres ou des illustrations, il vous incombe de déterminer si vous avez besoin d'une autorisation pour le réutiliser et d'obtenir le cas échéant l'autorisation du ou de la titulaire du droit d'auteur. Le risque de réclamations suite à une violation d'un élément appartenant à un tiers dans le cadre de l'œuvre incombe exclusivement à l'utilisateur ou l'utilisatrice.

Les désignations utilisées et la présentation du matériel dans la présente publication n'impliquent l'expression d'aucune opinion de la part de l'ONUSIDA concernant le statut juridique d'un pays, d'un territoire, d'une ville ou d'une région ou de ses autorités, ni la délimitation de ses frontières ou de ses limites. Les lignes pointillées sur les cartes représentent des limites approximatives pour lesquelles il n'y a peut-être pas encore d'accord définitif.

La mention d'entreprises spécifiques ou de produits de certains fabricants n'implique pas que l'ONUSIDA les approuve ou les recommande par rapport à d'autres de nature similaire qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreurs et omissions, les noms des produits déposés ou brevetés sont identifiables, car ils commencent par une majuscule.

Toutes les précautions raisonnables ont été prises par l'ONUSIDA pour vérifier les informations contenues dans cette publication. Toutefois, le matériel publié est distribué sans garantie de quelque nature que ce soit, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation du matériel incombe au lecteur ou à la lectrice. L'ONUSIDA ne pourra en aucun cas être tenue responsable des dommages résultant de son utilisation.

ONUSIDA / JC3133F



ONUSIDA
Programme commun des
Nations Unies sur le VIH/sida

20 Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666

unaids.org