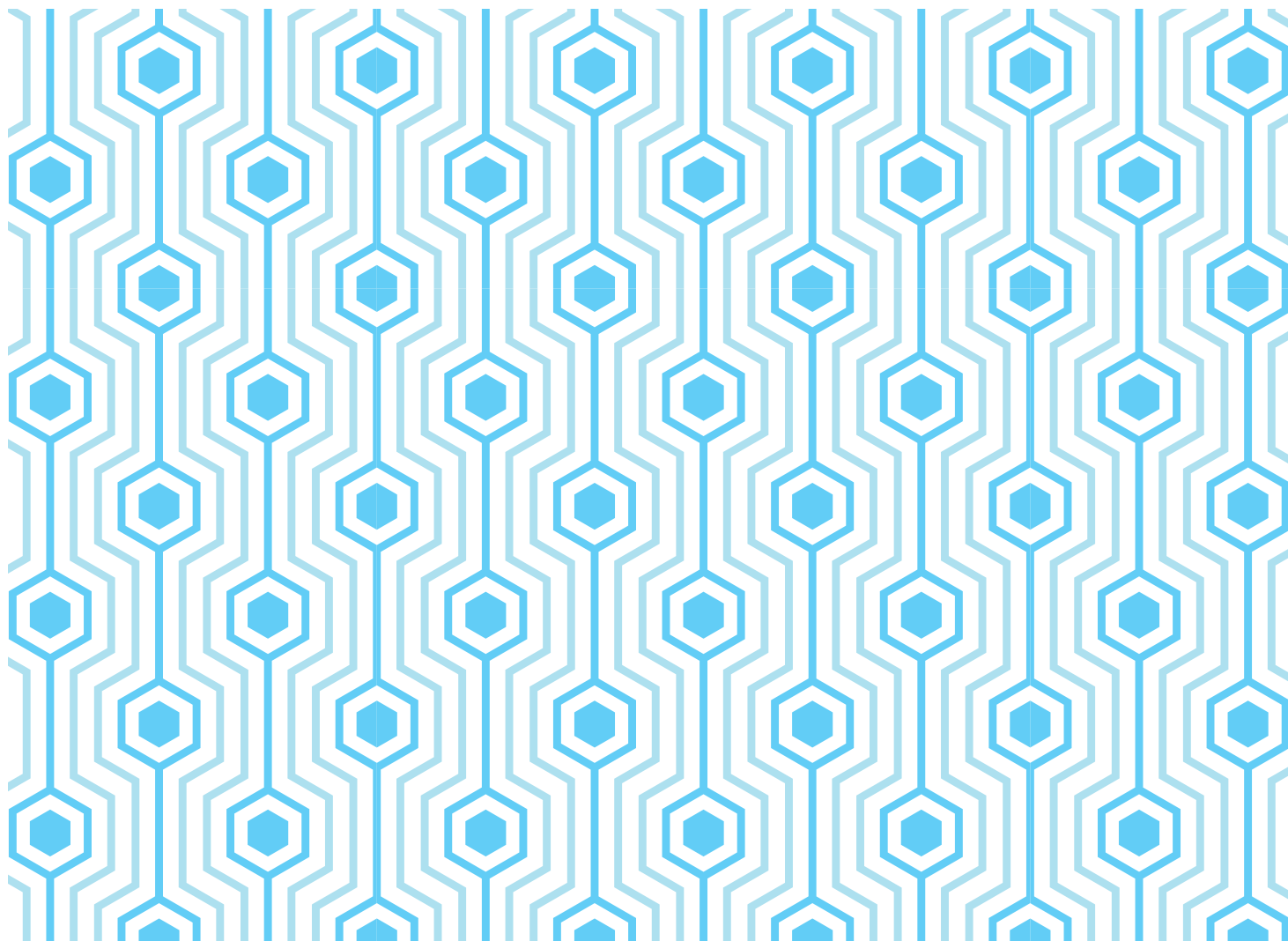


Rapport mondial sur le suivi de la lutte contre le sida 2018

Indicateurs de suivi de la Déclaration Politique sur la fin du sida
adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies en 2016



Contenus

Résumé des indicateurs pour le Suivi Mondial de la lutte contre le sida	5
Abréviations et acronymes	9
Introduction	10
But et contexte	11
Justification du nouveau cadre de suivi	11
Historique des rapportages	13
Format de rapport	15
Indicateurs nationaux pour les pays à revenu élevé	16
Mise en œuvre du suivi au niveau national	17
Constructions des indicateurs nationaux	17
Outils de mesure et sources de données	17
Numérateurs et dénominateurs	19
Désagrégation des données, en particulier par sexe et âge	19
Données décentralisées (sous nationales)	20
Données d'enquêtes récentes et représentatives	21
Interprétation et analyse	22
Rôle de la société civile	22
Contenu du rapport	23
Orientation sur la soumission de données	24
Outil de rapportage et soumission de données	24
Processus de rapportage au niveau national : actions requises	25
Processus de validation des données pour 2018	27
Résumé des changements apportés au rapportage 2018	29
Modifications apportées aux indicateurs pour 2018	29
Changements à l'outil de rapportage en ligne pour le rapport 2018	33
L'avenir du suivi mondial de la lutte contre le sida	33
Indicateurs pour le suivi mondiale de la lutte contre sida	37

Prière d'utiliser le site Web du suivi mondial de la lutte contre le sida (aidsreportingtool.unaids.org) pour soumettre vos données avant le 29 mars 2018.

Les estimations VIH modélisées à l'aide du logiciel Spectrum mis à jour doivent être reçues au plus tard le 22 mars 2018.

Engagement 1 : Garantir l'accès au traitement pour 30 millions de personnes vivant avec le VIH au travers l'atteinte des objectifs 90-90-90 d'ici 2020

1.1 Personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut sérologique	37
1.2 Personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral	40
1.3 Retention sous traitement antirétroviral à 12 mois	42
1.4 Personnes vivant avec le VIH dont la charge virale a été supprimée	44
1.5 Diagnostic tardif du VIH	46
1.6 Rupture de stock de médicaments antirétroviraux	47
1.7 Mortalité due au sida	49

Engagement 2: Éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici 2020 et garantir l'accès au traitement du VIH à 1,6 millions d'enfants d'ici 2018

2.1 Diagnostic précoce chez les nourrissons	50
2.2 Transmission mère-enfant du VIH	52
2.3 Prévention de la transmission mère-enfant du VIH	54
2.4 La syphilis chez les femmes enceintes	57
2.5 Taux de syphilis congénitale (naissances vivantes et mortinaissances)	59
2.6 Test du VIH parmi les femmes enceintes	60

Engagement 3: Assurer l'accès aux options de l'association de mesures de prévention, parmi lesquelles la prophylaxie préexposition, la circoncision masculine volontaire médicale, la réduction des risques et les préservatifs, à au moins 90 % des personnes d'ici 2020, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes dans les pays à forte prévalence et les populations clés, c'est-à-dire les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les professionnels du sexe et leurs clients, les personnes qui s'injectent des drogues et les prisonniers

3.1 Incidence du VIH	60
3.2 Estimations de la taille des populations clés (A-E)	63
3.3 Prévalence du VIH parmi les populations clés (A-E)	64
3.4 Test du VIH parmi les populations clés (A-D)	66
3.5 Couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les personnes vivant avec le VIH au sein des populations clés	68
3.6A Utilisation du préservatif parmi les professionnels du sexe	70
3.6B Utilisation du préservatif parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	72
3.6C Utilisation du préservatif chez les personnes qui s'injectent des drogues	74
3.6D Utilisation du préservatif parmi les personnes transgenres	76

3.7 Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les populations clés (A-E)	78
3.8 Pratiques d'injection sans risques parmi les personnes qui s'injectent des drogues	80
3.9 Aiguilles et seringues distribuées par personnes qui s'injectent des drogues	82
3.10 Couverture de la thérapie de substitution aux opiacés	84
3.11 Syphilis active chez les professionnels du sexe	85
3.12 Syphilis active parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	86
3.13 Programmes de prévention du VIH dans les prisons	87
3.14 Hépatite virale parmi les populations clés	88
3.15 Personnes recevant un traitement prophylactique préexposition (PrEP)	89
3.16 Prévalence de la circoncision masculine	91
3.17 Nombre annuel d'hommes circoncis volontairement	92
3.18 Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque	93

Engagement 4: Éliminer les inégalités entre les sexes et mettre fin à toutes les formes de violence et de discrimination envers les femmes et les filles, les personnes vivant avec le VIH et les populations clés d'ici 2020

4.1 Attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH	94
4.2 Évitement des services de santé chez les populations clés du fait de la stigmatisation et de la discrimination (A-D)	96
4.3 Prévalence de la violence récente au sein du couple	98
4.4 Expérience de la discrimination liée au VIH dans les établissements de soins de santé	100

Engagement 5: S'assurer que 90 % des jeunes possèdent les compétences, les connaissances et la capacité de se protéger du VIH et disposent d'un accès à des services de santé sexuelle et reproductive d'ici 2020 afin de réduire à moins de 100 000 personnes par an le nombre de nouvelles infections à VIH parmi les adolescentes et les jeunes femmes

5.1 Les jeunes : Connaissances en matière de prévention du VIH	102
5.2 Demande de planification familiale satisfaite par les moyens modernes	103

Engagement 8: Garantir l'augmentation des investissements liés au VIH à hauteur de US\$ 26 milliards d'ici 2020, dont un quart pour la prévention du VIH et 6 % pour les acteurs sociaux

8.1 Dépenses totales liées à la lutte contre le VIH	105
---	------------

Engagement 10: S'engager à sortir le sida de l'isolement par le biais de systèmes centrés sur les populations afin d'améliorer la couverture de santé universelle, notamment le traitement pour la tuberculose, le cancer du col de l'utérus et les hépatites B et C

10.1 Co-gestion du traitement de la tuberculose et du VIH	109
10.2 Proportion de personnes vivant avec le VIH nouvellement prises en charge pour des soins liés au VIH et qui souffrent d'une tuberculose active	111
10.3 Proportion de personnes vivant avec le VIH nouvellement prises en charge pour des soins liés au VIH et ayant débuté une thérapie préventive de la tuberculose	112
10.4 Hommes souffrant d'écoulement urétral	113
10.5 Blennorragie chez les hommes	114
10.6 Dépistage de l'hépatite B	115
10.7 Proportion de personnes présentant une co-infection VIH/VHB et recevant un traitement combiné	116
10.8 Dépistage de l'hépatite C	117
10.9 Proportion de personnes présentant une co-infection VIH/VHC débutant le traitement VHC	118
10.10 Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH	119
 Directives pour le remplissage du NCPI intérimaire (NCPI Intérimaire)	 120
 Annexe 1. Bibliographie sélectionnée	 142
 Annexe 2. La matrice de financement de l'indicateur 8.1: total des dépenses liées au VIH	 143
 Annexe 3. Volumes et prix unitaires des produits achetés et distribués	 155

Résumé des indicateurs pour le Suivi Mondial de la lutte contre le sida

2020 Accélération des engagements et élargissement des objectifs afin de mettre fin à l'épidémie de sida.

* Les objectifs élargis sont en bleu

Réduire le nombre de personnes infectées par le VIH à moins de 500 000 dans le monde d'ici 2020

➔ Incidence du VIH (voir engagement 3)

Réduire le nombre de décès dus au sida à moins de 500 000 dans le monde d'ici 2020

➔ Mortalité due au sida (voir engagement 1)

Éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au sida d'ici 2020

➔ Attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH (voir engagement 4)

ENGAGEMENT 1: *Garantir l'accès au traitement aux 30 millions de personnes vivant avec le VIH grâce à l'atteinte des objectifs 90-90-90 d'ici 2020*

S'engager à atteindre les objectifs 90-90-90

- ➔ 1.1 Personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut sérologique
- ➔ 1.2 Personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral
- ➔ 1.3 Réention sous traitement ARV à 12 mois
- ➔ 1.4 Personnes vivant avec le VIH dont la charge virale a été supprimée
- ➔ 1.5 Diagnostic tardif du VIH
- ➔ 1.6 Rupture de stock de médicaments antirétroviraux
- ➔ 1.7 Mortalité due au sida

S'attaquer aux réglementations, les politiques et les pratiques empêchant l'accès à des médicaments génériques sûrs, efficaces et économiques, ainsi qu'aux diagnostics et aux technologies liées à la santé. Ceci inclue la mise en œuvre complète des flexibilités de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (TRIPS), et le renforcement des capacités régionales et locales à développer, fabriquer et distribuer des produits de santé économiques et de qualité.

Engagements politiques et instrument de politique (NCPI) intérimaire

ENGAGEMENT 2: *Éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici 2020 et garantir l'accès au traitement du VIH à 1,6 millions d'enfants d'ici 2018*

- ➔ 2.1 Diagnostic précoce chez les nourrissons
- ➔ 2.2 Transmission mère-enfant du VIH
- ➔ 2.3 Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
- ➔ 2.4 Syphilis chez les femmes enceintes
- ➔ 2.5 Taux de syphilis congénitale (naissances vivantes et mortinaissances)
- ➔ 2.6 Test du VIH parmi les femmes enceintes

Des indicateurs additionnels liés à ces objectifs mais rassemblés autre part (soit dans des domaines d'engagement différents, soit au travers de la procédure d'estimation du VIH) incluent :

- ➔ Nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH (voir incidence du VIH)
- ➔ Traitement du VIH chez les enfants : Thérapie antirétrovirale (voir personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral)

ENGAGEMENT 3: *Assurer l'accès aux options de l'association de mesures de prévention, parmi lesquelles la prophylaxie préexposition, la circoncision masculine volontaire médicale, la réduction des risques et les préservatifs, à au moins 90 % des personnes d'ici 2020, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes dans les pays à forte prévalence et les populations clés, c'est-à-dire les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les professionnels du sexe et leurs clients, les personnes qui s'injectent des drogues et les prisonniers*

➔ 3.1 Incidence du VIH

Garantir l'accès aux services complets de prévention de l'infection à VIH à 90 % des personnes présentant un risque d'infection à VIH, notamment les professionnels du sexe et leurs clients, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les personnes qui s'injectent des drogues et les prisonniers.

- ➔ 3.2 Estimations de la taille des populations clés
- ➔ 3.3 Prévalence du VIH parmi les populations clés
 - 3.3A Prévalence du VIH parmi les travailleurs du sexe
 - 3.3B Prévalence du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

3.3C Prévalence du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues

3.3D Prévalence du VIH parmi les personnes transsexuelles

3.3E Prévalence du VIH parmi les prisonniers

➔ 3.4 Test du VIH parmi les populations clés

3.4A Test du VIH parmi les professionnels du sexe

3.4B Test du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

3.4C Test du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues

3.4D Test du VIH parmi les personnes transsexuelles

➔ 3.5 Couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les personnes vivant avec le VIH au sein des populations clés

3.5A Couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les professionnels du sexe vivant avec le VIH

3.5B Couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant avec le VIH

3.5C Couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les personnes qui s'injectent des drogues vivant avec le VIH

3.5D Couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les personnes transsexuelles vivant avec le VIH

3.5E Couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les prisonniers vivant avec le VIH

➔ 3.6 Utilisation du préservatif parmi les populations clés

3.6A Utilisation du préservatif chez les professionnels du sexe

3.6B Utilisation du préservatif chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

3.6C Utilisation du préservatif chez les personnes qui s'injectent des drogues

3.6D Utilisation du préservatif parmi les personnes transgenres

➔ 3.7 Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les populations clés

3.7A Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les professionnels du sexe

3.7B Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

3.7C Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues

3.7D Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les personnes transsexuelles

Personnes qui s'injectent des drogues

➔ 3.8 Pratiques d'injection sans risques parmi les personnes qui s'injectent des drogues

➔ 3.9 Aiguilles et seringues distribuées par personnes qui s'injectent des drogues

➔ 3.10 Couverture de la thérapie de substitution aux opiacés

Professionnels du sexe

➔ 3.11 Syphilis active chez les professionnels du sexe

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

➔ 3.12 Syphilis active parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Prisonniers

➔ 3.13 Programmes de prévention du VIH dans les prisons

Hépatite virale

➔ 3.14 Hépatite virale parmi les populations clés

Faire bénéficier 3 millions de personnes de la prophylaxie préexposition d'ici 2020

➔ 3.15 Personnes recevant un traitement prophylactique préexposition (PrEP)

Atteindre 25 millions d'hommes avec la circoncision masculine volontaire médicale dans les pays à incidence élevée d'ici 2020

➔ 3.16 Prévalence de la circoncision masculine

➔ 3.17 Nombre annuel d'hommes circoncis volontairement

Distribuer 20 milliards de préservatifs par an d'ici 2020 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

➔ 3.18 Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque

Nombres de préservatifs distribués (NCPI intérimaire)

ENGAGEMENT 4: Éliminer les inégalités entre les sexes et mettre fin à toutes les formes de violence et de discrimination envers les femmes et les filles, les personnes vivant avec le VIH et les populations clés d'ici 2020

.....

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

➔ 4.2 Évitement des services de santé du fait de la stigmatisation et discrimination parmi les populations clés

4.2A Évitement des services de santé du fait de la stigmatisation et discrimination parmi les professionnels du sexe

4.2B Évitement des services de santé du fait de la stigmatisation et discrimination parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

4.2C Évitement des services de santé du fait de la stigmatisation et discrimination

parmi les personnes qui s'injectent des drogues
4.2D Évitement des services de santé du fait de la stigmatisation et discrimination parmi les personnes transsexuelles

Garantir aux femmes l'accès universel à des services de qualité et abordables sur la santé sexuelle et reproductive incluant les services liés au VIH

➔ 4.3 Prévalence de la violence récente au sein du couple

Pourcentage de pays rapportant des données ventilées par sexe (résumé analytique dans l'outil de rapport en ligne)

Éliminer les stigmatisations et les discriminations liées au VIH au sein des structures de santé d'ici 2020

➔ 4.4 Expérience de la discrimination liée au VIH dans les établissements de soins de santé

Réexaminer et réformer les lois accentuant les stigmatisations et les discriminations, notamment l'âge de consentement, la non-divulgaration du statut VIH, l'exposition et la transmission, les restrictions de voyages et le dépistage obligatoire

NCPI intérimaire

ENGAGEMENT 5: *S'assurer que 90 % des jeunes possèdent les compétences, les connaissances et la capacité de se protéger du VIH et disposent d'un accès à des services de santé sexuelle et reproductive d'ici 2020 afin de réduire à moins de 100 000 personnes par an le nombre de nouvelles infections à VIH parmi les adolescentes et les jeunes femmes*

➔ 5.1 Jeunes : Connaissances en matière de prévention du VIH

➔ 5.2 Demande de planification familiale satisfaite par les moyens modernes

Les indicateurs additionnels liés à ces objectifs mais rassemblés autre part (soit dans des domaines d'engagement différents, soit au travers de la procédure d'estimation du VIH) incluent :

➔ Femmes âgées de 15 à 24 ans nouvellement infectées par le VIH (voir incidence du VIH)

➔ Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque parmi les jeunes femmes de 15 à 24 ans (voir utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque)

ENGAGEMENT 6: *S'assurer que 75 % des personnes vivant avec le VIH, affectés par le VIH ou à risque bénéficient de la protection sociale incluant le VIH d'ici 2020*

Indicateurs devant être inclus dans le rapport mondial de suivi de la lutte contre le sida 2019

NCPI intérimaire

ENGAGEMENT 7: *Garantir la gestion par la communauté d'au moins 30 % des services fournis d'ici 2020*

Indicateurs devant être inclus dans le rapport mondial de suivi de la lutte contre le sida 2019

NCPI intérimaire

ENGAGEMENT 8: *Garantir l'augmentation des investissements liés au VIH à hauteur de US\$ 26 milliards d'ici 2020, dont un quart pour la prévention du VIH et 6 % pour les acteurs sociaux*

➔ 8.1 Dépenses totales de la lutte contre le VIH

Dépenses nationales et internationales liées au VIH par catégorie de programmes et source de financement

8.1A Dépenses pour le dépistage et le conseil en matière de VIH

8.1B Dépenses pour la thérapie antirétrovirale

8.1C Dépenses pour le suivi spécifique en laboratoire du VIH

8.1D Dépenses liées à la TB et au VIH

8.1E Dépenses liées aux cinq piliers de l'association de mesures de prévention

8.1F Dépenses liées à la prévention de la transmission mère enfant du VIH

8.1G Dépenses liées aux acteurs sociaux

8.1H Dépenses concernant les transferts d'espèces pour les jeunes femmes et les jeunes filles

ENGAGEMENT 9: *Responsabiliser les personnes vivant avec le VIH, à risque ou bien affectées par le VIH afin qu'elles connaissent leurs droits, aient accès à la justice et à des services juridiques afin de prévenir et lutter contre les violations des droits de l'homme*

ENGAGEMENT 10: *S'engager à sortir le sida de l'isolement par le biais de systèmes centrés sur les populations afin d'améliorer la couverture de santé universelle, notamment le traitement pour la tuberculose, le cancer du col de l'utérus et les hépatites B et C*

Réduire le nombre de décès liés à la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH de 75 % d'ici 2020

➔ Cogestion du traitement de la tuberculose et du VIH

➔ 10.2 Personnes vivant avec le VIH nouvellement prises en charge pour

des soins liés au VIH et qui souffrent d'une tuberculose active

- ➔ 10.3 Personnes vivant avec le VIH ayant débuté une thérapie préventive de la tuberculose

Les indicateurs additionnels liés à ces objectifs mais rassemblés autre part (soit dans des domaines d'engagement différents, soit au travers de la procédure d'estimation du VIH) incluent :

Décès liés à la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH

Infections sexuellement transmissibles (IST)

- ➔ 10.4 Hommes souffrant d'écoulement urétral
- ➔ 10.5 Blennorragie chez les hommes

Hépatites B and C

- ➔ 10.6 Dépistage de l'hépatite B
- ➔ 10.7 Personnes présentant une co-infection VIH/VHB et recevant un traitement combiné
- ➔ 10.8 Dépistage de l'hépatite C
- ➔ 10.9 Personnes présentant une co-infection VIH/VHC débutant le traitement VHC

Cancer du col de l'utérus

- ➔ 10.10 Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH

Autres indicateurs liés à cet objectif mais rassemblés autre part par l'OMS :

Vaccination contre le cancer du col de l'utérus

Acronymes et abréviations

3TC	lamivudine
AZT	zidovudine
DTG	Dolutegravir
EFV	éfavirenz
FTC	emtricitabine
INNTI	inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse
INTI	inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse
LPV/r	lopinavir avec du ritonavir comme adjuvant
NVP	névirapine
OIT	Organisation internationale du travail
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation(s) non-gouvernementale(s)
ONU DC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
PNUD	Programme des Nations unies pour le développement
PrEP	prophylaxie préexposition
ReDes	Revue des Dépenses de lutte contre le sida
RPR	test rapide de la réagine plasmatique
sida	syndrome de l'immunodéficience acquise
TB	tuberculose
TDF	fumarate de disoproxil de tenofovir
TPHA	test Treponema Pallidum Hemagglutinations Assay
TPPA	test Treponema pallidum particle agglutination assay
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VDRL	Laboratoire de recherche sur les maladies vénériennes
VHB	virus de l'hépatite B
VHC	virus de l'hépatite C
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
VPH	papillomavirus humain

Introduction

Objet et contexte

Ce document a pour objectif de fournir des directives sur l'utilisation d'indicateurs servant à évaluer et à décrire la réponse nationale au sida des programmes nationaux de lutte contre le sida et à leurs partenaires.

La Déclaration politique 2016 sur le VIH/sida des Nations Unies : La stratégie d'accélération de la riposte contre le VIH et de la fin de l'épidémie du sida d'ici 2030,¹ adoptée lors de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale de l'ONU sur l'éradication du sida en juin 2016, a mandaté l'ONUSIDA afin d'aider les pays à élaborer le rapport sur leurs engagements à l'égard de la Déclaration politique. Cette déclaration est élaborée à partir de trois déclarations précédentes : la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de 2001, la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2006 et la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2016.

Les États membres avaient adopté à l'unanimité la Déclaration de 2001 lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies la même année. Cette déclaration reflétait le consensus mondial reposant sur un cadre d'action pour atteindre l'Objectif 6 de développement du Millénaire visant à enrayer la propagation du VIH/sida et à inverser la tendance à l'horizon 2015. Elle reconnaissait la nécessité de mener une action plurisectorielle et d'agir à la fois à l'échelle mondiale, régionale et nationale afin d'éviter de nouvelles infections à VIH, d'étendre l'accès aux soins de santé et d'atténuer l'impact de l'épidémie. La Déclaration politique 2006 reconnaissait le besoin urgent de

¹ Déclaration politique 2016 des Nations Unies sur le VIH/sida : Accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030. Genève : ONUSIDA ; 2016 (Résolution de l'Assemblée Générale 70/266 ; <http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2016/2016-political-declaration-HIV-AIDS>, consulté le 15 novembre 2016).

proposer un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH. La Déclaration politique de 2011 dressait 10 objectifs visant à intensifier les efforts pour éradiquer le VIH et le sida. La Déclaration politique de 2016 se concentre sur les 5 années avec un accent particulier sur la période des Objectifs de Développement Durable jusqu'en 2030 et à venir et une attention plus forte sur l'intégration de la riposte mondiale contre le VIH dans le programme plus vaste du développement.

Bien que des gouvernements aient adopté les déclarations, la vision va bien au-delà du domaine étatique pour s'étendre à l'industrie privée et aux syndicats, aux organisations confessionnelles, aux organisations non gouvernementales (ONG) et autres entités de la société civile, notamment celles qui représentent les personnes vivant avec le VIH.

Comme le précise la Déclarations politiques de 2016, la réussite de la riposte au sida doit se mesurer par la réalisation d'objectifs concrets dans des délais prescrits. Elle invite à suivre minutieusement les progrès de la mise en œuvre des engagements et prie le Secrétaire général des Nations Unies de publier un rapport d'activité annuel. Ces rapports sont conçus pour identifier les défis et les contraintes et recommandent des actions visant à accélérer la réalisation des objectifs.

Le Rapport mondial du suivi de la lutte contre le sida 2018 est le second qui suit la transition entre les Objectifs du millénaire pour le développement et les Objectifs de développement durable. C'est également la

seconde année où sont consignés les résultats du cadre de suivi de l'évolution du VIH pour la période 2016 à 2020. Les lignes directrices de cette année correspondent à un bilan de l'ensemble des indicateurs utilisés pour les rapports mondiaux des années précédentes. L'OMS, l'ONUSIDA et leurs partenaires se sont associés afin de rassembler les directives unifiées concernant les informations stratégiques sur le VIH dans le domaine de la santé,² qui ont alimenté les directives associées aux rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde.

Dans les précédentes séries de rapport, les pays ont été encouragés à intégrer des indicateurs dans leurs efforts de surveillance continue. Ces indicateurs sont conçus afin de les aider à évaluer la situation de leur riposte nationale ainsi que leurs progrès pour atteindre les objectifs nationaux en matière de lutte contre le VIH. Ils contribuent également à mieux comprendre la riposte mondiale à l'épidémie du VIH, notamment les progrès pour atteindre les objectifs mondiaux présentés dans la Déclaration politique 2016 et les Objectifs de développement durable.³

Ces directives sont conçues pour améliorer la qualité et la pertinence des données collectées au niveau des états, favorisant la précision des conclusions tirées à l'échelle nationale, régionale et mondiale.

Fondement du cadre de suivi global de la lutte contre le sida

Les principes suivants ont été appliqués lors de la sélection des indicateurs pour le rapport mondial de suivi de la lutte contre le sida.

² Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2015 (<http://who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/en>, consulté le 15 novembre 2016).

³ Fast-Track Commitments to End AIDS by 2030 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/fast-track-commitments_en.pdf)

Comment utiliser ces directives

Ces directives ont été élaborées pour aider les pays à recueillir des données et à rédiger des rapports sur leur riposte au VIH le plus efficacement possible. La partie sur les indicateurs du rapport mondial de suivi de la lutte contre le sida dédie des pages à chaque indicateur, en expliquant les raisons de leur présence et en proposant des méthodes pour les collecter, les construire et les mesurer. Les points forts et les points faibles de l'indicateur sont également abordés

- **Réduction des contraintes de suivi.** L'ensemble des indicateurs est désormais réduit et contient moins de questionnaires séparés (sous-indicateurs et sources de données) ; il inclut des indicateurs pour le suivi et les rapports relatifs à la riposte contre le VIH du secteur de la santé (auparavant nommés indicateurs d'accès universel) et ils respectent également les indicateurs de développement durable, simplifiant la collecte des données pour chaque pays. Les descriptions des indicateurs dans ce guide remplacent celles des directives précédentes, et incluent notamment la liste de référence mondiale des 100 indicateurs clés de santé⁴ ainsi que les directives unifiées de 2015 pour les informations stratégiques sur le VIH dans le domaine de la santé de l'OMS.⁵ Afin de répondre pleinement aux conditions de rédaction des rapports associés aux 10 engagements vers une accélération de la riposte, les indicateurs sont ventilés selon l'âge, le sexe, la zone géographique et, le cas échéant, par population clé.
- **De meilleures fonctionnalités de programmation pour les pays.** Du fait de leur ventilation, de leurs sources et de la granularité géographique, notamment à l'échelle d'une ville, les indicateurs peuvent résumer la diversité de la situation dans un pays et identifier les domaines où les programmes peuvent avoir la plus grande influence. Le suivi des données de programmes constitue également une option pour les indicateurs sélectionnés.
- **Connaître l'épidémie et réaffecter des ressources.** Les estimations épidémiologiques ont nettement progressé au cours des dernières années, elles sont de plus en plus utilisées à l'échelle sous-nationale avec des données de programmation servant à évaluer la couverture et les gaps des services. Cela permet un investissement efficace.
- **Un ensemble cohérent.** L'ensemble des indicateurs a été conçu de telle sorte qu'ils ne sont pas indépendants mais se complètent afin d'offrir une vue d'ensemble plus large de la riposte au sida dans le contexte d'un pays donné.

⁴ Global reference list of 100 core health indicators. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en>, accessed 15 November 2016).

⁵ Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2015 (<http://who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/en>, consulté le 15 novembre 2016).

- **Une approche innovante et progressive.** Afin d'offrir une future flexibilité pour les indicateurs sélectionnés, une option a été envisagée afin de communiquer les rapports à l'aide de sources de données (différents types d'études et de données de programmation). La collecte de données pilotée par les communautés sous diverses formes, telles que les médias sociaux ou des applications de rencontre, pourrait compléter les données recueillies pour les indicateurs et fournir un aperçu approfondi de la situation.

Historique des rapports

L'ONUSIDA a collecté des rapports d'avancement nationaux auprès des États membres afin de suivre les diverses déclarations politiques, tous les deux ans à partir de 2004 et tous les ans depuis 2012. Le taux de réponse a augmenté passant de 102 États membres (53 %) en 2004 à 185 (96 %) en 2012. Ce chiffre est sensiblement resté le même depuis 2012 et, en 2017, 174 États membres (90 %) ont transmis leurs rapports (Figure 1 et Figure 2).

Figure 1

Tendances des taux de réponse, 2004–2017

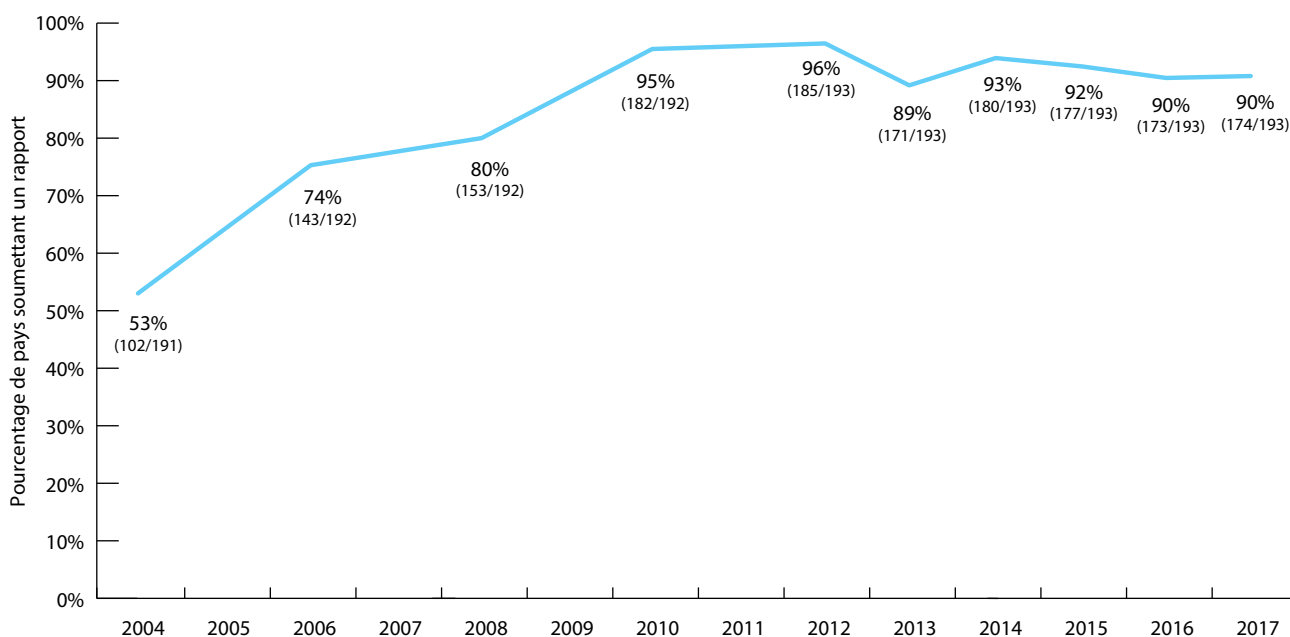
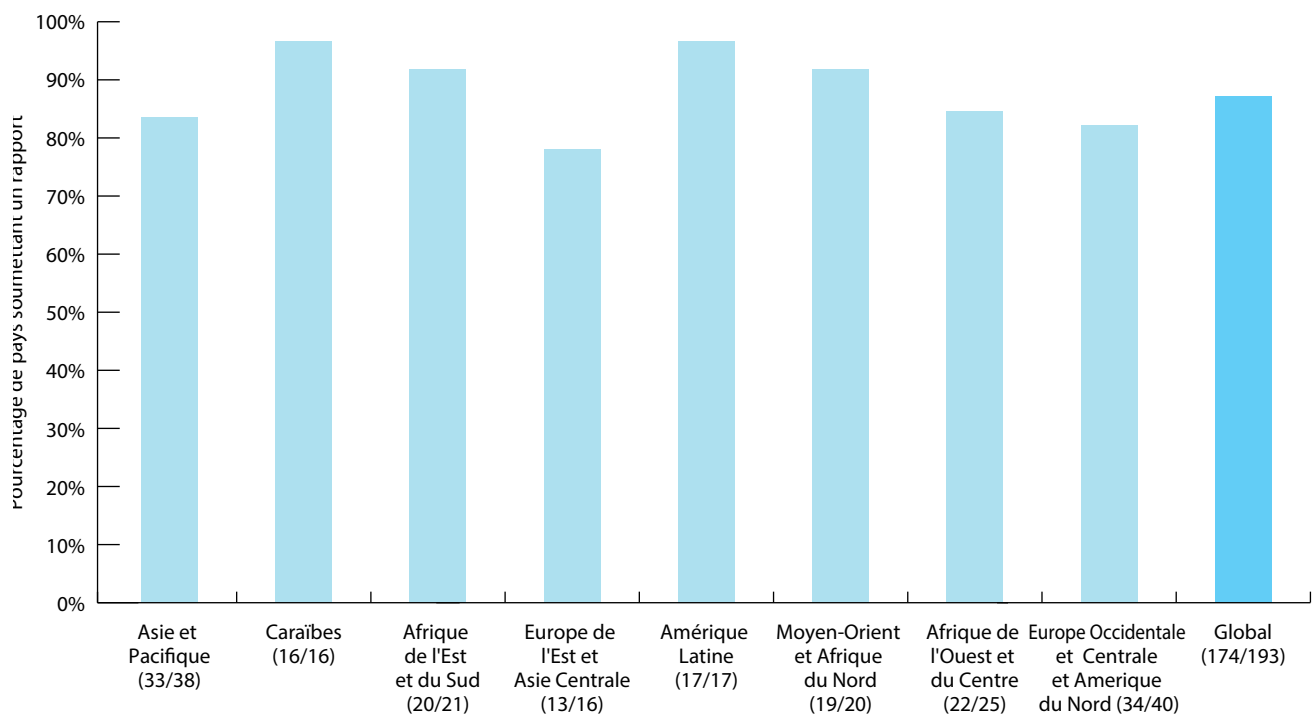


Figure 2

Proportion de pays ayant soumis des rapports dans le cycle 2017 du Rapport mondial de suivi de la lutte contre le sida



Les informations issues des rapports de suivi nationaux fournissent les données les plus exhaustives sur l'évolution et la riposte à l'épidémie. Des données issues de séries précédentes de rapports sont disponibles en ligne sur <http://aidsinfo.unaids.org>. La base de données complète est disponible sur <http://www.aidsinfoonline.org> et peut être utilisée dans la conception de schémas, cartes et tableaux.

Des rapports descriptifs non publiés sur la situation nationale de la série de rapports de 2016 sont disponibles sur : <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2016countries> Veuillez noter que des corrections ou des mises à jour concernant les données associées aux indicateurs après validation sont disponibles sur AIDSInfo et ne sont pas nécessairement reprises dans les rapports descriptifs.

Format des rapports

Les rapportages 2018 demandent la soumission des indicateurs et du NCPI intérimaire⁶. Dans le cadre de la préparation des rapports mondiaux sur le suivi de la lutte contre le sida, les pays sont également invités à soumettre un rapport narratif. L'outil de rapportage en ligne incluent un modèle destiné à la rédaction d'un rapport descriptif constitué d'un narratif pour chaque engagement vers une accélération de la riposte. Cependant, les pays peuvent également soumettre des rapports nationaux récents sur l'épidémiologie du VIH la réponse nationale au cas où de tels rapports existent.

Les données pour les indicateurs sont considérées comme faisant partie intégrante de chaque soumission de rapport national d'avancement. En conséquence, la partie narrative de ce document et les données concernant les indicateurs doivent être prises en compte dans le cadre de la consultation et du processus de préparation du rapport, tel que cela est souligné dans le paragraphe concernant la mise en œuvre des rapports de situation à l'échelle nationale.

Les données des indicateurs des rapports mondiaux d'avancement sur la lutte contre le sida doivent être soumises 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.

La date limite pour la saisie et la validation des données sur le site est le 29 mars 2018.

Les indicateurs de suivi mondial de la lutte contre le sida sont importants pour deux raisons. En premier lieu, ils peuvent aider chaque pays à évaluer l'efficacité de sa riposte nationale ; ensuite, lorsque des données de plusieurs pays sont analysées

collectivement, les indicateurs peuvent fournir des informations essentielles sur l'efficacité de la riposte à une plus grande échelle et servir de base pour les analyses des progrès réalisés au niveau régional et mondial. Cette démarche donne également aux pays un aperçu des autres ripostes nationales.

Les changements apportés dans cette série de rapports comparés à celle de 2017 sont résumés pages 29 à 31.

Les pays sont invités à évaluer la manière dont chaque indicateur s'applique à l'épidémie qui sévit sur son territoire. Sur le site internet dédié, il est demandé aux États de préciser si chaque indicateur est pertinent ou non dans leur cas et si oui, si de nouvelles données sont disponibles pour celui-ci. Lorsque des pays choisissent de ne pas fournir de données sur un indicateur spécifique, ils sont tenus de motiver les raisons de leur décision, dans la mesure où cela permet de faire la distinction entre l'absence de données et l'inapplicabilité de certains indicateurs particuliers à des épidémies spécifiques à un pays.

La plupart des indicateurs nationaux sont applicables à tous les pays. 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 affichant une faible prévalence du VIH sont encouragés à recueillir des données sur les comportements sexuels des jeunes afin de pouvoir suivre les tendances comportementales qui pourraient avoir une influence sur la future riposte

⁶ Le NCPI interimaire comprend à un sous-ensemble de questions de la partie A du NCPI qui se rapportent à des éléments de politique susceptibles de changer plus fréquemment.

nationale. Cependant, quelques indicateurs sont uniquement applicables à des contextes spécifiques d'épidémie du VIH.

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 plus efficacement le problème en question, les champs destinés aux commentaires dans l'outil d'élaboration de rapports peuvent servir à le décrire (notamment une définition complète et une méthode de mesure) et à ajouter les données disponibles associées à cet indicateur.

Ces directives définissent intégralement tous les indicateurs utilisés dans le cadre des rapports mondiaux d'avancement sur la lutte contre le sida.

Les indicateurs nationaux pour les pays à revenu élevé

En adoptant la Déclaration politique sur le VIH et le sida de 2016, les pays à revenu élevé se sont engagés à fournir des rapports sur les progrès de la riposte nationale au VIH. Ces états utilisent parfois des systèmes d'informations complexes et une

variété de sources de données qui peuvent rendre délicat le calcul d'un indicateur national unique. Cependant, cela n'élimine pas pour autant la nécessité d'obtenir des données des pays à revenu élevé pour le suivi des progrès mondiaux réalisés en vue d'atteindre les objectifs de la Déclaration politique sur l'évolution du VIH et du sida. Les pays de l'Union européenne (EU) et de l'Espace économique européen (EEE) ont utilisé des voies innovantes pour relier plus étroitement les systèmes de suivi mondiaux du VIH aux contextes régionaux.

En 2018, l'ONUSIDA et ECDC ont convenu de renforcer leur collaboration et de réduire le fardeau de reportages pour les pays. Les pays de l'UE / EEE feront leur rapport à ECDC qui partagera les données avec l'ONUSIDA.

L'ONUSIDA encourage les pays à revenu élevé à se mettre en contact avec le département d'informations stratégique et d'évaluation (SIE) de l'ONUSIDA (AIDSreporting@unaids.org) s'ils ont besoin de conseils techniques approfondis dans la rédaction de leurs rapports sur leurs programmes nationaux.

Mise en œuvre du suivi au niveau national

Construction des indicateurs nationaux

Pour chaque indicateur, ce manuel fournit les informations nécessaires à sa réalisation, notamment :

- Un résumé de ce qui est mesuré.
- La raison du choix de l'indicateur.
- Un numérateur, un dénominateur et un calcul.
- La ventilation de l'indicateur.
- Les outils de mesure recommandés.
- La fréquence de mesure.
- Les forces et les faiblesses de l'indicateur (notamment une brève interprétation de l'indicateur).

Outils de mesures et source des données

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

- Des enquêtes basées sur des échantillons de population représentatifs à l'échelle nationale.
- Des enquêtes de surveillance comportementale.
- 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 suivi de patient.
- Des systèmes d'informations Sanitaires.
- Une surveillance sentinelle.
- Des estimations nationales en matière de VIH issues du logiciel Spectrum.

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

Une source majeure pour générer les dénominateurs est le logiciel Spectrum⁷ Il permet aux pays de faire des estimations au niveau de la population des personnes vivant avec le VIH, des femmes enceintes ayant besoin de médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission verticale du VIH et des enfants exposés au VIH qui requièrent un accès au dépistage virologique.

En 2018, les fichiers Spectrum seront finalisés quelques temps avant la soumission des données du rapport mondial de suivi de la lutte contre le sida afin de garantir l'harmonisation des résultats.

Les fichiers Spectrum finaux doivent être soumis au plus tard le 22 mars 2018, donnant ainsi le temps de comparer les valeurs soumises des indicateurs et celles dans Spectrum. Les équipes nationales recevront les informations concernant le processus d'estimation 2018. Les pays auront alors la possibilité d'importer les estimations de Spectrum dans l'outil de rapportage en ligne du suivi mondial de la lutte contre le sida pour certains indicateurs, leur évitant ainsi de les saisir dans l'outil de rapportage en ligne^{8, 9}

Une équipe d'experts nationaux formés sur la manière d'utiliser le logiciel ont créé les fichiers Spectrum. Il est essentiel que l'équipe en charge de saisir les données dans l'outil de rapportage en ligne importe les estimations finales développées par les équipes nationales d'estimations du VIH.

Les organisations de la société civile constituent des acteurs majeurs et peuvent contribuer aux

Limites d'incertitudes autour des estimations de l'ONUSIDA⁹

Le logiciel d'estimation calcule les limites d'incertitude autour de chaque estimation. Ces limites définissent la plage dans laquelle se trouve la vraie valeur. Les limites étroites indiquent qu'une estimation est précise, tandis que des limites larges indiquent une plus grande incertitude concernant l'estimation.

Dans les pays utilisant des données de surveillance du VIH, la quantité et la source des données disponibles déterminent en partie la précision des estimations : les pays ayant plus de données de surveillance du VIH ont des plages plus restreintes que les pays ayant moins de données de surveillance. Les pays dans lesquels une enquête nationale sur la population a été menée ont généralement des fourchettes plus faibles par rapport aux estimations que les pays où de telles enquêtes n'ont pas été menées. Les pays produisant des estimations décentralisées au niveau provincial ont des fourchettes plus larges. Dans les pays utilisant les notifications de cas de VIH et les données de mortalité liées au Sida, le nombre d'années de données et l'ampleur des cas signalés ou les décès liés au Sida observés influenceront la détermination de la précision de l'estimation.

Les hypothèses nécessaires pour arriver à l'estimation contribuent également à l'étendue des fourchettes autour des estimations : en résumé, plus les hypothèses sont nombreuses, plus la fourchette d'incertitude est large, puisque chaque hypothèse introduit des incertitudes supplémentaires. Par exemple, les fourchettes autour des estimations de la prévalence du VIH chez les adultes sont plus petites que celles des estimations de l'incidence du VIH chez les enfants, qui nécessitent des données supplémentaires sur la prévalence chez les femmes enceintes et la probabilité de transmission du VIH de la mère à l'enfant.

L'ONUSIDA est convaincu que le nombre réel de personnes vivant avec le VIH, de personnes nouvellement infectées par le VIH ou de personnes décédées de causes liées au sida se situe dans les fourchettes indiquées. Avec le temps, des données plus nombreuses et de meilleure qualité provenant des pays réduiront progressivement l'incertitude.

⁷ Spectrum/EPP [website]. Geneva: UNAIDS; 2017 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/spectrum-epp>).

⁸ Ending AIDS. Geneva: UNAIDS; 2017 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf).

⁹ Ending AIDS. Geneva: UNAIDS; 2017 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf).

indicateurs, en particulier ceux associés aux interventions pour lesquelles les organisations non gouvernementales (ONG) et les organisations confessionnelles 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.

Dans de nombreux pays, la plupart des données nécessaires aux indicateurs à l'échelle nationale ne sont pas disponibles à partir de sources de routine. Collecter de tels indicateurs peut nécessiter une adaptation à des outils de suivi existants ou l'ajout d'études spécifiques. Les pays qui mènent régulièrement des enquêtes de population, nationalement représentatives, telles que les évaluations de l'impact du VIH sur la population ou des enquêtes démographiques et sanitaires collecteront des informations importantes, notamment des données comportementales concernant les jeunes. Dans des pays où sont menés d'autres types d'enquêtes de population, incluant celles qui ne sont pas destinées au VIH, celles-ci peuvent être adaptées de façon à recueillir des données pour les indicateurs sélectionnés.

Numérateurs et dénominateurs

À chaque indicateur correspondent des instructions détaillées mesurant les ripostes nationales. La plupart des indicateurs à l'échelle nationale utilisent des numérateurs et des dénominateurs pour calculer les pourcentages qui mesurent la situation d'une riposte nationale. Les pays sont fortement encouragés à prêter une attention particulière aux dates concernant les données spécifiques lors du calcul d'un indicateur. Recueillir des données utilisées pour le numérateur et le dénominateur à des moments différents compromettra la précision et la validité de ces informations.

Les méthodes décrites ont été conçues pour faciliter l'élaboration d'estimations mondiales à partir de données recueillies à l'échelle nationale. Bien qu'applicables à l'échelle sous-nationale, des approches plus simples, plus rapides et plus flexibles adaptées aux conditions locales peuvent s'avérer plus appropriées dans l'orientation de la prise de décision à un niveau inférieur du niveau national.

Plusieurs indicateurs associés à la couverture des services requièrent un dénominateur qui est fondé sur la population totale : autrement dit, qui ne se base pas uniquement sur les visites des personnes dans les centres de soin de santé. Le calcul des indicateurs au niveau de la population requiert une estimation du nombre de personnes qui auraient droit à ces services. Par exemple, évaluer à quel point un pays est proche d'obtenir la couverture des services à 100 % afin de prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant nécessite de connaître le nombre total de femmes enceintes qui vivent avec le VIH. L'ONUSIDA recommande que les pays utilisent le package informatique Spectrum pour calculer de tels dénominateurs nécessaires à l'élaboration du rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida.

Désagréger les données, en particulier par sexe et âge

Une des leçons essentielles à retenir des séries précédentes de rapports est l'importance de collecter des données ventilées : de les répartir par exemple, selon le sexe et l'âge et en le fournissant pour des populations clés spécifiques. 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 contre l'épidémie à l'échelle nationale et mondiale s'avère difficile. Il est tout autant délicat de suivre l'accès aux services, de vérifier si cet accès est équitable, la

pertinence de se concentrer sur des populations spécifiques et des changements significatifs au fil du temps.

Les pays sont fortement encouragés à recueillir des données ventilées, en particulier selon le sexe et l'âge et pour les populations clés spécifiques, l'une des pierres angulaires de leurs efforts en matière de suivi et d'évaluation. Le cas échéant, il est aussi conseillé de faire une analyse en matière d'équité.¹⁰ Les données épidémiologiques ventilées selon le sexe et l'âge ainsi que les indicateurs comportementaux peuvent apporter des informations sur la dynamique entre les sexes. 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/ou les organisations de la société civile impliqués dans la lutte d'un pays contre le sida 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.

L'outil d'élaboration du rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida (<https://aidsreportingtool.unaids.org>) identifie clairement les données ventilées nécessaires pour rapporter fidèlement le numérateur et le dénominateur de chaque indicateur (consulter la sous-section précédente sur les numérateurs et dénominateurs pour des informations complémentaires). D'une manière générale, et le cas échéant, toutes les données doivent être ventilées selon le sexe et l'âge. Par ailleurs, les indicateurs pour les

populations clés doivent être fournis pour chaque population pour laquelle ils sont disponibles. Si collecter des données ventilées s'avère difficile, il est possible d'introduire des données partielles.

Lorsqu'il est difficile d'obtenir des données ventilées, les données nécessaires au calcul des indicateurs de base peuvent être extraites d'ensembles 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 de la société civile sont à même de fournir de précieuses données primaires ou secondaires spécialement pour les populations clés.

Les états 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 la société civile, qui reflètent les dimensions sexospécifiques des indicateurs. Ces données permettront d'obtenir une analyse circonstancielle plus exhaustive des indicateurs, sous l'angle de la sexospécificité (genre).

¹⁰ WHO, UNAIDS. A practical tool for strengthening the gender sensitivity of national sexual and reproductive health and HIV monitoring and evaluation systems. Geneva: World Health Organization; forthcoming.

Données sous-nationales ou décentralisées

De nombreux pays améliorent l'utilisation des données à l'échelle sous-nationale afin d'aider tous les partenaires à mieux appréhender la distribution géographique de l'épidémie et la riposte au sein de chaque communauté. En 2015, le rapport de la journée mondiale du sida de l'ONUSIDA¹¹ donnait des exemples sur la manière dont des pays se concentraient sur des populations et des lieux spécifiques pour accélérer leur riposte au VIH.

Depuis le second semestre de 2014, l'outil de rapport en ligne a permis aux utilisateurs de soumettre des données sous-nationales concernant le nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH recevant des médicaments antirétroviraux dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (indicateur 2.3), le nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral (indicateur 1.2) et des données associées aux populations clés (voir le paragraphe suivant pour plus de détails).

Données issues d'enquêtes récentes et représentatives

Les pays sont invités à transmettre uniquement les nouvelles données disponibles. Si les dernières données disponibles ont déjà été saisies dans un précédent rapport, elles ne doivent pas figurer dans celui-ci.

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

Lors du calcul d'indicateurs ayant une population clé comme référence, garantir la représentativité

d'un groupe plus large à travers des échantillons constitue un grand défi technique.

Des méthodes sont donc développées pour essayer d'obtenir des échantillons caractéristiques de ces populations, déterminés par exemple par les répondants. En attendant qu'elles soient affinées, les pays pourraient ne pas être en mesure de confirmer la représentativité des échantillons utilisés concernant les populations clés sondées et exposées à un risque élevé de VIH. Il est donc conseillé d'utiliser les enquêtes les plus récentes couvrant les populations clés qui ont été examinées et approuvées par des experts techniques locaux, tels que des groupes de travail dédiés au suivi et à l'évaluation ou des conseils nationaux de la recherche. Les états sont encouragés à communiquer toutes les enquêtes récentes de qualité relatives aux populations clés, en indiquant le site, le numérateur, le dénominateur et la taille de l'échantillon dans l'outil d'élaboration en ligne de rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida.

Estimer l'impact d'une maladie et planifier des programmes appropriés nécessitent d'évaluer avec précision la taille des populations clés concernées. 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. Consulter la page 79 pour de plus amples détails. 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. Cette année, si un pays est en mesure de communiquer des informations concernant un indicateur sur la base de données de programmes nationaux, il peut le faire dans les champs destinés aux commentaires.

¹¹ On the Fast-Track to end AIDS by 2030: focus on locations and populations. Geneva: UNAIDS; 2015 (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/FocusLocationPopulation>, accessed 15 November 2016).

Les pays qui ont besoin d'informations supplémentaires pour la réalisation de leurs rapports d'activité sont invités à solliciter une assistance technique auprès de leurs conseillers en information stratégique de l'ONUSIDA, des antennes locales de l'UNICEF ou de l'OMS et des groupes de travail sur le suivi et l'évaluation du VIH. Une assistance technique est également disponible auprès des conseillers en information stratégique de l'ONUSIDA présents au sein de l'équipe de soutien régionale et du Département d'Information Stratégique et Evaluation, qu'il est possible de contacter par e-mail à l'adresse suivante AIDSreporting@unaids.org

Interprétation et analyse

Ce manuel examine chaque indicateur notamment ses points forts et ses points faibles. Les pays sont invités à passer en revue la section avant de commencer à collecter et à analyser des données. Celle-ci explique la manière d'analyser chaque indicateur et les questions qui lui sont associées. Les points abordés dans cette section doivent être examinés avant la finalisation du rapport et la rédaction du rapport descriptif afin de confirmer la pertinence des résultats pour chaque indicateur.

Les sections consacrées aux forces et aux faiblesses de chaque indicateur ont pour but d'améliorer la précision et la cohérence des données soumises à l'ONUSIDA. D'autres aspects traités dans la présente rubrique apportent des informations complémentaires sur la valeur d'un indicateur particulier. Cette section souligne également la présence de différences d'un pays à un autre sur des questions aussi diverses que le rapport entre coûts et revenus locaux, des normes de qualité ou encore des schémas de traitement.

Après compilation des données nationales, chaque État membre est vivement encouragé à poursuivre l'analyse de ses conclusions. Une démarche qui

leur permettra de mieux comprendre leur riposte nationale au VIH et d'identifier les opportunités d'amélioration. Il est souhaitable que les pays étudient attentivement les liens qui existent entre les politiques, l'affectation et l'efficacité des ressources, la mise en œuvre de programmes de lutte contre le VIH, les changements de comportements vérifiables et les évolutions de l'épidémie. Par exemple, lorsqu'un pays dispose d'une politique visant à réduire la transmission mère-enfant du VIH, a-t-il aussi mis en place suffisamment de programmes subventionnés proposant des services associés à cette démarche aux femmes enceintes ? Dans le cas où ces programmes sont mis en place, les femmes y ont-elles suffisamment recours afin de réduire le nombre de nourrissons infectés par le VIH nés 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.

Rôle de la société civile

La société civile 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 de la société civile en font des partenaires idéaux dans le processus de

préparation des rapports de situation nationaux. Ces sociétés sont particulièrement bien placées pour fournir des informations quantitatives et qualitatives qui enrichissent et interprètent les données recueillies par les gouvernements. Les conseils, les commissions, les comités nationaux sur le sida ou leurs équivalents doivent solliciter des informations de la part de l'ensemble de la société civile et notamment des ONG, des réseaux de personnes vivant avec le VIH, des organisations confessionnelles, des femmes, des jeunes, des syndicats et des organisations communautaires, pour la rédaction de leur rapport d'activité nationaux sous-jacents à la Déclaration politique de 2016. On ne soulignera jamais assez l'importance de recueillir des données sur l'ensemble de la société civile, en particulier sur les personnes vivant avec le virus, car elle se fait l'écho de nombreuses voix et représente diverses perspectives, qui s'avèrent être de précieux outils pour le suivi et l'évaluation de la riposte au VIH du pays.

Les comités nationaux sur le sida ou des organes équivalents doivent faciliter l'accès des organisations de la société civile à leurs programmes de collecte de données, notamment celles associées aux dénominateurs. Il est conseillé de développer un mécanisme direct de soumission et d'évaluation des informations. Dans le cadre de cet effort, il est important de convier les organisations de la société civile à participer à des ateliers à l'échelle nationale afin de déterminer leur contribution optimale dans le processus de préparation du rapport d'activités national. Dans chaque pays, des représentants de la société civile doivent avoir la possibilité de réviser et commenter les données avant leur finalisation et soumission. Le rapport envoyé à l'ONUSIDA doit être largement diffusé de manière à ce que la société civile dispose d'un accès facilité.

Des équipes nationales de l'ONUSIDA sont à la disposition des représentants de la société civile

pour intégrer leurs contributions tout au long du processus. Les membres du personnel de l'ONUSIDA sont notamment disponibles pour :

- informer les organisations de la société civile sur les indicateurs et le processus d'élaboration des rapports ;
- fournir une assistance technique pour la collecte, l'analyse et la publication de rapports, notamment une aide ciblée pour les personnes vivant avec le VIH ;
- garantir la diffusion des rapports et notamment, lorsque cela est possible, dans les langues nationales.

Au même titre que pour les rapports précédents, l'ONUSIDA acceptera les rapports officiels délivrés par la société civile. Ces rapports n'ont pas pour autant vocation à constituer un processus parallèle de transmission d'informations pour la société civile. Dans la mesure du possible, l'ONUSIDA encourage l'intégration de la société civile dans les processus de rapports d'activité nationaux, selon les modalités décrites ci-dessus. Les rapports officiels ont pour but d'apporter une perspective différente s'il ressort clairement que la société civile n'a pas suffisamment participé aux processus d'élaboration du rapport d'activité national, pour suppléer à l'absence de rapport national ou lorsque les données fournies par le gouvernement diffèrent considérablement de celles recueillies par la société civile sur le suivi des progrès en matière de prestation de services. Les rapports officiels peuvent être soumis via aidsreporting@unaids.org

Contenu du rapport

En 2018, les pays doivent soumettre des données pour tous les indicateurs nationaux qui s'appliquent à leur riposte au VIH. Les gouvernements ont donc pour mission d'élaborer un rapport pertinent avec l'aide de la société civile et, le cas échéant, des partenaires du développement. Les procédures exposées dans ce manuel sont destinées à la collecte et au calcul des informations nécessaires pour chaque indicateur.

Les pays sont également invités, lorsque cela est possible, à soumettre des copies ou bien des liens vers les rapports initiaux à partir desquels sont extraites les données pour les différents indicateurs. Ces rapports peuvent être soumis via l'outil de rapport en ligne. Une action qui facilitera l'interprétation des données, notamment l'analyse des tendances et la comparaison entre pays.

Comme expliqué précédemment et conformément à la Déclaration politique de 2016, la société civile, notamment des personnes vivant avec le VIH, doit être impliquée dans le processus d'élaboration du rapport d'activité. Le secteur privé au sens large doit également avoir l'opportunité de participer au processus. L'ONUSIDA recommande vivement aux gouvernements nationaux d'organiser des ateliers ou des forums afin de présenter et de discuter ouvertement des données avant de les soumettre. Des équipes communes des Nations Unies sur le sida sont disponibles dans de nombreux pays afin de faciliter ce processus de discussion.

Les données des indicateurs seront mises à disposition sur aidsinfo.unaids.org après un processus de nettoyage, validation et rapprochement des données.

Pour toutes questions, les pays sont invités à consulter l'antenne locale de l'ONUSIDA ou le siège à AIDSreporting@unaids.org.

Des informations actualisées sur le suivi mondial de la lutte contre le sida sont disponibles sur le site internet de l'ONUSIDA à :

<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knownyourresponse/globalaidsprogressreporting>.

Orientations pour la soumission des données

Les pays qui souhaitent des informations complémentaires sur l'outil et les mécanismes de soumission des rapports trouveront une assistance technique auprès de leurs conseillers en information stratégique de l'ONUSIDA et des groupes de travail sur le suivi et l'évaluation du VIH sur le territoire. Le Département de l'information stratégique et de l'évaluation de l'ONUSIDA est également à leur disposition via AIDSreporting@unaids.org.

L'outil de rapportage en ligne et soumission des données

Les données relatives aux indicateurs, les Instruments des politiques et des engagements nationaux, ainsi que les résumés narratifs des données pour chaque engagement ou les rapports narratifs nationaux disponibles doivent être saisis en ligne et soumis au plus tard le 29 mars 2018.

Ces données doivent être saisies sur le site internet consacré aux rapports mondiaux : <https://aidsreportingtool.unaids.org>. Cette étape permettra le traitement des données et réduira les erreurs. Chaque pays a identifié un point focal national chargé de l'accès à cet outil et de l'enregistrement électronique des informations : le rapporteur national. Les pays peuvent ajouter ou désigner plusieurs rapporteurs si les données proviennent de différentes sources et structures de rapports.

Les rapporteurs nationaux peuvent accéder à l'outil de rapport en ligne en utilisant les mêmes droits

d'accès que ceux utilisés lors de la précédente série de rapports d'activité. Les nouveaux rapporteurs nationaux devront créer un nom d'utilisateur et un mot de passe. Sur la base des communications officielles avec chaque pays, un seul éditeur est initialement désigné. Le rapporteur national peut néanmoins étendre ces droits à d'autres rapporteurs s'il le souhaite. Les éditeurs peuvent ajouter des données ou modifier celles déjà saisies. 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 modalités détaillées d'utilisation de l'outil en ligne sont accessibles via les e-didactiels de la page Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/globalaidsprogressreporting>).

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

Les avancées dans la création du rapport sont indiquées sur la page principale, affichant le pourcentage ou le nombre des indicateurs déjà complétés. Outre la saisie des données de l'année en cours, les pays peuvent, si nécessaire, demander à modifier des données de l'année précédente. Pour ce faire, ils doivent envoyer un message

à AIDSreporting@unaids.org et les champs correspondant à l'indicateur dans l'outil en ligne seront réouverts pour apporter les modifications.

Lorsque la saisie des données est terminée, cliquer sur le bouton « Soumettre » (envoyer). Cela entraîne la fermeture de la session du pays concerné dans l'outil de rapportage en ligne. Ce pays ne pourra plus faire de corrections ou d'ajouts dans ses rapports avec cet outil. Si nécessaire, l'ONUSIDA demandera des éclaircissements après l'analyse des données. Dans ce cas, le site sera réouvert afin que les pays puissent modifier leurs réponses.

Les données de Spectrum peuvent être importées directement à partir du fichier CSV fourni par l'équipe nationale d'estimation VIH. L'ONUSIDA comparera les données finales afin de s'assurer que le même fichier utilisé dans le GAM est celui qui a été soumis pour le processus final d'estimation VIH.

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

Processus de rapportage des données nationales : action nécessaire

Un rapport exhaustif portant sur les indicateurs est essentiel à l'élaboration des ripostes nationales et à la contribution à la lutte mondiale contre l'épidémie. La définition d'un calendrier et des principales étapes pour la finalisation des tâches associées aux rapports est vivement recommandée. Ci-après vous trouverez une checklist destinée à faciliter l'établissement de votre rapport national.

Sous la direction du comité national sur le sida ou d'un organe équivalent, chaque État doit :

1. Identifier un point focal national chargé d'accéder à cet outil et soumettre le nom de cette personne ainsi que ses coordonnées à

l'ONUSIDA via AIDSreporting@unaids.org avant le **1er février 2018**.

2. Recenser les données requises conformément au plan stratégique national et aux présentes directives du GAM.
3. Identifier les points focaux chargés de coordonner le remplissage du NCPI interimaire.
4. Développer et diffuser un plan de collecte de données relatives aux indicateurs des rapports mondiaux d'avancement sur la lutte contre le sida et des politiques et des engagements nationaux, incluant notamment un calendrier ainsi que les rôles du comité national sur le sida, ou de son équivalent, d'autres agences gouvernementales, de la société civile et d'autres partenaires pertinents.
5. Recenser les outils appropriés pour la collecte de données ainsi que les sources pour chaque élément du rapport, notamment :
 - La rencontre de l'équipe d'estimation nationale concernant le VIH.
 - L'alignement du calendrier de collecte de données avec :
 - Ceux destinés à d'autres démarches de collecte, notamment le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial), le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) et des agences des Nations Unies.
 - Le calendrier pour l'ajout de données à l'échelle nationale concernant les indicateurs basés sur les infrastructures.
6. Recueillir et rassembler les données en collaboration avec les organisations partenaires issues du gouvernement, de la société civile et de la communauté internationale, notamment :
 - Établir des protocoles pour le traitement et la gestion des données :
 - Nettoyer et valider les données élémentaires.
 - Utiliser une base de données pour l'analyse et la publication des résultats.
 - Vérification des données.
 - Remplir le NCPI interimaire (consulter ci-dessous pour davantage de précisions).
7. Demander à l'équipe d'estimation nationale de fournir le fichier CSV contenant les estimations provenant du logiciel Spectrum.
8. Saisir les données concernant l'indicateur ainsi que les données relatives aux engagements nationaux et instruments de politique dans le rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida (<https://AIDSreportingtool.unaids.org>).
9. Permettre aux parties prenantes, notamment les agences gouvernementales et la société civile, de commenter les données des fichiers préliminaires.
10. Organiser un atelier de validation afin d'analyser les données des indicateurs, notamment les dépenses et la politique en matière de sida, en collaboration avec les organisations partenaires issues du gouvernement, de la société civile et de la communauté internationale afin d'identifier les écarts, les défis et les prochaines étapes pour atteindre chacun des 10 engagements visant à accélérer la riposte et les objectifs élargis afin de mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030, tout en parvenant à des consensus pour la soumission du rapport d'activités. Saisir ensuite les résultats résumés de cette analyse par engagement dans la section destinée au rapport narratif de l'outil dédié en ligne.

11. Envoyer les données saisies sur la base des conclusions de l'atelier de consultation.
12. Télécharger le fichier final Spectrum dans le dossier des estimations nationales avant ou à la date limite du **22 mars 2017**.
13. Soumettre toutes les données relatives aux indicateurs, les réponses au NCPI interimaire ainsi que des résumés narratifs par engagements nationaux, avant ou à la date limite du **29 mars 2018**.
14. Répondre sans délai aux demandes d'éclaircissements de l'ONUSIDA, l'OMS ou l'UNICEF relatives à la soumission des rapports qui seront postés sur l'outil de rapportage en ligne par les points focaux ou envoyé par email aux points focaux nationaux du GAM depuis l'adresse AIDSreporting@unaids.org.

Les données publiées doivent être validées et recoupées entre tous les partenaires nationaux impliqués. À cet effet, l'outil de communication des rapports permet d'accorder l'accès aux données avec des participants nationaux. 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'élaboration des rapports, permettant ainsi d'accélérer et d'élargir la consultation et la validation par les parties prenantes.

Processus de validation des données pour 2018

Une fois que les états ont saisi leur rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida dans l'outil de rapport en ligne, l'ONUSIDA, avec l'aide de l'UNICEF et de l'OMS étudiera les données publiées, pour :

- Assister les pays dans la vérification d'éventuelles erreurs pendant le processus de saisie des données.
- Vérifier que les données transmises correspondent aux définitions des indicateurs conformément aux directives mondiales d'avancement sur la lutte contre le sida.

Les données fournies dans ces rapports seront publiées via AIDSInfo et utilisées dans le cadre d'analyses à l'échelle mondiale et régionale. Dans ce but, il est essentiel de pouvoir comparer les données entre les différents pays et de veiller à ce qu'elles répondent aux définitions mondialement convenues des indicateurs utilisés dans le cadre du suivi des engagements politiques mondiaux en matière de lutte contre le sida.

Si des états n'ont pas de données correspondant exactement à la définition d'un indicateur, ils sont néanmoins encouragés à envisager l'intégration dans le rapport d'autres données qui pourraient être pertinentes en matière d'engagement pour évaluer les progrès réalisés. Cependant, conformément aux raisons mentionnées plus haut, ces données ne seront pas publiées sur AIDSInfo et ne seront pas prises en compte dans l'analyse mondiale.

Seules les nouvelles données fournies par les pays seront intégrées à la version finalisée du rapport mondial de suivi de la lutte contre le sida 2018. Les informations transmises par un pays dans le cadre d'une série précédente de rapports ne seront donc pas prises en compte. Dans le cas où des données préalablement enregistrées ont fait l'objet de modifications, il est toujours possible d'actualiser l'ensemble des données d'un indicateur de l'année concernée afin de refléter les valeurs correctes.

Durant la période de révision des rapports, l'ONUSIDA est en relation avec le point de contact national chargé du projet afin de lui demander des

éclaircissements ou de modifier certaines données soumises via l'outil en ligne.

La validation des données se fait en plusieurs étapes.

- L'UNICEF et l'ONUSIDA feront la correspondance des bases de données d'enquête
- Les points focaux pour les sièges de l'ONUSIDA, de l'OMS et de l'UNICEF effectuent une analyse préliminaire et notent des requêtes préliminaires
- Les équipes d'appui régionale de l'ONUSIDA examinent les soumissions et révisent les requêtes préliminaires.
- Le Secrétariat de l'ONUSIDA saisit les requêtes dans l'outil de rapports en ligne.
- Le Secrétariat de l'ONUSIDA et les équipes d'appui régionales suivent les requêtes en collaboration avec les pays.

Le processus de validation prend en compte les points suivants parmi les indicateurs.

Pour les indicateurs issus des enquêtes

- Vérifier la consistance des données rapportées, notamment dans le cas où les données ventilées s'additionnent pour correspondre au total ;
- Vérifier s'il y a des écarts importants avec des données transmises au préalable.
- S'assurer que les données n'ont pas été déjà publiées dans un précédent Rapport mondial de suivi de la lutte contre le sida. Si tel est le cas, demander à l'état concerné de supprimer les données et de préciser qu'il n'y a pas de nouvelles informations disponibles pour l'indicateur en question.
- Comparer avec les données d'enquêtes disponibles : numérateurs, dénominateurs et données ventilées.
- Vérifier l'année de l'enquête et les dates de collecte des données saisies dans l'outil de rapports en ligne.

- Garantir la représentativité en contrôlant les méthodes d'enquête et la taille des échantillons.
- Réviser les rapports.
- Si des données s'appliquent à un indicateur composite, s'assurer que la même source a été utilisée pour l'ensemble des questions et que les valeurs composites correspondent à la somme des questions individuelles.

Pour les indicateurs dont les dénominateurs sont fondés sur des estimations

- S'assurer que les estimations sont identiques à celles soumises dans le fichier Spectrum final
- Vérifier la consistance des données rapportées, notamment dans le cas où les données ventilées s'additionnent pour correspondre au total ;
- Vérifier les numérateurs avec des données comparables ;

Les commentaires de chaque pays sont revus pour chaque indicateur.

Notes de validation complémentaire par indicateur

Estimations de la taille de la population

- Vérifier s'il y a eu des changements importants d'une année sur l'autre.
- Réviser tous les rapports.

Nombre de personnes vivant avec le VIH et recevant un traitement antirétroviral

- Vérifier si les données logistiques correspondent aux statistiques en matière de distributions des traitements antirétroviraux.
- Discuter des différences entre ces statistiques. En l'absence d'identificateur unique pour les personnes sous traitement antirétroviral, les raisons sous-jacentes concernant les écarts entre deux statistiques peuvent être dues à des décès non enregistrés, des personnes qui ont été perdues de vue dans le cadre du suivi ou suite à des mouvements migratoires entre des pays ou des changements d'établissements.

Résumé des modifications apportés aux indicateurs dans le rapportage 2018

Les rapportage 2018 nécessitent la soumission des données sur les indicateurs ainsi que sur le NCPI intérimaire. Le rapport narratif est optionnel.

Certains indicateurs ont été modifiés sur la base des recommandations issues de la revue du rapport mondial de suivi de la lutte contre le sida (GAM) par le Groupe Consultatif Mondial sur le Suivi qui s'est réuni en Novembre 2017, de même que certains indicateurs ont été ajoutés.

Les changements dans le cadre du rapportage 2018 sont résumés ci-dessous :

- Deux indicateurs ont été introduits pour rendre compte des progrès accomplis vers l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination dans les établissements de soins de santé d'ici 2020 :
 - 2.6 Dépistage du VIH chez les femmes enceintes
 - 4.4 Expérience de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH dans les établissements de soins de santé
- Quatorze indicateurs ont été modifiés pour le rapport de cette année
 - 2.3 Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.
 - Des exemples courants de schémas thérapeutiques antirétroviraux pour les options B + et B ont été mis à jour.
 - 3.4 Dépistage du VIH parmi les populations clés (A-D).
 - Ces indicateurs ont été renommés afin d'éviter toute confusion avec l'Indicateur 1.1 (Personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut VIH), qui mesure les progrès vers le premier 90.

- 3.14 Hépatite virale parmi les populations clés.
 - L'hépatite virale chez les prisonniers a été supprimée car elle sera prise comme un sous-élément de l'indicateur 3.13 (programmes de prévention du VIH dans les prisons).
 - 3.15 Personnes ayant reçu une prophylaxie Préexposition (PrEP).
 - Au lieu de recueillir des données sur les personnes qui ont reçu une prophylaxie préexposition (PrEP) pour la première fois, les données seront recueillies pour les personnes recevant la PrEP au moins une fois au cours de la période de rapportage.
 - Une désagrégation sera ajoutée pour les personnes recevant une PrEP pour la première fois au cours de la période de rapportage.
 - 4.2 Évitement des soins de santé à cause de la stigmatisation et de la discrimination parmi les populations clés (A-D).
 - La définition de cet indicateur a été élargie de l'évitement des services liés au VIH à l'évitement de tout service de soins de santé.
 - 8.1 Dépenses totales VIH.
 - Comme lors des précédentes séries de rapportage, les dépenses liées au VIH, ventilées par catégorie de programme et par sources de financement, sont indiquées dans le modèle de matrice de financement national. Il n'y a pas de changement dans la matrice, puisque la classification des catégories de programmes VIH continue d'être alignée sur les engagements de la Déclaration de politique de 2016 sur le VIH et le sida.
- La définition des sous-indicateurs de base et des métadonnées associées est fournie dans le guide ; l'annexe 2 fournit une gamme complète de catégories de programmes VIH et leur croisement avec les catégories de dépenses de Sida du ReDes (ASC).
- La page couverture de la matrice de financement a été élargie pour saisir des informations sur les budgets et l'identification d'exercices de suivi des ressources menés dans le pays.
 - En outre, une nouvelle matrice a été incluse pour saisir les volumes et les prix unitaires des produits antirétroviraux.
 - 10.3 Personnes vivant avec le VIH ayant débuté un traitement préventif contre la tuberculose.
 - Les pays qui ne peuvent pas indiquer le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH qui ont débuté un traitement préventif de la tuberculose peuvent fournir le nombre de personnes vivant actuellement avec le VIH qui ont débuté le traitement préventif de la tuberculose.
 - 10.10 Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH.
 - Les pays auront la possibilité de rapporter sur le dépistage du VIH parmi les femmes dépistées pour un cancer du col de l'utérus si les données sur le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH ne sont pas disponibles.
 - Les pays peuvent également fournir le nombre de résultats positifs au test de dépistage du VIH parmi le dépistage du cancer du col de l'utérus.

ONUSIDA travaille avec les organisations clés dans le cadre du groupe consultatif technique de suivi (MTAG) pour harmoniser ces nouveaux indicateurs selon les normes internationales. Ces indicateurs de rapport global ont pour but de fournir des données standardisées à des fins de comparaison entre les pays et de permettre l'agrégation au niveau mondial.

Soumission des données des villes prioritaires

Les villes ont un rôle crucial à jouer dans la lutte contre le VIH en raison du nombre important d'habitants vivant avec le virus, et de la vulnérabilité accrue à la transmission du VIH que leurs dynamiques entraînent, telles que la densité de la population, la migration, les inégalités et les fortes concentrations de populations clés affectées. Les villes ont l'opportunité d'occuper une place de leadership privilégié dans la lutte contre le VIH en proposant des projets économiques et des programmes éducatifs, en matière d'innovation, de prestations de service accessibles et d'approches participatives de gouvernance solidaire.

À la fin de l'année 2017, plus de 250 municipalités ont signé la Déclaration de Paris sur les villes d'accélération de la réponse au VIH : mettre un terme à l'épidémie de sida, s'engager à lutter contre les disparités importantes en matière d'accès aux services de base, de justice sociale et d'opportunités économiques, et ainsi atteindre les objectifs d'accélération pour mettre un terme à l'épidémie de sida d'ici 2030.

Afin de pouvoir évaluer les progrès de la riposte au VIH et l'atteinte des objectifs de mise en œuvre accélérée dans les villes, il est important de disposer des données au niveau des villes sur les principaux indicateurs liés au VIH. L'outil de rapportage en ligne du GAM a été adapté pour permettre

à l'utilisateur de collecter des informations pertinentes sur les villes prioritaires.

- La sélection des villes : les États sont invités à transmettre des données pour un nombre choisi d'indicateurs (présentés ci-dessous) pour la capitale et une ou deux villes clés de haute pertinence d'un point de vue épidémiologique : par exemple, celles les plus touchées par le virus ou qui se sont engagées à mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030.
- Les indicateurs pour lesquels des données à l'échelle des villes sont nécessaires incluent : 1.1, 1.2, 1.4, 2.3, 2.6, 3.1–3.5, 3.6A–D, 3.8–3.10, 3.15–3.17 et 10.1-10.3
- Il est fortement conseillé que les parties prenantes des villes puissent être consultées lorsque des données sont collectées dans le cadre de la transmission d'un rapport.

Prisonniers

Dans ces directives, le terme *prisonnier* est préféré aux termes *personne internée* ou *détenu(e)* auparavant utilisés.

Principes de base pour les termes : le terme *prisonnier* implique qu'une personne a été jugée par un tribunal, alors que *personne internée* ne signifie pas forcément que la personne a été condamnée. Il ou elle peut être enfermé(e) pour d'autres raisons légales, à savoir en détention provisoire jusqu'au paiement d'une caution ou pour une libération conditionnelle. D'autres populations, par exemple les résidents enfermés dans des unités psychiatriques, peuvent être considérés comme des personnes internées. Le terme *détenu* s'étend aux personnes qui sont en détention administrative, et peut inclure celles qui sont illégalement -ou de façon contraire à l'éthique- retenues dans une sorte d'infrastructure. Les détenus peuvent être des

personnes déplacées, des migrants, des réfugiés, des personnes souffrant de maladie mentale ou autre incapacité.

Le terme *Prisonniers* a été choisi car la plupart du temps, les programmes sont disponibles en prison et les occasions d'intervenir avec des services, notamment le dépistage et le traitement, sont plus grandes dans la mesure où les séjours en prison sont souvent plus longs.

Résumé des changements apportés à l'outil de rapportage en ligne dans le cadre du rapport 2018

Pour les rapports de 2018, les pays auront l'opportunité d'importer les données de Spectrum dans l'outil de reportage en ligne. De plus, il y aura un résultat analytique des données ventilées par sexe rapportées, et un résultat analytique des données rapportées en général. Une fonctionnalité sera également incluse dans l'outil en ligne qui facilitera la rédaction du rapport narratif.

Importation des données de Spectrum dans le GAM

Chaque année, les pays produisent des estimations nationales à l'aide du logiciel Spectrum et répondent aux exigences de rapportage du GAM. Les deux efforts compilent la couverture de la thérapie antirétrovirale et la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH. Les différences dans les données soumises par les deux systèmes sont conciliées par ONUSIDA et partenaires et sont partagées sur www.aidsinfo.org. En outre, l'incidence du VIH, la mortalité due au sida et le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant sont tirés directement du logiciel Spectrum par l'ONUSIDA et partagés sur aidsinfo.org.

En 2018, un nouveau processus a été introduit dans l'outil de Reportage en ligne du GAM qui permet aux équipes nationales des pays respectifs d'exporter leurs résultats issus du Spectrum dans un fichier CSV que le point focal GAM peut importer dans l'outil de rapportage en ligne GAM. Cette étape permettra de réduire la saisie des données requise d'une part et les chances d'erreurs d'autre part et d'améliorer de la cohérence des données entre les deux systèmes.

Un outil simple pour exporter les estimations du Spectrum nécessaire pour le GAM, qui peut alors être importé dans l'outil de rapportage en ligne. L'importation des estimations de issues du Spectrum peut être faite à n'importe quel moment et à plusieurs reprises au cours de la saisie des

données dans l'outil en ligne GAM. Une fois que le fichier final du Spectrum est convenu par le pays, ces données finales devraient être importées dans l'outil de rapportage en ligne. L'ONUSIDA vérifiera que le fichier final du Spectrum correspond à ce qui a été inclus dans GAM, reviendra au pays s'il y a des divergences. L'importation des estimations dans le GAM nécessite une communication entre l'équipe nationale des estimations et le point focal GAM (s'ils sont des individus distincts) pour s'assurer que le fichier final est soumis.

Notes générales sur le processus :

- Avant le processus d'importation, le point focal du GAM devrait Cochez la case indiquant les indicateurs qui devraient être importés (Utiliser les estimations du Spectrum). Toutes les données déjà entrées pour les indicateurs seront écrasés avec les données du Spectrum.
- La désagrégation détaillée par âge n'est pas obligatoire dans le Spectrum. Le point focal

du GAM devrait examiner les pages de saisie pour l'indicateur 1.2 (personnes vivant avec le VIH sous ARV) après l'importation du Spectrum. Prière de saisir des données supplémentaires ventilées par âge et des données décentralisées (sous- nationale si disponible).

Étapes pour l'équipe des estimations nationales lors de l'exportation des données du Spectrum :

1. Ouvrir le Logiciel Spectrum, mais n'ouvrez pas votre fichier pays.
2. Sélectionnez **Outils** à partir des onglets en haut de la page.
3. Sélectionnez **Plus d'outils** et sous Outils SIDA Sélectionnez **GAM**.
4. Spectrum ouvrira une boîte de dialogue qui vous permet de sélectionner votre fichier national (ou des fichiers sous-nationaux, si disponibles).

Dates*	Activité	Partie responsable
Décembre–Mars	Mettre à jour le fichier Spectrum et le faire passer en revue par ONUSIDA	Equipe Nationale sur les Estimations
15 Mars	Envoyer le fichier Spectrum final à ONUSIDA	Equipe Nationale sur les Estimations
15–28 Mars	Envoyer le fichier d'exportation CSV de provenance de Spectrum au point focal du GAM	Equipe Nationale sur les Estimations
22 Mars	Envoie du résumé des estimations au coordonnateur du CNLS pour approbation	Equipe mondiale sur les estimations
22 Mars	Importation des estimations issues de Spectrum dans le GAM pour un passage en revue initial	Point focal GAM (Rapporteur national)
22–28 Mars	Passage en revue des résultats issus de Spectrum et envoi de l'approbation à ONUSIDA	Equipe Nationale sur les Estimations
22–28 Mars	Envoyer le fichier CSV issus des estimations de Spectrum mis à jour au point focal GAM avec les mises à jour éventuelles	Equipe Nationale sur les Estimations
22–29 Mars	Importer les estimations finales de Spectrum dans le GAM pour la revue finale du GAM	Point focal GAM
3–10 Avril	Comparer le fichier final Spectrum avec la soumission GAM finale et revenir au pays s'il y a des divergences	Equipe mondiale sur les estimations

* Cette chronologie est légèrement différente pour certains pays qui nécessitent des rapports anticipés à des fins de planification.

5. Sélectionnez **Définir le nom de fichier Résultat GAM** et donnez au fichier un nom clair qui reflète le nom du fichier Spectrum.
6. Veillez à vous rappeler où vous enregistrez le fichier CSV.
7. Envoyez le fichier CSV à votre point focal GAM ou suivez la prochaine série de instructions si vous êtes le point focal GAM.

Étapes pour le point focal /rapporteur national GAM lors de l'importation des données extraites de Spectrum dans le GAM:

1. Connectez-vous à l'outil de Reportage en ligne du GAM (<https://aidsreportingtool.unaids.org>).
2. Sélectionnez **Importation de Spectrum** dans le menu du haut.
3. Sélectionnez **Choisir un fichier** et choisir le fichier CSV venant d'être exporté du Spectrum.
4. Cliquez sur **Importation**.
5. Le système répertorie toutes les données de d'indicateurs qui ont été mises à jour par le processus d'importation. Vous pouvez imprimer la liste en cliquant sur **Imprimer** au bas de la page.
6. Cliquez **Fermer** pour revenir aux écrans de saisie des données des indicateurs.

Les indicateurs qui peuvent être importés du Spectrum incluent :

- 1.2 Personnes vivant avec le VIH sous thérapie antirétrovirale (pour 2011-2017).
 - Par âge et par sexe.
- 1.7 mortalité due au sida pour 100 000 (pour 2011-2017).
 - Tous, < 5, 5 – 14, 15 + par sexe.

- 2.2 Taux de transmission mère – enfant du VIH (pour 2011-2017).
 - 2.3 Prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH (pour 2011-2017).
 - Régimes et couverture.
- 3.1 Incidence du VIH pour une population de 1000 non infectées (pour 2011–2017).
 - 15–49, 15–24, 50+ par sexe.
 - Tous les âges, <15 ans

Estimations de la taille des populations clés et Prévalence du VIH Parmi populations clés (Indicateurs 3.2 et 3.3, respectivement) ne sera importé que pour les pays à épidémie concentrée qui ont utilisé les Ensembles d'Estimations et de Projections (EPP) pour estimer l'incidence dans le Spectrum. Ces indicateurs ne remplaceront pas ceux qui ont été saisis dans le GAM, mais seront affichés pour comparaison sur la page de saisie de données.

- 3.2 Estimations de la taille des populations clés (pour les pays utilisant des épidémies concentrées dans EPP et à des fins de comparaison seulement) (pour 2011-2017).
 - Pour toutes les populations clés disponibles.
- 3.3 Prévalence du VIH chez les populations clés (pour les pays utilisant des épidémies concentrées dans EPP et à des fins de comparaison seulement) (pour 2011-2017).
 - Pour toutes les populations clés disponibles.

GAM Résultat analytique : mesure du rapportage des données désagrégées par genre

Il y aura un résultat dans l'outil de rapportage en ligne sur la proportion d'indicateurs pour lesquels des données désagrégées par genre ont été rapportées comparé à tous les indicateurs pays pour lesquels le rapportage de données désagrégées par genre était recommandé.*

Numérateur: Nombre d'indicateurs pour lesquels le pays a rapporté des données désagrégées par genre *

Dénominateur: Nombre d'indicateurs pour lesquels le pays a rapporté des données et pour lesquels une désagrégation par genre était recommandée*

Calcul: Numérateur/Dénominateur

Source: Résultat analytique dans l'outil de rapportage en ligne du GAM

Explication du numérateur et du dénominateur :

Numérateur: Les pays seront considérés comme ayant rapporté des données désagrégées par genre pour un indicateur s'ils ont fourni des valeurs pour les désagrégations hommes et femmes pour la valeur totale de l'indicateur.

Dénominateur: Le nombre d'indicateurs pour lesquels la désagrégation par genre est recommandé dans les lignes directrices du GAM pour l'année de rapportage et pour lesquels le pays a indiqué qu'ils étaient pertinents et pour lesquels de nouvelles données étaient disponibles.*

**exclusion des indicateurs clés des populations*

Production du rapport narratif dans l'Outil de rapportage en ligne du GAM

À partir de cette année, une nouvelle fonctionnalité de l'outil de rapportage en ligne facilitera les contrôles de la qualité des données et la production du rapport narratif. Pour chaque indicateur, un graphique affichera les données saisies pour les rapports de cette année et, dans certains cas, aussi pour les cycles de rapports précédents afin de montrer les tendances au fil du temps. Les pays auront la possibilité de sélectionner ces chiffres dans l'outil en ligne, les commenter et les sauvegarder directement dans le rapport narratif avec leurs commentaires.

Le rapport narratif peut servir de rapport pays pour les consultations nationales, et l'ONUSIDA publiera le rapport narratif avec l'approbation du pays.

Indicateurs pour le suivi mondiale de la lutte contre sida

1.1 Personnes vivant avec le VIH et connaissant leur statut sérologique

Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique à la fin de la période couverte par le rapport

Ce qui est mesuré

Les progrès pour accroître la proportion de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique et l'efficacité des interventions de dépistage du virus

Fondement

Les personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique auront accès aux prestations de soins et de traitement nécessaires pour mener une vie saine et productive et réduire le risque de transmettre le virus à d'autres personnes. La manière la plus efficace de garantir que les personnes vivant avec le virus connaissent leur statut est de proposer des prestations de dépistage sur les lieux et parmi les populations où le poids de la morbidité lié au VIH est le plus élevé.

Cette mesure constitue l'un des 10 indicateurs mondiaux présentés dans les directives unifiées sur les informations stratégiques de l'OMS 2015 concernant le VIH dans le secteur de la santé et elle permet de suivre le premier objectif des objectifs 90-90-90 : à savoir que 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique d'ici 2020.

Numérateur

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

Dénominateur

Nombre de personnes vivant avec le VIH

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Il existe trois méthodes pour faire une estimation de la proportion de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique. L'utilisation d'une des méthodes est fonction de la disponibilité des données dans le pays.

1. Les rapports de cas de VIH ou notifications issus d'un système de surveillance courante

Pour le numérateur. Dans les pays dont les systèmes de surveillance de cas du VIH sont opérationnels, le nombre minimum 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. La source à privilégier pour connaître le nombre de personnes vivant avec le VIH sont les modèles d'estimation tels que le logiciel Spectrum. En cas d'utilisation d'autres modèles, il est nécessaire de fournir la documentation expliquant la méthode d'estimation et les limites d'incertitude.

Méthodes de surveillance de cas. Un système de surveillance de cas de VIH est considéré comme opérationnel si le processus de création de rapports de tous les centres de santé qui proposent des services de tests de confirmation, de traitement et de soins du VIH est en place depuis au moins 2013 et lorsque le nombre cumulé de personnes diagnostiquées avec le virus et le nombre cumulé de ces mêmes personnes qui meurent peuvent être enregistrés. Les pays doivent veiller à ce que les délais pour la notification des cas dans les rapports soient inférieurs à trois mois ou que les retards dans le rapportage sont ajustés pour la fin de période.

Prière d'indiquer l'année ou la surveillance des cas a débuté.

2. L'enquête démographique nationale avec un dépistage du VIH et une question directe sur la connaissance de la séropositivité:

Pour le numérateur. Le numérateur est construit de la façon suivante.

$$PLHIV_N \times \left(\frac{E_s}{PLHIV_s} \right)$$

$PLHIV_N$: Nombre de personnes vivant avec le VIH au niveau national

E_s : Nombre de participants à l'enquête qui déclarent avoir été diagnostiqués séropositifs lors de leur dernier test de dépistage du VIH et qui ont également été testés séropositifs dans l'enquête

$PLHIV_s$: Nombre de personnes ayant des résultats de test VIH positifs dans l'enquête

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

3. Enquête démographique nationale avec les biomarqueurs du VIH et une question indirecte sur la connaissance du statut VIH, ainsi que des données issues de programmes sur le nombre de personnes recevant un traitement

Pour le numérateur Cette mesure est construite pour l'année en cours en multipliant le nombre de personnes vivant avec le VIH au niveau national par le point médian de ce qui suit :

- Le pourcentage de personnes diagnostiquées séropositives pour le VIH dans l'enquête et qui déclarent avoir déjà été testées et avoir reçu le dernier résultat de test. Pour les enquêtes plus anciennes (maximum <5 ans avant l'année de déclaration), ce pourcentage est projeté en utilisant les informations de la différence de pourcentage de la couverture ARV entre l'année de l'enquête et l'année de rapportage en cours.
- Le pourcentage de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral tel que cela est indiqué pour l'indicateur 1.2 de l'année courante.

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

Sur les méthodes d'enquête. ONUSIDA peut fournir une assistance technique, si nécessaire.

Sur les méthodes d'enquête. Les méthodes 2 et 3 doivent être construites à partir de l'enquête la plus récente (dans la limite de cinq ans avant la série de rapports). Pour la méthode 3, les données issues des programmes de traitement antirétroviraux doivent provenir de l'année du rapport en cours.

Dans la mesure où les enquêtes menées auprès des foyers sont souvent limitées aux personnes en âge de procréer (15 à 49 ans), il peut s'avérer nécessaire d'établir une estimation séparée afin de connaître l'état sérologique vis-à-vis du VIH chez les enfants (0 à 14 ans) à l'aide de données issues de programme (le nombre d'enfants en traitement, tel que reporté pour l'indicateur 1.2, sur le nombre total estimé d'enfants). Ce pourcentage chez les enfants est la mesure la plus prudente. Pour obtenir l'estimation totale du pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique, il convient de faire une moyenne des estimations en fonction de l'âge et de les pondérer d'après le nombre d'enfants et d'adultes (séparément) vivant avec le virus.

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 : désagrégation par âge et 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 par sexe (hommes et femmes) pour les adultes
- Villes et autres zones administratives d'importance

Informations complémentaires requises

Veillez fournir des données décentralisées (sous-nationale) ou sur les villes pour cet indicateur. Le formulaire de saisie des données comporte un espace prévu pour fournir des informations concernant la capitale et une ou deux autres villes importantes d'un point de vue épidémiologique, par exemple celles qui sont le plus touchées par le VIH ou qui se sont engagées à éliminer le sida d'ici 2030.

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 du VIH lorsque :

- 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 centres proposant des tests de dépistage du VIH.
 - Des mécanismes pour éviter que les individus soient dédoublés en étant enregistrés plusieurs fois ou à partir de plusieurs infrastructures.
 - Le suivi 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 si :

- Le dédoublement de déclaration de cas n'a pas eu lieu (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).

Méthodes par enquêtes

Les enquêtes peuvent apporter une estimation raisonnable de la connaissance du statut sérologique et de l'efficacité des services de dépistage ciblés dans un pays où :

- Les questionnaires sont suffisamment élaborés pour évaluer le nombre de personnes qui connaissent leur statut sérologique à l'échelle nationale, ou parmi les populations clés, là où sont menées ces enquêtes.
- Les données sont récentes (moins de cinq ans).
- Le statut sérologique est révélé ou le comportement en matière de dépistage est précis.

Les mesures issues de ces études peuvent sous-estimer la connaissance sérologique si :

- Pour les questions directes de l'enquête, il y a des preuves selon lesquelles certaines personnes ne révèlent pas leur statut sérologique.
- Pour une mesure indirecte, les personnes ayant obtenu un test de dépistage positif qui indiquent n'avoir jamais été dépistées au moment de l'enquête, sont testées par la suite et apprennent leur statut.

Connaître son statut sérologique ou être diagnostiqué positif

La phrase « les personnes vivant avec le VIH qui ont été diagnostiquées... » a parfois été utilisée pour décrire le premier des trois objectifs 90 (90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique). L'ONUSIDA préfère la phrase « connaissent leur statut sérologique », dans la mesure où cela comprend les personnes qui font un autotest de dépistage du VIH et connaissent leur statut mais non pas reçu de diagnostic médical pour leur séropositivité.

Informations complémentaires

Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2015

(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164716/1/9789241508759_eng.pdf?ua=1).

Logiciel Spectrum. Glastonbury (CT) : Avenir Health; 2016 (<http://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php>).

Enquête démographique et de santé (<http://dhsprogram.com>).

1.2 Personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral

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 rapports

Ce qui est mesuré

Il mesure les 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 nombre de CD4 d'une personne, peut s'avérer plus efficace et sauver des vies. L'OMS recommande actuellement de traiter toutes les personnes concernées.

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. Il s'agit de 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 2015 de l'OMS.

Cet indicateur permet aussi de suivre le second des objectifs 90-90-90 : à savoir que 90 % personnes vivant avec le VIH reçoivent un traitement antirétroviral d'ici 2020.

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

Calcul

Numérateur/Dénominateur

Note: À partir de 2018, les pays auront la possibilité de construire cet indicateur pour de larges groupes ventilés par âge et par sexe à partir de Spectrum, en important les données dans l'outil de rapportage en ligne une fois que le fichier national sera finalisé.

Méthode d'évaluation

Pour le numérateur. Le numérateur peut être généré en calculant le nombre d'adultes et d'enfants qui suivent un traitement antirétroviral à la fin de la période de référence. 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 dont le suivi a été perdu dans le centre de soin pendant cette période. Des protocoles doivent être mis en place pour éviter une double comptabilisation des personnes entre les centres de soins ou au fil du temps, et pour garantir que les données issues des centres soient enregistrées en temps voulu.

Certaines personnes prennent des médicaments antirétroviraux pour plusieurs mois lors d'une seule visite. Si cette quantité de médicaments couvre le dernier mois de la période de référence, ces personnes sont à comptabiliser parmi celles qui reçoivent un traitement antirétroviral (et non pas qui ont arrêté leur traitement).

Le numérateur doit prendre en compte les personnes qui reçoivent un traitement antirétroviral dans les secteurs public et privé si ces données sont disponibles.

Cet indicateur n'inclut pas les médicaments antirétroviraux administrés uniquement pour la prévention de la transmission mère-enfant et la prophylaxie post-exposition. Les femmes enceintes séropositives sous traitement antirétroviral à vie doivent être incluses dans le numérateur.

Les pays sont invités à trianguler le numérateur issu des données de programmation avec les systèmes nationaux d'approvisionnement et de suivi des médicaments et à réajuster les nombres enregistrés, le cas échéant. Il est également possible d'utiliser les estimations de la couverture d'un traitement antirétroviral extraites des enquêtes pour renseigner ou valider le numérateur. Il est préférable de ne pas utiliser les questionnaires qui ont saisi uniquement des données autodéclarées, celles-ci ayant démontré être de qualité limitée.

Important: Les pays qui ont entrepris des évaluations de la qualité des données ou des revues qui contrôlent la mesure dans laquelle les établissements peuvent déclarer avec précision le nombre de personnes sous traitement doivent ajuster les données du numérateur du programme pour tenir compte de ces incohérences. L'ONUSIDA travaillera avec les pays pour convenir d'un ensemble de meilleures pratiques spécifiques au pays pour l'ajustement des données de programme déclarées.

Ces ajustements doivent être décrits dans la «le cadre d'information supplémentaire» et l'année où la revue de la qualité des données a été effectué doit être fournie dans la case disponible.

Pour le dénominateur. La source à privilégier pour connaître le nombre de personnes vivant avec le VIH sont les modèles d'estimation tels que le logiciel Spectrum. En cas d'utilisation d'autres modèles, il est nécessaire de fournir la documentation expliquant la méthode d'estimation et les limites d'incertitude.

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 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. Ces ajustements doivent être notés dans la case fournissant des informations supplémentaires.
 - Tel que disponible. Désagrégation par âge et 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 selon le sexe (hommes et femmes) pour les adultes
 - Secteur public ou privé
 - Villes et autres zones administratives d'importance
 - Nombres de personnes qui commencent un traitement antirétroviral pendant l'année du rapport en cours (ces données doivent être disponibles à partir des mêmes sources que le nombre total de personnes recevant un traitement).
-

Informations complémentaires requises

Des données plus détaillées par âge sont demandées pour les enfants et séparément selon le sexe pour les adultes. Il est nécessaire d'indiquer la sous-catégorie de personnes ayant débuté un traitement antirétroviral au cours de la dernière année de rapportage.

Veillez fournir des données infranationales ventilées par zone administrative, ainsi que des données relatives aux villes, pour cet indicateur. Veuillez renseigner les informations concernant la capitale et une ou deux autres villes importantes d'un point de vue épidémiologique, par exemple celles qui sont le plus touchées par le VIH ou qui se sont engagées à éliminer le sida d'ici 2030.

La page de saisie des données comporte un espace prévu à cet effet. Vous pouvez également soumettre la version numérique des rapports correspondants en utilisant l'outil de téléchargement.

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 parce que les rapports des centres de soins manquent ou ont été transmis en retard à l'échelle nationale. Le nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral peut être surestimé parce que certaines personnes qui ont cessé le traitement, sont décédées ou ont changé d'infrastructure n'ont pas été supprimées des registres. D'autres erreurs, telles que des données extraites de manière incorrecte des registres des établissements ou la rédaction des formulaires de rapports peuvent entraîner une sur- ou une sous-estimation à des degrés d'amplitude variés.

Informations complémentaires

Conseils de l'OMS en matière de traitements et de soins (<http://www.who.int/hiv/topics/treatment/en/index.html>).

1.3 Rétention sous traitement antirétroviral à 12 mois

Pourcentage d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH connus pour suivre un traitement antirétroviral 12 mois après avoir commencé

Ce qui est mesuré

Les progrès réalisés en matière d'accroissement de l'espérance de vie des adultes et des enfants vivant avec le VIH en les maintenant sous un traitement antirétroviral.

Fondement

L'un des objectifs du programme de traitement antirétroviral consiste à accroître la survie des personnes vivant avec le virus. Dans la mesure où ces traitements sont de plus en plus répandus dans le monde, il est important de comprendre pourquoi, et dans quelle proportion, des personnes renoncent à des programmes de traitement. Les données peuvent servir à démontrer l'efficacité des programmes et mettre en exergue les obstacles qui empêchent de les étendre et de les améliorer.

Numérateur

Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs au VIH et encore sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale en 2016

Dénominateur

Nombre total d'adultes et d'enfants qui ont commencé un traitement antirétroviral en 2016 au cours de la période étudiée, incluant ceux qui sont décédés depuis qu'ils ont commencé le traitement antirétroviral, ceux qui ont abandonné le traitement et ceux dont le suivi a été interrompu au douzième mois

Calcul

Numérateur/Dénominateur

Méthode d'évaluation

Outils de suivi des programmes ; formulaires d'analyse des cohortes et des groupes

Registres de thérapie antirétrovirale et formulaires d'analyse par cohortes de la thérapie antirétrovirale.

La période étudiée est définie comme toute période continue de 12 mois prenant fin à une date prédéterminée et qui précède la remise du rapport. Elle peut être déterminée en fonction des besoins du rapport national. Si le rapport est établi pour la période allant du 1er janvier au 31 décembre 2017, les pays calculeront cet indicateur en intégrant tous les patients ayant entamé un traitement antirétroviral à n'importe quel moment au cours de la période de 12 mois allant du 1er janvier au 31 décembre 2016.

Fréquence de mesure

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

Ventilation

- 0-14 ans pour les enfants et 15 ans et plus selon le sexe (hommes et femmes) pour les adultes
 - État de l'allaitement au sein au début du traitement
-

Informations complémentaires requises

Veuillez fournir des données sur les villes pour cet indicateur. Le formulaire de saisie des données comporte un espace prévu afin de fournir des informations concernant la capitale et une ou deux autres villes importantes d'un point de vue épidémiologique, par exemple celles qui sont le plus touchées par le VIH ou qui se sont engagées à éliminer le sida d'ici 2030.

Explanation of the Numérateur

Le numérateur est défini comme le nombre d'adultes et enfants vivants et recevant un traitement antirétroviral 12 mois après avoir commencé la thérapie. Afin de bien comprendre de manière exhaustive le terme de survie, il convient de collecter les données suivantes :

- Le nombre d'adultes et d'enfants qui sont dans le groupe de démarrage d'un traitement antirétroviral dont la thérapie a commencé au moins 12 mois avant la fin de la période couverte par le rapport.
- Le nombre d'adultes ou enfants qui sont toujours vivants et qui reçoivent un traitement antirétroviral 12 mois après avoir commencé la thérapie.

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

Nonobstant, les patients décédés, qui ont abandonné le traitement ou qui ont été perdus de vue 12 mois après le début du traitement ne sont pas inclus dans le numérateur.

Par exemple, les patients ayant commencé le traitement antirétroviral en mai 2016 et qui sont décédés, ont été perdus de vue (et ne sont jamais revenus) ou ont abandonné le traitement (et ne l'ont pas repris) entre mai 2016 et mai 2017, ne sont donc plus sous traitement antirétroviral 12 mois plus tard (soit mai 2017) et ne sont pas inclus dans le numérateur. Cependant, une personne qui a commencé à recevoir un traitement antirétroviral en mai 2016 et qui a raté un rendez-vous en juin 2016 mais qui est enregistrée comme suivant un traitement antirétroviral en mai 2017 (correspondant au 12^{ème} mois) doit être prise en compte dans le numérateur. Ce qui importe est que le patient qui a commencé le traitement antirétroviral en mai 2016 soit enregistré comme étant en vie et toujours sous traitement 12 mois plus tard, indépendamment de ce qui s'est passé entre mai 2016 et mai 2017.

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

Explication du dénominateur

Le dénominateur est le nombre total d'adultes et d'enfants dans les groupes ayant commencé un traitement antirétroviral à n'importe quel moment au cours des 12 mois précédant le début de la période considérée, qu'ils soient encore vivants ou perdus, aient arrêté la thérapie ou décédés.

Par exemple, la période correspondant aux rapports du 1^{er} janvier jusqu'au 31 décembre 2017 comprendra toute personne sous traitement antirétroviral pour la durée de 12 mois correspondant au 1^{er} janvier au 31 décembre 2016. Cela vaut aussi bien pour les personnes toujours en traitement, que celles décédées, qui ont arrêté la thérapie ou sont perdues de vue le 12^{ème} mois.

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

Forces et faiblesses

Ce dénominateur pourrait sous-estimer la survie réelle puisqu'une partie des patients perdus de vue est encore en vie. C'est le nombre de personnes qui sont en vie et recevant traitement antirétroviral (pour qui le traitement antirétroviral est maintenu) dans une cohorte de traitement qui est représenté ici.

La priorité est donnée à la transmission de données de survie agrégées à 12 mois. Si des registres complets relatifs aux cohortes de patients existent, les pays sont invités à suivre la rétention du traitement à 24, 36 et 48 mois et ensuite tous les ans. Cela permettra de faire des comparaisons du taux de survie de personnes recevant un traitement antirétroviral au fil du temps. En l'état actuel des choses, il est possible de définir si le taux de survie à 12 mois augmente ou décroît au fil du temps, mais il n'est pas possible de déterminer les causes de ces changements. Ainsi, si le taux de survie à 12 mois augmente au fil du temps, cela peut indiquer une amélioration des soins et pratiques thérapeutiques, ou une initiation plus précoce du traitement antirétroviral. La rétention sous traitement antirétroviral à 12 mois doit donc être interprétée par rapport aux caractéristiques de base de la cohorte de patients lors de l'initiation du traitement antirétroviral : la mortalité sera plus élevée sur les sites où les patients ont eu accès à la thérapie antirétrovirale à un stade plus avancé de l'infection. C'est pourquoi la collecte et la transmission des données de survie sur des traitements de plus longue durée pourraient donner une meilleure idée de l'efficacité à long terme de la thérapie antirétrovirale.

Informations complémentaires

Conseils de l'OMS en matière de traitements et de soins (<http://www.who.int/hiv/topics/treatment/en/index.html>).

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

Nombre et pourcentage de personnes 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. Le niveau de charge virale de référence en matière d'échec ou de succès thérapeutique est de 1 000 copies/mL conformément aux Lignes directrices consolidées sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention des infections à VIH (OMS, 2016). 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 parmi les personnes vivant avec le VIH est l'un des 10 indicateurs mondiaux dans les lignes directrices unifiées de 2015 de l'OMS sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé. Cet indicateur permet également d'évaluer le troisième et dernier « objectif 90 » de l'ONUSIDA : faire en sorte que 90 % des personnes sous traitement antirétroviral voient leur charge virale supprimée d'ici 2020.

Numérateur

Nombre de personnes vivant avec le VIH dont la charge virale a été supprimée au cours de la période de référence (≤ 1000 copies/mL)

Dénominateur

Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH

Calcul

Numérateur/Dénominateur

Méthode d'évaluation

La suppression virale est définie comme < 1000 copies / mL. Pour les pays avec d'autres seuils (indétectables, < 50 copies / mL ou < 400 copies / mL), des preuves préliminaires provenant de plusieurs études suggèrent que la proportion de ceux avec 50 copies / ml ou plus et moins de 1000 copies / ml est faible, donc aucun ajustement n'est requis. La valeur du seuil de test doit être indiquée pour les niveaux autres que < 1000 copies / mL dans le cadre de renseignements supplémentaires de l'outil de rapportage en ligne.

La suppression de la charge virale peut être mesurée à l'aide de deux sources de données différentes : (1) données cliniques et de programme ou (2) enquêtes représentatives à l'échelle nationale. Les pays doivent rapporter les données provenant de la source la plus récente et la plus représentative au niveau national.

À partir de 2018, les pays qui sont une surveillance de l'indicateur 1.4 sont encouragés à utiliser Spectrum pour calculer cette valeur. Sinon, veuillez contacter l'ONUSIDA si vous avez besoin d'une assistance technique pour estimer le nombre de personnes ayant une charge virale supprimée.

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

Pour le numérateur. Les pays doivent indiquer le nombre réel ou estimé de personnes dont la charge virale est supprimée au cours de la période considérée (voir « Nombre total de personnes ayant une charge virale supprimée à partir des données cliniques et des programmes » pour plus d'informations).

Les tests de charge virale doivent être systématiques plutôt qu'épisodiques : par exemple, les résultats d'une personne ne doivent pas être inclus si les tests ont été effectués avant le début du traitement ou lorsque l'échec du traitement était suspecté.

Si la charge virale est testée de façon répétée pour une personne au cours de l'année, seul le résultat du dernier test de routine doit être utilisé.

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

Sur la déclaration du nombre réel ou estimé de personnes à l'échelle nationale qui ont une charge virale supprimée à partir des données cliniques et des programmes. Pour les pays qui déclarent dans le tableau 1 de l'outil de rapportage en ligne du GAM que les tests de charge virale sont entièrement accessibles à toutes les personnes sous traitement, le nombre réel de personnes ayant des charges virales supprimées parmi ceux sous traitement et vivant avec le VIH doit être signalé.

L'ONUSIDA a défini « pleinement accessible » comme une situation où toutes les personnes sous traitement antirétroviral ont accès à des tests de charge virale qui sont éligibles pour les tests (généralement les personnes qui ont été sous traitement pendant 6 mois ou plus). Le nombre de personnes ayant subi un test de dépistage devrait être supérieur à 90%.

Dans les cas où les pays signalent que les tests de charge virale sont partiellement accessibles mais représentatifs à l'échelle nationale de la population non testée, le numérateur doit être estimé. Pour obtenir une estimation nationale, la couverture des tests de charge virale parmi ceux sous traitement devrait généralement être entre 50% et 90%. Pour construire l'estimation nationale, la proportion de personnes dont la charge virale est supprimée parmi les personnes testées est multipliée par le nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral. Les pays utilisant des données où la couverture des tests de charge virale est inférieure à 50% devraient fournir des détails supplémentaires sur leur représentativité.

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 les données sont représentatives à l'échelle nationale. 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].

Pour les pays qui déclarent que les tests de charge virale sont a) partiellement accessibles et non représentatifs de la population non testée ou b) pas systématiquement disponibles, seul le nombre d'essais de charge virale de routine doit être signalé. Il n'est pas possible d'estimer le pourcentage de personnes vivant avec le VIH ou en cours de traitement qui ont une charge virale supprimée lorsque le test de la charge virale n'est pas fait en routine.

Important: Les pays qui ont entrepris des évaluations ou des revues de la qualité des données afin de déterminer dans quelle mesure les établissements de soins peuvent indiquer avec précision le nombre de personnes ayant une charge virale supprimée pendant les périodes de rapportage doivent ajuster les données du numérateur du programme pour tenir compte de ces incohérences. L'ONUSIDA travaillera avec les pays pour convenir d'un ensemble de meilleures pratiques spécifiques au pays pour l'ajustement des données de programme. Ces ajustements doivent être décrits dans la « case d'information supplémentaire » et l'année où la revue de la qualité des données a été effectuée doit être fournie dans la case disponible.

2. Enquêtes récentes en population représentatives à l'échelle nationale

Pour le numérateur. La proportion de personnes dont la charge virale est supprimée parmi les personnes testées VIH positive dans l'enquête devrait 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 que certaines personnes qui suppriment naturellement le virus et qui ne suivent pas de traitement seront incluses.

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.

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

3. Indicateurs d'alerte précoce des enquêtes sur la pharmacorésistance du VIH

Pour le numérateur. La proportion de personnes déclarées avoir supprimé leurs charges virales parmi les personnes participant à l'enquête devrait être multipliée par le nombre total de personnes sous traitement antirétroviral à l'échelle nationale; cela fournira le nombre total de personnes qui ont une charge virale supprimée. Les données de cohorte de 12 ou 48 mois peuvent être utilisées.

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.

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

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 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 selon le sexe (hommes et les femmes) pour les adultes
 - Ville et autre zone administrative d'importance
-

Informations complémentaires requises

Veuillez fournir des données sur les villes pour cet indicateur. Le formulaire de saisie des données comporte un espace prévu afin de fournir des informations concernant la capitale et une ou deux autres villes importantes d'un point de vue épidémiologique, par exemple celles qui sont le plus touchées par le VIH ou qui se sont engagées à éliminer le sida d'ici 2030.

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. En plus de cet indicateur, les pays collectant des données sur la rétention et la suppression de la charge virale à 12 mois au sein des cohortes peuvent trouver utile de trianguler ces différentes mesures pour décrire l'impact d'une thérapie antirétrovirale efficace.

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 peuvent ne pas être représentatives de la population non testée. C'est particulièrement le cas si la proportion de personnes qui commencent un nouveau traitement est élevée ou 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 90-90-90 peuvent être 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 déterminer quand initier un traitement ou pour identifier d'éventuels échecs thérapeutiques. Les données fournies par les tests de charge virale chez les personnes soupçonnées d'échec thérapeutiques sous-estimeront les niveaux de suppression de la charge virale. L'ONUSIDA recommande que les pays examinent de près les données rapportées pour exclure les tests 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 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 cette valeur finale lorsqu'il rend compte des progrès accomplis à l'échelle mondiale et régionale vers l'indicateur 1.4.

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>).

Lignes directrices consolidées sur l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention des infections à VIH. Recommandations pour une approche de la santé publique — deuxième édition. Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 2016 (<http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en>). Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé. Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/en>).

Conseils de l'OMS en matière de traitements et de soins (<http://www.who.int/hiv/topics/treatment/en/index.html>).

1.5 Diagnostic tardif du VIH

Pourcentages de personnes vivant avec le VIH dont la première numération des lymphocytes CD4 est inférieure à 200 cellules/mm³ et <350 cellules/mm³ durant la période de référence

Ce qui est mesuré

Proportions de personnes dont la numération des lymphocytes CD4 est inférieure à <200 cellules/mm³ et <350 cellules/mm³ parmi celles qui avaient une numération initiale de lymphocytes CD4 pour la période de référence

Fondement

À mesure que les pays intensifient les services liés au VIH, il est important de déterminer si les patients sont diagnostiqués à un stade peu avancé et de savoir quel pourcentage de patients sont toujours diagnostiqués tardivement.

Numérateur

1. Nombre de personnes vivant avec le VIH dont la première numération des lymphocytes CD4 est <200 cellules/mm³ durant la période de référence
 2. Nombre de personnes vivant avec le VIH dont la première numération des lymphocytes CD4 est <350 cellules/mm³ durant la période de référence
-

Dénominateur

Nombre total de personnes vivant avec le VIH ayant fait l'objet d'une première numération des lymphocytes CD4 durant la période de référence

Calcul

Numérateur/Dénominateur

Méthode d'évaluation

Les données proviennent des systèmes d'information des laboratoires et des dossiers des patients sous traitement. Les données peuvent être obtenues à partir des registres des services de santé, des formulaires de déclaration des nouveaux cas ou des systèmes d'information des laboratoires.

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
-

Explanation of the Numérateur

Pourcentage de personnes vivant avec le VIH ayant fait l'objet d'une première numération des lymphocytes CD4 dont le résultat est inférieur à 200 cellules/mm³ et inférieur à 350 cellules/mm³ durant la période de référence.

Explication du dénominateur

Les personnes vivant avec le VIH dont le nombre initial de lymphocytes CD4 était inférieur à 200 cellules / mm³ et les personnes vivant avec le VIH dont le nombre initial de lymphocytes CD4 était inférieur à 350 cellules / mm³ au cours de la période considérée. Le rapportage sur le nombre de personnes ayant un nombre de lymphocytes CD4 inférieur à 350 cellules / mm³ devrait également inclure ceux dont le nombre de lymphocytes CD4 est inférieur à 200 cellules / mm³.

Forces et faiblesses

La première numération des lymphocytes CD4 n'est pas forcément calculée au moment du diagnostic ou dans les délais impartis. Les données disponibles ne correspondent pas nécessairement à toutes les personnes ayant reçu un diagnostic pour la période de référence.

Cet indicateur ne fait pas de distinction entre les personnes qui ont reçu un diagnostic tardif et celles qui ont tardé à se faire soigner. Afin de les différencier, il convient d'examiner la date du diagnostic et la date de la première numération des lymphocytes CD4. S'il y a plus d'un mois d'écart, cela peut signifier que la personne a mis du temps avant d'être mise en relation avec des prestations de soin. Une différence de moins d'un mois suggère un diagnostic tardif. Un même patient peut par ailleurs faire l'objet d'un diagnostic tardif et d'un rattachement tardif aux services de soins.

Il est possible que les données disponibles n'incluent pas toutes les personnes diagnostiquées au cours de l'année de référence.

1.6 Rupture de stock de médicaments antirétroviraux

Pourcentage de sites de traitement en rupture de stock d'un ou de plusieurs médicaments antirétroviraux nécessaires sur une période déterminée

Ce qui est mesuré

Cet indicateur mesure les performances du système de gestion des achats et des approvisionnements pour la mise à disposition des médicaments. Les conséquences d'une rupture de stock : l'ampleur de l'interruption et le risque de résistance aux médicaments ; cela dépend du nombre de personnes dont le traitement sera perturbé par la rupture de stock.

Fondement

À mesure que les pays intensifient les services de traitement antirétroviral, il est important de veiller à ce que les médicaments antirétroviraux soient disponibles pour ceux qui en ont besoin. Le traitement antirétroviral est une stratégie à long terme pour les personnes vivant avec le VIH. Les interruptions peuvent entraîner un échec thérapeutique et une résistance aux médicaments du VIH. Une gestion efficace des approvisionnements est nécessaire afin d'assurer un approvisionnement ininterrompu en médicaments antirétroviraux.

Numérateur

Nombre de services sanitaires administrant les médicaments antirétroviraux qui ont connu une rupture de stock de l'un ou de plusieurs des médicaments antirétroviraux sur une période donnée

Dénominateur

Nombre total d'établissements médicaux qui administrent des médicaments antirétroviraux durant la même période

Calcul

Numérateur/Dénominateur

Méthode d'évaluation

Ces informations sont collectées de manière centralisée au niveau de la transmission des rapports de gestion des stocks par les services sanitaires ou bien au niveau des formulaires de commande des médicaments antirétroviraux.

Cet indicateur nécessite les outils suivants :

- Des rapports de gestion des stocks soumis par les services sanitaires indiquant également le stock pour chaque produit ;
- Des formulaires de commande transmis par les services sanitaires concernant les médicaments antirétroviraux au cours d'une période donnée (par exemple dernière commande, dernier trimestre, dernière année) ;
- Une liste des médicaments antirétroviraux que chaque service sanitaire est censé administrer, dans le cas où ceux-ci ne figurent pas déjà dans les rapports de gestion des stocks ou les formulaires de commande.

Ces outils fonctionnent si les systèmes d'information et de gestion logistique (LMIS) national sont opérationnels. Dans le cas contraire, les enquêtes sur les centres de santé, comme les évaluations de la prestation de services ou la cartographie des services disponibles, peuvent être utilisées si elles contiennent des questions sur les ruptures de stock des médicaments antirétroviraux.

S'il existe un LMIS comportant des détails sur la disponibilité des ARV au niveau de chaque service sanitaire, ces informations doivent être extraites pour calculer l'indicateur. Ces données peuvent également être obtenues par le biais d'une enquête ou de visites de centres.

Si un nombre limité d'établissements médicaux administrent des ARV, ils doivent tous être inclus dans l'enquête ou les visites de centres. Si un grand nombre d'établissements administrent des ARV, il peut s'avérer nécessaire de choisir un échantillon représentatif. La liste exhaustive est normalement disponible au niveau national.

Pour l'échantillonnage, il est important de garantir la représentativité des services sanitaires de différents niveaux, par exemple des centres de soins nationaux, régionaux et périphériques. Dans les pays où les ARV sont dispensés dans des pharmacies ou des points de distribution autres que des services sanitaires, il est également important de comptabiliser les ruptures de stock sur ces sites. La faisabilité dépendra de la couverture du LMIS.

L'indicateur d'alerte précoce de résistance aux médicaments du VIH concernant les ruptures de stock d'ARV permet de connaître le pourcentage de mois sans ruptures de stock au cours de l'année de référence. Ce pourcentage peut être calculé au niveau de chaque infrastructure et compilé afin de fournir une estimation nationale.

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

Type de site, par ex. clinique générale, centre de soins maternels et infantiles, centre spécialisé dans la tuberculose

Informations complémentaires requises

Expliquez si les informations sont basées sur des données nationales ou sur une enquête portant sur un échantillon de services sanitaires. Donnez des précisions qui contribueront à l'interprétation des données ; par exemple, indiquez si celles-ci concernent uniquement le secteur public ou le secteur privé et si l'indicateur risque d'être surévalué ou sous-évalué.

Forces et faiblesses

Cet indicateur porte sur un volet crucial du programme de traitement antirétroviral : l'approvisionnement ininterrompu en ARV dans les services sanitaires.

Il n'apporte pas d'informations sur les causes des problèmes de ruptures de stock, les médicaments qui manquent ou ont manqué, la durée des ruptures de stock ou la qualité du système de stockage, de livraison et de distribution des ARV.

En cas de ruptures de stock, déterminez si le problème provient du système de distribution national, d'un manque de ressources financières ou d'une pénurie générale d'ARV. Déterminez si la situation est due aux prévisions concernant l'approvisionnement, au système de distribution ou à tout autre problème. Profitez de cette analyse pour déterminer si le LMIS fonctionne bien.

Dans certaines situations, un simple suivi des ruptures de stock peut s'avérer trompeur car un service sanitaire peut très bien garder des réserves de médicaments, mais avoir pour politique de ne pas les distribuer. D'après la définition de cet indicateur, ces centres de soin ne devraient pas être considérés comme des établissements ayant connu une rupture de stock, même si un patient ne reçoit pas les médicaments nécessaires à son traitement. Dans les situations où les médicaments en stock ne sont pas distribués, il est préférable de recueillir des informations sur les ruptures de stock fonctionnelles, c'est-à-dire l'incapacité à accéder à un ARV nécessaire ou à l'utiliser.

Informations complémentaires

Harmonisation des systèmes de gestion des achats et des approvisionnements et des indicateurs de suivi et d'évaluation. Indicateurs d'alerte précoces afin de prévenir la rupture de stock et l'excédent de stock des médicaments antirétroviraux, antituberculeux et antipaludisme. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2011 (http://www.who.int/hiv/pub/amds/monitoring_evaluation/en).

1.7 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 récents 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 en 2015

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, 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

- Sexe
 - 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 extraits du logiciel une fois le 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 marquée par une plus grande incertitude. 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 doivent être indiquées. L'évaluation sera uniquement aussi fiable que les données saisies dans les modèles et les hypothèses sur lesquelles se fonde le modèle.

Informations complémentaires

Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164716/1/9789241508759_eng.pdf?ua=1).

Logiciel Spectrum. Glastonbury (CT) : Avenir Health; 2016 (<http://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php>).

2.1 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 réalisés pour que les nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH subissent des tests virologiques 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 meurent souvent avant d'être reconnus porteur d'une infection à VIH. L'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 cliniques 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 considérée. Les nourrissons ayant subi un test ne doivent être comptabilisés qu'une seule fois.

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

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.

Explanation of the 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 services sanitaires publics, privés et dirigés par une organisation non gouvernementale qui proposent des dépistages du VIH pour les nourrissons exposés.

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 : 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 mère-enfant, en tant que mesure alternative ; ou, si les projections Spectrum ne sont pas disponibles, en multipliant 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 (disponible à partir de la surveillance sentinelle du VIH dans les ANC et des ajustements nécessaires liés à la couverture des enquêtes ANC).

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 par résultat du dépistage ne peut pas être utilisée comme mesure alternative pour le taux mondial de transmission mère-enfant. Si la couverture du diagnostic précoce des nourrissons à l'échelle nationale ou la couverture en dépistages de ce diagnostic pendant les deux premiers mois de vie est peu élevée, un faible taux de positivité chez les nourrissons dépistés n'indique pas nécessairement que le programme est efficace, car beaucoup d'autres nourrissons probablement positifs ne sont pas représentés dans cet échantillon.

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

Rapports de situation sur le VIH (<http://www.who.int/hiv/pub/progressreports/en>).

Guide de référence des indicateurs de nouvelle génération. Washington (DC) : le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida ; 2013(<http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>).

Mesurer l'impact des programmes de prévention nationale concernant la transmission mère-enfant du VIH, par rapport à la suppression des nouvelles infections du VIH chez les enfants d'ici 2015 et garder les mères en vie. Guide rapide sur les méthodes. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75478/1/9789241504362_eng.pdf).

2.2 Transmission mère-enfant du VIH

Pourcentage estimé d'enfants ayant été nouvellement infectés par le VIH dans le cadre de la transmission de la mère à l'enfant chez les femmes séropositives ayant accouché au cours des 12 derniers mois

Ce qui est mesuré

Les progrès accomplis en matière d'accès des femmes aux médicaments antirétroviraux (ARV) afin de réduire la transmission mère-enfant du VIH.

Fondement

Des efforts ont été déployés pour accroître l'accès aux interventions permettant de réduire considérablement la transmission mère-enfant du VIH, notamment l'association de la prophylaxie antirétrovirale et des schémas de traitements antirétroviraux et le renforcement des services de conseil en matière d'allaitement. Il est important d'évaluer l'impact des interventions de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH dans la réduction du nombre de nouvelles infections chez les enfants infectés par la transmission du virus.

Le pourcentage d'enfants vivant avec le VIH devrait diminuer avec l'augmentation de la couverture des interventions de PTME et l'utilisation de schémas thérapeutiques plus efficaces.

Numérateur

Nombre estimé d'enfants ayant été nouvellement infectés par le VIH dans le cadre de la transmission de la mère à l'enfant parmi les enfants nés de femmes vivant avec le VIH ayant accouché au cours des 12 derniers mois

Dénominateur

Nombre estimé d'enfants nés de femmes vivant avec le VIH ayant accouché au cours des 12 derniers mois

Calcul

Numérateur/Dénominateur

Méthode d'évaluation

La probabilité de transmission mère-enfant varie en fonction du traitement antirétroviral administré et de la façon dont le nourrisson est alimenté. La transmission peut être calculée en utilisant Spectrum. Le programme informatique de ce logiciel utilise des données sur:

- la proportion de femmes enceintes séropositives recevant différents traitements antirétroviraux avant et pendant l'accouchement (péri partum) par catégorie de CD4 de la mère ;
- la proportion de femmes et d'enfants recevant des médicaments antirétroviraux après l'accouchement (postpartum) par catégorie de CD4 de la mère ;
- le pourcentage de nourrissons non allaités dans les programmes de PTME selon l'âge de l'enfant ;
- la probabilité de transmission mère-enfant 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 qui ont accouché.

L'estimation du taux de transmission national est indiquée sur l'écran de synthèse de la PTME dans Spectrum. Cette variable peut également être calculée dans Spectrum en divisant le nombre de nouvelles infections à VIH pour les enfants de 0 à 14 ans par le nombre de femmes ayant besoin de services de PTME.

Il n'y a pas suffisamment d'informations disponibles sur les autres modes de transmission du VIH aux enfants pour les inclure dans ce modèle. 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.

Dans un souci de comparabilité, les données de Spectrum seront utilisées pour calculer cet indicateur pour une analyse mondiale.

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 extraits du logiciel une fois le fichier national finalisé. Si des données programmatisées 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.

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

Aucune

Informations complémentaires requises

Dans un souci de comparabilité, les données de Spectrum seront utilisées pour calculer cet indicateur pour une analyse mondiale.

Si des données programmatiques sont utilisées, les intégrer sur la base de cohortes de naissance égales pour le numérateur et le dénominateur et non selon l'année du diagnostic.

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 extraits du logiciel une fois le fichier national finalisé.

Forces et faiblesses

Points forts. Sur le long terme, cet indicateur permet d'évaluer l'efficacité des programmes de transmission de la mère à l'enfant en estimant les effets de l'augmentation de l'administration des médicaments antirétroviraux et du recours à des schémas thérapeutiques plus efficaces ainsi qu'à une alimentation optimale pour le nourrisson. Cet indicateur permet aux pays d'évaluer l'impact des programmes d'ARV sur le nombre d'enfants qui contractent le virus en estimant le taux de transmission du VIH des femmes vivant avec le VIH à leurs enfants. L'évaluation modélisée permet d'estimer cette valeur dans la mesure où saisir cet indicateur par le biais de mesures directes s'avère quasiment impossible. L'évaluation modélisée relève trois défis.

1. Le suivi des paires mère-enfant pose des difficultés, en particulier à l'échelle nationale, en raison du délai entre la collecte des données et leur transmission, d'une part, et compte tenu du nombre de services médicaux auxquels les paires mère-enfant peuvent s'adresser sur une période donnée pour le large éventail des interventions de PTME et pédiatriques proposées d'autre part.
2. Les enfants (en particulier ceux vivant avec le VIH) peuvent mourir avant de passer des tests qui permettraient de déterminer si la transmission a eu lieu.
3. Un indicateur directement mesuré ne saisira pas des femmes et leurs enfants qui ne suivent pas de programmes, vraisemblablement confrontés à une forte stigmatisation.

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 surestimerait la transmission mère-enfant. Cet indicateur dépend également de données programmatiques, qui concernent généralement les schémas thérapeutiques d'ARV administrés et non consommés, ce qui présente un risque de sous-estimation de la transmission mère-enfant.

Il ne permet pas non plus de prendre en compte les efforts déployés pour baisser le risque de transmission de la mère à l'enfant en réduisant le nombre de femme 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 centres sanitaires est élevée et où des tests de confirmation sont menés systématiquement, il convient de faire des efforts pour suivre l'évolution des incidences en évaluant directement le pourcentage d'enfants vivant avec le VIH parmi ceux qui sont nés de mère porteuse du virus. Tous les pays sont invités à accroître le suivi du statut du VIH et les enfants survivants nés de femmes porteuses du virus, en collectant les données dans le cadre de visites de suivi dans des centres sanitaires.

Informations complémentaires

Publications de l'OMS sur le suivi et l'évaluation du VIH (<http://www.who.int/hiv/pub/me/en/index.html>).

2.3 Prévention de la transmission mère-enfant du VIH

Pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des médicaments antirétroviraux en vue de réduire le risque de transmission mère-enfant

Ce qui est mesuré

Évaluer les progrès dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH durant la grossesse et l'accouchement en administrant des médicaments antirétroviraux

Cet indicateur permet aux pays de suivre la couverture de la distribution des ATR aux femmes enceintes vivant avec le VIH afin de réduire le risque de transmission aux nourrissons pendant la grossesse ou l'accouchement. Lorsqu'il est ventilé par schéma thérapeutique, il peut révéler un meilleur accès à des traitements antirétroviraux plus efficaces pour les femmes enceintes vivant avec le VIH. Étant donné que cet indicateur porte généralement sur les ARV dispensés, et non consommés, il est dans la plupart des cas impossible de déterminer l'observance du traitement.

Fondement

Le risque de transmission de la mère à l'enfant peut être considérablement réduit en administrant des médicaments antirétroviraux (en traitement à vie ou à titre prophylactique) à la mère pendant la grossesse et l'accouchement. Cela implique une prophylaxie antirétrovirale pour l'enfant et des médicaments antirétroviraux pour la mère ou l'enfant en cas d'allaitement, et l'observance de pratiques optimales pour l'accouchement et l'alimentation de l'enfant. Les données seront utilisées pour évaluer les progrès accomplis par rapport aux objectifs nationaux et internationaux d'élimination de la transmission mère-enfant, afin d'orienter la planification des politiques et stratégies, renforcer la sensibilisation et mobiliser des ressources afin d'accélérer l'intensification. Elles permettront d'analyser l'évolution de l'accès à la prophylaxie antirétrovirale et aux traitements antirétroviraux et, grâce à une ventilation par schéma thérapeutique, d'évaluer les progrès accomplis dans la mise en œuvre de traitements antirétroviraux plus efficaces.

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 mère-enfant du VIH. Les rapports mondiaux sur l'accès aux ARV pour la prévention de la transmission mère-enfant 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.

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, obtenues 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 (ANC) combinées aux données démographiques et ajustements nécessaires liés à la couverture des enquêtes sur les cliniques prénatales (ANC).

Fréquence de mesure

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

Ventilation

- Villes et autres zones administratives d'importance
 - Le numérateur doit être ventilé au travers des six types de schémas thérapeutiques décrits ci-dessous.
-

Informations complémentaires requises

Veillez fournir des données sur les villes pour cet indicateur. Le formulaire de saisie des données comporte un espace prévu afin de fournir des informations concernant la capitale et une ou deux autres villes importantes d'un point de vue épidémiologique, par exemple celles qui sont le plus touchées par le VIH ou qui se sont engagées à éliminer le sida d'ici 2030.

Explication du numérateur

Le numérateur doit être ventilé selon les six catégories ci-dessous (les trois premiers schémas thérapeutiques sont recommandés par l'OMS) pour les femmes enceintes séropositives dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant. Chaque femme doit être comptée une et une seule fois :

1. Traitement antirétroviral débuté pendant la grossesse en cours.
2. Traitement antirétroviral déjà débuté avant la grossesse en cours.
3. Prophylaxie pour les mères basée sur la trithérapie antirétrovirale (composante prophylactique de l'option B de l'OMS).
4. AZT maternelle (composante prophylactique au cours de la grossesse et de l'accouchement de l'option A de l'OMS).
5. Dose unique de névirapine (avec ou sans suivi) uniquement.
6. Autre (veuillez préciser : par ex., préciser traitement, non catégorisé, etc.).

Définitions des traitements pour la ventilation

Catégories	Plus de précisions	Exemples courant
Les deux premières options comprennent les femmes recevant un traitement antirétroviral à vie (notamment l'option B+)	Un schéma thérapeutique composé de trois médicaments conçus pour administrer un traitement antirétroviral à vie :	Schéma thérapeutique national type, par exemple :
1. Traitement antirétroviral débuté pendant la grossesse en cours	1. Nombre de femmes enceintes séropositives identifiées pendant la période de référence qui ont débuté un traitement antirétroviral à vie.	▪ TDF + 3TC + EFV.
2. Traitement antirétroviral débuté avant la grossesse en cours	2. Nombre de femmes enceintes séropositives identifiées pendant la période de référence qui prenaient déjà un traitement antirétroviral lors de leur première consultation dans une clinique prénatale. Si une femme commence un traitement antirétroviral à vie pendant le travail, elle doit être comptabilisée dans la catégorie 1. 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.	▪ AZT + 3TC + NVP. ▪ TDF + 3TC + EFV
3. Prophylaxie maternelle basée sur la trithérapie antirétrovirale (composante prophylactique de l'option B de l'OMS pendant la grossesse et l'accouchement)	Un schéma thérapeutique composé de trois médicaments destinés à la PTME et commencé pendant la grossesse ou au plus tard pendant le travail ou l'accouchement, avec un arrêt du traitement prévu à la fin de l'allaitement (ou au moment de l'accouchement si la mère n'allait pas) 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 le service sanitaire a recours à l'option B.	▪ TDF + 3TC + DTG ▪ TDF + 3TC + EFV ▪ AZT + 3TC + EFV ▪ AZT + 3TC + LPV/r
4. AZT maternelle (composante prophylactique de l'option A de l'OMS au cours de la grossesse et de l'accouchement)	Un traitement prophylactique qui utilise l'AZT (ou un autre inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse (INTI)), commencé dès 14 semaines ou au plus tard pendant le travail ou l'accouchement pour prévenir la transmission du VIH. 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 le service sanitaire a recours à l'option A.	▪ 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 postpartum pendant 7 jours
5. Dose unique de névirapine (sd-NVP) administrée à la mère pendant la grossesse ou durant l'accouchement	▪ Compter cela si la névirapine est le seul traitement administré à une femme enceinte séropositive pendant la grossesse, le travail ou l'accouchement ▪ Ne pas comptabiliser comme dose unique de névirapine si : ▪ névirapine est administrée dans le cadre de l'option A pendant la grossesse. ▪ ou ▪ Une femme enceinte séropositive débute l'option A, B ou B+ pendant le travail et l'accouchement	▪ 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

Le numérateur doit correspondre aux chiffres figurant dans Spectrum, sans quoi l'équipe recevra un message automatique lui demandant de saisir des données cohérentes

Rapport mondial de suivi de la lutte contre le sida (GAM)

Spectrum

1. Traitement antirétroviral débuté pendant la grossesse en cours	Option B + : la thérapie antirétrovirale a débuté pendant la grossesse actuelle (elle est répartie entre les femmes qui ont commencé les ARV moins de quatre semaines avant l'accouchement et les femmes qui commencent plus de quatre semaines avant l'accouchement)
2. Traitement antirétroviral débuté avant la grossesse en cours	Option B+ : traitement antirétroviral débuté avant la grossesse en cours
3. Prophylaxie maternelle basée sur la trithérapie antirétrovirale (composante prophylactique de l'option B de l'OMS pendant la grossesse et l'accouchement)	Option B : triple prophylaxie à partir de 14 semaines
4. AZT maternelle (composante prophylactique de l'option A de l'OMS au cours de la grossesse et de l'accouchement)	Option A : AZT maternelle
5. Dose unique de névirapine (sd-NVP) administrée à la mère pendant la grossesse ou durant l'accouchement	Dose unique de névirapine
6. Autre (généralement limité aux pays qui proposent encore l'AZT maternelle à un stade avancé de la grossesse)	AZT maternelle, conformément aux directives 2006 de l'OMS. Spectrum exige des données sur les précédents traitements. Cette catégorie est maintenue pour décrire les traitements administrés les années précédentes.

Explication du dénominateur

Deux méthodes peuvent être utilisées pour estimer le dénominateur : un modèle d'estimation, comme Spectrum, en utilisant le résultat, c'est à dire le nombre de femmes enceintes ayant besoin de services de prévention de la transmission mère-enfant ; ou, si les estimations de Spectrum ne sont pas disponibles, en multipliant 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 de la Division de la population de l'ONU ou des systèmes d'enregistrement des grossesses avec des données complètes) par la dernière estimation nationale de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes (disponible à partir de la surveillance sentinelle du VIH dans les établissements prénatals et des ajustements nécessaires liés à la couverture des enquêtes de tels établissements).

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 rapporter le nombre de femmes recevant les différents schémas thérapeutiques afin que l'impact des médicaments antirétroviraux sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant puisse être modélisé en fonction de leur efficacité. Si les pays ne disposent pas d'un système de collecte et de communication de ces données, ils devraient en établir un. Des efforts devraient être faits pour éliminer les femmes comptées deux fois dans les systèmes de notification. Un déterminant essentiel de l'efficacité des schémas de transmission de la mère à l'enfant est de savoir si les femmes ont des charges virales supprimées lorsque leurs enfants sont conçus. Il est donc essentiel que les registres de la PTME soient ventilés selon qu'une femme était déjà sous ARV à son arrivée aux soins prénatals.

Informations complémentaires

La prévention de la transmission mère-enfant est un domaine d'intervention qui évolue rapidement, tout comme les méthodes employées pour évaluer l'accès à ce service. Pour plus d'informations, veuillez consulter : Publications sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant (<http://www.who.int/hiv/pub/mtct/en>). Publications de l'OMS sur le suivi et l'évaluation du VIH (<http://www.who.int/hiv/pub/me/en/index.html>).

2.4 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 reçu un traitement

Ce qui est mesuré

- A. Couverture du dépistage de la syphilis parmi les femmes enceintes bénéficiant de services de consultations prénatales
- B. Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant de consultations prénatales présentant une sérologie positive pour la syphilis
- C. Pourcentage de femmes consultant pour des soins prénatals sur une période donnée, présentant une sérologie positive pour la syphilis et soignées correctement.

Fondement

- A. Le dépistage de la syphilis en début de grossesse est important pour la santé des femmes enceintes et du fœtus. Il contribue au suivi de la qualité des services de consultations prénatales et des services de prévention du VIH chez les femmes enceintes. Il s'agit également d'un indicateur essentiel dans le processus d'évaluation des progrès en matière d'élimination de la transmission mère-enfant (TME) de la syphilis.
- B. L'infection de la syphilis parmi des femmes recevant des soins prénatals peut servir à orienter les programmes pour éviter les maladies sexuellement transmissibles et peut fournir une alarme précoce en matière de modification éventuelle sur la transmission de VIH pour la population en général.
- C. Traiter les femmes recevant des soins prénatals dont le test de dépistage de la syphilis s'est révélé positif permet de mesurer directement le programme visant à éliminer la transmission mère-enfant de la syphilis et les efforts pour renforcer la prévention initiale du VIH. Il s'agit également d'un indicateur de processus pour la validation de l'élimination de la transmission mère-enfant (TME) 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 prénatales dont le test de dépistage de la syphilis s'est révélé positif
- C. Nombre de femmes recevant des soins prénatals dont le test de dépistage de la syphilis s'est révélé positif qui ont reçu au moins une dose de pénicilline benzathine 2.4 mU par voie intramusculaire

Dénominateur

- A. Nombre de femmes enceintes bénéficiant de services de soins prénatals
- B. Nombre de femmes recevant des soins prénatals qui ont été soumises à un test de dépistage de la syphilis
- C. Nombre de femmes recevant des soins 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. Idéalement, les pays communiqueront les résultats des dépistages réalisés dans le cadre d'une quelconque consultation, en plus de la première. Les pays qui ne sont pas en mesure de faire la différence entre la première consultation et les dépistages réalisés lors d'une des consultations doivent tout de même renseigner des données pour cet indicateur, en précisant qu'elles ne correspondent pas à une consultation précise. Cet indicateur doit être calculé tous les ans.

Il est possible d'utiliser les tests non tréponémiques qui mesurent les anticorps réaginniques (par ex. les laboratoires de recherche sur les maladies vénériennes (VDRL) ou l'épreuve de mise en évidence rapide de la réagine plasmatique (RPR) ou les tests tréponémiques qui mesurent les anticorps tréponémiques (par ex. le test d'hémagglutination passive de *Treponema pallidum* (TPHA), le test d'agglutination passive de *Treponema pallidum* (TPPA), le test immuno-enzymatique ou des tests tréponémiques rapides). Bien qu'il soit préférable de réaliser les deux sortes de test, un seul suffit pour cet indicateur. Indiquez dans le champ de commentaires celui qui est généralement utilisé dans votre pays. Le type de test entre en compte dans l'analyse des données.

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 si elles sont jugées représentatives de la situation nationale. Indiquez la source et la couverture de vos données (par ex. données de programmes nationaux en place dans l'ensemble des 12 provinces) dans le champ de commentaires.

- B. L'infection à la syphilis peut être détectée au moyen de tests non tréponémiques (par ex. RPR ou VDRL), de tests tréponémiques (TPHA, TPPA, EIA ou différents tests rapides disponibles) ou, dans l'idéal, d'une combinaison des deux. Un test non tréponémique réactif, en particulier si le titre est élevé, indique une infection active, tandis qu'un test tréponémique positif peut révéler une ancienne infection, même si elle a été traitée avec succès. 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.

Le test tréponémique rapide permet de dépister les patients dans les établissements qui n'ont pas de laboratoire, ce qui augmente considérablement le nombre de femmes pouvant être dépistées et traitées pour la syphilis pendant leur grossesse. Les données doivent être recueillies tous les ans. Il est important d'indiquer la catégorie de test est généralement utilisé dans votre pays. Celle-ci entre en compte dans l'analyse des données.

Il est possible d'utiliser 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 pour détecter les anticorps tréponémiques et/ou réaginniques. Indiquez la source et la couverture de vos données (par ex. surveillance sentinelle de toutes les femmes fréquentant des ANC dans 2 des 10 provinces) dans le champ de commentaires. Précisez également quel type de test est généralement utilisé dans votre pays pour définir un diagnostic positif chez les femmes enceintes, par ex. tests non tréponémiques (RPR ou VDRL), tests tréponémiques (tests rapides ou TPPA), résultats positifs aux deux types de tests ou inconnu.

Les pays sont encouragés à utiliser des numéros d'identification uniques ou des registres qui séparent le premier test des suivants afin que les données reflètent la prévalence ou l'incidence réelle de la syphilis, plutôt que le nombre de tests positifs.

Étant donné que la plupart des pays disposent de données issues de différents types de tests, la sous-analyse (ventilation) pour les femmes de 15 à 24 ans peut augmenter la probabilité qu'un test positif indique une infection récente.

C. Les données doivent être recueillies tous les ans. Pour cet indicateur, la séropositivité déterminée par un test tréponémique ou non tréponémique est suffisante pour être considérée comme positive pour la syphilis.

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 si elles sont jugées représentatives de la situation nationale. Indiquez la source et la couverture de vos données (par ex. données de programmes nationaux en place dans l'ensemble des 12 provinces) dans le champ de commentaires.

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

A. Testée lors d'une des visites, testée lors de la première visite

B. Âge (15 à 24 ans et 25+ ans)

C. Aucune

Informations complémentaires requises

Précisez si les données que vous présentez sont issues de programmes réguliers et jugées représentatives de l'ensemble du pays, et indiquez quel type de test a été utilisé pour définir un diagnostic positif chez les femmes fréquentant des ANC, par ex. tests non tréponémiques, tests tréponémiques, résultats positifs aux deux types de tests, variable ou inconnu.

Forces et faiblesses

A. Les pays peuvent également juger bon de déterminer à combien de semaines de grossesse chaque femme fait l'objet d'un dépistage. La prévention de la syphilis congénitale nécessite un dépistage en début de grossesse car les mortinaissances 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.

Les programmes qui dépistent les femmes enceintes séparément pour la syphilis et le VIH doivent fonctionner ensemble pour améliorer l'efficacité de leur travail.

À l'échelle mondiale. Analyser l'évolution dans le temps pour évaluer les progrès accomplis dans la mise en place de la couverture de dépistage nécessaire afin d'éliminer la transmission mère-enfant de la syphilis. Les connaissances des politiques et pratiques de dépistage doivent être utilisées pour interpréter l'évolution de la couverture. Les données sur le dépistage des personnes bénéficiant de services de soins prénatals peuvent ensuite être combinées avec les données sur la présence aux consultations prénatals pour estimer la couverture mondiale du dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes.

À l'échelle locale. Les données peuvent être utilisées pour identifier les cliniques qui ne mettent pas totalement en œuvre la politique nationale.

B. Les données sur la syphilis chez les femmes enceintes sont disponibles dans la plupart des pays par le biais des rapports réguliers des systèmes de santé.

Le type de test utilisé et les changements dans les pratiques de dépistage peuvent avoir une incidence sur les données. La connaissance des pratiques de dépistage utilisées dans le pays (par ex. la proportion de tests tréponémiques par rapport à la proportion de tests non tréponémiques) doit être mise à profit pour interpréter l'évolution de la maladie.

À l'échelle mondiale et régionale. Estimer la mortalité et la morbidité périnatales causées par la syphilis qui pourraient être évitées en mettant en place des programmes efficaces pour éliminer la transmission mère-enfant de la syphilis. Identifier les domaines qui ont le plus besoin d'interventions complètes de prévention de la syphilis congénitale. Les données sont utilisées pour estimer l'incidence et la prévalence de la syphilis.

À l'échelle locale. Suivre l'évolution dans le temps pour évaluer les changements dans le nombre de cas et les besoins en programmes de prévention des IST. Les données sont utilisées pour estimer l'incidence et la prévalence de la syphilis

À tous les niveaux. Comparer les données sur l'évolution de la syphilis et du VIH pour identifier les signes avant-coureurs de risque accru de transmission du VIH.

C. Les données sur le traitement de la syphilis parmi les femmes qui reçoivent des soins prénatals font fréquemment l'objet d'un suivi régulier dans les services sanitaires.

La collecte des données peut impliquer la collaboration avec des programmes de santé maternelle et infantile afin de garantir la disponibilité des données à l'échelle nationale. Pour les besoins de cet indicateur, la preuve de l'administration d'une dose unique de pénicilline est suffisante. Administrer à une femme enceinte porteuse de la syphilis une seule injection de benzathine benzylpénicilline 2,4 M U.I. avant 24 semaines d'âge gestationnel suffit pour prévenir la transmission mère-enfant de la syphilis. On recommande néanmoins trois injections à une semaine d'intervalle pour traiter la syphilis latente et prévenir la syphilis tertiaire chez la mère.

À l'échelle mondiale, régionale et locale. Évaluer l'efficacité des programmes dans la réduction de la morbidité et la mortalité périnatales associées à la syphilis.

À l'échelle locale. Identifier les domaines qui ont besoin de ressources supplémentaires ou d'une aide à la mise en œuvre des programmes. À tous les niveaux. Utilisation des connaissances sur les politiques et pratiques de traitement pour interpréter l'évolution des traitements.

Informations complémentaires

Suivi des progrès accomplis à l'échelon national en matière d'accès à la santé reproductive : considérations conceptuelles et pratiques et indicateurs apparentés. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2008 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241596831/en>).

Méthodes pour la surveillance et le suivi de l'élimination de la syphilis congénitale dans le cadre des systèmes existants. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2011 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241503020/en>).

Directives mondiales relatives aux critères et aux procédures de validation : Élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2014 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/112858>).

2.5 Taux de syphilis congénitale (naissances vivantes et mortinaissances)

Pourcentage de cas de syphilis congénitale déclarés (naissances vivantes et mortinaissances)

Ce qui est mesuré

Il mesure les progrès accomplis dans l'élimination de la transmission mère-enfant (PTME) de la syphilis

Fondement

L'absence de traitement de la syphilis pendant la grossesse peut non seulement augmenter le risque de transmission et d'acquisition du VIH chez la mère et l'enfant, mais également entraîner une mortinaissance, le décès du nourrisson et une maladie congénitale (ce que l'on appelle « syphilis congénitale »). Compte tenu de l'efficacité, de la simplicité et du coût peu élevé du dépistage et du traitement de la syphilis, des initiatives mondiales et régionales d'élimination de la TME de la syphilis ont été mises en œuvre. Le taux de syphilis congénitale correspond à une mesure de l'incidence des programmes d'élimination de la TME 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

Calcul

Numérateur/Dénominateur

Méthode d'évaluation

Systèmes d'information sanitaire classiques. Il est important d'indiquer la définition de la syphilis congénitale de votre pays dans le champ commentaires.

Fréquence de mesure

Les données doivent être consignées tous les jours et rapportées tous les trimestres à l'échelle nationale ou infranationale. Elles doivent être consolidées et transmises à l'OMS tous les ans.

Ventilation

Aucune

Informations complémentaires requises

Les pays doivent commenter tout écart important entre la définition nationale de la syphilis congénitale et la définition utilisée dans le cadre de la surveillance mondiale, disponible à la page 15 de ce document : Données initiales sur la surveillance des infections sexuellement transmissibles 2012. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241505895/en/index.html>).

Les pays doivent notamment préciser si les mortinaissances sont comptabilisées ou non dans leur définition nationale.

Forces et faiblesses

Le diagnostic de la syphilis congénitale est plus fiable lorsqu'il s'appuie sur certains tests spécifiques rarement disponibles, même dans les pays développés. Dans la plupart des pays, le diagnostic dépend donc des antécédents et de l'examen clinique, ce qui complique la surveillance. Bien que l'OMS propose une définition mondiale dans le cadre de la surveillance, la véritable définition employée peut varier dans et entre les pays et régions.

Lorsqu'ils communiquent des données sur la syphilis, il est important que les pays indiquent dans quelle mesure elles 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.

Compte tenu de la difficulté à diagnostiquer la syphilis congénitale et des différentes définitions utilisées, il est possible de rencontrer des problèmes de sous-déclaration et de surdéclaration. L'ampleur de ces erreurs de déclaration doit toujours être prise en compte dans l'analyse des taux de syphilis congénitale. L'évolution dans le temps peut néanmoins s'avérer utile si elle est fondée sur une seule et même définition.

Informations complémentaires

Méthodes pour la surveillance et le suivi de l'élimination de la syphilis congénitale dans le cadre des systèmes existants. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2011 (<https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/44790>).

Directives mondiales relatives aux critères et aux procédures de validation : Élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2014 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/112858>).

2.6 Dépistage du VIH chez les femmes enceintes

Pourcentage de femmes enceintes ayant un statut VIH connu

Ce qui est mesuré

Couverture de la première étape de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME). 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 une cascade de PTME basée sur les établissements.

Justification

Le risque de transmission de la mère à l'enfant peut être considérablement réduit en fournissant des médicaments antirétroviraux (ARV) à la mère pendant la grossesse et l'accouchement, soit en traitement à vie ou en prophylaxie, avec une prophylaxie antirétrovirale pour le nourrisson et des antirétroviraux. La mère ou l'enfant pendant l'allaitement, le cas échéant, et en encourageant des pratiques d'accouchement sûres et une alimentation plus sûre du nourrisson. Les données seront utilisées des manières suivantes : pour suivre les progrès vers les objectifs mondiaux et nationaux pour éliminer la PTME; informer la politique et la planification stratégique; pour le plaidoyer; et tirer parti des ressources pour une mise à l'échelle accélérée. Il aidera à mesurer les tendances de la couverture de la prophylaxie antirétrovirale et du traitement antirétroviral et, une fois ventilé par type de régime, 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 les centres de consultations prénatales (CPN) et / ou ayant accouché dans un établissement sanitaire et ayant subi un test de dépistage du VIH pendant la grossesse, ou savaient déjà qu'elles étaient VIH +

Dénominateur

Dénominateur de population : Nombre de femmes enceintes ayant accouché au cours des 12 derniers mois

Dénominateur de programme : Nombre de femmes enceintes fréquentant les centres de consultations prénatales (CPN) et ayant accouché dans un établissement sanitaire des 12 derniers mois

Calcul

Numérateur/Dénominateur

Méthode d'évaluation

Numérateur : enregistrements de programme ; par exemple, les registres de CPN, les registres de travail et d'accouchement. Certaines personnes prennent plusieurs mois de médicaments antirétroviraux en une seule visite. Si la durée du médicament récupéré couvre le dernier mois de la période de rapport, ces personnes devraient quand même être considérées comme recevant un traitement antirétroviral (plutôt que d'avoir arrêté le traitement).

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 établissements de soins : données de programme ; par exemple, les registres CPN , les registres du travail et de l'accouchement

Fréquence de mesure

Annuellement ou plus fréquemment, en fonction des besoins de surveillance d'un pays

Ventilation

Statut VIH / résultats du test VIH

- Infection à VIH connue avant CPN
- Testés VIH+ en CPN pendant la grossesse actuelle
- Testée VIH négatif en CPN pendant la grossesse actuelle

Optionnel

- Villes
 - Femmes enceintes qui s'injectent des drogues
-

Informations complémentaires requises

Analyser les tendances au fil du temps. Si des données désagrégées sont disponibles par région, voir si des zones moins performantes peuvent être identifiées. Examiner si les données sont disponibles sur le% de femmes en CPN qui connaissent leur statut VIH+, y compris ceux qui ont déjà été confirmés VIH et ceux qui ont été testés et % des femmes en travail et à l'accouchement qui connaissent leur statut.

Fournir des données spécifiques aux villes pour cet indicateur. Des espaces ont été créés dans la feuille de saisie des données pour fournir des informations sur la capitale ainsi que sur une ou deux autres villes importantes présentant un intérêt épidémiologique élevé : par exemple, celles qui paient un lourd tribut pour le VIH ou celles qui se sont engagées à éliminer le VIH d'ici 2030.

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

Guide mondial sur les critères et processus de validation : Elimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis (WHO 2014) http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112858/1/9789241505888_eng.pdf?ua=1

3.1 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 10 indicateurs mondiaux figurant dans les Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques de l'OMS.

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'appuient 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 +)
 - Villes et autres zones administratives d'importance
-

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.

Veillez fournir des données sur les villes pour cet indicateur. Le formulaire de saisie des données comporte un espace prévu afin de fournir des informations concernant la capitale et une ou deux autres villes importantes d'un point de vue épidémiologique, par exemple celles qui sont le plus touchées par le VIH ou qui se sont engagées à éliminer le sida d'ici 2030.

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

Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164716/1/9789241508759_eng.pdf?ua=1).

Logiciel Spectrum. Glastonbury (CT) : Avenir Health; 2016 (<http://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php>).

3.2 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. Professionnels du sexe
 - B. Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
 - C. Personnes qui s'injectent des drogues
 - D. Personnes transgenres
 - E. Prisonniers
-

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

- Par population clé définie (les professionnels du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues, les personnes transgenres, les prisonniers).
 - 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.
 - Villes ou autres zones administratives d'importance
-

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 devez également présenter la version numérique des rapports d'enquête d'estimation de taille disponibles 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 explicitement à quelles zones correspondent les estimations.

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 et ONUSIDA ; 2010 (http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/final_estimating_populations_en.pdf).

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

Pourcentage de populations clés spécifiques vivant avec le VIH

Cet indicateur est subdivisé en cinq sous indicateurs :

- A. Prévalence du VIH parmi les professionnels du sexe
- B. Prévalence du VIH parmi 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 prisonniers

Ce qui est mesuré

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

Fondement

- A. Les professionnels du sexe connaissent généralement une prévalence plus élevée que l'ensemble de la population dans des contextes d'épidémie concentrée et généralisée. Dans de nombreux cas, la prévalence parmi ces populations peut être deux fois supérieure à celle de la population générale. Réduire la prévalence parmi les professionnels du sexe est une mesure cruciale dans la riposte au VIH à l'échelle nationale.
- B. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes connaissent généralement la prévalence du VIH la plus élevée dans des pays avec des contextes d'épidémie concentrée et généralisée. Dans de nombreux cas, la prévalence parmi ces populations peut être deux fois supérieure à celle touchant la population générale. Réduire la prévalence parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est une mesure cruciale dans la riposte au VIH à l'échelle nationale.
- C. Les personnes qui s'injectent des drogues connaissent souvent une forte prévalence du VIH dans des pays avec des contextes d'épidémie concentrée et généralisée. Dans de nombreux cas, la prévalence parmi ces populations peut être deux fois supérieure à celle touchant la population générale. Réduire la prévalence parmi les personnes qui s'injectent des drogues est une mesure cruciale pour la riposte au VIH à l'échelle nationale.
- D. Les communautés transgenres ont souvent une prévalence plus élevée du VIH que l'ensemble de la population dans de nombreux sites. Dans bon nombre de cas, la prévalence peut être deux fois supérieure à celle touchant la population générale. Réduire la prévalence parmi les personnes transgenres est une mesure cruciale pour le suivi national de la riposte au VIH.
- E. Dans de nombreux cas, la prévalence du VIH parmi les prisonniers est supérieure à celle au sein de la population générale. Lutter contre le VIH parmi les prisonniers est un composant important de la riposte nationale.

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

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. 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 et ONUSIDA ; 2011.

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 prisonniers.

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- A, C, D et E : sexe (femmes, hommes, personnes transgenres)
 - A-E : âge (moins de 25 ans, 25 ans et plus)
 - A-E: Villes et autres zones administratives d'importance
-

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. Veuillez transmettre, à l'aide de l'outil de téléchargement, la version numérique de tout rapport d'enquête disponible.

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.

Si des évaluations de la prévalence sont disponibles, ventilées sous la forme « supérieur ou inférieur à un an » en tant que professionnel du sexe, un an d'activité sexuelle avec d'autres hommes ou un an de consommation de drogues injectables, les pays sont fortement invités à intégrer cette ventilation des données dans leur rapport national d'avancement et utiliser les champs dédiés aux commentaires dans l'outil d'enregistrement en ligne pour cet indicateur afin de présenter des estimations ventilées.

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, veuillez 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. La période au cours de laquelle des personnes font partie de l'un des groupes de population les plus à risque est plus étroitement associée au risque de contracter le VIH que l'âge. Il est donc souhaitable de ne pas limiter l'analyse aux jeunes, mais de s'intéresser également à d'autres groupes d'âge.

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.

Dans les précédentes séries de rapports, plusieurs pays ont communiqué la prévalence du VIH chez les femmes transgenres dans la section réservée aux observations de l'outil électronique d'enregistrement des rapports mondiaux d'avancement sur la lutte contre le sida. Cela démontre que l'information peut être obtenue dans différents contextes.

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 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 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 prisonniers 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 où 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/knowyourepidemic/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 (http://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, 2011 (<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a>).

3.4 Test VIH parmi les populations clés (A–D)

Pourcentage de personnes d'une sous-population clé testées pour le VIH dans les 12 derniers mois ou qui connaissent leur statut sérologique VIH actuelle

Cet indicateur est divisé en quatre sous-indicateurs :

- A. Test VIH parmi les professionnels du sexe
- B. Test VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- C. Test VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues
- D. Test VIH parmi les personnes transgenres

Ce qui est mesuré

Les 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 évalue l'efficacité des interventions de dépistage du VIH destinées aux populations les plus exposées au virus.

Numérateur

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

ou

Le répondant déclare avoir été testé le VIH au cours des 12 derniers mois et que le résultat a été négatif (la réponse à la question 2 est « a » ou « b », la réponse à la question 3 est « négatif »).

		Résultat du dernier test VIH		
		Positif	Négatif	Indéterminé
Quand a eu lieu votre dernier test de dépistage VIH ?	<6 mois			
	6–12 mois			
	>12 mois			

Le nombre de répondants des cases jaunes est le numérateur

Dénominateur

Nombre de personnes parmi les populations clés qui ont répondu à la question 1 ci-dessous

Calcul

Numérateur/Dénominateur

Méthode d'évaluation

1. Connaissez-vous votre statut sérologique à partir 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. 6 mois
 - b. 6 à 12 mois
 - c. Plus de 12 mois
 3. Quel a été le résultat de votre dernier test :
 - a. Positif
 - b. Négatif
 - c. Indéterminé.
-

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- **A, C et D** : Sexe (homme, femme, transgenre)
 - **A-D** : Âge (<25 et 25 ans)
 - **A-D** : Villes et autres zones administratives d'importance
-

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. Veuillez transmettre, à l'aide de l'outil de téléchargement, la version numérique de tout rapport d'enquête disponible.

Forces et faiblesses

La première étape nécessaire pour lutter contre une infection à VIH d'une personne consiste à faire un dépistage et à lui prodiguer des conseils associés au virus. Les personnes vivant avec le VIH doivent connaître leur statut sérologique et suivre les étapes pour bénéficier de la prévention et des traitements associés afin d'éviter la transmission du virus. Les programmes nationaux visent à ce que 90 % des personnes vivant avec le VIH aient connaissance de leur statut sérologique. La révision de cet indicateur renforce sa signification, en apportant une évaluation plus appropriée des progrès en veillant à ce que les personnes touchées par l'épidémie du VIH fassent l'objet d'un dépistage. En utilisant la période de référence de 12 mois, l'indicateur de dépistage précédent n'a pas pris en compte les personnes vivant avec le VIH depuis longtemps. La nouvelle formule corrige cet aspect, mais dans la mesure où elle n'est pas encore totalement intégrée dans de nombreuses enquêtes, les résultats des données seront à court terme limités. Les participants aux enquêtes ne souhaiteront peut-être pas répondre précisément aux questions sur leur statut sérologique, entraînant une sous-estimation de la couverture de dépistage parmi les personnes vivant avec le VIH.

Informations complémentaires

Directives pour les études bio comportementales menées auprès des populations à risque de VIH.

Outil de définition et de suivi des cibles de prévention, de diagnostic, de traitement et de prise en charge du VIH pour les populations clés : complément à la version consolidée 2014 directives pour la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés. Genève : Organisation mondiale de la santé; 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/kpp-monitoring-tools/fr>).

3.5 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 parmi les 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 prisonniers 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.

Au cours des dernières années, les directives en matière d'éligibilité pour le traitement antirétroviral ont changé plusieurs fois. Les directives nationales ne correspondent pas toujours aux principes directeurs à l'échelle mondiale. Il en est ressorti que la couverture du traitement antirétroviral utilisait de nombreuses définitions, notamment celles fondées sur les lignes directrices mondiales, nationales ou les deux. Lorsque les directives sont modifiées pour accroître l'éligibilité parmi les personnes vivant avec le VIH, les estimations de couverture diminuent. Afin d'éviter de multiples valeurs de couverture, le nombre de membres d'une population clé vivant avec le VIH doit être présenté et associé au nombre total de membres d'une population clé vivant avec le VIH.

Cet indicateur sera aligné sur celui de la couverture du traitement antirétroviral parmi les personnes vivant avec le VIH.

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 biocomportementales

La plupart des programmes ne recueillent pas les risques comportementaux dans les fiches médicales, les données issues de programmes étant alors d'une utilisation limitée.

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- A, C, D et E : Sexe (homme, femme, transgenre)
- A-E : Âge (<25 et ≥ 25 ans)
- A-E: Villes et autres zones administratives d'importance

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. Veuillez transmettre, à l'aide de l'outil de téléchargement, la version numérique de tout rapport d'enquête disponible.

Forces et faiblesses

Il s'agit d'un nouvel 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 type 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 données concernant la distribution du traitement permettent de mesurer le second des objectifs 90-90-90 et fournissent des informations afin de plaider en faveur d'un accès aux soins équitable pour l'ensemble des 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

Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis, OMS, ONUSIDA, FHI 360. Directives pour les études bio comportementales menées auprès des populations à risque de VIH. Atlanta : Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis ; à venir.

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 (<http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/kpp-monitoring-tools/en>).

3.6A Utilisation du préservatif parmi les professionnels du sexe

Pourcentage de professionnels du sexe indiquant 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 professionnel(le)s du sexe au VIH, notamment le fait d'avoir des relations sexuelles avec de multiples partenaires non réguliers et la fréquence des rapports sexuels. Les professionnel(le)s 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 opportune.

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

Numérateur

Nombre de professionnels du sexe qui ont indiqué avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client

Dénominateur

Nombre de professionnels 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

- Sexe (homme, femme, transgenre)
 - Âge (<25 et 25 ans)
 - Villes ou autres zones administratives d'importance
-

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. Veuillez transmettre, à l'aide de l'outil de téléchargement, la version numérique de tout rapport d'enquête disponible.

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 réservée aux observations.

Les enquêtes sur les professionnel(le)s 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 à haut risques étudiés. 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.

Dans les précédentes séries de rapports, plusieurs pays ont communiqué l'utilisation du préservatif chez les sous-populations de femmes transgenres dans la section réservée aux observations de l'outil électronique d'enregistrement du rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida. Cela démontre que l'information peut être obtenue dans différents contextes.

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

Informations complémentaires

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).

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, 2011 (<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a>).

3.6B Utilisation du préservatif parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

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

Remarque : les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une sous-épidémie concentrée sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Dans ce cas, il convient de calculer et de soumettre 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 d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des questions sont posées concernant les rapports sexuels des six derniers mois, les rapports anaux et l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel anal. 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 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'identité des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les informations recueillies auprès d'eux doivent rester confidentielles.

Fréquence de mesure

Tous les deux ans

Ventilation

- Âge (<25 et 25 ans)
 - Villes et autres zones administratives d'importance
-

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. Veuillez transmettre, à l'aide de l'outil de téléchargement, la version numérique de tout rapport d'enquête disponible.

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 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-populations 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 réservée 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

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).

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; 2011 (<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a>).

3.6C Utilisation du préservatif parmi les personnes qui s'injectent des drogues

Pourcentage de personnes qui s'injectent des drogues indiquant 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

- Sexe (homme, femme, transgenre)
 - Âge (<25 et 25 ans)
 - Villes et autres zones administratives d'importance
-

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. Veuillez transmettre, à l'aide de l'outil de téléchargement, la version numérique de tout rapport d'enquête disponible.

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 troisième 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

OMS, ONUDC et ONUSIDA. Guide technique national pour la mise en œuvre des objectifs destinés à l'accès universel pour la prévention du VIH, le traitement et les soins pour les personnes qui s'injectent des drogues. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2012 (http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/index.html).

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).

ONUSIDA, OMS, Measure Evaluation, CDC, USAID, ICASO, ONUDC. Directives opérationnelles pour le suivi et l'évaluation des programmes sur le VIH auprès des personnes qui s'injectent des drogues. <https://www.measureevaluation.org/resources/tools/hiv-aids/operational-guidelines-for-m-e-of-hiv-programmes-for-people-who-inject-drugs>

3.6D Utilisation du préservatif parmi les personnes transgenres

Pourcentage de personnes transgenres indiquant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel ou rapports anaux

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 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 transgenres qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel ou rapport anal

Dénominateur

Nombre de personnes transgenres interrogées

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

- Sexe (homme ou femme)
 - Âge (<25 et 25 ans)
 - Villes et autres zones administratives d'importance
-

Informations complémentaires requises

Si des données sous-nationales (décentralisées) sont disponibles, veuillez indiquer les données de ventilation par zone administrative, ville ou site dans l'espace prévu à cet effet. Veuillez transmettre, à l'aide de l'outil de téléchargement, la version numérique de tout rapport d'enquête disponible.

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 des deux sexes (y compris des partenaires 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 réservée 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 à haut risques étudiés. 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.

Dans les précédentes séries de rapports, plusieurs pays ont communiqué l'utilisation du préservatif chez les sous-populations de femmes transgenres dans la section réservée aux observations de l'outil électronique d'enregistrement du rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida. Cela démontre que l'information peut être obtenue dans différents contextes.

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

Informations complémentaires

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).

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, 2011 (<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a>).

3.7 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 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

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

Dénominateur

Nombre de personnes interrogées au sein d'une population clé

Calcul

Numérateur/Dénominateur

Méthode d'évaluation

Cet indicateur se mesure de deux façons. Nous vous encourageons à communiquer à la fois les données des programmes et les données des enquêtes.

Enquêtes de surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques

Pourcentage des personnes interrogées qui déclarent bénéficier d'au moins deux des services suivants de prévention du VIH de la part d'une ONG, 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 effectué un test de dépistage des infections sexuellement transmissibles au cours des trois derniers mois ? (Professionnel(les) du sexe, personnes transgenres et 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)

Données des programmes

- Nombre de professionnel(les) du sexe couvert(e)s par des interventions de prévention du VIH individuelles et/ou par petit groupe, conçues pour cette population cible, et nombre de préservatifs distribués aux professionnel(les) du sexe
- Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ou des personnes transgenres couverts par des interventions de prévention du VIH individuelles et/ou par petit groupe, conçues pour cette population cible, et nombre de préservatifs avec lubrifiant distribués aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- Nombre de personnes qui s'injectent des drogues couvertes par des interventions de prévention du VIH individuelles et/ou par petit groupe, conçues pour cette population cible, et nombre d'aiguilles ou de seringues distribuées aux personnes qui s'injectent des drogues

Plus, [3.7.1] Nombre de sites de prestation de services dédiés aux populations clés par zone administrative

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- Pour les enquêtes : âge (<25 et 25+) et sexe (homme, femme, transgenre)
 - Pour les données des programmes : aucune
-

Forces et faiblesses

Les données des enquêtes permettent de mesurer l'utilisation individuelle de plusieurs services d'intervention. Cet indicateur raccourcit la période de référence parce que les populations doivent avoir accès aux services régulièrement et les comportements à risque doivent être réguliers. 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.

Les données des programmes donnent une indication de la mesure dans laquelle les programmes proposent des services à l'échelle nationale. Elles reflètent un engagement national à fournir des services aux communautés des populations clés spécifiées. Elles ne donnent pas une bonne indication des personnes servies. Les données ne peuvent généralement pas être dédoublées. Par ailleurs, l'analyse de deux ensembles de données programmatiques distincts ne peut être envisagée que d'un point de vue 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 déclare avoir 10 programmes de distribution d'aiguilles et seringues couvrant cinq provinces. Il y a sept provinces dans le pays A. Si vous le savez, veuillez indiquer si le site est exploité par le programme national (gouvernement) ou la communauté (société civile ou ONG).

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 (<http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/kpp-monitoring-tools/en>).

ONUSIDA, OMS, Measure Evaluation, CDC, USAID, ICASO, ONUDC. Directives opérationnelles pour le suivi et l'évaluation des programmes sur le VIH auprès des personnes qui s'injectent des drogues. <https://www.measureevaluation.org/resources/tools/hiv-aids/operational-guidelines-for-m-e-of-hiv-programmes-for-people-who-inject-drugs>

3.8 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

- Sexe (homme, femme, transgenre)
- Âge (<25 et 25 ans)
- Villes et autres zones administratives d'importance

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. Veuillez transmettre, à l'aide de l'outil de téléchargement, la version numérique de tout rapport d'enquête disponible.

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

OMS, ONUDC et ONUSIDA. Guide technique national pour la mise en œuvre des objectifs destinés à l'accès universel pour la prévention du VIH, le traitement et les soins pour les personnes qui s'injectent des drogues. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2012 (http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/index.html).

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).

ONUSIDA, OMS, Measure Evaluation, CDC, USAID, ICASO, ONUDC. Directives opérationnelles pour le suivi et l'évaluation des programmes sur le VIH auprès des personnes qui s'injectent des drogues. <https://www.measureevaluation.org/resources/tools/hiv-aids/operational-guidelines-for-me-of-hiv-programmes-for-people-who-inject-drugs>

ONUSIDA, OMS, Measure Evaluation, CDC, USAID, ICASO, ONUDC. 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. <https://www.measureevaluation.org/resources/tools/hiv-aids/operational-guidelines-for-monitoring-and-evaluation-of-hiv-programmes-for-sex-workers-men-who-have-sex-with-men-and-transgender-people/operational-guidelines-for-monitoring-and-evaluation-of-hiv-programmes-for-sex-workers-men-who-have-sex-with-men-and-transgender-people>

3.9 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 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

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

Les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues constituent l'un des neuf axes d'intervention de l'OMS, de l'ONUSIDA et de l'ONUDC pour la prévention, le traitement et les soins liés au VIH auprès des personnes qui s'injectent des drogues.

Ce sont ces programmes qui ont l'impact le plus important 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 personnes qui s'injectent des drogues dans le pays

Calcul

Numérateur/Dénominateur

Méthode d'évaluation

Données des programmes utilisées pour compter le nombre d'aiguilles et de seringues distribuées (numérateur)

Estimation du nombre de personnes qui s'injectent des drogues dans le pays (dénominateur)

Fréquence de mesure

Tous les deux ans

Ventilation

Villes et autres zones administratives d'importance

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. Veuillez transmettre, à l'aide de l'outil de téléchargement, la version numérique de tout rapport d'enquête disponible.

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'ONUSIDA 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 :

Bas : < 100 seringues par personne qui s'injecte des drogues par an.

Moyen : > 100 – < 200 seringues par personne qui s'injecte des drogues par an.

Élevé : > 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

Une description complète de cet indicateur figure dans le document suivant : OMS, ONUSIDA et ONUSIDA. Guide technique national pour la mise en œuvre des objectifs destinés à l'accès universel pour la prévention du VIH, le traitement et les soins pour les personnes qui s'injectent des drogues. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2012 (http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/index.html).

Programmes aiguilles et seringues [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2016 (<http://www.who.int/hiv/topics/idu/needles/en/index.html>).

Efficacité de la programmation 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 (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/e4a-needle/en/index.html>).

ONUSIDA, Programme mondial d'évaluation de l'abus de drogues. Estimer la prévalence : méthodes indirectes pour l'estimation de l'ampleur du problème de drogue. Vienne : ONUSIDA, 2003 (<https://www.unodc.org/documents/GAP/GAP%20Toolkit%20Module%20Final%20ENGLISH%2002-60052.pdf>).

Hickman M, Taylor C, Chatterjee A, Degenhardt L, Frischer M, Hay G et al. Estimer la prévalence de l'utilisation problématique de la drogue : un rapport sur les méthodes et leurs applications. Bull Narcotics. 2002 ; 54:15-32.

Populations les plus exposées : stratégies d'échantillonnage et outil de conception [site Web]. Atlanta : Département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, Centres pour le contrôle et la prévention des maladies, équipe de surveillance du GAP ; 2009 (<http://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/default/files/content/pphg/surveillance/CDC-MARPs/index.htm>).

Pour en savoir plus sur le Groupe de référence des personnes qui s'injectent des drogues et accéder aux estimations nationales et internationales sur la consommation de drogues injectables et le VIH chez les personnes qui s'injectent des drogues, veuillez consulter l'adresse suivante : <https://ndarc.med.unsw.edu.au/project/injecting-drug-users-reference-group-reference-group-un-hiv-and-injecting-drug-use>.

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

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 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf).

3.10 Couverture de la thérapie de substitution aux opiacés

Pourcentage de personnes qui s'injectent des drogues recevant un traitement de substitution aux opiacés (TSO)

Ce qui est mesuré

Capacité des programmes à proposer une TSO aux personnes qui s'injectent des drogues pour réduire directement la fréquence d'injection. La cible de couverture est fixée à 40 %.

Fondement

Le TSO représente un engagement contre la dépendance aux opiacés afin de réduire la fréquence d'injection, de préférence à zéro. Il s'agit de l'outil de santé publique le plus efficace, fondées sur des données avérées, pour réduire la consommation des personnes qui s'injectent des opiacés. Le TSO joue un rôle essentiel dans le traitement d'autres maladies, y compris le VIH, la tuberculose et les hépatites virales.

Numérateur

Nombre de personnes qui s'injectent des drogues et sont sous TSO 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 : exercices d'estimation de la taille Les enquêtes bio comportementales peuvent recueillir ces informations, mais sont souvent faussées par un critère d'inclusion imposant d'être un

« Injecteur actuel », alors que les personnes sous TSO ne « devraient » plus s'injecter de drogues.

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- Sexe (homme, femme, transgenre)
- Âge (<25 et 25 ans)
- Villes et autres zones administratives d'importance

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. Veuillez transmettre, à l'aide de l'outil de téléchargement, la version numérique de tout rapport d'enquête disponible.

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 TSO ne s'injectent pas de drogues et toutes les personnes qui s'injectent des drogues ne sont pas dépendantes aux opiacés.

Informations complémentaires

OMS, ONUDC et ONUSIDA. Guide technique national pour la mise en œuvre des objectifs destinés à l'accès universel pour la prévention du VIH, le traitement et les soins pour les personnes qui s'injectent des drogues. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2012 (http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/index.html).

Pour voir une liste complète d'indicateurs mondialement reconnus pour les personnes qui s'injectent des drogues, consultez : Les personnes qui s'injectent des drogues [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2016 (<http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html>).

3.11 Syphilis active parmi les professionnels du sexe

Pourcentage de professionnel(le)s du sexe présentant une syphilis active

Ce qui est mesuré

Progrès accomplis dans la réduction des comportements sexuels à haut risque et le contrôle de la syphilis chez les professionnel(le)s du sexe

Fondement

Le dépistage de la syphilis chez les professionnel(le)s du sexe est essentiel à la fois pour leur santé et les objectifs de surveillance de deuxième génération.

Numérateur

Nombre de professionnel(le)s du sexe qui ont fait l'objet d'un test de dépistage de la syphilis ayant révélé une syphilis active

Dénominateur

Nombre de professionnel(le)s du sexe qui ont fait l'objet d'un test de dépistage de la syphilis

Calcul

Numérateur/Dénominateur

Méthode d'évaluation

Instruments de mesure. Données des systèmes d'information sanitaire classiques, surveillance sentinelle ou enquêtes spéciales.

Comment mesurer. L'approche traditionnelle pour déterminer la séroprévalence consiste à pratiquer un test de dépistage non tréponémique qui mesure les anticorps réaginniques (par ex. VDRL ou RPR) et, s'il se révèle positif, à obtenir la confirmation de ce résultat avec un test qui mesure les anticorps tréponémiques (par ex. TPHA, TPPA, épreuve immuno-enzymatique ou test tréponémique rapide). Les nouveaux tests tréponémiques rapides sont comparativement plus faciles à utiliser, ce qui devrait encourager le recours à ces tests de dépistage, couplés de préférence avec un test non tréponémique qui détecte les anticorps réaginniques. Quelle que soit l'approche utilisée, l'indicateur proposé exige à la fois un test non tréponémique positif et un test tréponémique positif pour suggérer une infection active.

L'usage du seul test non tréponémique, ou du seul test tréponémique, bien que très utile dans certaines situations à des fins thérapeutiques, n'est pas suffisamment spécifique à des fins de surveillance des professionnel(le)s du sexe. L'obligation d'avoir à la fois un test non tréponémique positif et un test tréponémique positif chez les professionnel(le)s du sexe diffère de l'indicateur sur le dépistage de la syphilis chez les femmes fréquentant des cliniques de consultations prénatales, car les professionnel(le)s du sexe sont plus susceptibles d'avoir des antécédents d'infection. Un test tréponémique positif mesure l'exposition à vie, tandis que le test non tréponémique est un meilleur indicateur de l'infection active.

Ventilation

Sexe (homme, femme, transgenre)

Forces et faiblesses

Points forts. L'obligation d'un dépistage effectué avec les deux tests (le test non tréponémique et le test tréponémique) améliore la spécificité des nombres déclarés de tests positifs. De plus, une maladie active est plus susceptible d'être identifiée avec les deux tests.

Points faibles. L'obligation d'un dépistage effectué avec les deux tests augmente la difficulté à obtenir des données pour cet indicateur.

Informations complémentaires

Garantie de qualité. L'assurance et le contrôle de la qualité devraient faire partie intégrante du dépistage de la syphilis pour assurer des résultats fiables.

Utilisation des données. Étudier l'évolution dans le temps au sein de groupes comparables. La comparer avec des données sur les tendances de la syphilis et du VIH, si disponibles.

Contrôle de la qualité des données et remarques concernant l'outil électronique d'enregistrement des rapports. Décrire le type de professionnel(le)s du sexe que les données représentent et le contexte dans lequel les données ont été recueillies dans la section réservée aux observations. Ne pas compter les dépistages multiples effectués sur la même personne. Par exemple, si une personne a fait l'objet d'un dépistage à plusieurs reprises au cours des 12 derniers mois, elle ne doit pas être comptabilisée plus d'une fois.

3.12 Syphilis active parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et présentant une syphilis active

Ce qui est mesuré

Progrès accomplis dans la réduction des comportements sexuels à haut risque et le contrôle de la syphilis chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Fondement

Le dépistage de la syphilis chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est essentiel à la fois pour leur santé et les besoins de la surveillance de deuxième génération.

Numérateur

Nombre d'hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et qui font l'objet d'un test de dépistage de la syphilis ayant révélé une syphilis active

Dénominateur

Nombre d'hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et qui ont fait l'objet d'un test de dépistage de la syphilis ayant révélé une syphilis active

Calcul

Numérateur/Dénominateur

Méthode d'évaluation

Instruments de mesure. Systèmes d'information sanitaire classiques, surveillance sentinelle ou enquêtes spéciales.

Comment mesurer. L'approche traditionnelle pour déterminer la séroprévalence consiste à pratiquer un test de dépistage non tréponémique qui mesure les anticorps réaginaires (par ex. VDRL ou RPR) et, s'il se révèle positif, à obtenir la confirmation de ce résultat avec un test qui mesure les anticorps tréponémiques (par ex. TPHA, TPPA, épreuve immuno-enzymatique ou test tréponémique rapide). Les nouveaux tests tréponémiques rapides sont comparativement plus faciles à utiliser, ce qui devrait encourager le recours à ces tests de dépistage, couplés de préférence avec un test non tréponémique qui détecte les anticorps réaginaires. Quelle que soit l'approche utilisée, l'indicateur proposé exige à la fois un test non tréponémique positif et un test tréponémique positif pour suggérer une infection active.

L'usage du seul test non tréponémique, ou du seul test tréponémique, bien que très utile dans certaines situations, à des fins thérapeutiques, n'est pas suffisamment spécifique à des fins de surveillance des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. L'obligation d'avoir à la fois un test non tréponémique positif et un test tréponémique positif chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes diffère de l'indicateur sur le dépistage de la syphilis chez les femmes fréquentant des cliniques de consultations prénatales, car les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes sont plus susceptibles d'avoir des antécédents d'infection. Un test tréponémique positif mesure l'exposition à vie, tandis que le test non tréponémique est un meilleur indicateur de l'infection active.

Ventilation

Aucune

Forces et faiblesses

Points forts. L'obligation d'un dépistage effectué avec les deux tests améliore la spécificité des nombres déclarés de tests positifs. De plus, une maladie active est plus susceptible d'être identifiée avec les deux tests.

Points faibles. L'obligation d'un dépistage effectué avec les deux tests augmente la difficulté à obtenir des données pour cet indicateur.

Informations complémentaires

Garantie de qualité. L'assurance et le contrôle de la qualité devraient faire partie intégrante du dépistage de la syphilis pour assurer des résultats fiables.

Utilisation des données. Étudier l'évolution dans le temps au sein de groupes comparables. La comparer avec des données sur les tendances de la syphilis et du VIH, si disponibles.

Contrôle de la qualité des données et remarques concernant l'outil électronique d'enregistrement des rapports Ne pas compter les dépistages multiples effectués sur la même personne. Par exemple, si une personne a fait l'objet d'un dépistage à plusieurs reprises au cours des 12 derniers mois, elle ne doit pas être comptabilisée plus d'une fois. Décrire le contexte dans lequel les données ont été recueillies dans la section réservée aux observations.

3.13 Programmes de prévention du VIH dans les prisons

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

Ce qui est mesuré

Nombre de détenus qui reçoivent des services de prévention ou de traitement du VIH

Fondement

Les détenus 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 détenus.

Numérateur

Nombre d'aiguilles stériles distribuées aux détenus

Nombre de détenus sous traitement de substitution aux opiacés

Nombre de préservatifs distribués aux détenus

Nombre de détenus sous traitement antirétroviral

Nombre de détenus ayant fait l'objet d'un test de dépistage du VIH

Nombre ou pourcentage de personnes vivant avec le VIH parmi les détenus

Nombre ou pourcentage de détenus présentant une hépatite C ou une co-infection par le VIH et le virus de l'hépatite C

Nombre ou pourcentage de détenus 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

ONUDC, 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 : ONUDC, 2013

3.14 Hépatite virale parmi les populations clés

Prévalence de l'hépatite et de la co-infection par le 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 au sein d'une population clé qui ont fait l'objet d'un test de détection d'anticorps contre le virus de l'hépatite C s'étant révélé positif

ou

Nombre de personnes au sein d'une population clé qui ont fait l'objet d'un test de détection d'antigènes de surface de l'hépatite B s'étant révélé positif

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

Enquête de surveillance biologique et comportementale intégrée

Fréquence de mesure

Tous les deux ans

Ventilation

- Âge (<25 et 25 ans)
 - Sexe (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 coinfectedes 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

Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (États-Unis), OMS, ONUSIDA, FHI 360. Directives pour les études bio comportementales menées auprès des populations à risque de VIH. Atlanta : Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis ; à venir.

3.15 Personnes recevant au moins une PrEP orale

Nombre de personnes recevant une PrEP orale au moins une fois au cours de la période de référence

Ce qui est mesuré

Progrès accomplis dans l'intensification de la PrEP et la réalisation de l'objectif d'accélération afin d'atteindre trois millions de personnes avec la prophylaxie préexposition d'ici 2020

Fondement

Cet indicateur est essentiel pour évaluer la disponibilité et l'utilisation de la PrEP, en particulier chez les personnes à haut risque d'infection à VIH. Il vise également, par la ventilation des données, le suivi de la disponibilité et de l'utilisation de la PrEP par population (âge, sexe et population clé).

Le recours des personnes séronégatives à des antirétroviraux avant leur exposition au VIH peut empêcher l'infection à VIH. Des essais cliniques ont montré que la PrEP orale peut réduire le nombre de personnes qui contractent le VIH parmi les couples sérodiscordants, les hommes hétérosexuels, les femmes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues et les femmes transgenres.

L'OMS recommande que la PrEP orale contenant du ténofovir disoproxil fumarate (TDF) soit proposée comme option de prévention supplémentaire pour les personnes à haut risque d'infection à VIH dans le cadre d'approches associant des mesures de prévention du VIH. L'OMS définit provisoirement un risque important d'infection à VIH comme étant une incidence du VIH d'environ 3/100 personnes-années ou plus en l'absence de PrEP. La mise en œuvre doit être éclairée par des informations locales, y compris le contexte ou les tendances épidémiologiques, la faisabilité, la demande ainsi que l'évaluation et l'examen de l'environnement local des personnes vivant avec le VIH et des populations clés pour protéger leur sécurité. Les critères de mise en œuvre peuvent varier selon les pays.

Numérateur

Nombre de personnes qui ont reçu une PrEP orale 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 qui ont reçu une PrEP orale (au moins une fois au cours de la période de référence (année civile précédente), conformément aux directives nationales ou aux normes OMS/ONUSIDA. Le numérateur ne devrait compter les individus qu'une seule fois - la première fois qu'ils ont reçu une PrEP orale pendant la période de référence. Les personnes qui ont reçu une PrEP orale par le biais de programmes nationaux, de projets de démonstration, de recherche ou par des moyens privés, mais qui suivent les normes de l'OMS / ONUSIDA, devraient être incluses.

L'âge est défini comme l'âge au moment où la personne a reçu la PrEP pour la première fois au cours de la période de déclaration.

Si une personne s'identifie comme membre de plusieurs populations clés, elle devrait être recensée dans les populations clés correspondantes. Par conséquent, la somme des données ventilées par population clé peut être supérieure au total.

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 les rapports annuels.

Ventilation

- Les personnes qui ont reçu la PrEP pour la première fois de leur vie
 - Sexe (homme, femme ou transgenre)
 - Âge (< 15, 15+ 15-19, 20-24, 25-49 et 50+)
 - Population clé (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, professionnel[le]s du sexe, personnes qui s'injectent des drogues et personnes transgenres)
 - Villes et autres zones administratives d'importance
-

Informations complémentaires requises

Au cas où des données sous-nationales sont disponibles, veuillez fournir la ventilation par zone administrative, ville ou site dans l'espace prévu. Soumettez la version numérique de tous les rapports d'enquête disponibles 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 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, notamment si elles sont 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

Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH : conseils pour une approche de santé publique. Deuxième édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf?ua=1, consulté le 15 novembre 2016).

WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/hiv/pub/prep/prep-implementation-tool/en/>)

Indicateurs sur la circoncision masculine

Les indicateurs 3.16 et 3.17 ne sont requis que dans 16 pays où la prévalence du VIH est élevée, les circoncisions masculines faibles et les épidémies

hétérosexuelles généralisées : Afrique du Sud, Botswana, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, République Centrafricaine, Rwanda, Soudan du Sud, Swaziland, Ouganda, République Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe

3.16 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. Dans leurs recommandations, l'OMS et l'ONUSIDA soulignent que la circoncision masculine constitue une intervention efficace de prévention du VIH dans les pays et les régions touchées par des épidémies hétérosexuelles où la prévalence du VIH est élevée et la circoncision masculine peu répandue.

Numérateur

Nombre d'hommes interrogés, âgés de 15 à 49 ans, ayant déclaré avoir été circoncis

Dénominateur

Nombre d'hommes interrogés âgés de 15 à 49 ans

Calcul

Numérateur/Dénominateur

Méthode d'évaluation

Enquêtes réalisées auprès de la population (enquêtes démographiques et de santé, enquêtes sur les indicateurs du sida, enquêtes 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
 - Villes et autres zones administratives d'importance
-

Informations complémentaires requises

Veuillez fournir des données sur les villes pour cet indicateur. Le formulaire de saisie des données comporte un espace prévu afin de fournir des informations concernant la capitale et une ou deux autres villes importantes d'un point de vue épidémiologique, par exemple celles qui sont le plus touchées par le VIH ou qui se sont engagées à éliminer le sida d'ici 2030.

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

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).

3.17 Nombre d'hommes annuellement circoncis volontairement

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

Ce qui est mesuré

Progrès accomplis dans le passage à l'échelle des services de circoncision masculine

Fondement

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

Numérateur

Nombre d'hommes ayant été circoncis au cours des 12 derniers mois conformément aux normes nationales

Dénominateur

Ne s'applique pas

Calcul

Ne s'applique pas

Méthode d'évaluation

Registres des établissements de santé et formulaires de notification, données de programmes, système d'information sanitaire

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- Âge (<1, 1-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49 et 50+)
 - Villes et autres zones administratives d'importance
-

Informations complémentaires requises

Veillez fournir des données sur les villes pour cet indicateur. Le formulaire de saisie des données comporte un espace prévu afin de fournir des informations concernant la capitale et une ou deux autres villes importantes d'un point de vue épidémiologique, par exemple celles qui sont le plus touchées par le VIH ou qui se sont engagées à éliminer le sida d'ici 2030.

Forces et faiblesses

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

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

- Test(s) VIH positif(s) sur place, test(s) VIH négatif(s) sur place, résultats du ou des tests réalisés sur place indéterminés, test du VIH inconnu/refusé
- Type et situation géographique de l'établissement de santé ; et
- qualifications de la personne ayant pratiqué la circoncision

La ventilation du nombre de circoncisions masculines selon le statut VIH et l'âge permet, grâce à une modélisation, de déterminer l'impact des programmes de circoncision masculine sur l'incidence du VIH. Si un pays accorde la priorité à certaines tranches d'âge, cette ventilation aidera à déterminer si les stratégies de communication spécifiques à l'âge créent de la demande. En outre, si les données sont disponibles selon le type et la situation géographique de l'établissement de santé dans lequel la circoncision a été pratiquée, les besoins peuvent être évalués en termes d'allocation des ressources. Enfin, la ventilation des données selon les qualifications de la personne ayant pratiqué la circoncision permettra de déterminer si les efforts visant à déléguer les tâches portent leurs fruits et donc 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 la sérologie pour le VIH. Il n'existe pas de durée déterminée avant laquelle le test doit avoir été réalisé pour pratiquer la circoncision masculine, mais une période de trois mois au maximum est suggérée. Le but du dépistage n'est pas d'identifier tous les hommes susceptibles d'être infectés par le VIH, mais de dépister les hommes en quête de soins et d'identifier les hommes vivant avec le VIH qui, s'ils choisissent d'être circoncis, ont plus de risques d'avoir des complications chirurgicales, à savoir les hommes qui ont des infections chroniques et de faibles taux de CD4.

Informations complémentaires

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

3.18 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

- Sexe
- 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/What-We-Do/Survey-Types/AIS.cfm>) ; http://hivdata.dhsprogram.com/ind_tbl.cfm

4.1 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 séropositifs 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)
 - Sexe
 - Les réponses pour chacune des questions (basées sur le même dénominateur) sont nécessaires en plus des réponses unifiées de l'indicateur composite.
-

Explanation of the 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

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).

Stangl A, Brady L, Fritz K. Document technique : mesure de la stigmatisation et de la discrimination liée au VIH. 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) (<http://www.jiasociety.org/index.php/jias/issue/view/1464>).

Stigma Action Network (<http://www.stigmaactionnetwork.org>).

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.

4.2 Evitement des services de santé parmi les populations clés à cause de la stigmatisation et de la discrimination (A-D)

Evitement 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. Evitement par les professionnel(le)s du sexe des services de santé en raison de la stigmatisation et de la discrimination
- B. Evitement par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes des services de santé en raison de la stigmatisation et de la discrimination
- C. Evitement par les personnes qui s'injectent des drogues des services de santé en raison de la stigmatisation et de la discrimination
- D. Evitement par les personnes transgenres des services liés au VIH 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 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 à l'égard d'une personne (soit par actions ou par une absence d'intervention), 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. 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 ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transgenres.

Cet indicateur est important pour mesurer la proportion de membres des populations clés qui ont évité l'accès aux services généraux de santé, au dépistage du VIH, aux soins médicaux contre le VIH et au traitement du VIH par peur de la stigmatisation et de la discrimination. Les raisons connexes pour éviter de tels services peuvent inclure (mais ne sont pas limitées 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).

Les données relatives à l'évitement des services de dépistage du VIH sont importantes pour éliminer les obstacles aux comportements de recours à la santé, en particulier lorsque les établissements de soins de santé sont disponibles et accessibles.

Cet indicateur est important pour comprendre et éliminer les obstacles à l'atteinte des cibles 90-90-90 parmi les membres des populations clés. Les données de cet indicateur mesurent directement la peur de la stigmatisation ou de la discrimination.

Cet indicateur évalue directement la crainte de la stigmatisation ou de la discrimination, ou la stigmatisation ou discrimination subie. 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 oui à l'une des questions suivantes :

Avez-vous déjà évité de chercher (i) soins de santé / (ii) dépistage du VIH / (iii) soins médicaux contre le VIH * / (iv) traitement contre le VIH * au cours des 12 derniers mois en raison de

1. Peur ou inquiétude à propos de la stigmatisation ?
2. Peur ou inquiétude que quelqu'un puisse apprendre que tu [insérer un comportement]?
3. Crainte ou inquiétude ou violence ressentie ?
4. Peur ou préoccupation ou harcèlement ou arrestation par la police ?

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. Ceux fournis ici sont des exemples de comment ces questions peuvent être formulées.

* Parmi les répondants qui ont indiqué qu'ils vivent avec le VIH, dans les enquêtes qui demandent le statut VIH des répondants.

Dénominateur

(i) Nombre de répondants

(ii) Nombre de répondants ayant déclaré ne pas avoir été testé pour le VIH au cours des 12 derniers mois

(iii) Nombre de travailleurs du sexe ayant déclaré vivre avec le VIH et n'ayant jamais reçu ou cessé de recevoir des soins médicaux contre le VIH

(iv) Nombre de travailleuses du sexe ayant déclaré vivre avec le VIH et n'ayant jamais pris ou cessé de suivre un traitement contre le VIH

Calcul

Numérateur/Dénominateur

Méthode d'évaluation

Enquêtes de surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques

Fréquence de mesure

Tous les 2 à 3 ans

Ventilation

- A-D : âge (<25 et 25+)
 - A et C : sexe (homme, femme, transgenre)
 - A-D: Ville
-

Informations complémentaires requises

Veillez indiquer les questions incluses dans les instruments d'enquête.

Veillez fournir des données sur les villes pour cet indicateur. Le formulaire de saisie des données comporte un espace prévu afin de fournir des informations concernant la capitale et une ou deux autres villes importantes d'un point de vue épidémiologique, par exemple celles qui sont le plus touchées par le VIH ou qui se sont engagées à éliminer le sida d'ici 2030.

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

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 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2012/20121111_PCB%2031_Non%20Discrimination_final_newcoverpage_en.pdf) accédé le 21 novembre 2017.

Stangl A, Brady L, Fritz K. Technical brief: measuring HIV stigma and discrimination. Washington DC et Londres : International Center for Research on Women et London School of Tropical Medicine, STRIVE ; 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) (www.jiasociety.org/index.php/jias/issue/view/1464).

Stigma Action Network (<http://www.stigmaactionnetwork.org>).

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>.

4.3 Prévalence de la violence conjugale récente

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

Ce qui est mesuré

Progrès accomplis dans la réduction de la prévalence de la violence des partenaires intimes contre les femmes, en tant que résultat en soi et en tant qu'estimation approximative de l'inégalité des sexes.

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

Fondement

À l'échelle mondiale, les taux élevés d'infection à VIH ayant été observés chez les femmes ont attiré l'attention sur le problème de la violence contre les femmes. Il apparaît de plus en plus clairement que le risque d'infection à VIH chez les femmes et les filles ainsi que leur vulnérabilité face à cette infection sont largement influencés par des inégalités entre les sexes omniprésentes et profondes, en particulier la violence à leur rencontre. La violence et le VIH ont été reliés de façon directe ou indirecte. Les études menées dans de nombreux pays indiquent que de très nombreuses femmes ont subi des violences, d'une forme ou d'une autre, à un moment de leur vie. L'OMS estime qu'une femme sur trois dans le monde a subi, au cours de sa vie, des violences au sein du couple et/ou des violences sexuelles d'un homme autre que leur partenaire.

Numérateur

Femmes âgées de 15 à 49 ans ayant actuellement ou ayant eu un partenaire intime, qui déclarent être ou avoir été victime de violences physiques ou sexuelles de la part d'au moins un de leurs partenaires au cours des 12 derniers mois. Pour prendre connaissance des actes de violence physique ou sexuelle à inclure, veuillez consulter les explications ci-après concernant le numérateur.

Dénominateur

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

Calcul

Numérateur/Dénominateur

Méthode d'évaluation

Enquêtes de population déjà utilisées par les pays, telles que les enquêtes de l'OMS qui portent sur plusieurs pays, les enquêtes démographiques et de santé ou les enquêtes portant sur les indicateurs sida (module violence familiale) et les enquêtes internationales sur la violence contre les femmes (EIVF).

La collecte de données sur la violence contre les femmes requiert des méthodologies particulières conformes aux normes de déontologie et de sécurité, afin de préserver la sécurité des personnes interrogées tout en optimisant la validité et la fiabilité des données.

Fréquence de mesure

Tous les 3 à 5 ans

Ventilation

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

Explanation of the Numérateur

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

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

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

Explication du dénominateur

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

Forces et faiblesses

Cet indicateur évalue les progrès réalisés dans la réduction de la proportion de femmes ayant récemment subi des violences de la part de leur partenaire intime (VPI). Cet indicateur offre également une approximation pour évaluer l'inégalité des sexes. Toute variation de prévalence pour les violences récentes indique un changement au niveau de l'inégalité des sexes, qui est l'un des facteurs structurels influençant l'épidémie de VIH.

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

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

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

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

Informations complémentaires

S'engager pour l'égalité des sexes : mettre fin aux violences envers les femmes et les filles. New York : ONU Femmes, 2010 (<http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2010/1/ending-violence-against-women-and-girls-unifem-strategy-and-information-kit>).

OMS, ONUSIDA. Dénoncer la violence faite aux femmes et le VIH/sida : quels résultats ? Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2010 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241599863/en>).

Programme on International Health and Human Rights, Harvard School of Public Health. Violence sexiste et VIH. Cambridge (MA) : Harvard School of Public Health, 2009.

Maman S, Campbell J, Sweat MD, Gielen AC. L'intersection du VIH et de la violence : directions pour de futures recherches et interventions. Soc Sci Med. 2000 ; 50:459-478.

OMS, département Santé et recherches génésiques, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Conseil sud-africain de recherche médicale. Estimations mondiales et régionales des violences faites aux femmes. Prévalence et effets sur la santé de la violence d'un partenaire intime ainsi que de la violence sexuelle d'un non-partenaire. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en>).

OMS, ONUSIDA. 16 idées pour lutter contre les violences faites aux femmes dans le contexte de l'épidémie de VIH : un outil de programmation. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2013 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw_hiv_epidemic/en).

Tous unis avec les femmes, tous unis contre la violence et le VIH. Genève : ONUSIDA, 2014 (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/20140312_JC2602_UniteWithWomen).

Organisation Mondiale de la Santé et London School of Hygiene and Tropical Medicine. Prévenir la violence sexuelle ainsi que la violence d'un partenaire intime contre les femmes : prendre des mesures et apporter des preuves. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2010

(<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564007/en>).

Dunkle KL, Decker MR. Violence sexiste et VIH : examiner les preuves pour les liens de cause à effet dans la population générale et les groupes présentant un risque élevé. Am J Reprod Immunol. 2013 ; 69 (Suppl. 1) : 20-26.

Adolescents et jeunes femmes. Source : Rapport sur le retard pris. Genève : ONUSIDA, 2014 : 132-145 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/unaids_gap_report_en.pdf).

4.4 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.

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 d pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui ont été victime 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.¹¹

Dénominateur

Nombre de tous les 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 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 désagrégé de la façon suivante :

- Type de service de santé (VIH, non-VIH).
- Genre (homme, femme ou transgenre).
- Population clé (identification avec au moins un des groupes de population clés).
- Groupe d'âge (15-19 ans, 20-24 ans ou 25-49 ans).
- Durée avec le VIH (0-1 ans, 1-4 ans, 5-9 ans, 10-14 ans ou 15+ ans)..

Explanation of the individual items

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). Lors de la déclaration de cet indicateur avec les données des enquêtes sur les personnes séropositives au VIH menées avant 2017, il ne sera pas possible de ventiler par type de service de santé recherché.

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 4.1 (Attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH) et 4.2 (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 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_en.pdf, accessed 21 November 2017).

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

Pourcentage de filles et de garçons âgés de 15 à 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

De préférence biennale et au minimum tous les 3 à 5 ans

Ventilation

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

Explanation of the 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/What-We-Do/Survey-Types/AIS.cfm>).

5.2 Planification familiale : demande satisfaite avec des méthodes modernes

Pourcentage de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) dont la demande en matière de planification familiale est satisfaite avec des méthodes modernes

Ce qui est mesuré

Progrès accomplis dans le renforcement de la capacité des femmes et des adolescentes à accéder aux services de santé sexuelle et reproductive en utilisant les méthodes les plus efficaces

Fondement

Cet indicateur évalue les progrès accomplis dans le renforcement de la capacité des femmes et des adolescentes à accéder aux services de santé sexuelle et reproductive et à exercer leur droit de maîtriser les questions ayant trait à leur sexualité et leur santé sexuelle et reproductive, et d'en décider en toute liberté. Il reflète le droit des femmes et des adolescentes de décider si et quand avoir des enfants et de disposer des moyens nécessaires pour appliquer cette décision.

Cet indicateur sert également à mesurer les progrès accomplis sur la cible 3.7 des objectifs de développement durable : assurer l'accès de tous à des services de santé sexuelle et reproductive, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé reproductive dans les stratégies et programmes nationaux d'ici 2030.

Les services de santé sexuelle et reproductive constituent également un point d'accès aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien liés au VIH. Leur intégration est donc essentielle pour assurer la pérennité des services liés au VIH.

Numérateur

Nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans qui utilisent des méthodes de contraception modernes

Dénominateur

Nombre total de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant exprimé une demande de planification familiale

Calcul

Numérateur/Dénominateur

Méthode d'évaluation

Enquêtes réalisées auprès de la population (enquêtes démographiques et de santé ou autres enquêtes représentatives)

Fréquence de mesure

Tous les 3 à 5 ans

Ventilation

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

Explanation of the Numérateur

Le numérateur inclut toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans qui utilisaient des méthodes de contraception modernes au moment de l'enquête. Les méthodes de contraception considérées comme modernes sont les suivantes :

- Pilule (contraceptifs oraux)
 - Dispositif intra-utérin (DIU)
 - Injectables
 - Stérilisation féminine
 - Stérilisation masculine
 - Préservatifs féminins
 - Préservatifs masculins
 - Implants
 - Contraception d'urgence
 - Méthode des jours fixes
 - Méthode de l'aménorrhée lactationnelle (MAMA)
 - Diaphragme
 - Mousse ou gelée.
-

Explication du dénominateur

Le dénominateur inclut toutes les femmes en âge de procréer (âgées de 15 à 49 ans) ayant exprimé une demande de planification familiale. Les femmes sont considérées comme exprimant une demande de planification familiale si elles veulent retarder, espacer ou limiter une maternité. Une femme est considérée comme exprimant une demande de planification familiale si :

- Elle ou son partenaire utilise actuellement une méthode de contraception ou si
- Elle a un besoin non satisfait de planification familiale :
- Femmes en aménorrhée de grossesse ou de post-partum dont la grossesse actuelle ou le dernier accouchement n'était pas désiré ou opportun, ou
- Femmes mariées ou sexuellement actives et aptes à procréer qui disent ne pas vouloir procréer avant deux ans ou plus, ou ne pas savoir quand ou si elles veulent d'autres d'enfants, et qui n'utilisent actuellement aucune méthode de contraception.

Une explication détaillée du calcul des besoins non satisfaits figure dans le document suivant : Examen des besoins non satisfaits en matière de planification familiale : EDS études analytiques des Enquêtes de démographie et de santé 25 (<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/AS25/AS25%5B12June2012%5D.pdf>).

Le dénominateur inclut les femmes qui n'utilisent aucune méthode de contraception, ainsi que celles qui utilisent une méthode de contraception moderne ou traditionnelle.

Forces et faiblesses

En faisant référence aux méthodes modernes, cet indicateur évalue l'accès aux méthodes de contraception les plus efficaces, qui réduit le nombre de grossesses non désirées tout en améliorant la santé maternelle et infantile.

Des calculs complexes sont nécessaires pour établir cet indicateur. L'application systématique d'une définition standard permet de produire des mesures de la demande de planification familiale satisfaite avec des méthodes modernes qui sont comparables d'une période à une autre et d'un pays à un autre.

Informations complémentaires

Demande satisfaite par un instantané des indicateurs de méthodes moderne [vidéo]. Rockville (MD) : Programme EDS, 2016 (<https://www.youtube.com/watch?v=RceOuljJwKY&feature=youtu.be>).

Bradley, Sarah E.K., Trevor N. Croft, Joy D. Fishel et Charles F. Westoff. 2012. Examen des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. EDS études analytiques des Enquêtes de démographie et de santé No. 25. Calverton, Maryland, USA : ICF International (<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/AS25/AS25%5B12June2012%5D.pdf>).

8.1 Dépenses totales de lutte contre le VIH

Dépenses nationales et internationales liées au VIH par catégorie de programmes et source de financement

Ce qui est mesuré

Flux de financement des programmes/services nationaux liés au VIH et dépenses engagées par ces derniers, par source et par catégorie, de façon standardisée et comparable. 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 ailleurs.

Fondement

Le montant total des ressources financières internationales et nationales pour les ripostes au VIH dans les pays à revenus faibles et intermédiaires a atteint 19.1 milliards de dollars en 2016, selon les estimations. 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 à l'échelon national, 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/services liés au VIH dans le cadre du ciblage des populations clés ou d'autres populations spécifiques.

Il est recommandé d'utiliser, comme cadre de suivi et de déclaration des dépenses liées au VIH, la classification et les définitions du cadre d'estimation nationale des dépenses relatives au sida (ReDes), établies par l'ONUSIDA.

La méthodologie NASA est appliquée dans plus de 70 pays à travers le monde. La classification ReDes a été établie en associant les catégories de dépenses relatives au sida (ASC) aux programmes ou services chiffrés dans le cadre du processus d'estimation des besoins en ressources, à savoir les interventions/services ayant un impact connu sur les résultats concernant le VIH, c'est-à-dire l'incidence du VIH et la mortalité associée au sida. En outre, le cadre du ReDes propose un ensemble complet de catégories de dépenses relatives au sida pour classer les éventuelles dépenses supplémentaires d'un pays, même si elles ne correspondent pas à l'estimation des besoins en ressources. L'alignement entre les ressources disponibles et les ressources nécessaires aux services ou programmes vise à mesurer le déficit de financement et à indiquer un manque de ressources ou des gains d'efficacité potentiels à réaliser par programme pour la combinaison de sources et de prestataires.

Il existe d'autres méthodes de suivi des ressources également appliquées pour évaluer les investissements dans la riposte au VIH provenant de sources nationales et internationales, notamment le système des comptes de santé, les examens budgétaires et les enquêtes ad hoc. Nous recommandons d'utiliser les cadres de comptabilité sociale (NASA et SHA) pour rendre compte au mieux de cet indicateur.

L'indicateur et les sous-indicateurs décrits ici peuvent être extraits directement d'un exercice NASA. Il se peut que les autres approches ne fournissent pas directement l'ensemble des sous-indicateurs énumérés ci-dessous. Dans ce cas, il est recommandé de renseigner la Matrice de financement pour la lutte contre le sida au niveau de granularité disponible avec la méthodologie de suivi des ressources employée par le pays et d'indiquer explicitement l'indisponibilité d'informations ventilées, le cas échéant.

Comme les années précédentes, la base de ce rapport est la Matrice nationale de financement, un modèle de rapport qui établit des domaines programmatiques VIH ventilés par intervention ou service et par source de financement. Cette matrice a été conçue pour inclure toutes les ressources investies dans la riposte au VIH par toutes les sources au cours d'une année donnée. Elle contient donc une longue liste de services/programmes que l'on peut utiliser pour décrire l'utilisation des ressources, alors que l'on utilisera uniquement un sous-ensemble pour renseigner les sous-indicateurs.

Les catégories de dépenses relatives au sida (ASC) et les sous-indicateurs proviennent, en grande majorité, de cadres existants et sont désormais articulés autour des 10 engagements découlant de la Déclaration politique de 2016 sur le VIH et le sida : Accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030.

La page couverture de la matrice de financement a été élargie pour saisir des informations sur les budgets et les exercices de suivi des ressources conduits dans le pays.

L'indicateur à renseigner est « Dépenses totales associées au VIH » par service ou catégorie de programmes et par source de financement. Il existe huit sous-indicateurs de base, comme indiqué ci-dessous :

ENGAGEMENT 8 : Garantir l'augmentation des investissements liés au VIH à US\$ 26 milliards d'ici 2020, dont un quart pour la prévention du VIH et 6 % pour les acteurs sociaux

8.1. Dépenses totales associées au VIH (par service/catégorie de programme et source de financement)

- A. Dépenses liées aux services de dépistage du VIH et de conseil (non ciblés)
- B. Dépenses liées aux traitements antirétroviraux (adultes et enfants)
- C. Dépenses liées au suivi des laboratoires en rapport avec le VIH (numération des cellules CD4, quantification de la charge virale)
- D. Dépenses liées à la co-infection TB/VIH
- E. Dépenses liées aux cinq piliers de la prévention combinée :
 - Prévention pour les jeunes femmes et les adolescentes (10-24 ans, exclusivement dans les pays à forte prévalence)
 - Circoncision masculine volontaire médicalisée (exclusivement dans les pays à forte prévalence)
 - Prophylaxie pré-exposition (PrEP) stratifiée par population clé (homosexuels 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 (10-24 ans), couples sérodiscordants)
 - Préservatifs (pas ciblés)
 - Prévention parmi les populations clés (homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, professionnel(le)s du sexe et leurs clients; personnes qui s'injectent des drogues, personnes transgenres, prisonniers/détenus).
- F. Dépenses liées à la prévention de la transmission verticale du VIH
- G. Dépenses liées aux accélérateurs sociaux
- H. Dépenses liées aux transferts d'argent pour les jeunes femmes et les jeunes filles (10-24 ans, pays à forte prévalence, budgets affectés au VIH)

La définition des sous-indicateurs de base et les critères associés tels que la portée, la ventilation, les populations cibles et les méthodes de mesure sont brièvement présentés ci-dessous. Des informations plus détaillées sur l'ensemble des domaines programmatiques et des interventions liés au VIH figurent à l'annexe 2. En outre, pour faciliter la collecte et la communication de données, l'annexe 2 présente un tableau de concordance entre les catégories de programmes VIH de la Matrice nationale de financement et les catégories de dépenses relatives au sida du cadre d'estimation nationale des dépenses relatives au sida (NASA). La définition, la portée et les limites des services inclus dans la Matrice nationale de financement à déclarer dans l'outil électronique d'enregistrement des rapports seront décrits plus en détail dans le Registre des indicateurs.

Numérateur

Ne s'applique pas

Dénominateur

Ne s'applique pas

Type de données

Monnaie et valeurs monétaires, valeurs monétaires et volumes d'ARV et de produits en général achetés et distribués

Calcul

Application des principes de comptabilité sociale et établissement des coûts. 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, volumes de médicaments achetés et distribués ventilé par dépenses engagées avec des fonds d'aide au développement international et les dépenses engagées avec des fonds publics ou privés.

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 liées au VIH.

Les registres financiers et programmatiques des organismes de prestation de services constituent la base de la collecte de données.

Compte tenu de la possibilité d'écarts conséquents entre les budgets alloués et les dépenses réelles, 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

Primaire :

- Estimation nationale des dépenses relatives au sida (ReDes)
- Systèmes d'information de gestion logistique (LMIS) et systèmes de gestion de la chaîne d'approvisionnement pour l'information sur les produits de base

Alternatif :

- Système de comptes de la santé (SHA) 2011

Note :

- Pour renseigner les dépenses nationales financées par le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) et les différents organismes concernés, les pays peuvent utiliser les résultats produits au niveau central pour l'analyse des dépenses du PEPFAR.
 - Les Comptes de la santé à l'aide du cadre du Système des comptes de la santé 2011 avec ventilation complète par maladie tentent de capter des éléments de haut niveau des catégories de dépenses nationales relatives au sida. Toutefois, en fonction des objectifs d'un exercice de suivi des ressources donné, il se peut que le Système de comptes de la santé 2011 ne fournisse pas les informations nécessaires pour renseigner la globalité des dépenses granulaires liées au VIH (ventilées par programme). Les principes 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 de données

Les pays établissent leurs rapports sur les dépenses liées au VIH par catégorie de programmes/services et source de financement à l'aide du modèle de la Matrice nationale de financement. 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 la matrice 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 matrice de financement, notamment en ce qui concerne les sources internationales et, dans certains cas, le financement national.

Fréquence de mesure

Chaque année civile ou fiscale. Étant donné que les résultats définitifs 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 jusqu'à cinq années de résultats, en indiquant s'ils 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 plus récents sur les dépenses antérieures à 2010 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 ces programmes (par exemple, les antirétroviraux dans le sous-indicateur sur les traitements antirétroviraux) séparément des autres dépenses directes et indirectes (prestations de services, etc.).
 - Les médicaments et intrants, les prix unitaires et les volumes doivent être déclarés par source de financement dans le tableau correspondant
-

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. Cependant, les évaluations NASA sont laborieuses (et peuvent se révéler relativement coûteuses) ; leur mise au point prend du temps et elles utilisent une combinaison de techniques de comptabilisation et de calcul des coûts. Par conséquent, les estimations de coûts ne sont pas des données certifiées telles qu'imposées par certains principes comptables. 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 dépenses autres que les dépenses de santé doivent être ajoutées. 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 utilisent l'analyse budgétaire doivent vérifier si les budgets alloués ont été dépensés comme prévu et compléter les estimations pour les dépenses non engagées sur un budget alloué.

Liste des sous-indicateurs de base et des métadonnées statistiques associées

Ce qui est mesuré	Ventilation	Population cible	Ce qui est mesuré
8.1. Dépenses totales liées à la lutte contre le VIH	Source de financement, catégorie de programmes/services	Non-applicable	Toutes les dépenses nationales de santé et autres, liées au VIH et au sida, quelle qu'en soit la source.
A. Dépenses liées aux services de dépistage du VIH et de conseil (non-ciblés ; produits spécifiques déclarés séparément)	Source de financement	Population générale en vertu d'indications spécifiques	Les services de dépistage du VIH et de conseil désignent tous les services impliquant un service de dépistage du VIH accompagné d'un service de conseil, notamment les services de dépistage du VIH et de conseil fournis à la demande des patients, proposés par les professionnels de santé, ou proposés dans le cadre d'une campagne ou de services de proximité ou 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 enfants ; produits spécifiques déclarés séparément)	Source de financement, adultes et enfants (âgés de moins de 15 ans)	Personnes vivant avec le VIH	Thérapie antirétrovirale. Dépenses directes liées à l'achat d'antirétroviraux (à déclarer séparément des autres coûts selon leur disponibilité). Prix unitaire et volumes de produits et d'intrants achetés et distribués
C. Dépenses liées au suivi des laboratoires en rapport avec le VIH (produits spécifiques déclarés séparément)	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 autres coûts selon leur disponibilité).

D. Dépenses liées à la co-infection TB/VIH (produits spécifiques déclarés séparément)	Source de financement	Personnes vivant avec le VIH et personnes vivant avec la tuberculose	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), 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 tuberculose (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 déclarés séparément)	Source de financement, cinq piliers de la prévention combinée : <ul style="list-style-type: none">▪ Prévention pour les jeunes femmes et les adolescentes (10-24 ans, exclusivement dans les pays à forte prévalence)▪ Circoncision masculine volontaire médicalisée (exclusivement dans les pays à forte prévalence)▪ Prophylaxie préexposition (PrEP) stratifiée par population clé (homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, professionnel[le]s du sexe, personnes qui s'injectent des drogues, personnes transgenres, détenus, jeunes femmes et adolescentes, couples sérodiscordants).▪ Préservatifs (non ciblés)▪ Prévention parmi les populations clés (homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, professionnel[le]s du sexe et leurs clients, personnes qui s'injectent des drogues,	Population générale, populations clés	Ce sous-ensemble de services de prévention est marqué et défini comme association de mesures de prévention/prévention combinée. Les autres services de prévention du VIH doivent être indiqués dans les catégories de la matrice nationale de financement comme faisant partie de services de prévention plus larges. Ce sous-ensemble comprend les services de prévention spécialement conçus et fournis pour chacune des populations clés, notamment les services de prévention destinés aux jeunes femmes et aux adolescentes (10-24 ans) dans les pays à forte prévalence, aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, aux professionnel[le]s du sexe et à leurs clients, ainsi qu'aux personnes qui s'injectent des drogues, la circoncision volontaire masculine médicalisée, la prophylaxie préexposition (PrEP) stratifiée par population clé, ainsi que la promotion des préservatifs et leur distribution pour la population générale. 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).
F. Dépenses liées à la prévention de la transmission verticale du VIH (produits spécifiques déclarés séparément)	Source de financement	Femmes enceintes et nouveau-nés	Activités visant à éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants, notamment : dépistage du VIH pour les femmes enceintes, traitement antirétroviral pour les femmes enceintes vivant avec le VIH et prophylaxie antirétrovirale pour les nouveau-nés, pratiques d'accouchement à moindre risque ; services d'aide et de conseil en matière de nutrition maternelle et d'allaitement au sein exclusif. Note : 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.
G. Dépenses liées aux acteurs sociaux	Source de financement	Non-applicable	Activités de soutien dans la mise en oeuvre de programmes de base tels que définis dans le Cadre d'investissement de l'ONUSIDA, comprenant les programmes axés sur l'engagement politique et le plaidoyer, les médias, les lois, politiques et pratiques juridiques, la mobilisation communautaire, la réduction de la stigmatisation et les droits de l'homme.
H. Dépenses liées aux transferts d'argent pour les jeunes femmes et les jeunes filles (10-24 ans, pays à forte prévalence, budgets affectés au VIH)	Source de financement	et jeunes filles (10-24 ans)	Toutes les dépenses liées aux transferts d'argent pour les jeunes femmes et les jeunes filles (10-24 ans). Défini comme une synergie de développement ayant des implications sur la prévention du VIH.

Informations complémentaires

Guide pour l'estimation nationale des dépenses relatives au sida, disponible sur : <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/nasapublicationsandtools>

Rapports NASA des pays, disponibles sur : <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knownyourresponse/nasacountryreports>

Guide sur le Système des comptes de la santé 2011, disponible sur : <http://www.who.int/health-accounts/methodology/en>

Rapports des comptes de la santé, disponible sur le site de la base de données des dépenses de santé mondiales de l'OMS : <http://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/Index/en>

Health Expenditures by Diseases and Conditions (HEDIC). Statistical working papers. Eurostat. 2016. Disponible sur : <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-statistical-working-papers/-/KS-TC-16-008>

10.1 Co-gestion du traitement de la tuberculose et du VIH

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

Ce qui est mesuré

Progrès accomplis dans la détection et le traitement de la TB chez les personnes vivant avec le VIH

Fondement

La tuberculose 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. L'intensification du dépistage de la TB et de l'accès à un diagnostic et un traitement de qualité, conformément aux directives nationales/internationales, est essentielle pour améliorer la qualité et la durée de vie des personnes vivant avec le VIH. Il est important de calculer le pourcentage de patients séropositifs et atteints de la TB qui bénéficient d'un traitement approprié contre la TB et le VIH.

Numérateur

Nombre de patients atteints de la TB (nouveaux cas et rechutes) qui ont commencé un traitement contre la TB au cours de la période de référence et qui étaient déjà sous traitement antirétroviral, ou qui ont commencé un traitement antirétroviral pendant le traitement contre la TB au cours de l'année de référence

Dénominateur

Nombre estimatif de cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH

L'OMS estime tous les ans le nombre de cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH. L'estimation du dénominateur, calculée en fonction des données sur les nouveaux cas et la couverture des traitements antirétroviraux communiquées par les pays, n'est disponible qu'en août de l'année de référence et n'a pas besoin d'être précisée au moment du rapport. L'estimation pour 2016 est disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/tb/country/data/download/en>.

Calcul

Numérateur/Dénominateur

Méthode d'évaluation

Registres et rapports de traitements antirétroviraux des établissements médicaux ; outils de suivi des programmes Données issues des programmes et nombre estimatif de cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH

Fréquence de mesure

Les données doivent être recueillies de façon systématique au niveau des établissements, compilées régulièrement, de préférence tous les mois ou tous les trimestres, et rapportées tous les ans. L'année des dernières données et estimations disponibles doit être indiquée ici.

Ventilation

- Sexe
 - Âge (<15 et +15 ans)
 - Villes
-

Informations complémentaires requises

Veuillez fournir des données sur les villes pour cet indicateur. Le formulaire de saisie des données comporte un espace prévu afin de fournir des informations concernant la capitale et une ou deux autres villes importantes d'un point de vue épidémiologique, par exemple celles qui sont le plus touchées par le VIH ou qui se sont engagées à éliminer le sida d'ici 2030.

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 atteintes de TB doivent recevoir 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 patients séropositifs atteints de TB et présentant une immunosuppression sévère (par ex. un nombre de 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 séropositives et atteintes de 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. Il est donc recommandé d'inscrire la date de début du traitement contre la TB dans le registre des traitements antirétroviraux.

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/10665/44789/1/9789241503006_eng.pdf?ua=1&ua=1).

Rapport mondial sur la lutte contre la tuberculose 2017. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2017 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/en).

Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH : révision 2015. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015 (<http://www.who.int/tb/publications/monitoring-evaluation-collaborative-tb-hiv/en>).

10.2 Personnes vivant avec le VIH atteintes d'une tuberculose active

Nombre total de personnes vivant avec le VIH et souffrant d'une tuberculose (TB) active, exprimé en pourcentage des nouveaux patients pris en charge pour les soins liés au VIH (pré-traitement antirétroviral et traitement antirétroviral) au cours de la période de référence

Ce qui est mesuré

Nombre de cas de TB active chez les nouveaux patients pris en charge pour des soins liés au VIH et, indirectement, efforts pour détecter la tuberculose associée au VIH précoce.

Fondement

Le principal objectif de l'intensification du dépistage de la TB dans le cadre des soins liés au VIH et des services de dépistage du VIH et de conseils proposés 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 séropositives 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 parmi ceux qui sont déjà sous traitement antirétroviral. Par ailleurs, il est possible que les nouveaux patients séropositifs pris en charge soient moins conscients des symptômes de la TB et de la nécessité de la détecter et de la traiter au plus vite, et qu'ils 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 séropositives chez qui on détecte une TB doivent recevoir 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 souffrant d'une TB active pendant la période de référence parmi les nouveaux patients pris en charge pour des soins liés au VIH

Dénominateur

Nombre total de nouveaux patients pris en charge pour des soins liés au VIH pendant la période de référence enregistré en pré-traitement antirétroviral et traitement antirétroviral

Calcul

Numérateur/Dénominateur

Méthode d'évaluation

Le résultat de l'examen des personnes séropositives présentant des symptômes de TB doit être consigné sur les fiches de soins du VIH/traitements antirétroviraux (dans la colonne « examens » de la partie réservée aux consultations) et dans les registres de pré-traitements antirétroviraux et de traitements antirétroviraux (respectivement dans les parties réservées au suivi mensuel et au suivi trimestriel). De la même façon, les patients souffrant de TB qui sont diagnostiqués séropositifs doivent être pris en charge rapidement pour le VIH 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, compter le nombre total de nouveaux patients pris en charge pour des soins liés au VIH (pré-traitement antirétroviral et traitement antirétroviral) qui présentent une TB active.

Pour le dénominateur. Compter le nombre total de nouveaux patients pris en charge pour des soins liés au VIH, c'est-à-dire pour un pré-traitement antirétroviral ou un traitement antirétroviral, pendant la période de référence. Il convient d'éviter de compter deux fois les personnes figurant à la fois dans les registres de pré-traitements antirétroviraux et les registres de traitements antirétroviraux. Par ailleurs, les informations sur la TB figurant dans les registres de pré-traitements antirétroviraux et 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.

Fréquence de mesure

Les données doivent être consignées tous les jours et rapportées au niveau national ou sous-national (décentralisé) dans le cadre des rapports trimestriels. Les données doivent également être communiquées à l'OMS et l'ONUSIDA tous les ans.

Ventilation

- Villes

Forces et faiblesses

L'analyse de l'évolution de la TB chez les nouveaux patients séropositifs pris en charge pendant une période donnée peut apporter des informations utiles sur le nombre de cas de TB et 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 les personnes dépistées par le biais des services de dépistage du VIH et de conseil proposé par les professionnels de santé mais qui ne reçoivent pas de soins pour le VIH, ou celles qui présentent des formes de TB disséminées, qui restent 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 de contrôle de 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 (<http://www.who.int/tb/publications/monitoring-evaluation-collaborative-tb-hiv/en>).

10.3 Personnes vivant avec le VIH ayant débuté un traitement préventif de la tuberculose

Nombre de personnes ayant débuté un traitement de l'infection tuberculeuse latente, exprimé en pourcentage du nombre total de personnes nouvellement pris en charge pour des soins liés au VIH au cours de la période de référence

Ce qui est mesuré

Proportion dans laquelle les personnes vivant avec le VIH nouvellement enrôlées dans les soins VIH commencent un traitement contre l'infection à tuberculose latente

Fondement

Toutes les personnes recevant des soins liés au VIH doivent faire l'objet d'un dépistage de la TB à chaque consultation, à l'aide d'un algorithme clinique recommandé par l'OMS. Les adultes et les adolescents vivant avec le VIH qui ne déclarent aucun des symptômes (toux, fièvre, perte de poids ou sueurs nocturnes) sont peu susceptibles d'avoir une TB active et doivent se voir proposer un traitement de prévention de la TB, c'est-à-dire un traitement de l'infection tuberculeuse latente. De la même façon, les enfants qui n'ont pas de mal à prendre de poids, qui ne toussent pas et qui n'ont pas de fièvre doivent recevoir ce traitement pour éviter de développer une TB active, qu'ils soient sous traitement antirétroviral ou non.

Numérateur

Nombre total de nouveaux patients pris en charge pour des soins liés au VIH qui ont débuté un traitement de l'infection tuberculeuse latente pendant la période de référence

Si vous ne disposez pas de données sur les personnes nouvellement enrôlées dans les soins VIH, saisissez les données pour les personnes qui commencent un traitement contre l'infection tuberculeuse latente parmi toutes les personnes vivant avec le VIH qui sont actuellement enrôlées pour des soins du VIH.

Dénominateur

Nombre total de nouveaux patients pris en charge pour des soins liés au VIH, c'est-à-dire pour un pré-traitement antirétroviral ou un traitement antirétroviral, pendant la période de référence

Si vous ne disposez pas de données sur les personnes nouvellement enrôlées dans les soins VIH, saisissez les données pour les personnes qui commencent un traitement contre l'infection tuberculeuse latente parmi toutes les personnes vivant avec le VIH qui sont actuellement enrôlées pour des soins du VIH.

Calcul

Numérateur/Dénominateur

Méthode d'évaluation

Un traitement de prévention de la TB doit être mis en place chez toutes les personnes éligibles et la date de début du traitement doit être indiquée sur la fiche de soins du VIH/traitement antirétroviral (dans la partie réservée aux consultations). Les personnes qui acceptent le traitement et reçoivent au moins la première dose doivent être inscrites dans les registres de pré-traitements antirétroviraux et les registres de traitements antirétroviraux (dans la colonne « mois/année de début de l'isoniazide »).

Numérateur. Compter le nombre total de nouveaux patients pris en charge pour des soins liés au VIH pendant la période de référence qui ont débuté un traitement de l'infection tuberculeuse latente, c'est-à-dire qui ont reçu au moins une dose de médicaments contre la TB comme l'isoniazide.

Dénominateur. Compter le nombre total de nouveaux patients séropositifs pris en charge pour un pré-traitement antirétroviral ou un traitement antirétroviral pendant la période de référence.

À des fins 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 antirétroviral peut également tenir un registre des traitements de l'infection tuberculeuse latente, en plus du registre des traitements antirétroviraux. Ce registre peut apporter des informations utiles sur le nombre de patients et de nouveaux patients recevant un traitement de l'infection tuberculeuse latente et sur le taux d'achèvement des traitements et les effets indésirables.

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

- Villes

Forces et faiblesses

Cet indicateur mesure la couverture des traitements de prévention de la TB chez les nouveaux patients pris en charge pour des soins liés au VIH. Il ne comporte cependant pas de points de référence pour déterminer si les performances sont acceptables. 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.

Informations complémentaires

Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH : révision 2015. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015 (<http://www.who.int/tb/publications/monitoring-evaluation-collaborative-tb-hiv/en>).

10.4 Hommes souffrant d'écoulement urétral

Nombre d'hommes ayant souffert d'un écoulement urétral au cours des 12 derniers mois

Ce qui est mesuré

Progrès accomplis dans la réduction des rapports sexuels non protégés chez les hommes.

Fondement

L'écoulement urétral chez les hommes est un syndrome d'infection sexuellement transmissible (IST) généralement causé par la *Neisseria gonorrhoeae* ou la *Chlamydia trachomatis*. Un syndrome d'IST sévère, comme l'écoulement urétral, est un indicateur de rapports sexuels non protégés, et l'écoulement urétral favorise la transmission et l'acquisition du VIH. La surveillance de l'écoulement urétral contribue donc à la surveillance de deuxième génération du VIH en détectant rapidement le risque d'épidémie de VIH par transmission sexuelle et activité sexuelle à haut risque répétée, qui pourrait nécessiter des interventions plus agressives afin de réduire le risque. L'écoulement urétral peut entraîner une infertilité, une cécité et une maladie disséminée. La résistance croissante aux traitements recommandés contre la *Neisseria gonorrhoeae* pourrait rendre cette infection incurable.

Numérateur

Nombre de cas d'écoulement urétral signalés chez des hommes au cours de la période de référence

Dénominateur

Nombre d'hommes de 15 ans et plus

Calcul

Numérateur/Dénominateur

Méthode d'évaluation

Systèmes d'information sanitaire classiques

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

Aucune

Forces et faiblesses

Bien que l'OMS propose une définition mondiale, la véritable définition employée peut varier dans et entre les pays, tout comme les capacités de diagnostic clinique. Même si cet indicateur peut souffrir d'une sous-déclaration, en l'absence de modification de la définition ou de changements majeurs dans les pratiques de dépistage, ces données peuvent généralement être utilisées pour suivre l'évolution dans le temps au sein d'un pays.

Lorsqu'ils communiquent des données sur l'écoulement urétral, il est important que les pays indiquent dans quelle mesure ces données sont jugées représentatives de la population nationale.

Suivre l'évolution du nombre de cas d'écoulement urétral est un moyen de suivre les IST associées au sein d'une population. Bien qu'elles soient utiles dans le cadre du suivi local et national, les données sur l'écoulement vaginal chez les femmes ne sont pas demandées au niveau mondial car, bien souvent, la majorité des cas d'écoulement vaginal ne sont pas dus à des infections sexuellement transmissibles.

Les pays doivent réaliser des évaluations régulières de l'étiologie du syndrome d'écoulement urétral pour comprendre ses principales causes et, par conséquent, le traitement adapté.

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.

Étudiez l'évolution dans le temps au sein de groupes comparables.

Informations complémentaires

Stratégies et méthodes de laboratoire pour le renforcement de la surveillance des infections sexuellement transmissibles 2012. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2012 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241504478/en>).

10.5 Blennorragie chez les hommes

Taux de cas de blennorragie diagnostiqués en laboratoire chez les hommes dans les pays ayant des capacités de diagnostic en laboratoire

Ce qui est mesuré

Progrès accomplis dans la réduction du nombre d'hommes ayant des rapports sexuels non protégés.

Fondement

Une IST aiguë comme la blennorragie est un indicateur de rapports sexuels non protégés et favorise la transmission et l'acquisition du VIH. La surveillance de la blennorragie contribue donc à la surveillance de deuxième génération du VIH en détectant rapidement le risque d'épidémie de VIH par transmission sexuelle et activité sexuelle à haut risque répétée, qui pourrait nécessiter des interventions plus agressives afin de réduire le risque. Par ailleurs, une blennorragie non traitée peut entraîner une maladie inflammatoire pelvienne, une grossesse extra-utérine, une infertilité, une cécité et une maladie disséminée. La résistance croissante aux traitements recommandés pourrait rendre cette infection incurable.

Numérateur

Nombre d'hommes déclarés comme souffrant d'une blennorragie diagnostiquée en laboratoire au cours des 12 derniers mois

Dénominateur

Nombre d'hommes de 15 ans et plus

Calcul

Numérateur/Dénominateur

Méthode d'évaluation

Systèmes d'information sanitaire classiques

Ventilation

Aucune

Forces et faiblesses

Bien que l'OMS propose une définition mondiale, la véritable définition employée peut varier dans et entre les pays. Par ailleurs, les capacités de diagnostic peuvent également varier entre et au sein des pays. Même si cet indicateur peut souffrir d'une sous-déclaration, en l'absence de modification de la définition ou de changements majeurs dans les pratiques de dépistage, ces données peuvent généralement être utilisées pour suivre l'évolution dans le temps au sein d'un pays.

Informations complémentaires

Lorsqu'ils communiquent des données sur la blennorragie, il est important que les pays indiquent dans quelle mesure ces données sont représentatives de la population nationale. Bien qu'elles soient utiles dans le cadre du suivi local et national, les données sur la blennorragie chez les femmes ne sont pas demandées au niveau mondial car la plupart des femmes infectées par la *Neisseria gonorrhoeae* sont asymptomatiques et les tests sensibles de diagnostic de la blennorragie chez les femmes ne sont pas largement disponibles dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Les données sur la blennorragie chez les femmes sont donc trop dépendantes des ressources de diagnostic et des pratiques de dépistage pour être suivies de manière appropriée au niveau mondial. 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.

Stratégies et méthodes de laboratoire pour le renforcement de la surveillance des infections sexuellement transmissibles 2012. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2012 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241504478/en>).

10.6 Dépistage de l'hépatite B

Proportion de personnes en début de traitement antirétroviral qui ont fait l'objet d'un dépistage de l'hépatite B

Ce qui est mesuré

Évolution du dépistage de l'hépatite B chez les patients en début de traitement antirétroviral, une intervention essentielle pour s'assurer qu'ils reçoivent une association médicamenteuse traitant l'hépatite B.

La présence de l'antigène de surface de l'hépatite B (AgHBs) révèle une infection chronique par le virus de l'hépatite B (VHB). La connaissance de la co-infection VIH/hépatite B permet de prescrire des médicaments antirétroviraux efficaces contre le virus de l'hépatite B (VHB) et l'infection à VIH.

Fondement

Le dépistage de l'hépatite B permet d'identifier les co-infections afin d'adapter les traitements.

Numérateur

Nombre de personnes en début de traitement antirétroviral qui ont fait l'objet d'un dépistage de l'hépatite B au moyen de tests AgHBs au cours de la période de référence

Dénominateur

Nombre de personnes ayant commencé un traitement antirétroviral au cours de la période de référence

Calcul

Numérateur/Dénominateur

Méthode d'évaluation

Rapports cliniques et/ou de laboratoire

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- Sexe
 - Âge (<15 et +15 ans)
 - Personnes qui s'injectent des drogues
-

Forces et faiblesses

Cet indicateur évalue les progrès des activités de dépistage de l'hépatite B de façon régulière mais ne permet pas de connaître la proportion globale des personnes recevant des soins liés au VIH et présentant une co-infection VIH/VHB qui ont connaissance de cette co-infection. Pour cela, il convient de se référer à l'indicateur C.6 du cadre de suivi et d'évaluation des hépatites virales (OMS, 2016), ventilé en fonction du statut sérologique VIH.

Cet indicateur correspond à l'indicateur LINK.27 (Rev.1) des Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé 2015 de l'OMS. Cette révision comprenait l'examen des personnes commençant un traitement antirétroviral, car c'est le meilleur moment pour effectuer un test de dépistage d'une co-infection chez les personnes vivant avec le VIH pour commencer un traitement.

10.7 Personnes présentant une co-infection VIH/VHB qui reçoivent un traitement combiné

Proportion de personnes infectées coinfectées VIH et VHB qui reçoivent un traitement combiné

Ce qui est mesuré

Proportion de personnes infectées par le virus de l'hépatite B (VHB) et le VIH qui reçoivent des médicaments antirétroviraux efficaces contre les deux virus

Fondement

Les personnes vivant avec le VIH sont souvent également infectées par le VHB. La prévalence de cette co-infection est particulièrement élevée dans les régions Afrique et Europe de l'OMS, respectivement en raison de la transmission pendant l'enfance et de la consommation de drogues par injection. Le traitement de l'hépatite B chez les personnes vivant avec le VIH a un impact sur la qualité de vie, l'espérance de vie et la mortalité. Certains antirétroviraux sont efficaces contre le VIH et le VHB, ce qui simplifie le traitement des personnes co-infectées.

Numérateur

Nombre de personnes présentant une co-infection VIH/VHB qui reçoivent des antirétroviraux efficaces contre les deux virus pendant la période de référence

Dénominateur

Nombre de personnes présentant une co-infection VIH/VHB diagnostiquée qui reçoivent des soins liés au VIH pendant la période de référence (12 mois)

Calcul

Numérateur/Dénominateur

Méthode d'évaluation

Le numérateur et le dénominateur sont calculés à partir des registres cliniques des établissements médicaux qui proposent des soins et traitements du VIH.

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

Personnes qui s'injectent des drogues

Informations complémentaires requises

Cet indicateur correspond à l'indicateur C.7a du cadre de suivi et d'évaluation des hépatites virales, ventilé en fonction du statut sérologique VIH.

Si cet indicateur n'est calculé que pour une sous-catégorie d'établissements, indiquez la source des informations, la taille de l'échantillon et si les informations sont représentatives de tous les établissements proposant des soins et traitements du VIH.

Forces et faiblesses

Cet indicateur est facile à calculer. Les traitements contre le VIH et le VHB étant des traitements à vie, l'indicateur est une mesure de la couverture, comme pour le traitement du VIH.

10.8 Dépistage de l'hépatite C

Proportion de personnes en début de traitement antirétroviral qui ont fait l'objet d'un dépistage du virus de l'hépatite C (VHC)

Ce qui est mesuré

Les tendances de dépistage de l'hépatite C, une intervention cruciale pour évaluer les besoins liés à la gestion de l'hépatite C.

Le dépistage de l'hépatite C fournit des informations sur la prévalence de co-infection au VIH et au VHC, informe les cliniciens si davantage d'évaluations cliniques et laboratoires et de traitement sont nécessaires.

Fondement

Le dépistage de l'hépatite C identifie la co-infection au VIH et au VHC pour adapter le traitement.

Numérateur

Le nombre d'adultes et d'enfants ayant débuté la thérapie antirétrovirale dont les résultats pour l'hépatite C sont positifs durant la période de recensement utilisant la séquence de dépistage d'anticorps anti-VHC suivi d'une réaction de polymérisation en chaîne (PCR) pour ceux qui sont anti-VHC positifs.

Dénominateur

Le nombre d'adultes et d'enfants ayant débuté la thérapie antirétrovirale pendant la période de recensement.

Calcul

Numérateur/Dénominateur

Méthode d'évaluation

Rapports cliniques et/ou de laboratoire

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- Sexe
 - Âge (<15 et +15 ans)
 - Personnes qui s'injectent des drogues
-

Forces et faiblesses

Les patients anti-VHC positifs présentent une preuve sérologique d'infection passée ou actuelle. Les personnes anti-VHC positives doivent être testées pour le VHC ARN (dépiste le VHC circulant dans le sang) afin de différencier les infections passées des infections actuelles qui nécessitent un traitement.

Cet indicateur permet de suivre le progrès des activités de dépistage de l'hépatite C de manière régulière, mais ne reflète pas la proportion globale de personne co-infectées à VIH et à VHC sous traitement VIH et connaissant leur co-infection à l'hépatite C. Ceci est reflété par l'indicateur C.6 du cadre de suivi et d'évaluation de l'hépatite virale, ventilé par statut VIH.

Cet indicateur correspond à l'indicateur LINK.28 (rév.1) des Lignes directrices unifiées 2015 de l'OMS sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé. La révision entend prendre en compte les personnes débutant une thérapie antirétrovirale, car c'est le meilleur moment pour dépister une co-infection chez les personnes vivant avec le VIH et pour commencer le traitement.

10.9 Personnes coinfectées VIH et VHC débutant le traitement VHC

Proportion de personnes coinfectées par le VIH et le VHC commençant un traitement contre le VHC

Ce qui est mesuré

Le début d'un traitement VHC pour les personnes coinfectées à VIH et à VHC parmi les personnes bénéficiant de soins pour le VIH.

Fondement

La prévalence de co-infection à VHC est particulièrement élevée parmi les personnes vivant avec le VIH dans la Région européenne de l'OMS en raison de la consommation de drogues injectables. Le traitement pour l'hépatite C des personnes vivant avec le VIH influence la qualité de vie, l'espérance de vie et le taux de mortalité.

Numérateur

Le nombre de personnes ayant une co-infection à VIH et à VHC dont le traitement pour le VHC débute durant une période donnée (par exemple 12 mois).

Dénominateur

Le nombre de personnes ayant une co-infection à VIH et à VHC bénéficiant de soins pour le VIH durant une période donnée (par exemple 12 mois).

Calcul

Numérateur/Dénominateur

Méthode d'évaluation

Le numérateur et le dénominateur sont calculés à partir de rapports cliniques issus d'établissements de santé fournissant un traitement et des soins pour le VIH.

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

Personnes qui s'injectent des drogues

Forces et faiblesses

Cet indicateur permet de suivre l'accès au traitement de l'hépatite C pour les personnes vivant avec le VIH coinfectées à VHC. Sa faiblesse est qu'il ne reflète qu'une seule année d'activité. Pour décrire l'effet cumulé de personnes coinfectées à VIH et à VHC débutant le traitement, il faut compiler des données cumulatives sur les personnes débutant le traitement et prendre en compte les personnes nouvellement infectées et réinfectées au VHC dans le dénominateur.

Informations complémentaires

Cet indicateur correspond à l'indicateur C.7b du cadre de suivi et d'évaluation de l'hépatite virale 2016 de l'OMS, ventilé par statut VIH.

10.10 Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH

Proportion de femmes vivant avec le VIH (âgées de 30 à 49 ans) ayant déclaré avoir été dépistées pour le cancer du col de l'utérus grâce à l'une des méthodes suivantes : inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA), frottis cervical (test de Pap) ou test du virus du papillome humain (VPH)

Ce qui est mesuré

La proportion de femmes vivant avec le VIH ayant été dépistées pour le cancer du col de l'utérus

Fondement

Le cancer du col de l'utérus est le deuxième type de cancer le plus commun chez les femmes vivant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, avec une estimation de 530 000 nouveaux cas en 2012 (ce qui représente 84 % des nouveaux cas dans le monde). Dans les pays à revenu élevé, des programmes permettent de dépister les femmes afin d'identifier la plupart des lésions pré-cancéreuses à des stades où elles peuvent être facilement traitées et soignées. L'atteinte d'une couverture élevée de dépistage des femmes et de traitement des lésions pré-cancéreuses détectées par le dépistage peut garantir une faible incidence de cas de cancer du col de l'utérus invasifs dans les pays à revenu élevé.

Les femmes vivant avec le VIH ont plus de risques que les femmes séronégatives d'être atteintes du cancer du col de l'utérus et de contracter un cancer invasif. Le cancer du col de l'utérus invasif est une maladie déterminante du sida. C'est pour cela qu'il est important de dépister les femmes vivant avec le VIH. Cela permet de prévenir jusqu'à 80 % de cas de cancer du col de l'utérus dans ces pays.

Numérateur

Le nombre de femmes vivant avec le VIH de 30 à 49 ans ayant déclaré avoir été dépistées pour le cancer du col de l'utérus grâce à l'une des méthodes suivantes : IVA, test de Pap ou test VPH.

Dénominateur

Toutes les femmes vivant avec le VIH de 30 à 49 ans.

Calcul

Numérateur/Dénominateur

Méthode d'évaluation

- Enquêtes démographiques représentatives au niveau national
 - Données programmatiques : Si vous n'avez pas le nombre de femmes vivant avec le VIH (âgées de 30 à 49 ans) qui ont déjà subi un test de dépistage du cancer du col de l'utérus, vous pouvez également fournir le nombre de femmes testées positives pour le VIH parmi toutes les femmes (âgées de 30-49 ans) qui ont subi un dépistage du cancer du col de l'utérus.
-

Fréquence de mesure

La collecte de données doit être réalisée au moins tous les cinq ans.

Ventilation

- Âge (30–49 ans ou selon les directives nationales)
 - Lieu de résidence (urbain ou rural)
-

Forces et faiblesses

Parmi les limitations éventuelles : le parti pris de l'auto déclaration, notamment en supposant par erreur qu'un examen pelvien était un test du cancer du col de l'utérus, et la validité limitée des instruments d'enquête.

Informations complémentaires

Suivi de la déclaration politique de la réunion de haut-niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, 66^e Assemblée mondiale de la Santé de l'OMS, WHA66.10, Organisation mondiale de la Santé (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-en.pdf)

Cadre mondial de suivi pour les maladies non transmissibles : définitions des indicateurs et spécifications. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014 (http://www.who.int/nmh/ncd-tools/indicators/GMF_Indicator_Definitions_Version_NOV2014.pdf).

Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C et al. Globocan 2012. Estimation de l'incidence de cas de cancer, du taux de mortalité et de la prévalence dans le monde en 2012. Lyon : Centre international de recherche sur le cancer ; 2012 (IARC CancerBase No. 11 ; <http://globocan.iarc.fr>).

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 ; 2013 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/fr/).

Directives pour établir un NCPI intérimaire 2018

Introduction

Le suivi des politiques a toujours été une composante du rapport mondial de suivi de la lutte contre le sida depuis 2003 et a été mis en œuvre toutes les deux années avec la plus récente en 2017 au travers du NCPI. Le NCPI est une composante à part entière du rapport mondial de suivi la lutte contre le sida et visent à mesurer les progrès en matière d'élaboration et de mise en œuvre de politiques, stratégies et lois relatives à la riposte au VIH, via :

- La promotion de la consultation et du dialogue entre les parties prenantes clés à l'échelle nationale, en particulier les gouvernements et la société civile, afin de saisir leurs points de vue sur la lutte contre le sida.
- Le soutien aux pays en évaluant le statut de l'épidémie et leur riposte au VIH et en identifiant les barrières, les lacunes et aides afin de renforcer la lutte.
- Collecter des données sur la politique et l'environnement juridique associées à la riposte au sida.

Les réponses permettent de superviser directement ou de donner un contexte aux progrès dans l'optique d'atteindre les 10 engagements visant à accélérer la riposte et les objectifs élargis pour en finir avec le sida d'ici 2030.

Le NCPI est à remplir et à soumettre dans le cadre des rapports mondiaux de suivi la lutte contre le sida tous les deux ans. Ce calendrier reflète le point de vue selon lequel les changements en matière de lois, politiques et règlements sont supposés arriver lentement et que le besoin d'une surveillance plus fréquente pourrait être limité.

Pendant les années intermédiaires, un NCPI provisoire doit être complété et soumis dans le cadre des rapports GAM. E NCPI provisoire comprend un sous-ensemble de

questions de la partie A du NCPI qui se rapportent à des éléments de politique susceptibles de changer plus fréquemment.

Un nouveau questionnaire NCPI et le processus proposé pour son achèvement ont été intégrés dans les rapports GAM pour la première fois en 2017 après un examen consultatif approfondi. Le libellé de certaines des questions a été affiné pour les rapports intermédiaires en 2018 en fonction de l'expérience du rapportage 2017.^é

Structure NCPI

Le NCPI est constitué de deux parties. La Partie A doit être complétée par les autorités nationales. La Partie B est complétée par la société civile et les autres partenaires non gouvernementaux impliqués dans la riposte nationale au sida. Pour les années de rapportage intermédiaires, seul un sous-ensemble de questions de la partie A est inclus dans le NCPI intérimaire.

Les questions dans le NCPI intérimaire sont articulées autour des 10 engagements visant à accélérer la riposte et les objectifs élargis pour mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030.¹²

Étapes proposées pour collecter et valider des données pour le NCPI intérimaire 2018

Le processus décrit ci-dessous pour remplir le NCPI doit être intégré dans le plan et le calendrier de chaque pays pour l'ensemble du processus de rapport mondial de suivi sur la lutte contre le sida.

Bien que les questions du NCPI Partie B, qui doivent être complétées par la société civile et les autres partenaires non gouvernementaux impliqués

dans la réponse, ne sont pas incluses dans le NCPI intérimaire, les pays sont encouragés à engager la société civile dans le processus GAM.

1. Établir un groupe de travail pour accompagner le rapport NCPI. Cela peut se traduire par un Groupe Multisectoriel de Suivi et d'Évaluation Technique existant.
2. Identifier un point focal pour coordonner la finalisation du questionnaire
3. Un groupe de travail qui conduira la cartographie des acteurs afin de systématiquement sélectionner les intervenants.

Un tel processus permet de collecter les dernières données précises via le NCPI intérimaire en impliquant des experts et en évitant l'influence de distorsions éventuelles lors de la constitution des rapports. Cela permet également de garantir que les rapports reflètent un large spectre de perspectives. Impliquer un large éventail de parties prenantes peut aider à interpréter les données qualitatives ou potentiellement ambiguës.

La liste de toutes les personnes ou entités susceptibles de fournir des informations ou des vues d'ensemble sur les questions comprises dans le questionnaire sur les politiques peut être établie à partir des connaissances des membres du groupe de travail et par le biais de contacts avec d'autres experts de la lutte nationale contre le VIH et en examinant la documentation pertinente.

Les parties prenantes peuvent entre autres être identifiées à partir des groupes et secteurs suivants :

¹² Fast-Track commitments to end AIDS by 2030. Geneva: UNAIDS; 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/fast-track-commitments_en.pdf, accessed 21 November 2017).

- Le ministère de la Santé ou son équivalent.
- Le ministère de l'Éducation ou son équivalent.
- Le ministère de la Condition féminine ou son équivalent.
- Le ministère de la Justice ou son équivalent.
- Le ministère du Commerce ou son équivalent.
- Des représentants des personnes vivant avec le VIH, notamment des femmes et des jeunes femmes vivant avec le VIH.
- Des représentants des divers groupes de populations clés.
- Des organisations bilatérales et multilatérales impliquées dans la riposte au VIH.
- D'autres organisations non gouvernementales ou fondations impliquées dans la riposte au VIH.
- Secteur privé.

Afin de garantir la représentativité dans le cadre de l'identification des parties prenantes, il convient de prendre en compte la diversité géographique.

Les informations suivantes sont à saisir pour toutes les parties prenantes contactées durant le processus collecte des données des NCPI :

- Nom.
- Coordonnées.
- Organisation d'affiliation.
- Rôle dans l'organisation.
- Type de parties prenantes : ministère de la santé, autre ministère, secteur privé, société civile, ONG internationales, organisations

bilatérales, ONUSIDA ou autres organisations des Nations Unies.

Ces informations peuvent être utiles pour documenter le principe de multisectorialité du processus et pour assister la préparation des futurs rapports sur les politiques.

4. Recueillir les réponses aux questions : afin de garantir la précision et éviter une certaine lassitude chez les répondants, il est suggéré de diriger les questions spécifiques vers des personnes ayant de l'expérience dans le domaine, le cas échéant. Les points focaux pour le questionnaire, ou le(s) consultant(s) recruté(s) pour fournir un appui dans le cadre du processus, coordonner les mises en relation avec les parties prenantes identifiées, effectuer des entretiens, par téléphone ou e-mail par exemple, afin de partager avec eux les questions de politique relevant de leur domaine d'expertise et de collecter leurs réponses.

Dans la mesure du possible, il est conseillé d'envoyer la même question à plus d'un partenaire spécialiste dans le domaine. S'il y a des écarts entre les réponses, le coordonnateur chargé de du remplissage du questionnaire peut partager un résumé des données avec ces intervenants afin d'apporter des éclaircissements sur la source des différentes réponses et trouver un consensus, si possible. Pour éviter d'éventuels distorsions, il convient de garder l'anonymat des participants autant que possible durant ce processus de vérification et suivi des données.

La version PDF du questionnaire est disponible sur le site internet de l'ONUSIDA et est également téléchargeable sous l'en-tête du NCPI interimaire dans la liste des indicateurs sur l'outil dédié au rapport mondial

d'avancement sur la lutte contre le sida (<https://AIDSreportingtool.unaids.org>).

5. Le point focal du rapport mondial de suivi de la lutte contre le sida saisit les réponses dans l'outil de rapportage en ligne.
6. Les parties prenantes consultent et transmettent leurs observations sur les réponses de la version préliminaire. La version préliminaire complète du questionnaire peut être partagée avec les parties prenantes en leur attribuant des droits de consultation dans l'outil d'enregistrement du Rapport mondial de suivi de la lutte contre le sida ou en partageant le questionnaire avec les réponses provisoires dans un document PDF. Pour extraire ce document, cliquez dans l'outil en ligne sur le lien « Print all NCPI to PDF » (imprimer tout le rapport NCPI au format PDF) sur la page dédiée à la liste des indicateurs.
7. Organiser une consultation de validation afin de:
 - Réviser les réponses aux questions sélectionnées.
 - Analyser les données de politiques conjointement avec les données de l'indicateur, identifier les progrès, les lacunes, les barrières et les aides dans la lutte contre le sida.
 - Identifier des points clés pour les résumés narratifs dans chaque domaine d'engagement.

Le questionnaire étant d'une certaine longueur, il est conseillé de ne pas aborder les réponses à toutes les questions durant l'atelier national de validation mais d'axer la discussion sur les questions spécifiques relevées lors de la collecte de données et du processus de révision préalables et d'aborder plus largement les progrès et les lacunes pour chaque domaine d'engagement.

8. Mettre à jour les réponses du NCPI intérimaires saisies avec l'outil de rapportage en ligne de rapports mondiaux de suivi de la lutte contre le sida à partir des observations reçues pendant la préparation et le déroulement de la consultation et remplir les sommaires narratifs pour chaque domaine d'engagement.
9. Soumettre les réponses NCPI intérimaire avec d'autres éléments du rapport mondial de suivi de la lutte contre le sida au ou avant le 29 mars 2018.
10. Répondre aux requêtes via l'outil en ligne durant le processus de validation des données.

Cette démarche vise à intégrer des vérifications pertinentes des données du rapport NCPI intérimaire collectées durant tout le processus et à promouvoir l'analyse des informations autant que possible.

Chargement des données de stratégie préalablement saisies dans le GAM

Les questions incluses dans le NCPI intérimaire 2018 sont un sous-ensemble de questions incluses dans le NCPI 2017. Les pays qui ont répondu à ces questions par le biais du NCPI 2017 peuvent choisir de charger ces réponses dans le NCPI Intérimaire dans l'outil de reportage en ligne du GAM. Les réponses peuvent ensuite être mises à jour ou soumises de nouveau lorsqu'aucun changement n'a été apporté.

Opérationnalisation et utilisation des données de politiques

Les données collectées au travers du NCPI compléteront les données sur les indicateurs et les dépenses également collectées et incluses dans le processus de rapport mondial de suivi de la lutte contre le sida. Les états sont invités à utiliser les données sur les politiques en analysant la situation

de l'épidémie nationale et de la riposte ainsi que les efforts de planification stratégique nationaux.

Globalement, ces informations servent aussi à suivre directement les 10 engagements pour le processus d'accélération et les objectifs étendus ou à apporter un contexte aux données quantitatives recueillies avec les indicateurs du rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida et à

informer les stratégies et les rapports mondiaux. Les réponses de chaque état aux questions sur le NCPI intérimaires seront ajoutées pour fournir des valeurs régionales et mondiales. Ces informations seront également disponibles sur AIDSInfo.

NCPI

intérimaire

Acronymes et abréviations

3TC lamivudine

ABC abacavir

Accord TRIPS

TRIPS Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce

ATV/r atazanavir boosté par ritonavir

AZT zidovudine

d4T stavudine

DTG dolutégravir

EFV éfavirenz

FTC emtricitabine

INNTI inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse

INTI inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse

LGBTI lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et intersexués

LPV/r lopinavir boosté par ritonavir

ONG organisation non gouvernementale

OMS Organisation mondiale de la Santé

PrEP prophylaxie préexposition

RPC réaction de polymérisation en chaîne

RPR réagine plasmatique rapide

TDF tenofovir disoproxil fumarate

TPHA treponema pallidum haemagglutination assay

TPPA treponema pallidum particle agglutination assay

VDRL Laboratoire de recherche sur les maladies vénériennes

1. Garantir que 30 millions de personnes vivant avec le VIH aient accès au traitement grâce à l'atteinte des objectifs 90-90-90 d'ici 2020

- S'engager à atteindre les objectifs 90-90-90
- S'attaquer aux réglementations, aux politiques et aux pratiques empêchant l'accès à des médicaments génériques sûrs, efficaces et abordables, aux diagnostics et aux technologies liées à la santé, notamment en garantissant l'utilisation exhaustive des flexibilités de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (TRIPS), et en renforçant les capacités régionales et locales à développer, fabriquer et distribuer des produits sanitaires abordables et garantis de qualité.

* Les directives pour l'instrument national relatif aux engagements et aux politiques définissent les termes marqués d'un astérisque (*).

Dépistage du VIH

1. Laquelle des approches suivantes de dépistage du VIH est utilisée dans votre pays (veuillez sélectionner tout ce qui s'applique):

- Test et conseil initiés par le client
- Test et conseil initiés par le prestataire
- Tests prénatals de routine
- Tests et conseils communautaires
- Tests à domicile
- Test des prestataires laïcs
- Autotest
- Notification des partenaires assistés
- Autre indice test basé sur les cas (p. ex., famille, contacts avec le réseau social)

2. Votre pays a-t-il adapté les recommandations de l'OMS 2015 sur les directives consolidées sur les services de dépistage du VIH dans un processus national sur les directives de dépistage ?

- Oui, entièrement
- Oui, partiellement
- Non
- Ne sais pas

3. Votre pays a-t-il adopté ou inclus l'auto test VIH en tant que politique ou plan national ?

- Oui
- Non

3.1 Si oui, le dépistage du VIH est-il mis en œuvre ?

- Oui
- Non

3.2 Si non, a-t-elle l'intention d'inclure l'auto test VIH dans sa politique nationale à l'avenir ?

- Oui
- Non

3.2a si oui, veuillez indiquer l'année au cours de laquelle l'autotest est prévu pour être inclus :

- Aucune année prévue
 - 2017
 - 2018
 - 2019
 - 2020
 - 2021
-

4. Votre pays a-t-il inclus la notification assistée du statut VIH au partenaire dans sa politique nationale ?

- Oui
 Non

4.1 si non, a-t-elle l'intention d'inclure la la notification assistée du statut VIH dans sa politique nationale à l'avenir ?

- Oui
 Non

4.1a si oui, veuillez indiquer l'année à laquelle la notification assistée du statut VIH est prévue pour être incluse ?

- Aucune année prévue
 2017
 2018
 2019
 2020
 2021

5. Votre pays a-t-il une politique précisant que le dépistage du VIH sera disponible ?

- Gratuit pour tous
 Gratuit pour certains
 À un coût

6. Existe-t-il une loi, une réglementation ou une politique précisant que le dépistage du VIH ?

a) S'effectue uniquement sur la base du consentement volontaire et éclairé

- Oui
 Non

b) Est obligatoire avant le mariage

- Oui
 Non

c) Est obligatoire pour obtenir un permis de travail ou de séjour

- Oui
 Non

d) Est obligatoire pour certains groupes

- Oui
 Non

e) Si oui, veuillez préciser ces groupes _____

7. Votre pays a-t-il des politiques et/ou des stratégies nationales pour relier les tests de dépistage du VIH et les conseils et l'enrôlement dans les soins VIH ?

- Oui
 Non

7.1 Si oui, incluent-ils (s'il vous plaît sélectionner tous ceux qui s'appliquent):

- Interventions rationalisées (liens améliorés, divulgation, traçage)
 Soutien aux pairs et approches d'orientation des patients
 Approches d'amélioration de la qualité
 Tests CD4 au point de soins
 Autres : veuillez préciser _____
-

8. Votre pays a-t-il adapté les recommandations de l'OMS 2016 consolidé des lignes directrices sur l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection par le VIH dans un processus national

- Oui, terminé
- En cours
- Non
- Autres : veuillez spécifier _____

Veuillez télécharger une copie de tous les documents d'orientation nationaux mis à jour disponibles.

9. Quel est le seuil de CD4 recommandé pour l'initiation d'un traitement antirétroviral chez les adultes et les adolescents asymptomatiques, selon les directives ou la directive du ministère de la santé (MS)

- Pas de seuil; Traitement pour tous tous indépendamment du nombre de CD4
- ≤ 500 cellules/mm³
- ≤ 350 cellules/mm³
- Autres: veuillez préciser _____

9.1 Quel est le statut de la mise en œuvre de la politique TRAITER TOUS sans tenir compte du nombre de CD4

- Mis en œuvre dans peu (< 50%) sites de traitement
- Mis en œuvre dans de nombreux (> 50%) sites de traitement
- Mis en œuvre dans tout le pays
- Non mise en œuvre dans la pratique
- Autre: veuillez préciser: _____

9.2 Si votre pays n'a pas encore adopté une politique de TRAITER TOUS, conformément aux Lignes directrices consolidées 2016 sur l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection par le VIH, existe-t-il un plan pour adopter et mettre en œuvre une politique de TRAITER TOUS à l'avenir?

- Oui
 - Non
-

9.2a si oui, veuillez indiquer l'année au cours de laquelle il est prévu la mise du TRAITER TOUS.

- Aucune année prévue
 - 2017
 - 2018
 - 2019
 - 2020
 - 2021
-

10. Votre pays a-t-il une politique nationale de promotion de la prestation communautaire (en dehors des établissements sanitaires) de la thérapie antirétrovirale ?

- Oui
- Non

10.1 si oui, veuillez préciser quelles approches sont utilisées pour appuyer la mise en œuvre communautaire de la thérapie antirétrovirale

11. La thérapie antirétrovirale est-elle assurée dans les milieux communautaires (en dehors des établissements sanitaires) pour les personnes stables sous traitement antirétroviral dans votre pays?

- Oui
- Non

11.1 si oui, est-il mis en œuvre : au niveau

- Nationale
 - Régional
 - Sur des sites pilotes
 - Autres: (veuillez préciser) _____
-

12. Votre pays a-t-il une politique nationale sur la fréquence à laquelle les personnes stables sous thérapie antirétrovirale devraient récupérer leurs médicaments antirétroviraux ?

- Oui
 Non

12.1 si oui, veuillez préciser la fréquence de dispensations des ARV qui est inclus dans la politique nationale

- Une fois par mois
 Tous les 3 mois
 Tous les 6 mois
 Tous les 12 mois
-

13. Laquelle de ces modalités de prestation de services suivantes est incluse dans la politique nationale sur la thérapie antirétrovirale pour adultes, adolescents et enfants (veuillez sélectionner tout ce qui s'applique):

- Les prestataires de services de la tuberculose (TB) fournissent une thérapie antirétrovirale dans les cliniques TB
 Les prestataires de thérapie antirétrovirale fournissent un traitement à la tuberculose dans les centres de prise en charge par la thérapie antirétrovirale
 Les prestataires de services de santé maternelle, néonatale et infantile fournissent un traitement antirétroviral dans les cliniques de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNE)
 Des évaluations nutritionnelles, conseils et soutiens sont fournis aux personnes vivant avec le VIH souffrant de malnutrition.
 Traitement antirétroviral fourni dans les milieux de dispensations de la thérapie de substitution d'opiacés
 Les fournisseurs de soins de santé primaires fournissent un traitement antirétroviral dans les établissements de soins de santé primaires
 Soutien aux patients
 Traitement antirétroviral dispensé dans la communauté dans le cadre d'un modèle de soins différenciés
 Les prestataires de thérapie antirétrovirale effectuent le dépistage et la prise en charge des maladies cardiovasculaires
 Les prestataires de la thérapie antirétrovirale effectuent le dépistage et le traitement de la santé mentale
 Autres: veuillez préciser _____
-

Schémas thérapeutiques antirétroviraux

Adultes et adolescents

14. TDF/3TC ou (FTC)/EFV sont-elles les combinaisons préférées d'ARV de première ligne pour l'initiation au traitement dans les lignes directrices nationales, parmi les:

a) adultes et adolescents

- Oui
 Non

b) femmes enceintes

- Oui
 Non
 Autre: veuillez spécifier _____
-

15. le dolutegravir (DTG) est-il introduit comme un régime ARV de première ligne dans votre pays?

- Oui, l'introduction de DTG dans les lignes directrices nationales est prévue pour 2018
 Oui, le DTG a été introduit dans les lignes directrices nationales, mais l'approvisionnement n'a pas encore été initié
 Oui, le DTG a été introduit dans les lignes directrices nationales et les achats ont été lancés
 Non
-

16. Votre pays fait-il appel à des combinaisons de thérapie antirétrovirale à dose fixe (FDC) comme thérapie de première ligne préférée (veuillez sélectionner tout ce qui s'applique):

- Oui, 3 médicaments combinés en dose fixe prise une fois par jour
 Oui, 2 médicaments combinés en dose fixe + 1 autre médicament
 Non
 Autre: veuillez spécifier _____
-

17. Est-ce que l'AZT/3TC (ou FTC)/ATV/r (ou LPV/r) est la combinaison d'ARV de deuxième ligne préférée pour les adultes et les adolescents vivant avec le VIH dans les lignes directrices nationales?

- Oui
 Non
 Autres: veuillez préciser _____
-

18. Votre pays a-t-il une politique nationale actuelle sur les tests systématiques de charge virale pour surveiller la thérapie antirétrovirale et dans quelle mesure est-elle mise en œuvre?

a) Pour les adultes et les adolescents

- Oui, entièrement mis en œuvre
 - Oui, partiellement mis en œuvre
 - Oui, mais pas mis en œuvre
 - Non, test de charge virale ciblée uniquement
 - Aucune politique sur les tests de charge virale
-

b) Pour les enfants

- Oui, entièrement mis en œuvre
- Oui, partiellement mis en œuvre
- Oui, mais pas mis en œuvre
- Non, test de charge virale ciblée uniquement
- Aucune politique sur les tests de charge virale

18.1 Si votre pays a une politique nationale sur les tests de charge virale de routine, quelle est la fréquence recommandée des tests de la charge virale dans la politique nationale ?

- Annuel
 - Episodique
 - Annuel et épisodique
 - Autre: veuillez préciser _____
-

19. Où est-ce que les tests de charge virale sont actuellement disponible dans votre pays?

- Disponible dans les centres spécialisés seulement
- Disponible dans les centre de prise en charge de la thérapie antirétrovirale, soit sur place, soit par référence
- Autres: veuillez préciser _____

19.1 Au cas où des tests de charge virale sont disponibles dans les sites de prise en charge par la thérapie antirétrovirale dans votre pays, veuillez fournir une estimation du pourcentage de sites de prise en charge par la thérapie antirétrovirale qui l'ont de disponible : ____%

20. En excluant les approches passives de pharmacovigilance, votre pays fait-il un effort systématique continu pour surveiller la toxicité des médicaments antirétroviraux dans le pays?

- Oui
- Non

20.1 Si oui, quelles sont les approches utilisées (veuillez sélectionner tout ce qui s'applique):

- Surveillance de la toxicité systématique dans le cadre du système national de S&E
 - Surveillance active au sein des cohortes
 - Registre de grossesse et surveillance des malformations congénitales
-

21. A-t-on instauré des approches de surveillance de la toxicité pour surveiller les effets indésirables aux médicaments à l'utilisation du dolutegravir?

- Oui
- Non

21.1 Si oui, quelles approches sont utilisées (veuillez sélectionner tout ce qui s'applique):

- Surveillance de la toxicité systématique dans le cadre du système national du S&E
 - Surveillance active de la toxicité dans les sites sentinelles
 - Registre de grossesse et surveillance des malformations congénitales
-

2. Éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici 2020 tout en veillant à ce que 1,6 million d'enfants aient accès au traitement du VIH d'ici 2018

Prévention de la transmission mère-enfant du VIH

22. Quel est le régime actuel recommandé à l'échelle nationale pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH, conformément aux directives ou guides du ministère de la santé :

- Traiter toutes les femmes enceintes (ou allaitantes, le cas échéant) à vie¹³
- ARV pendant la grossesse et l'allaitement seulement
- Autre : veuillez spécifier le schéma _____

22.1 Si votre pays applique la politique du traitement pour tous pour les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH, comment est-il mis en œuvre ?

- Mise en œuvre dans un petit nombre (< 50%) des sites de santé maternelle et infantile (SMI)
- Mis en œuvre dans un grand nombre (> 50%) des sites SMI
- Mis en œuvre dans tout le pays
- Non mise en œuvre dans la pratique
- Autres

Engagement communautaire dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH

23. Combien d'établissements de santé de votre pays offrent des services pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant du VIH (TME) dans le pays? _____

23.1 Combien d'établissements de santé fournissant des services PTME communautaire ont-ils des mécanismes de responsabilisation communautaires* en place? _____

24. Existe-t-il des interventions ciblées afin que les considérations relatives aux droits humains soient traités dans le cadre des programmes PTME (veuillez sélectionner tous les éléments qui s'appliquent):

- Consentement volontaire et éclairé comme seule base de test et/ou de traitement du VIH
- Consentement volontaire et éclairé comme seul fondement de l'avortement, de la contraception et/ou de la stérilisation des femmes vivant avec le VIH
- Confidentialité et intimité
- Prévention des violations graves ou systématiques des droits de l'homme* dans le cadre des programmes PTME
- Diligence à temps pour traiter toutes les violations des droits de l'homme dans le cadre des programmes PTME

25. A-t-on tenu une réunion au niveau national pour examiner les progrès réalisés dans la PTME au cours des 12 derniers mois ?

- Oui
- Non

25.1 si oui:

a) La communauté et la société civile ont-elles été représentées à la réunion nationale de revue?

- Oui
- Non

b) L'occasion a-t-elle été offerte à la communauté et à la société civile de formuler des observations ?

- Oui
 - Non
-

¹³ Dans les pays où l'allaitement maternel n'est pas recommandé pour les femmes vivant avec le VIH, veuillez cliquer sur cette réponse si elle s'applique uniquement aux femmes enceintes.

c) Les analyses de la communauté et de la société civile ont-elle été fournies de manière systématiques?

- Oui
 Non

d) Les analyses fournies par la communauté et la société civile ont-elles été documentées et diffusées à la suite de la réunion ?

- Oui
 Non

e) Est-ce que les femmes vivant avec le VIH dans votre pays participent * à l'élaboration des politiques, de lignes directrices et de stratégies relatives à la PTME?

- Oui
 Non
-

ARV enfant

26. Est-ce que les directives nationales recommandent de traiter tous les nourrissons et les enfants vivant avec le VIH, quels que soient les symptômes ?

- Oui, avec un âge limite du traitement pour tous à < 1 ans
 Oui avec un âge limite du traitement pour tous à < 2 ans
 Oui, avec un âge limite du traitement pour tous à < 5 ans
 Oui, avec un âge limite du traitement pour tous à < 10 ans
 Traiter tous indépendamment de l'âge
 Autres: (veuillez préciser) _____

26.1 Quel est le statut de la mise en œuvre du traiter tous, indépendamment de l'âge adopté dans votre pays ?

- Mis en œuvre dans quelques (< 50%) sites de traitement
 Mis en œuvre dans de nombreux (> 50%) sites de traitement
 Mis en œuvre dans tout le pays
 Pas mis en œuvre dans la pratique
 Autre: (veuillez préciser) _____
-

3. Assurer l'accès aux options d'association de mesures de prévention, y compris la prophylaxie pré-exposition, la circoncision masculine volontaire médicale, la réduction des risques et les préservatifs, à au moins 90 % des personnes, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes dans les pays à forte prévalence et les populations clés, soit les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les professionnels du sexe et leurs clients, les personnes qui s'injectent des drogues et les prisonniers.

- Garantir l'accès à des services de prévention de l'infection à VIH complets à 90 % des personnes présentant un risque d'infection à VIH, notamment les professionnels du sexe et leurs clients, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les personnes qui s'injectent des drogues et les prisonniers.
- Faire bénéficier 3 millions de personnes de la prophylaxie préexposition d'ici 2020
- Pratiquer une circoncision masculine volontaire médicale sur 25 millions d'hommes dans les pays à incidence élevée d'ici 2020
- Distribuer 20 milliards de préservatifs par an d'ici 2020 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

Prophylaxie préexposition (PREP)

27 La recommandation de l'OMS sur la PrEP orale a-t-elle été adoptée dans les lignes directrices nationales de votre pays?

- Oui, des directives PrEP ont été élaborées et sont mises en œuvre
- Oui, les directives PrEP ont été développées mais ne sont pas encore mises en œuvre
- Non, les lignes directrices n'ont pas été élaborées

27.1 Si la recommandation de l'OMS sur la PrEP orale n'a pas encore été adoptée dans les lignes directrices nationales, existe-t-il un plan pour adopter une recommandation sur la PrEP à l'avenir?

- Oui
- Non

27.1a Si oui, veuillez indiquer l'année à laquelle l'adoption des recommandations sur la PrEP est prévue:

- Aucune année prévue
- 2017
- 2018
- 2019
- 2020
- 2021
- Autres: veuillez préciser _____

27.2 Au cas où des directives nationales sur la PrEP ont été élaborées, veuillez préciser pour quelles populations la PrEP est fournie selon les lignes directrices et les critères d'éligibilité appliqués pour offrir la PrEP:

- Homosexuels et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes
 - Veuillez préciser les critères d'éligibilité : _____
 - Travailleurs du sexe
 - Veuillez préciser les critères d'éligibilité : _____
 - Les Utilisateurs de drogues injectables
 - Veuillez préciser les critères d'éligibilité : _____
 - Personnes transgenres
 - Veuillez préciser les critères d'éligibilité : _____
 - Couples ssérodiscordants
 - Veuillez préciser les critères d'éligibilité : _____
 - Jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans)
 - Veuillez préciser les critères d'éligibilité : _____
 - Autres : veuillez préciser : _____
 - Veuillez préciser les critères d'éligibilité : _____
-

27.3 Au cas où des directives nationales ont été élaborées, est-ce qu'un programme de formation sur le PrEP a été dispensée au personnel de santé ?

- Oui
 Non
-

27.4 Au cas où des directives nationales sur le PrEP n'ont pas été élaborées, Donnez les raisons applicables (veuillez sélectionner tout ce qui s'applique):

- Il n'y a pas de groupe identifié avec une incidence suffisamment élevée conformément aux directives de l'OMS
 Ce n'est pas une priorité de financement
 Les médicaments ne sont pas disponibles dans le pays
 La capacité technique à mettre en œuvre la PrEP est limitée
 Autre : veuillez spécifier _____
-

28. Est-ce qu'un régime contenant du Tenofovir pour la PrEP a reçu une autorisation dans votre pays (veuillez sélectionner tout ce qui s'applique)?

- Oui, un produit de spécialité
 Oui, un produit générique
 Non
-

29. Est-ce que la PrEP est-elle disponible dans votre pays au travers l'un des éléments suivants(veuillez sélectionner tout ce qui s'applique):

- Recherche (y compris les études pilotes et les projets de démonstration)
 Etablissements publics
 Prestataires privés
 L'Internet
 Établissements d'enseignement
 Autres: veuillez préciser _____
-

Préservatifs

30. Y a-t-il eu des ruptures de stocks de préservatifs* au cours des 12 derniers mois ?

a) Rupture de stock national :

- Oui
 Non

b) Rupture de stock local

- Oui
 Non
-

31. Combien de préservatifs et de lubrifiants ont été distribués (qui ont quitté les entrepôts centraux ou régionaux pour une distribution ultérieure) au cours de l'année civile précédente par type de fournisseur ?

a) Préservatifs masculins :

Total _____
Public _____
Privé _____
ONG _____

b) préservatifs féminins :

Total _____
Public _____
Privé _____
ONG _____

c) lubrifiants :

Total _____
Public _____
Privé _____
ONG _____

4. Éliminer les inégalités entre les sexes et mettre fin à toutes les formes de violence et de discrimination à l'égard des femmes et des filles, des personnes vivant avec le VIH et des populations clés d'ici 2020

- Garantir aux femmes l'accès universel à des services sur la santé sexuelle et reproductive de qualité et abordables, y compris des services liés au VIH.
- Éliminer les stigmatisations et les discriminations liées au VIH au sein des structures de santé d'ici 2020.
- Réviser et réformer les lois accentuant les stigmatisations et les discriminations, notamment l'âge de consentement, la non-divulgaration du statut VIH, l'exposition et la transmission, les restrictions de voyage et le dépistage obligatoire.

32. Votre pays a-t-il des lois exigeant le consentement des parents pour que les adolescents aient accès aux services de santé sexuelle et reproductive ?

- Oui, pour les adolescents de moins de 18 ans
- Oui, pour les adolescents de moins de 16 ans
- Oui, pour les adolescents de moins de 14 ans
- Non

33. Votre pays a-t-il des lois exigeant le consentement des parents pour que les adolescents aient accès au dépistage du VIH ?

- Oui, pour les adolescents de moins de 18 ans
- Oui, pour les adolescents de moins de 16 ans
- Oui, pour les adolescents de moins de 14 ans
- Non

34. Votre pays a-t-il des lois exigeant un consentement parental pour l'accès des adolescents au traitement VIH ?

- Oui, pour les adolescents de moins de 18 ans
- Oui, pour les adolescents de moins de 16 ans
- Oui, pour les adolescents de moins de 14 ans
- Non

35. Votre pays a-t-il des lois exigeant le consentement du conjoint pour que les femmes mariées aient accès aux services de santé sexuelle et reproductive ?

- Oui
- Non

36. Votre pays a-t-il des lois exigeant le consentement du conjoint pour que les femmes mariées aient accès au dépistage du VIH ?

- Oui
 - Non
-

5. S'assurer que 90 % des jeunes possèdent les compétences, les connaissances et la capacité de se protéger du VIH et aient accès à des services de santé sexuelle et reproductive d'ici 2020 afin de réduire le nombre de nouvelles infections à VIH parmi les adolescentes et les jeunes femmes en-deçà de 100 000 par an

6. S'assurer que 75 % des personnes vivant avec le VIH, affectés par le VIH ou à risque bénéficient d'une protection sociale incluant le VIH d'ici 2020

37. Le pays a-t-il une stratégie, une politique ou un cadre de protection sociale approuvé *?

- Oui, et il est mis en œuvre
 - Oui, mais il n'est pas mis en œuvre
 - Non
-

37.1 Si oui :

a) Fait-il référence au VIH ?

- Oui
- Non

b) Est-ce qu'il reconnaît les personnes vivant avec le VIH comme bénéficiaires clés ?

- Oui
- Non

c) Est-ce qu'il reconnaît les populations clés (travailleuses de sexe, homosexuels et autres hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues, les personnes transgenres et les prisonniers) en tant que bénéficiaires clés?

- Oui
- Non

d) Est-ce qu'il reconnaît les adolescentes et les jeunes femmes comme bénéficiaires clés ?

- Oui
- Non

e) Est-ce qu'il reconnaît les personnes touchées par le VIH (enfants et familles) comme bénéficiaires clés ?

- Oui
- Non

f) Est-ce qu'il aborde la question du travailler de soins non rémunérés dans le contexte du VIH ?

- Oui
 - Non
-

38. Les représentants du programme national de lutte contre le sida ou l'équivalent sont-ils inclus dans un mécanisme ou une 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 ne comprend 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 et il inclut des représentants du programme national de lutte contre le sida ou équivalent
-

39. Existe-t-il des programmes de transfert de cash* pour les jeunes femmes âgées de 15-24 ans qui sont mises en œuvre dans le pays ?

- Oui
 - Non
-

7. Garantir la gestion par la communauté d'au moins 30 % des services fournis d'ici 2020

40. Existe-t-il les garanties suivantes dans les lois, les règlements et les politiques qui prévoient le fonctionnement des OSC/OBC dans votre pays (veuillez sélectionner tout ce qui s'applique) ?

- L'enregistrement des OSC VIH est possible
 - L'enregistrement des OSC/OBC travaillant avec des populations clés est possible
 - Les services VIH peuvent être fournis par les OSC/OBC
 - Les services aux populations clés peuvent être fournis par les OSC/OBC
 - Les exigences en matière de rapportage pour les OSC/OBC délivrant des services VIH sont rationalisées
-

41. Existe-t-il des lois, des politiques ou des règlements qui permettent l'accès au financement des OSC/OBC ?

- Les contrats sociaux ou autres mécanismes permettant le financement de la prestation de services des collectivités au travers des financements nationaux
 - Des donateurs internationaux
 - Autres: veuillez préciser _____
-

8. Garantir l'augmentation des investissements liés au VIH à US\$ 26 milliards d'ici 2020, dont un quart pour la prévention du VIH et 6 % pour les accélérateurs sociaux

9. Responsabiliser les personnes vivant avec le VIH, à risque et affectées par le VIH afin qu'elles connaissent leurs droits, aient accès à la justice et à des services juridiques afin de prévenir et lutter contre les violations des droits de l'homme

10. S'engager à sortir le sida de l'isolement par le biais de systèmes centrés sur les populations pour améliorer la couverture de santé universelle, notamment le traitement pour la tuberculose, le cancer du col de l'utérus et les hépatites B et C

- Réduire de 75% le nombre de décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH d'ici 2020.

Stratégie nationale de lutte contre le VIH et suivi et évaluation

Stratégie nationale

42. Votre pays a-t-il une stratégie ou une politique nationale qui guide la riposte au sida ?

- Oui, une stratégie ou une politique du sida autonome
- Oui, une stratégie ou une politique de santé qui intègre la riposte au sida
- Non
- Autres: veuillez préciser _____

42.1 Si oui, la stratégie ou la politique nationale de lutte contre le sida a-t-elle été examinée au cours des deux dernières années?

- Oui
- Non

42.2 Si oui, est-ce que la stratégie ou la politique nationale qui guide la réponse nationale contre le sida s'adresse explicitement aux populations clés ou aux groupes vulnérables suivants (veuillez sélectionner tout ce qui s'applique)?

- Populations clés adolescent
- Les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes
- Personnes dans les prisons et d'autres endroits fermés
- Les personnes qui s'injectent des drogues
- Travailleurs de sexe (hommes et femmes)
- Personnes transgenres
- Personnes non déplacées affectées par des situations d'urgence
- Réfugiés
- Personnes déplacées internes
- Migrants et demandeurs d'asile

42.3 Si oui, est-ce que la stratégie ou la politique nationale guide la réponse nationale contre le sida (veuillez sélectionner tout ce qui s'applique):

- Notamment des plans ou des activités explicites qui répondent aux besoins des populations clés
- Notamment des plans ou des activités explicites qui répondent aux besoins des jeunes femmes et des filles
- S'inspire des données les plus récentes sur l'épidémie nationale de VIH et sur l'état de la riposte
- Intègre les intrants d'un processus multisectoriel, y compris divers secteurs gouvernementaux ainsi que des partenaires non gouvernementaux

42.4 Si oui, est-ce que la stratégie ou la politique nationale qui guide la riposte au sida comprend les interventions sexospécifiques*, y compris les interventions visant à faire face aux intersections de la violence basée sur le genre et le VIH?

- Oui
- Non

42.4.a Dans l'affirmative, la stratégie ou la politique nationale qui guide la riposte au sida comportent-elle un budget consacré à la mise en œuvre d'interventions transformatrices du genre *?

- Oui
 - Non
-

Suivi et évaluation

Systemes d'information sanitaire

43. Votre pays a-t-il un système d'information sanitaire fonctionnant sous forme électronique, sur papier ou les deux?

- Oui, électronique
- Oui, sur papier
- Oui, les deux
- Aucun système d'information sanitaire fonctionnant

43.1 Si «oui, les deux» ci-dessus, à peu près quel pourcentage des éléments suivants sont actuellement saisis dans le système national d'information sanitaire électronique?

- Etablissement de santé fournissant des services VIH: _____
- Cohorte nationale de traitement VIH (c.-à-d. tous les patients sous ARV): _____

Prévalence en CPN de routine

44. Est-ce que le pays utilise les données des consultations dans CPN sur le nombre de femmes enceintes testées VIH+ et le nombre de femmes dont le statut VIH+ est connu avant la grossesse en cours afin de comprendre les tendances de la prévalence du VIH?

- Oui
- Non

44.1 Si «oui», a-t-on organisée une revue la qualité de ces données au cours des deux dernières années pour s'assurer qu'elles sont comparables au fil du temps?

- Oui
- Non

44.2 Si «oui» à 43 et 44, ces données sont-elles captées par votre système d'information sanitaire (DHIS2 ou autres)?

- Oui
- Non

Cascade de traitement

45. Si «oui» à 43, les résultats des tests de charge virale au niveau du patient sont-ils couramment disponibles dans le système d'information sanitaire ?

- Oui, entièrement
- Oui, partiellement
- Non

46. Les données sur les cascades de traitement sont-elles disponibles et analysées:

	Test	Traitement	Charge virale
Au niveau du district ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pour les populations clés ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

47. Les données sur les cascades de traitement sont-elles systématiquement incluses dans le système d'information sanitaire (DHIS2 ou autres) avec un tableau de bord au niveau du district sanitaire ?

- Oui, entièrement
- Oui, partiellement
- Non

Systèmes de suivi des patients

48. Le pays a-t-il mis à jour les indicateurs et les outils du système de suivi des patients en accord avec les Lignes directrices 2017 de l'OMS sur la surveillance des patients VIH et la surveillance des cas?

- Oui, entièrement
 - Oui, partiellement
 - Non
 - Ne sais pas
-

Codes d'identification uniques pour les patients

49. Est-ce que le pays a une méthode pour identifier et supprimer les informations de santé dupliquées pour les patients à l'intérieur et entre les cliniques (comme la liaison d'enregistrements à l'aide d'identifiants uniques et/ou d'informations personnelles identifiables (y compris les données biométriques) pour les services?

a) pour les services de traitement

- Oui
- Non

b) pour les services de traitement et de dépistage

- Oui
- Non

c) pour les services de prévention du VIH

- Oui
- Non

d) pour les services de laboratoire

- Oui
 - Non
-

50. Si «Oui» à 49 a ou b :

a) les données sont liées à l'aide d'un identifiant Personnel Unique National (NUPI) tel qu'un numéro d'identification national, numéro de soins de santé national, numéro de passeport ou numéro de sécurité sociale

- Oui
- Non

b) les données sont liées à l'aide d'un identifiant unique spécifique au VIH

- Oui
- Non

c) les données sont liées à l'aide d'une combinaison d'informations d'identification personnelle régulièrement collectées, telles que le prénom, le nom et la date de naissance

- Oui
- Non

d) les données sont liées à l'aide d'une biométrie (p. ex. empreinte digitale, scan d'iris)

- Oui
- Non

e) Autres méthodes pour relier les informations du patient : veuillez préciser _____

Notification des cas VIH

51. Le VIH est-il une « maladie » à déclaration obligatoire par la loi ?

- Oui
 - Non
-

51.1 Si oui à 51, existe-t-il un formulaire type de notification des cas de VIH pour l'utilisation dans la notification des nouveaux cas diagnostiqués ?

- Oui
 - Non
-

51.2 Si oui à 51, le pays a-t-il pour mandat de signaler les événements sentinelles subséquents pour les cas de VIH diagnostiqués, tels que la date et le résultat du premier dénombrement des lymphocytes CD4, la date de l'initiation de l'art et les dates et résultats des tests de charge virale de premier et de suivi ?

- Oui
 - Non
-

51.3 Si « oui » à 43 et 51, la surveillance basée sur les cas est-elle incluse dans le système d'information sur la santé ?

- Oui
 - Non
-

Mortalité

52. Le pays a-t-il pour mandat de signaler tous les décès au système d'enregistrement civil et de statistiques vitales en utilisant un formulaire normalisé de déclaration des décès qui inclut la cause du décès ?

- Oui
 - Non
-

52.1 Si « oui », dans quelle mesure la déclaration de décès est-elle complète dans le système d'enregistrement civil et de statistiques vitales ?

- < 25% complet
 - 25 – 50% complet
 - 51 – 75% complet
 - > 75% complet
-

52.2 Si « oui » à 51 et 52, les données au niveau individuel sur les décès déclarés peuvent être

a) Liées au système national de notification des cas de VIH du pays ?

- Oui
- Non

b) Ont été signalés directement au système national de notification des cas de VIH du pays ?

- Oui
 - Non
-

Annexe 1. Bibliographie

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. Global AIDS update 2016. Geneva: UNAIDS; 2016 (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/Global-AIDS-update-2016>).
12. Prevention gap report. Geneva: UNAIDS; 2016 (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/prevention-gap>).
13. Ending AIDS—Progress towards the 90–90–90 targets. Geneva: UNAIDS; 2017 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf).
14. Securing the future today—synthesis of strategic information on HIV and young people. Geneva: UNAIDS; 2011 (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2011/20110727_JC2112_Synthesis_report).
15. 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).
16. Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/en>).
17. 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 (<http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en>).
18. The state of the world's children 2016. New York: UNICEF; 2016 (<https://www.unicef.org/sowc2016>).
19. Segone M, ed. Country-led monitoring and evaluation systems: better evidence, better policies, better development results. New York: UNICEF; 2009 (<http://mics.unicef.org/files?job=W1siZilsjll-wMTUvMDEvMzAvMDMvMjUvNTUvNTAwL0NvdW50cnlfbGVkX-01FX3N5c3RlbXMucGRml1d&sha=cgcc92ec34d8448b>).

Annexe 2. Grille nationale de financement pour l'indicateur 8 : Dépenses totales de lutte contre le sida

Le cadre de compte-rendu de l'indicateur 8, « Dépenses totales liées à la lutte contre le VIH », 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 compte-rendu se fait sous forme de grille. La grille nationale de financement suggérée pour établir le Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida 2017 contient une série exhaustive d'initiatives pour la prévention, le traitement et les soins liés au VIH pour le cycle de compte-rendu précédent (correspondant à l'ancien indicateur 6.1 du Rapport d'activités sur la riposte au sida dans le monde, substitué par le Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida), présentée dans un format reflétant les engagements de la nouvelle Déclaration politique 2016 sur le VIH et le sida : Accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030.

La série des principaux sous-indicateurs comprend : l'association de mesures de prévention, y compris préservatifs, PrEP, circoncision masculine volontaire médicale, services de réduction des risques, responsabilisation des jeunes femmes et filles et prestation d'ensembles de services essentiels pour les populations clés ; prévention de la transmission mère-enfant du VIH ; dépistage du VIH et conseil ; suivi en laboratoire spécifique au VIH ; traitement antirétroviral ; TB/VIH ; et acteurs sociaux, dont les programmes de réduction des stigmatisations et de droits de l'homme. Les programmes apparaissant comme nouveaux dans la liste des initiatives n'étaient pas inclus dans l'orientation précédente et seront décrits plus en détails.

Le tableau ci-dessous fournit une série complète de programmes et de services expliquant la totalité

de l'utilisation possible des ressources nationales, y compris les programmes de base et les sources de financement pour le cycle de Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida 2017.

Les pays ont pour tâche de rendre compte des programmes ou services applicables selon la situation, c'est-à-dire que tous les pays n'ont pas besoin de compléter chaque ligne de la matrice, mais seulement celles étant pertinentes selon leur réalité nationale. La même chose est valable pour les sources de financement : elles doivent être complétées selon la réalité nationale. Si les dépenses sont inexistantes, il est important de le mentionner (avec la valeur « 0 ») lorsqu'aucune donnée n'est disponible ou applicable.

L'outil en ligne de Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida fournira de plus amples informations sur comment remplir les formulaires de compte-rendu et soumettre des indicateurs de dépenses à l'ONUSIDA. Une description plus détaillée (étendue et limites) de chaque programme inclus dans cette matrice et chaque source de financement est disponible dans le registre des indicateurs qui sera régulièrement mis à jour.

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 dans le Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida ou ailleurs.

Liste des programmes VIH dans la matrice de financement nationale alignés sur les catégories de la Revue des Dépenses de lutte contre le sida

Accélérer les engagements pour mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030	Codes dans la matrice nationale de financement du GAM	Catégories de programmes du Rapport mondial de suivi de la lutte contre le sida 2017 : série complète d'interventions	Catégories de programmes du Rapport mondial de suivi de la lutte contre le sida 2017 : principaux sous-indicateurs	Catégories de dépenses de la lutte contre le sida (Selon les directives de la Revue Nationale des Dépenses de lutte contre le sida)
Engagement 1. S'assurer que 30 millions de personnes vivant avec le VIH aient accès au traitement grâce à l'atteinte des objectifs 90-90-90 d'ici 2020	1	Traitement, soins et appui (sous-total)		
	1.1	Conseils et Dépistage VIH (CDV): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Test VIH (produits) ▪ Autre coûts directs et indirects ▪ Non désagrégé par type de coût 	Dépenses liées au conseil et dépistage du VIH et (non ciblés)	<p>1.03. Conseil et dépistage volontaires (CDV)</p> <p>2.01.01. Conseil et dépistage à l'initiative du prestataire (CDIP)</p> <p>4.11. Dépistage obligatoire du VIH (pas CDV)</p> <p>Note : ce programme cible la population générale, tandis que le CDV ciblant des groupes de populations spécifiques doit être inscrit dans le cadre de programmes de prévention pour des groupes de populations spécifiques associés</p> <p>Les dépenses liées à l'approvisionnement doivent être inscrites sous la Catégorie de dépenses relatives au sida (ASC) 8.3 « Approvisionnement et logistique » de la matrice nationale de financement (à l'exception des dépenses liées aux produits).</p> <p>Les coûts attribués à l'information stratégique et aux systèmes d'information doivent être inscrits respectivement dans les sections 8.1 « Information stratégique » et 8.3 « Renforcement des systèmes de santé ».</p>
	1.2	Traitement antirétroviral (sous-total)	Dépenses liées au traitement antirétroviral, adultes et pédiatriques	2.01.03. Traitement antirétroviral ou 2.01.03.98. Traitement antirétroviral non ventilé par âge ou par ligne de traitement

<p>2.01.03.01. Traitement antirétroviral</p> <p>Les coûts attribués à l'approvisionnement (à l'exception des dépenses liées aux produits) doivent être inscrits sous la catégorie de dépenses relatives au sida (ASC) 8.3 « Approvisionnement et logistique » de la matrice nationale de financement.</p> <p>Les coûts attribués à l'information stratégique et aux systèmes d'information doivent être inscrits respectivement dans les sections</p> <p>8.1 « Information stratégique » et 8.3 « Renforcement des systèmes de santé ».</p>	<p>Dépenses liées au traitement antirétroviral, adultes et pédiatriques</p>	<p>1.2.1. Traitement antirétroviral, incluant:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ARVs ▪ Autre coûts directs et indirects ▪ Non désagrégé par type de coût
<p>2.01.03.02. Traitement antirétroviral pour les enfants</p> <p>Les coûts attribués à l'approvisionnement (à l'exception des dépenses liées aux produits) doivent être inscrits sous la catégorie de dépenses relatives au sida (ASC) 8.3 « Approvisionnement et logistique » de la matrice nationale de financement.</p> <p>Les coûts attribués à l'information stratégique et aux systèmes d'information doivent être inscrits respectivement sous les sections 8.1 « Information stratégique » et 8.3 « Renforcement des systèmes de santé ».</p>	<p>Dépenses liées au traitement antirétroviral, adultes et enfants</p>	<p>1.2.2 Traitement antirétroviral pour les enfants, incluant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antirétroviraux ▪ Autres coûts directs et indirects ▪ Non ventilés par type de coût
<p>2.01.05. Suivi en laboratoire spécifique au VIH</p> <p>Les coûts attribués à l'approvisionnement (à l'exception des dépenses liées aux produits) doivent être inscrits sous la catégorie de dépenses relatives au sida (ASC) 8.3 « Approvisionnement et logistique » de la matrice nationale de financement.</p> <p>Les coûts attribués à l'information stratégique et aux systèmes d'information doivent être inscrits respectivement sous les sections 8.1 « Information stratégique » et 8.3 « Renforcement des systèmes de santé ».</p>	<p>Dépenses liées au suivi en laboratoire spécifique au VIH (numération des cellules CD4, charge virale)</p>	<p>1.3</p> <p>Suivi en laboratoire spécifique au VIH (CD4, charge virale), notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Numération des cellules T, tests de la charge virale (produits) ▪ Autres coûts directs et indirects ▪ Non ventilés par type de coût
<p>2.01.02 Prophylaxie et traitement des infections opportunistes (IO)</p> <p>2.02.01 Traitement et hospitalisation pour infections opportunistes (IO)</p>	<p>Prophylaxie et traitement des infections opportunistes (IO), hors traitement et prévention de la tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH</p>	<p>1.4</p>
<p>2.01.08. Soins palliatifs externes</p> <p>2.01.09. Soins palliatifs au domicile</p> <p>2.02.02. Soins palliatifs en hôpital</p>	<p>Soins palliatifs</p>	<p>1.5</p>

2.01.04. Soutien nutritionnel associé au traitement antirétroviral	Soutien et maintien	
2.01.07. Services de traitement et soutien psychologiques		
Ne s'applique pas pour le maintien		
<p>Engagement 2. Éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici 2020 et garantir l'accès au traitement du VIH à 1,6 millions d'enfants d'ici 2018</p>		
<p>1.17. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)</p>	<p>Dépenses liées à la prévention de la transmission verticale du VIH</p>	<p>Prévention de la transmission verticale du VIH (sous-total)</p>
<p>1.17.01. Conseil et dépistage des femmes enceintes au sein des programmes de PTME</p> <p>Les coûts attribués à l'approvisionnement (à l'exception des dépenses liées aux produits) doivent être inscrits sous la catégorie de dépenses relatives au sida (ASC) 8.3 « Approvisionnement et logistique » de la matrice nationale de financement.</p> <p>Les coûts attribués à l'information stratégique et aux systèmes d'information doivent être inscrits respectivement sous les sections 8.1 « Information stratégique » et 8.3 « Renforcement des systèmes de santé ».</p>	<p>Dépistage du VIH et conseil (DVC) pour les femmes enceintes, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tests VIH (produits) ▪ Autres coûts directs et indirects ▪ Non ventilés par type de coût <p>Dépenses liées à la prévention de la transmission verticale du VIH</p>	<p>2.1</p>
<p>Ne s'applique pas</p> <p>Les coûts attribués à l'approvisionnement (à l'exception des dépenses liées aux produits) doivent être inscrits sous la catégorie de dépenses relatives au sida (ASC) 8.3 « Approvisionnement et logistique » de la matrice nationale de financement.</p> <p>Les coûts attribués à l'information stratégique et aux systèmes d'information doivent être inscrits respectivement sous les sections 8.1 « Information stratégique » et 8.3 « Renforcement des systèmes de santé ».</p>	<p>Diagnostic précoce chez les nourrissons, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tests VIH (produits) ▪ Autres coûts directs et indirects ▪ Non ventilés par type de coût <p>Dépenses liées à la prévention de la transmission verticale du VIH</p>	<p>2.2</p>

<p>1.17. 02. Prophylaxie antirétrovirale pour les femmes enceintes et les nouveau-nés séropositifs</p> <p>Les coûts attribués à l'approvisionnement (à l'exception des dépenses liées aux produits) doivent être inscrits sous la catégorie de dépenses relatives au sida (ASC) 8.3 « Approvisionnement et logistique » de la matrice nationale de financement.</p> <p>Les coûts attribués à l'information stratégique et aux systèmes d'information doivent être inscrits respectivement sous les sections 8.1 « Information stratégique » et 8.3 « Renforcement des systèmes de santé ».</p>	<p>Traitement antirétroviral pour réduire la transmission verticale du VIH, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antirétroviraux ▪ Autres coûts directs et indirects ▪ Non ventilés par type de coût 	<p>Dépenses liées à la prévention de la transmission verticale du VIH</p>	<p>1.17. 03. Méthodes sûres d'alimentation des nourrissons (y compris substitution du lait maternel)</p> <p>1.17. 04. Pratiques d'accouchement faisant partie de programmes de PTME</p> <p>1.17. 05. Marketing social de préservatifs et distribution de préservatifs masculins et féminins dans le cadre de programmes de PTME CDS.01.17.99. Activités de PTME non mentionnées ailleurs</p>
<p>2.3</p>	<p>Composant de la PTME sans lien au TAR</p>	<p>Dépenses liées à la prévention de la transmission verticale du VIH</p>	<p>Ne s'applique pas</p>
<p>2.4</p>	<p>3</p> <p>Prévention (sous-total)</p>	<p>Programmes de changement social et de comportement (CSC)</p>	<p>1.01. Communication pour le changement social et de comportement.</p> <p>Note : La communication pour le changement social et de comportement ciblant les populations clés doit être rapportée dans le cadre des programmes de prévention pour les populations clés.</p>
<p>Engagement 3.</p> <p>Assurer l'accès aux options d'association de mesures de prévention, y compris la prophylaxie préexposition, la circoncision masculine volontaire médicale, la réduction des risques et les préservatifs, à au moins 90 % des personnes d'ici 2020, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes dans les pays à forte prévalence et les populations clés d'homosexuels et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les professionnels du sexe et leurs clients, les personnes qui s'injectent des drogues et les prisonniers</p> <p>et</p> <p>Engagement 8.</p> <p>Garantir l'augmentation des investissements liés au VIH à US\$ 26 milliards d'ici 2020, dont un quart pour la prévention du VIH et 6 % pour les acteurs sociaux</p>	<p>3.1</p>	<p>Non ciblés</p>	<p>1.01. Communication pour le changement social et de comportement.</p> <p>Note : La communication pour le changement social et de comportement ciblant les populations clés doit être rapportée dans le cadre des programmes de prévention pour les populations clés.</p>

<p>1.12. Marketing social de préservatifs</p> <p>1.13. Distribution du préservatif masculin dans le secteur public et commercial</p> <p>1.14. Distribution du préservatif féminin dans le secteur public et commercial</p> <p>Note : ces programmes ciblent la population générale, tandis que les mêmes programmes ciblant des groupes de populations spécifiques doivent être inscrits dans le cadre de programmes de prévention pour ces groupes de populations spécifiques</p> <p>Les coûts attribués à l'approvisionnement (à l'exception des dépenses liées aux produits) doivent être inscrits sous la CDS 8.3 « Approvisionnement et logistique » de la matrice nationale de financement.</p> <p>Les coûts attribués à l'information stratégique et aux systèmes d'information doivent être inscrits respectivement sous les sections 8.1 « Information stratégique » et 8.3 « Renforcement des systèmes de santé ».</p> <p>Ne s'applique pas</p> <p>Note : Si des dépenses applicables à la PrEP doivent être inscrites dans cette catégorie, elles doivent être exclues des programmes de prévention associés pour les populations clés afin d'éviter les doublons</p> <p>Ne s'applique pas</p> <p>Note : Si des dépenses applicables à la PrEP pour les HSH doivent être inscrites dans cette catégorie, elles doivent être exclues des programmes de prévention associés pour les HSH afin d'éviter les doublons</p> <p>Ne s'applique pas</p> <p>Note : Si des dépenses applicables à la PrEP pour les PS doivent être inscrites dans cette catégorie, elles doivent être exclues des programmes de prévention associés pour les PS afin d'éviter les doublons</p> <p>Ne s'applique pas</p> <p>Note : Si des dépenses applicables à la PrEP pour les PQID doivent être inscrites dans cette catégorie, elles doivent être exclues des programmes de prévention associés pour les PQID afin d'éviter les doublons</p>	<p>Préservatifs (pas ciblés)</p>	<p>Préservatifs, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Préservatifs (produits) ▪ Autres coûts directs et indirects ▪ Non ventilés par type de coût 	<p>3.2</p>	<p>Prophylaxie préexposition (PrEP) ventilée par population clé (sous-total)</p> <p>3.3.1 PrEP pour les homosexuels et d'autres hommes avant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)</p> <p>3.3.2 PrEP pour les professionnels du sexe (PS)</p> <p>3.3.3 PrEP pour les personnes qui s'injectent des drogues (PQID)</p>
<p>Prophylaxie préexposition (PrEP) stratifiée par population clé</p>	<p>Prophylaxie préexposition (PrEP) stratifiée par population clé</p>	<p>Prophylaxie préexposition (PrEP) stratifiée par population clé</p>	<p>3.3</p>	<p>Prophylaxie préexposition (PrEP) stratifiée par population clé</p>

	<p>3.3.4 PrEP pour les personnes transgenres (PT)</p>	<p>Ne s'applique pas</p> <p>Note : Si des dépenses applicables à la PrEP pour les PT doivent être inscrites dans cette catégorie, elles doivent être exclues des programmes de prévention associés pour les PT afin d'éviter les doublons</p>
	<p>3.3.5 PrEP pour les prisonniers</p>	<p>Ne s'applique pas</p> <p>Note : Si des dépenses applicables à la PrEP pour les prisonniers doivent être inscrites dans cette catégorie, elles doivent être exclues des programmes de prévention associés pour les prisonniers afin d'éviter les doublons</p>
	<p>3.3.6 PrEP pour les jeunes femmes et les adolescentes dans les pays à forte prévalence</p>	<p>Ne s'applique pas</p> <p>Note : Si des dépenses applicables à la PrEP pour jeunes femmes et adolescentes dans les pays à forte prévalence doivent être inscrites dans cette catégorie, elles doivent être exclues des programmes de prévention associés pour les jeunes femmes et les adolescentes afin d'éviter les doublons</p>
	<p>3.3.7. Prophylaxie préexposition pour les couples sérodiscordants</p>	<p>Ne s'applique pas</p> <p>Note : Si des dépenses applicables à la PrEP pour les couples sérodiscordants doivent être inscrites dans cette catégorie, elles doivent être exclues des programmes de prévention associés pour les personnes vivant avec le VIH afin d'éviter les doublons</p>
<p>3.4</p>	<p>Circoncision masculine volontaire médicale (CMVM) dans les pays à forte prévalence</p>	<p>1.18. Circoncision masculine</p>
<p>3.5</p>	<p>Prévention, promotion du dépistage et mise en relation avec des programmes de soins pour les homosexuels et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tests VIH (produits) ▪ Préservatifs, lubrifiants et autres produits ▪ Autres coûts directs et indirects ▪ Non ventilés par type de coût 	<p>1.09. Programmes pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)</p> <p>Note : Les coûts attribués à l'approvisionnement (à l'exception des dépenses liées aux produits) doivent être inscrits sous la catégorie de dépenses relatives au sida (ASC) 8.3 « Approvisionnement et logistique » de la matrice nationale de financement.</p> <p>Les coûts attribués à l'information stratégique et aux systèmes d'information doivent être inscrits respectivement sous les sections 8.1 « Information stratégique » et 8.3 « Renforcement des systèmes de santé ».</p>

<p>3.6</p>	<p>Prévention, promotion du dépistage et mise en relation avec des programmes de soins pour les professionnels du sexe et leurs clients, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tests VIH (produits) ▪ Préservatifs, lubrifiants et autres produits ▪ Autres coûts directs et indirects <ul style="list-style-type: none"> ▪ Non ventilés par type de coût 	<p>Prévention au sein des populations clés</p>	<p>1.08. Programmes de prévention pour les professionnels du sexe et leurs clients</p>
<p>3.7</p>	<p>Prévention, promotion du dépistage et mise en relation avec des programmes de soins pour les personnes qui s'injectent des drogues (sous-total)</p>	<p>Prévention au sein des populations clés</p>	<p>1.10. Programmes de réduction des risques pour les personnes qui s'injectent des drogues (CDI)</p> <p>Note : Les coûts attribués à l'approvisionnement (à l'exception des dépenses liées aux produits) doivent être inscrits sous la catégorie de dépenses relatives au sida (ASC) 8.3 « Approvisionnement et logistique » de la matrice nationale de financement.</p> <p>Les coûts attribués à l'information stratégique et aux systèmes d'information doivent être inscrits respectivement sous les sections 8.1 « Information stratégique » et 8.3 « Renforcement des systèmes de santé ».</p>
			<p>1.10.05. Échange d'aiguilles et de seringues stériles dans le cadre de programmes pour les CDI</p> <p>1.10.01. CDV dans le cadre des programmes pour les CDI</p> <p>1.10.02. Marketing social de préservatifs et distribution de préservatifs féminins dans le cadre des programmes pour les CDI</p> <p>1.10.03. Prévention et traitement des IST dans le cadre des programmes pour les CDI</p> <p>1.10.04. Communication sur le changement de comportement (CCC) dans le cadre de programmes pour le CDI</p> <p>1.10.99. Autres initiatives de programmation pour les CDI, non mentionnées ailleurs</p> <p>Note : Les coûts attribués à l'approvisionnement (à l'exception des dépenses liées aux produits) doivent être inscrits sous la catégorie de dépenses relatives au sida (ASC) 8.3 « Approvisionnement et logistique » de la matrice nationale de financement.</p> <p>Les coûts attribués à l'information stratégique et aux systèmes d'information doivent être inscrits respectivement sous les sections 8.1 « Information stratégique » et 8.3 « Renforcement des systèmes de santé ».</p>

<p>1.10.06. Traitement avec des drogues de substitution dans le cadre de programmes pour les CDI</p>		<p>1.10.06. Traitement avec des drogues de substitution dans le cadre de programmes pour les CDI</p>
<p>3.7.2. Thérapie de substitution, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Drogues de substitution, telles que la méthadone ou la buprénorphine (produits) ▪ Autres coûts directs et indirects <ul style="list-style-type: none"> ▪ Non ventilés par type de coût 	<p>Prévention au sein des populations clés</p>	<p>Note : Les coûts attribués à l'approvisionnement (à l'exception des dépenses liées aux produits) doivent être inscrits sous la catégorie de dépenses relatives au sida (ASC) 8.3 « Approvisionnement et logistique » de la matrice nationale de financement.</p> <p>Les coûts attribués à l'information stratégique et aux systèmes d'information doivent être inscrits respectivement sous les sections 8.1 « Information stratégique » et 8.3 « Renforcement des systèmes de santé ».</p>
<p>3.8</p>	<p>Prévention, promotion du dépistage et mise en relation avec des programmes de soins pour les personnes transgenres</p>	<p>Ne s'applique pas</p> <p>Note : Si applicable, peut être rapporté sous une catégorie de programmation plus large</p> <p>1.04 Réduction des risques pour les populations vulnérables et accessibles</p>
<p>3.9</p>	<p>Prévention, promotion du dépistage et mise en relation avec des programmes de soins pour les prisonniers</p>	<p>Ne s'applique pas</p> <p>Note : Si applicable, peut être rapporté sous une catégorie de programmation plus large</p> <p>1.04 Réduction des risques pour les populations vulnérables et accessible</p>
<p>3.10</p>	<p>Prévention, promotion du dépistage et mise en relation avec des programmes de soins ciblant les jeunes femmes et les adolescentes (pays à forte prévalence)</p>	<p>Ne s'applique pas</p> <p>Note : Si applicable, les dépenses pour les programmes de prévention ciblant les jeunes femmes et les adolescentes doivent être inscrites sous cette catégorie et elles doivent être exclues de la catégorie de programmation plus large associée</p> <p>1.4 Réduction des risques pour les populations vulnérables et accessibles</p> <p>1.05. Prévention – jeunes dans les écoles</p> <p>1.06. Prévention – jeunes non scolarisés</p>
<p>3.11</p>	<p>Transferts d'argent aux filles (pays à forte prévalence), y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ issus de budgets réservés à la prévention du VIH 	<p>Ne s'applique pas</p> <p>Note : Si applicable, les dépenses en transferts d'argent à l'intention des filles doivent être inscrites sous cette catégorie et elles doivent être exclues de la catégorie de programmation plus large associée « Prévention des jeunes femmes et adolescentes »</p> <p>1.4 Réduction des risques pour les populations vulnérables et accessibles</p>

<p>Ne s'applique pas</p>	<p>3.12</p> <p>Programmes de prévention pour les populations vulnérables et accessibles</p>	<p>1.04. Réduction des risques pour les populations vulnérables et accessibles</p> <p>Note: si des composants spécifiques ont été rapportés ci-dessus (par ex. prisonniers, personnes transgenres, etc.), ils doivent être exclus de cette catégorie pour éviter les doublons</p>
<p>Ne s'applique pas</p>	<p>3.13</p> <p>Prophylaxie post-exposition (PEP)</p>	<p>1.22. Prophylaxie post-exposition (PEP)</p>
<p>Ne s'applique pas</p>	<p>3.14</p> <p>Lieu de travail</p>	<p>1.11. Programmes de prévention sur le lieu de travail</p>
<p>Ne s'applique pas</p>	<p>3.15</p> <p>Synergies avec le secteur de la santé</p>	<p>1.16. Prévention, diagnostic et traitement des infections sexuellement transmissibles (ST)</p> <p>1.19. Sécurité transfusionnelle</p> <p>1.20. Injections médicales sûres</p> <p>1.21. Précautions universelles</p> <p>2.01.06. Programmes dentaires pour les personnes vivant avec le VIH</p> <p>2.03. Transport de patients et secours d'urgence</p>
<p>Engagement 4. Éliminer les inégalités entre les sexes et mettre fin à toutes les formes de violence et de discrimination envers les femmes et les filles, les personnes vivant avec le VIH et les populations clés d'ici 2020</p>	<p>4</p> <p>Programmes liés axés sur la sexospécificité</p>	<p>7.04. Programmes liés à la lutte contre le sida ciblant les femmes</p> <p>7.05. Programmes de réduction de la violence sexiste</p>
<p>Engagement 5. S'assurer que 90 % des jeunes possèdent les compétences, les connaissances et la capacité de se protéger du VIH et aient accès à des services de santé sexuelle et reproductive d'ici 2020 afin de réduire le nombre de nouvelles infections à VIH parmi les adolescentes et les jeunes femmes en-deçà de 100 000 par an</p>	<p>5</p> <p>Programmes pour les enfants et les adolescents</p>	<p>1.05. Prévention – jeunes dans les écoles</p> <p>1.06. Prévention – jeunes non scolarisés</p> <p>Note : Cette catégorie exclut les programmes de prévention spécifiques ciblant les jeunes femmes et les adolescentes</p>
<p>Engagement 6. S'assurer que 75 % des personnes vivant avec le VIH, affectés par le VIH ou à risque de bénéficier d'une protection sociale tenant compte du VIH d'ici 2020</p>	<p>6</p> <p>Protection sociale</p>	<p>3. Orphelins et enfants vulnérables (OEV), y compris toutes les sous-catégories</p> <p>6. Protection sociale et services sociaux, y compris toutes les sous-catégories</p>

Engagement 7. Garantir la gestion par la communauté d'au moins 30 % des services fournis d'ici 2020	7	Mobilisation communautaire	Dépenses liées aux acteurs sociaux	1.02. Mobilisation communautaire
Engagement 8. Garantir l'augmentation des investissements liés au VIH à US\$ 26 milliards d'ici 2020, dont un quart pour la prévention du VIH et 6 % pour les acteurs sociaux	8	Gouvernance et durabilité (sous-total)		Ne s'applique pas
	8.1	Informations stratégiques		4.03. Suivi et évaluation 4.05. Surveillance sérologique (sérosurveillance) 4.06. Surveillance de la résistance aux médicaments VIH 4.09. Suivi des patients 8.03. Recherche épidémiologique 8.04. Recherche en sciences sociales
	8.2	Planification et coordination		4.01. Planification, coordination et gestion des programmes
	8.3	Approvisionnement et logistique		4.02. Coûts d'administration et de transaction associés à la gestion et au déboursement de fonds 4.07. Systèmes d'approvisionnement des médicaments
	8.4	Renforcement des systèmes de santé		4.08. Technologies de l'information 4.10. Modernisation et construction d'infrastructures 5.03. Formation
Ne s'applique pas	8.5	Éducation		5.02. Éducation formatrice pour créer un réseau de professionnels pour la lutte contre VIH
Ne s'applique pas	8.6	Recherche en lien avec le VIH et le sida		8.01. Recherche biomédicale 8.02. Recherche clinique 8.05. Recherche en lien avec les vaccins 4.04. Recherche en lien avec les opérations

<p>Engagement 9. Responsabiliser les personnes vivant avec le VIH, à risque et affectées par le VIH afin qu'elles connaissent leurs droits, aient accès à la justice et à des services juridiques pour prévenir et lutter contre les violations des droits de l'homme</p>	<p>9</p>	<p>Acteurs critiques (sous-total)</p>	<p>Ne s'applique pas</p>
<p>9.1</p>	<p>Dialogues sur les politiques</p>	<p>Dépenses liées aux acteurs sociaux</p>	<p>7.01. Actions de plaidoyer</p>
<p>9.2</p>	<p>Programmes clés liés aux droits de l'homme</p>	<p>Dépenses liées aux acteurs sociaux</p>	<p>7.02. Programmes de droits de l'homme</p>
<p>9.3</p>	<p>Développement institutionnel spécifique au sida</p>	<p>Dépenses liées aux acteurs sociaux</p>	<p>7.03. Développement institutionnel spécifique au sida</p>
<p>Engagement 10. S'engager à sortir le sida de l'isolement par le biais de systèmes centrés sur les populations pour améliorer la couverture de santé universelle, notamment le traitement pour la tuberculose, le cancer du col de l'utérus et les hépatites B et C</p>	<p>10</p>	<p>Co-infection tuberculeuse-VIH, diagnostic et traitement (sous-total)</p>	<p>Ne s'applique pas Note : Si applicable, elles peuvent être inscrites dans une catégorie de programmes plus large 2.01.02 Prophylaxie et traitement en clinique externe des infections opportunistes (IO), ou 2.02.01 Traitement et hospitalisation pour les infections opportunistes (IO)</p>
<p>10.1</p>	<p>Dépistage et diagnostic de la TB pour les personnes vivant avec le VIH</p>	<p>Dépenses liées à TB/VIH</p>	<p>Ne s'applique pas</p>
<p>10.2</p>	<p>Prévention et traitement de la TB pour les personnes vivant avec le VIH</p>	<p>Dépenses liées à TB/VIH</p>	<p>Ne s'applique pas</p>
<p>Ne s'applique pas</p>	<p>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)</p>	<p>Ne s'applique pas</p>	<p>Ne s'applique pas</p>
<p>Total</p>	<p>Total des dépenses liées au VIH</p>	<p>Ne s'applique pas</p>	<p>Ne s'applique pas</p>

Annexe 3. Volumes et prix unitaires des produits achetés et distribués

Regime/formulation	Posologie	Comprimés ou plus petite dose par paquet	Nombre total de boîtes achetées au cours de l'année fiscale	Approvisionnement mois et année (MM/AAAA)	Prix unitaire moyen par boîte	Nombre total de boîtes reçus 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]	60 mg + 30 mg					
Tenofovir + Lamivudine [TDF + 3TC]	300 mg + 300 mg					
Darunavir [DRV]	300 mg					
Dolutegravir [DTG]	50 mg					
Autres (prière de spécifier):						

Volumes et prix unitaires des médicaments par source de financement en unités monétaires locales

Le nombre de boîtes achetées doit être fourni pour chaque lot d'achat du régime / formulation. Les données sur le nombre de boîtes pris par les bénéficiaires correspondent au régime / aux formulations sans qu'il soit nécessaire de les ventiler par processus d'achat.

Copyright © 2017
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)
Tous droits réservés.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent aucune prise de position de la part de l'ONUSIDA quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni au tracé de leurs frontières ou limites. L'ONUSIDA ne garantit pas que les informations figurant dans la présente publication sont complètes et correctes, et ne pourra être tenue pour responsable des dommages éventuels résultant de leur utilisation.

UNAIDS/JC2880



ONUSIDA,
Programme commun des
Nations Unies sur le VIH/sida

20 Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666

unaids.org