

ONUSIDA 2022
ORIENTATIONS

Suivi mondial de la lutte contre le sida 2023

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

Contenu

Introduction	7
Résumé des modifications apportées aux indicateurs dans le rapport 2022	8
Les indicateurs	10
1.1 Incidence du VIH	10
1.2 Estimations de la taille des populations clés (A–E)	12
1.3 Prévalence du VIH parmi les populations clés (A–E)	14
1.4 Dépistage du VIH parmi les populations clés (A–D)	16
1.5A Utilisation du préservatif parmi les professionnel(le)s du sexe	18
1.5B Utilisation du préservatif chez les hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	20
1.5C Utilisation du préservatif parmi les personnes qui s’injectent des drogues	22
1.5D Utilisation du préservatif parmi les personnes transgenres	24
1.6 Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les populations clés (A–D)	26
1.7 Programmes de prévention du VIH dans les prisons	28
1.8 Pratiques d’injections à moindre risque parmi les personnes qui s’injectent des drogues	29
1.9 Aiguilles et seringues distribuées par personne qui s’injecte des drogues	31
1.10 Couverture du traitement d’entretien par agonistes opioïdes	33
1.11 Personnes ayant reçu un traitement prophylactique préexposition	34
1.12 Prévalence de la circoncision masculine	36
1.13 Nombre annuel d’hommes circoncis volontairement	38
1.14 Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque	40
1.15 Nombre annuel de préservatifs distribués	41
1.16 Les jeunes : connaissances des jeunes en matière de prévention du VIH	43

Les estimations modélisées du VIH à l’aide du logiciel Spectrum sont attendues pour le 31 mars 2023.

Veuillez utiliser le site Web de suivi mondial du sida (aidsreportingtool.unaids.org) pour soumettre vos données d’indicateur avant le 31 mars 2023.

2.1	Personnes vivant avec le VIH et connaissant leur statut sérologique	44
2.2	Personnes vivant avec le VIH sous thérapie antirétrovirale	46
2.3	Personnes vivant avec le VIH dont la charge virale a été supprimée	48
2.4	Diagnostic tardif du VIH	51
2.5	Volume de dépistage et résultats positifs	52
2.6	Couverture du traitement antirétroviral parmi les personnes vivant avec le VIH au sein des populations clés (A–E)	54
2.7	Mortalité due au sida	56
3.1	Dépistage du VIH chez les femmes enceintes	57
3.2	Diagnostic infantile précoce	59
3.3	Transmission verticale du VIH	61
3.4	Prévention de la transmission verticale du VIH	63
3.5	Syphilis chez les femmes enceintes	65
3.6	Taux de syphilis congénitale (naissances vivantes et mortinaissances)	67
3.7	Virus de l'hépatite B chez les femmes enceintes bénéficiant de services de consultations prénatales	68
4.1	Expérience de la violence physique et/ou sexuelle parmi les populations clés	70
4.2	Attitudes à l'égard de la violence contre les femmes	72
6.1	Attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH	74
6.2	Stigmatisation internalisée signalée par les personnes vivant avec le VIH	76
6.3	Stigmatisation et discrimination subies par les personnes vivant avec le VIH dans les milieux communautaires	78
6.4	Expérience de la discrimination liée au VIH dans les établissements de soins de santé	80
6.5	Stigmatisation et discrimination vécues par les populations clés	82
6.6	Évitement des services de santé parmi les populations clés à cause de la stigmatisation et de la discrimination (A–D)	84
6.7	Personnes vivant avec le VIH cherchant une voie de recours pour la violation de leurs droits	86

7.1	Hépatite virale parmi les populations clés	88
7.2	Dépistage de l'hépatite C	89
7.3	Personnes co-infectées par le VIH et le virus de l'hépatite C commençant un traitement contre le virus de l'hépatite C	90
7.4	Prévalence de la syphilis parmi les populations clés (A, B, D)	91
7.5	Hommes souffrant d'écoulement urétral	93
7.6	Blennorragie chez les hommes	94
7.7	Co-gestion du traitement de la tuberculose et du VIH	95
7.8	Personnes vivant avec le VIH atteintes d'une tuberculose active	97
7.9	Personnes vivant avec le VIH et ayant débuté un traitement de prévention de la tuberculose	98
7.10	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral qui ont terminé un traitement préventif de la tuberculose parmi celles qui ont commencé un tel traitement	100
7.11	Nombre de femmes vivant avec le VIH ayant bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus, quel que soit le test utilisé.	102
7.12	Traitement du précancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH	104
7.13	Traitement du cancer invasif du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH	105
7.14	Personnes vivant avec le VIH bénéficiant d'une distribution multimensuelle de médicaments antirétroviraux	106
8.1	Budget national public pour la riposte face au VIH	108
8.2	Antirétroviraux : prix unitaires et volume	109
8.3	Dépenses de lutte contre le VIH en fonction de l'origine des ressources	110

Directives pour remplir l’outil de suivi des politiques et des engagements nationaux (NCPI) interim 2023	114
Outil de suivi des politiques et des engagements nationaux (NCPI) interim	121
1. Prévention combinée pour tous	121
2. Objectifs 95–95–95 liés au dépistage et au traitement du VIH	123
3. Mettre fin au sida pédiatrique et éliminer la transmission verticale	139
4. Égalité des sexes et autonomisation des femmes et des filles	144
5. Leadership communautaire	145
6. Réaliser les droits de l’homme et mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination	147
7. Couverture de santé universelle et intégration	148
8. Données, science et innovation	152
Annexe 1 Bibliographie sélective	155
Annexe 2 Niveaux escomptés du budget national public affecté au VIH	156
Annexe 3 Volumes et prix unitaires des antirétroviraux achetés et distribués	157
Annexe 4 Grille de financement national de l’indicateur 8.3 : Dépenses liées au VIH en fonction de l’origine des ressources	158
Annexe 5 Conseils supplémentaires pour l’élaboration des indicateurs Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida sur le VIH et la tuberculose 7.7–7.10	164
Annexe 6 Orientation sur les questions juridiques	165

Introduction

Les indicateurs et les questions contenus dans ce document sont conçus pour être utilisés par les programmes nationaux de lutte contre le sida et les partenaires afin d'évaluer l'état de la réponse d'un pays au VIH et au sida, et de mesurer les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs nationaux en matière de VIH. Les pays sont encouragés à intégrer ces indicateurs et ces questions dans leurs efforts de suivi en cours et à communiquer des données nationales complètes par le biais du processus du Suivi mondial de la lutte contre le sida (GAM). Ils contribueront ainsi à améliorer la compréhension de la réponse mondiale à l'épidémie de VIH, y compris les progrès réalisés en vue d'atteindre les engagements et les objectifs mondiaux énoncés dans la nouvelle Déclaration politique des Nations Unies sur le VIH et le sida: Mettre fin aux inégalités et se mettre sur la voie de l'élimination du sida d'ici à 2030, adopté en juin 2021,¹ et les Objectifs de développement durable.²

Ce document est une compilation détaillée d'indicateurs et une série de questions sur les politiques nationales et leur mise en œuvre. Il est conçu pour permettre la meilleure utilisation des données disponibles au niveau national, pour standardiser les rapports provenant de différentes épidémies de VIH et de différents contextes sociopolitiques, et pour permettre l'agrégation au niveau mondial. L'ONUSIDA travaille avec des organisations clés sous l'égide du Groupe consultatif technique de suivi (MTAG) pour harmoniser les indicateurs afin qu'ils correspondent aux normes internationales.

La Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 :Mettre fin aux inégalités, mettre fin au sida encourage l'utilisation d'un prisme des inégalités et la hiérarchisation des meilleures preuves pour identifier et agir afin de combler les lacunes qui empêchent de progresser vers la fin du sida.³ Les données communiquées de l'année 2022 seront utilisées pour décrire les progrès accomplis vers les nouveaux objectifs de 2026 et pour demander aux pays et aux partenaires mondiaux de rendre compte des améliorations souhaitées. Les données nationales et sous-nationales serviront de base à la préparation d'estimations de plus en plus détaillées sur le VIH qui alimentent les rapports du GAM.

Les données seront également mises à disposition pour la préparation et l'examen des subventions et des plans opérationnels pour les pays participants au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial) et à la mobilisation des ressources du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR).

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

² Vous trouverez des détails sur les objectifs de développement durable à l'adresse suivante : Faire des ODD une réalité. Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies ; c2021 (<https://sustainabledevelopment.un.org/>).

³ Pour en savoir plus sur la stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026, voir : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_en.pdf

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

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

Le contexte et les détails techniques de la collecte, de l'analyse, du partage et de la communication des données par le biais du GAM sont contenus dans le document cadre de soutien : ***Global AIDS monitoring framework 2022– 2026***.⁴

Résumé des modifications apportées aux indicateurs dans le rapport 2023

Le rapport 2023 exige la soumission de données sur les indicateurs, le NCPI interim et l'enquête sur les médicaments et les diagnostics du sida. Il est également possible de télécharger des données et des documents relatifs aux personnes et aux populations dans des situations humanitaires.

Le rapport narratif est optionnel.

Sur la base des recommandations du MTAG suite à son examen du GAM, et en tenant compte des contributions des autres parties prenantes, plusieurs indicateurs ont été modifiés.

⁴ Tous les documents du GAM peuvent être consultés à l'adresse suivante : <https://www.unaids.org/en/global-aids-monitoring>

Les changements dans le cadre du rapport 2023 sont résumés ci-dessous :

- La fréquence de mesure a été harmonisée pour tous les indicateurs pour lesquels la source recommandée est une enquête comportementale :
 - 1.3 Prévalence du VIH parmi les populations clés (A–D)
 - 1.4 Prévalence du VIH parmi les populations clés (A–D)
 - 1.7 Programmes de prévention du VIH dans les prisons.
- La terminologie a été mise à jour dans deux indicateurs, passant de « traitement de substitution aux opioïdes » à « traitement d’entretien par agonistes opioïdes » :
 - 1.7 Programmes de prévention du VIH dans les prisons.
 - 1.10 Prise en charge des traitements de substitution aux opiacés.
- 1.11 Personnes ayant reçu la PrEP.
 - Une catégorie a été ajoutée à la désagrégation par produit de PrEP (pour inclure CAB-LA).
 - La désagrégation par schéma posologique (quotidien ou événementiel) pour les hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes a été supprimée sur la base des directives actualisées de l’Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur l’éligibilité à la PrEP événementielle, qui rendent le suivi par schéma posologique moins pertinent pour le suivi global.
- 1.13 Nombre annuel d’hommes circoncis volontairement.
 - Une catégorie a été ajoutée à la désagrégation par âge (pour inclure les âges 30-34 ans).
- Les désagrégations par âge, sexe et population clé ont été harmonisées pour tous les indicateurs avec l’indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH comme source recommandée :
 - 6.2 Stigmatisation internalisée signalée par les personnes vivant avec le VIH.
 - 6.3 Stigmatisation et discrimination subies par les personnes vivant avec le VIH dans les milieux communautaires.
 - 6.4 Expérience de la discrimination liée au VIH dans les établissements de soins de santé.
 - 6.7 Personnes vivant avec le VIH cherchant à obtenir réparation pour des violations de leurs droits.
- 6.4 Expérience de la discrimination liée au VIH dans les établissements de soins de santé.
 - La désagrégation par durée de vie avec le VIH a été mise à jour pour refléter la question correspondante du questionnaire de l’indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH 2.0 sur la durée de connaissance de la séropositivité.

Le NCPI pour le rapport 2023 est un questionnaire interim qui se compose d’un sous-ensemble de questions de la partie A se rapportant à des politiques dont on considère qu’elles évoluent plus rapidement. La formulation de certaines questions a été affinée sur la base des expériences des cycles de rapports précédents et pour refléter l’évolution des recommandations politiques et des technologies disponibles.

Les indicateurs

1.1 Incidence du VIH

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

Ce qui est mesuré

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

Fondement

L'objectif final de la lutte mondiale contre le sida est de réduire le nombre de nouvelles infections à moins de 200 000 en 2030. Suivre l'évolution du nombre de nouvelles infections dans le temps permet de mesurer les progrès accomplis par rapport à cet objectif. Cet indicateur est l'un des 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'appuie sur des méthodes de calcul indirectes ou sur une combinaison de méthodes directes et indirectes.

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

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

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

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

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- Sexe (homme, femme)
- Âge (0–14, 15–24, 15–49 et 50 ans et +)
- Villes ou autres zones administratives d'importance épidémiologique.

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, comme celles qui sont le plus touchées par le VIH ou qui se sont engagées à mettre fin au 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 Favoriser l'impact par le suivi et la gestion du programme. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2020 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1274308/retrieve>).

Logiciel Spectrum. Glastonbury (CT): Avenir Health; 2019 (<http://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php>).

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

Ce qui est mesuré

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

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

- 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 pouvez également importer une feuille de calcul Excel comportant ces données plutôt que de les saisir dans l'outil en ligne. Par ailleurs, pour tous les rapports d'enquête disponibles en ce qui concerne l'estimation de la taille des populations, vous devez présenter la version numérique en utilisant l'outil de téléchargement.

Forces et faiblesses

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

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

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

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

Informations complémentaires

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

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

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

Pourcentage de populations clés spécifiques vivant avec le VIH

Cet indicateur est divisé en cinq sous indicateurs :

- A. Prévalence du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe.
- B. Prévalence du VIH parmi les hommes gays et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- C. Prévalence du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues.
- D. Prévalence du VIH parmi les personnes transgenres.
- E. Prévalence du VIH parmi les 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 touchant 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. Hommes gays et 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 gays et 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, 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 (données du programme) ou tous les deux ans (enquête biocomportementale)

Ventilation

- **A, C et E:** Sexe (homme, femme et transgenre).
- **D:** genre (homme transgenre, femme transgenre, autre)
- **A–E:** Âge (moins de 25 ans, 25 ans et plus).
- **A–E:** Villes ou autres zones administratives d'importance épidémiologique.

Informations complémentaires requises

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

Forces et faiblesses

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

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 de suivi national 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.

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

Les services peuvent facilement être mis en place auprès des 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 dans lesquels les comportements présentant un risque de transmission du VIH constituent un délit, il est possible d'obtenir une prévalence élevée du VIH et de surinterpréter les résultats. Pour l'analyse, il est utile de comprendre parfaitement la population carcérale et plus particulièrement les motifs de détention.

Informations complémentaires

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

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

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

Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés. Genève : World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246200/9789241511124-eng.pdf;jsessionid=28C67621504E323967719DE7C880FF01?sequence=1>).

1.4 Dépistage du VIH parmi les populations clés (A–D)

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

Cet indicateur est divisé en quatre sous-indicateurs:

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

Ce qui est mesuré

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

Fondement

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

Numérateur

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

plus

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

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

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

Le nombre de répondants des cases jaunes est le numérateur.

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

Dénominateur

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

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Enquêtes de surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques

Les questions suivantes sont posées aux personnes interrogées :

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

Fréquence de mesure

Tous les deux ans

Ventilation

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

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

A-D: Âge (<25 ans et 25+).

A-D: Villes ou autres zones administratives d'importance épidémiologique.

Informations complémentaires requises

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

Forces et faiblesses

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

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

Informations complémentaires

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

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

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

Ce qui est mesuré

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

Fondement

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

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

Numérateur

Nombre de professionnel(le)s du sexe qui ont indiqué avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client

Dénominateur

Nombre de professionnel(le)s du sexe qui ont indiqué avoir eu un rapport sexuel payant au cours des 12 derniers mois

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Enquêtes de surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques

La question suivante est posée aux personnes interrogées :

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

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

Fréquence de mesure

Tous les deux ans

Ventilation

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

Informations complémentaires requises

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

Forces et faiblesses

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

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

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

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

Informations complémentaires

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

Favoriser l'impact par le suivi et la gestion du programme. Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1274308/retrieve>).

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

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

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

Ce qui est mesuré

Progrès accomplis dans la prévention de l'exposition au VIH des hommes ayant des rapports sexuels anaux non protégés avec un partenaire masculin

Fondement

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

Remarque: les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une sous-épidémie concentrée parmi les hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Dans ce cas, il convient de calculer et de transmettre l'indicateur pour cette population.

Numérateur

Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont indiqué avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal

Dénominateur

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

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Enquêtes de surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques

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

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

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

Fréquence de mesure

Tous les deux ans

Ventilation

- Âge (<25 et 25+ ans)
-

Informations complémentaires requises

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

Forces et faiblesses

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

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

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

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

Informations complémentaires

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

Favoriser l'impact par le suivi et la gestion du programme. Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1274308/retrieve>).

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

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

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

Ce qui est mesuré

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

Fondement

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

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

Numérateur

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

Dénominateur

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

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Enquêtes de surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques

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

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

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

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

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

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

Fréquence de mesure

Tous les deux ans

Ventilation

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

Informations complémentaires requises

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

Forces et faiblesses

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

L'importance de la transmission du VIH liée à la consommation de drogues injectables au sein d'un pays dépend de quatre facteurs : 1) l'étendue, le stade et les caractéristiques de propagation de l'épidémie nationale de sida, 2) l'ampleur de la consommation de drogues injectables, 3) le degré d'utilisation de matériel d'injection contaminé par les personnes qui s'injectent des drogues, et 4) les habitudes en termes de promiscuité sexuelle et d'utilisation du préservatif parmi les personnes qui s'injectent des drogues, d'une part, et entre ceux-ci et l'ensemble de la population, d'autre part. Cet indicateur fournit des informations sur le quatrième de ces facteurs. Afin de maximiser l'utilité de ces données, il est recommandé que l'échantillon ayant servi au calcul de cet indicateur soit également utilisé pour le calcul des autres indicateurs se rapportant à ces populations.

Informations complémentaires

Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Réseau international des usagers de drogues, ONUSIDA, Programme des Nations Unies pour le développement, Fonds des Nations Unies pour la population, Organisation mondiale de la Santé et al. Mettre en œuvre des programmes complets de lutte contre le VIH et le VHC avec les personnes usagères de drogues en injection : conseils pratiques pour des interventions collaboratives. Vienne : Office des Nations unies contre la drogue et le crime ; 2017

(<https://www.inpud.net/en/duit-implementing-comprehensive-hiv-and-hcv-programmes-people-who-inject-drugs>).

Favoriser l'impact par le suivi et la gestion du programme. Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH. Genève: Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1274308/retrieve>).

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

1.5D Utilisation du préservatif parmi les personnes transgenres

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

Ce qui est mesuré

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

Fondement

Les préservatifs peuvent réduire considérablement le risque de transmission sexuelle du VIH. Il est donc important que les personnes transgenres, et en particulier les femmes transgenres, les utilisent systématiquement et correctement en raison du risque élevé de transmission du virus lors de rapports sexuels anaux non protégés. L'utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport avec pénétration est considérée comme un indicateur fiable du comportement sur le long terme.

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

Numérateur

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

Dénominateur

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

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Enquêtes de surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques

La question suivante est posée aux personnes interrogées :

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

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

Fréquence de mesure

Tous les deux ans

Ventilation

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

Informations complémentaires requises

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

Forces et faiblesses

L'utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel ou anal avec un partenaire (quel qu'il soit) fournit une bonne indication des niveaux et des tendances générales des rapports sexuels protégés et non protégés parmi les personnes transgenres. Dans les pays où les personnes transgenres de la sous-population sont susceptibles d'avoir des partenaires cisgenres et transgenres, il convient de les interroger sur l'utilisation d'un préservatif avec leurs partenaires féminins, masculins et transgenres. Dans ce cas, les données sur l'utilisation du préservatif doivent toujours être ventilées selon le partenaire (féminin, masculin ou transgenre).

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

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

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

Informations complémentaires

Programme des Nations Unies pour le Développement, IRGT : un réseau mondial de femmes transgenres contre le VIH, Fonds des Nations Unies pour la population, Centre d'excellence de l'UCSF pour la santé des personnes transgenres, École de santé publique Bloomberg de Johns Hopkins, Organisation mondiale de la Santé et al. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions. New York (NY) : Programme des Nations Unies pour le développement, 2016 (<https://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Key%20populations/TRANSIT.pdf>).

Favoriser l'impact par le suivi et la gestion du programme. Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH. Genève: Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1274308/retrieve>).

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

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

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

Cet indicateur est divisé en quatre sous-indicateurs :

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

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

PARTIE I. Enquêtes de surveillance comportementale et autre enquête spécifique

Ce qui est mesuré

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

Fondement

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

Numérateur

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

Dénominateur

Nombre de personnes interrogées au sein d'une population clé

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

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

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

Fréquence de mesure

Tous les deux ans

Ventilation

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

Forces et faiblesses

Les données des enquêtes permettent de mesurer l'utilisation individuelle de plusieurs services d'intervention. 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.

Informations complémentaires

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

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

Ce qui est mesuré

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

Fondement

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

Numérateur

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

Dénominateur

Nombre de personnes au sein d'une population clé

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

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

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

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

Pour le dénominateur : Taille estimée de la population, validée

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- Type de prestataire de services (services publics, organisations dirigées par des populations clés, ONG ou autres entités). Pour des lignes directrices supplémentaires, voir page 34 du document complémentaire *Cadre mondiale suivi du sida 2022–2026*.
 - Nom de l'organisation/des organisations **Veillez mentionner le nom et l'URL/le site Internet (le cas échéant) de l'organisation dirigée par les populations clé, des ONG ou des autres entités qui fournissent ces services**
-

Forces et faiblesses

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

Informations complémentaires requises

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

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

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

Informations complémentaires

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

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

1.7 Programmes de prévention du VIH dans les prisons

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

Ce qui est mesuré

Nombre de 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 prisonniers souffrant d'hépatite C

Nombre ou pourcentage de prisonniers souffrant d'une hépatite C ou d'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

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

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

Ce qui est mesuré

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

Fondement

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

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

Numérateur

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

Dénominateur

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

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Enquêtes de surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques

Les questions suivantes sont posées aux personnes interrogées :

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

Si « oui » :

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

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

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

Fréquence de mesure

Tous les deux ans

Ventilation

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

Informations complémentaires requises

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

Forces et faiblesses

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

L'importance de la transmission du VIH liée à la consommation de drogues injectables au sein d'un pays dépend de quatre facteurs : 1) l'étendue, le stade et les caractéristiques de propagation de l'épidémie nationale de sida, 2) l'ampleur de la consommation de drogues injectables, 3) le degré d'utilisation de matériel d'injection contaminé par les personnes qui s'injectent des drogues, et 4) les habitudes en termes de promiscuité sexuelle et d'utilisation du préservatif parmi les personnes qui s'injectent des drogues, d'une part, et entre ceux-ci et l'ensemble de la population, d'autre part. Cet indicateur fournit des informations sur le troisième de ces facteurs. Pour maximiser l'utilité de ces données, il est recommandé que l'échantillon ayant servi au calcul de cet indicateur soit également utilisé pour le calcul des autres indicateurs se rapportant à ces populations.

Informations complémentaires

Outil pour définir et suivre des objectifs en matière de prévention, diagnostic, traitement et soin du VIH chez les populations clés. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

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-eof-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>

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

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

Ce qui est mesuré

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

Fondement

À l'échelle mondiale, la consommation de drogues injectables est le principal mode de transmission chez environ 12 % des personnes qui contractent le VIH. La prévention de la transmission du VIH par la consommation de drogues injectables est l'un des défis clés à relever pour réduire le poids du VIH.

Les programmes d'échange de seringues sont inclus en tant qu'intervention essentielle du secteur de la santé dans l'ensemble complet d'interventions de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour la prévention et le traitement du VIH parmi les populations clés (voir les informations complémentaires ci-dessous) décrites dans les Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés (2014).

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

Numérateur

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

Dénominateur

Nombre de consommateurs de drogues injectables dans le pays

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

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

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

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- Type de prestataire de services (services publics, organisations dirigées par des populations clés, ONG ou autres entités). **Pour des lignes directrices supplémentaires, voir page 34 du document complémentaire Cadre mondiale suivi du sida 2022–2026.**
 - Nom de l'organisation/des organisations **Veillez mentionner le nom et l'URL/le site Internet (le cas échéant) de l'organisation dirigée par les populations clé, des ONG ou des autres entités qui fournissent ces services**
-

Informations complémentaires requises

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

Forces et faiblesses

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

L'estimation du nombre de personnes qui s'injectent des drogues à l'échelon national présente plusieurs difficultés. Il existe de multiples définitions des personnes qui s'injectent des drogues et les estimations de leur nombre peuvent fortement varier. L'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 :

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

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

Informations complémentaires

Outil pour définir et suivre des objectifs en matière de prévention, diagnostic, traitement et soin du VIH chez les populations clés.

Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

Efficacité des programmes de distribution de seringues et d'aiguilles stériles dans la diminution du VIH/sida parmi les personnes qui s'injectent des drogues. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2004 (https://www.who.int/hiv/pub/prev_care/effectivenesssterileneedle.pdf)

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

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

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

1.10 Couverture du traitement d'entretien par agonistes opioïdes

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

Ce qui est mesuré

Capacité des programmes à proposer un traitement d'entretien par agonistes opioïdes aux personnes qui s'injectent des drogues pour réduire directement la fréquence d'injection. La cible de couverture est fixée à 50 %.

Fondement

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

Numérateur

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

Dénominateur

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

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

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

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

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- Genre (homme, femme, transgenre)
- Âge (<25 et 25+ ans)
- Type de prestataire de services (services publics, organisations dirigées par des populations clés, ONG ou autres entités). **Pour des lignes directrices supplémentaires, voir page 34 du document complémentaire Cadre mondiale suivi du sida 2022–2026.**
- Nom de l'organisation/des organisations **Veillez mentionner le nom et l'URL/le site Internet (le cas échéant) de l'organisation dirigée par les populations clé, des ONG ou des autres entités qui fournissent ces services**

Informations complémentaires requises

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

Forces et faiblesses

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

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

Informations complémentaires

Outil pour définir et suivre des objectifs en matière de prévention, diagnostic, traitement et soin du VIH chez les populations clés.
Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

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

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

1.11 Personnes ayant reçu un traitement prophylactique préexposition

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

Ce que ça mesure

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

Fondement

Cet indicateur est essentiel pour évaluer la disponibilité et l'utilisation de la 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 par population (basé sur l'âge, le genre et la population clé).

Le recours des personnes séronégatives à des antirétroviraux avant leur exposition au VIH peut empêcher l'infection à VIH. En 2015, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a recommandé que la PrEP par voie orale contenant du ténofovir 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. Sur la base des données cliniques disponibles, l'admissibilité au traitement en fonction de l'événement (parfois connu sous le nom de « ED-PrEP ») pour prévenir l'acquisition du VIH par voie sexuelle a été élargie en 2022 à tous les hommes cisgenres et aux personnes transgenres et de genre différent assignées à l'homme à la naissance qui ne prennent pas d'hormones exogènes à base d'estradiol. Cette posologie réduite pourrait permettre de réduire le nombre de comprimés à prendre, la toxicité potentielle et le coût du traitement, tout en améliorant l'observance chez les personnes qui ont du mal à prendre un traitement au quotidien, néanmoins, ce dosage n'est actuellement pas recommandé parmi les autres types de populations. En 2021, l'OMS a recommandé l'anneau vaginal à la dapivirine (DVR) comme option supplémentaire de PrEP à proposer aux femmes cisgenres présentant un risque important d'infection à VIH.

La mise en œuvre de la PrEP doit être guidée par plusieurs facteurs. Il s'agit notamment d'informations relatives aux services locaux – telles que le contexte ou les tendances épidémiologiques, la faisabilité et la demande -, d'une évaluation individuelle et de la prise en compte de l'environnement sociétal local pour les personnes vivant avec le VIH et les populations clés et leur accès aux services. Les critères de mise en œuvre de la PrEP peuvent varier selon les pays.

Numérateur

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

Dénominateur

Ne s'applique pas

Calcul

Ne s'applique pas

Méthode d'évaluation

Le numérateur est généré en comptant le nombre de personnes qui ont reçu un traitement PrEP (au moins une fois au cours de la période de référence (année civile précédente), conformément aux directives nationales ou aux normes OMS/ONUSIDA. Il peut s'agir de la PrEP orale ou du DVR. Le numérateur ne devrait comptabiliser les individus qu'une seule fois – la première fois qu'ils ont reçu n'importe quel produit de PrEP par voie orale pendant la période de référence. Les personnes qui ont reçu un traitement PrEP par voie orale par le biais de programmes nationaux, de projets de démonstration ou de recherche ou de moyens privés doivent être incluses.

Pour la ventilation par produit de PrEP (PrEP orale, DVR ou CAB-LA), les individus peuvent être comptés pour chaque produit (s'ils ont reçu plusieurs produits). Par conséquent, la somme des données ventilées par produit PrEP. Par conséquent, la somme des données ventilées par produit PrEP et schéma de dosage peut être supérieure au total.

L'âge est défini comme l'âge au moment où ils ont reçu la PrEP pour la première fois au cours de la période de référence.

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. Comme à chaque fois que des dossiers sont utilisés pour ventiler les indicateurs par population clé, des efforts doivent être faits pour éviter de divulguer l'identité des utilisateurs de la PrEP dans les dossiers des patients et les registres des établissements qui proposent la PrEP.

Fréquence de mesure

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

Ventilation

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

Informations complémentaires requises

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

Forces et faiblesses

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

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

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

Informations complémentaires

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

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

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

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

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

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

Indicateurs sur la circoncision masculine

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

1.12 Prévalence de la circoncision masculine

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

Ce qui est mesuré

Progrès réalisés dans la couverture de la circoncision masculine

Fondement

Il a clairement été démontré que la circoncision masculine réduit d'environ 60 % le risque, pour les hommes, d'être infectés par le VIH lors de rapports hétérosexuels. Trois essais contrôlés et randomisés ont montré que la circoncision masculine pratiquée par des professionnels de la santé formés et dans un cadre équipé de manière adéquate est sûre et réduit le risque de développement du VIH. Parmi les autres avantages de la circoncision médicale, citons la réduction du risque de certaines autres IST, dont le papillomavirus humain, responsable du cancer du col de l'utérus. Les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de l'ONUSIDA soulignent que la circoncision médicale volontaire doit continuer à être proposée comme une option supplémentaire efficace de prévention du VIH dans le cadre de la prévention combinée pour les adolescents de 15 ans et plus et les hommes adultes dans les contextes d'épidémies généralisées, afin de réduire le risque d'infection par le VIH acquise par voie hétérosexuelle. Les services de circoncision médicale volontaire doivent être fournis dans le cadre d'un ensemble d'interventions de prévention comprenant l'éducation à la sexualité à moindre risque, l'éducation et la fourniture de préservatifs, le dépistage du VIH et les liens avec les soins et le traitement, ainsi que la gestion des infections sexuellement transmissibles.

Numérateur

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

Dénominateur

Nombre d'hommes interrogés âgés de 15 à 49 ans

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Enquêtes réalisées auprès de la population (enquêtes démographiques et de santé, enquêtes sur les indicateurs du sida, enquêtes en grappe à indicateurs multiples et autres enquêtes représentatives)

Fréquence de mesure

Tous les 3 à 5 ans

Ventilation

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

Informations complémentaires requises

Aucune

Forces et faiblesses

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

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

Informations complémentaires

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

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

1.13 Nombre annuel d'hommes circoncis volontairement

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

Ce qui est mesuré

Progrès accomplis dans l'intensification des services de circoncision masculine

Fondement

Il a clairement été démontré que la circoncision masculine réduit d'environ 60 % le risque, pour les hommes, d'être contaminés par le VIH lors de rapports hétérosexuels. Trois essais contrôlés et randomisés (et plusieurs essais post-étude) ont montré que la circoncision masculine pratiquée par des professionnels de la santé formés et dans un cadre équipé de manière adéquate était sûre et réduisait le risque d'infection par le VIH. Parmi les autres avantages de la circoncision médicale, citons la réduction du risque de certaines autres IST, dont le papillomavirus humain, responsable du cancer du col de l'utérus. Les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de l'ONUSIDA soulignent que la circoncision médicale volontaire des hommes doit être fournie dans le cadre d'un ensemble d'interventions de prévention comprenant l'éducation à la sexualité à moindre risque, l'éducation et la fourniture de préservatifs, le dépistage du VIH et les liens avec les soins et le traitement, ainsi que la gestion des infections sexuellement transmissibles.

Numérateur

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

Dénominateur

Ne s'applique pas

Calcul

Ne s'applique pas

Méthode d'évaluation

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

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

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

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

Informations complémentaires requises

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

Forces et faiblesses

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

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

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

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

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

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

Informations complémentaires

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

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

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

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

Ce qui est mesuré

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

Fondement

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

Numérateur

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

Dénominateur

Nombre total de personnes interrogées ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels avec un partenaire non marié, non cohabitant au cours des 12 derniers mois

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Enquêtes réalisées auprès de la population (enquêtes démographiques et de santé, enquêtes sur les indicateurs du sida, enquêtes en grappe à indicateurs multiples et autres enquêtes représentatives)

Les antécédents sexuels des personnes interrogées sont demandés. L'analyse des antécédents sexuels est utilisée pour déterminer si les personnes interrogées ont eu des rapports sexuels avec un partenaire non marié, non cohabitant au cours des 12 derniers mois et, le cas échéant, si elles ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.

Fréquence de mesure

Tous les 3 à 5 ans

Ventilation

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

Forces et faiblesses

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

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

Informations complémentaires

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

1.15 Nombre annuel de préservatifs distribués

Nombre de préservatifs distribués au cours des 12 derniers mois

Cet indicateur est divisé en deux sous-indicateurs:

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

Ce qui est mesuré

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

Fondement

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

Numérateur

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

Dénominateur

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

Calcul

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

Méthode d'évaluation

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

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

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

Informations complémentaires requises

Aucune

Forces et faiblesses

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

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

Informations complémentaires

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

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

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

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

Ce qui est mesuré

Progrès accomplis vers la généralisation de la connaissance des éléments essentiels relatifs à la transmission du VIH

Fondement

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

Numérateur

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

Dénominateur

Nombre total de personnes interrogées de 15 à 24 ans

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Enquêtes réalisées auprès de la population (enquêtes démographiques et de santé, enquêtes sur les indicateurs du sida, enquêtes en grappe à indicateurs multiples et autres enquêtes représentatives)

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

1. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire non infecté et qui n'a pas d'autres partenaires?
 2. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport?
 3. Une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive?
 4. Une piqûre de moustique peut-elle transmettre le VIH?
 5. Peut-on contracter le VIH en partageant un repas avec une personne séropositive?
-

Fréquence de mesure

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

Ventilation

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

Explication du numérateur

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

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

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

Forces et faiblesses

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

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

Informations complémentaires

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

2.1 Personnes vivant avec le VIH et connaissant leur statut sérologique

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

Ce qui est mesuré

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

Fondement

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

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

Numérateur

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

Dénominateur

Nombre de personnes vivant avec le VIH

Calcul

Numérateur/dénominateur

Remarque: à partir de 2019, les pays dont la population est supérieure à 250 000 habitants rendront compte de cet indicateur par groupes d'âge et de sexe larges et détaillés dans leur fichier national d'estimation Spectrum. Les résultats de ces indicateurs seront importés dans l'outil de Suivi mondial de la lutte contre le sida, directement à partir du fichier national final de Spectrum, avec tous les autres indicateurs basés sur Spectrum. Les rapports sur l'indicateur pour les villes et/ou d'autres zones administratives importantes seront effectués dans l'outil de rapport de Suivi mondial de la lutte contre le sida.

Méthode d'évaluation

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

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

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

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

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

2. Estimations modélisées

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

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

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

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

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

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

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

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

Informations complémentaires requises

Veillez fournir des données décentralisées (infranationale) ou sur les villes pour cet indicateur. L'outil pour le rapport de suivi mondial de la lutte contre le sida comporte un espace prévu pour fournir des informations concernant la capitale et une ou deux autres villes importantes d'un point de vue épidémiologique, comme celles qui sont le plus touchées par le VIH ou qui se sont engagées à mettre fin à l'épidémie de 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 sérologique dans les cas suivants :

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

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

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

Estimations modélisées

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

Informations complémentaires

Favoriser l'impact par le suivi et la gestion du programme. Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://www.who.int/publications/item/consolidated-hiv-strategic-information-guidelines>)

Spectrum. Dans : Avenir Health [Internet]. Glastonbury (CT): Avenir health; 2016 (<http://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php>).

The DHS Program: Demographic and Health Surveys [page Web]. Rockville (MD) : ICF, 2019 (<http://dhsprogram.com>).

2.2 Personnes vivant avec le VIH sous thérapie antirétrovirale

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

Ce qui est mesuré

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

Fondement

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

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

Numérateur

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

Dénominateur

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

OU

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

Calcul

Numérateur/dénominateur

Remarque : à partir de 2018, les pays dont la population est supérieure à 250 000 habitants devront rendre compte de cet indicateur à partir de données ventilées par groupe d'âge dans Spectrum. Les résultats seront importés dans l'outil de suivi mondial de la lutte contre le sida une fois le fichier national finalisé. Le rapportage sur les villes et les autres domaines administratifs importants sera toujours effectué au moyen de l'outil de rapportage de suivi mondial de la lutte contre le sida.

Méthode d'évaluation

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

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

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

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

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

Fréquence de mesure

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

Ventilation

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

Informations complémentaires requises

Les pays dont la population est inférieure à 250 000 habitants et déclarant leurs données par le biais de l'outil de suivi mondial de la lutte contre le sida doivent fournir des renseignements sur la source des données relatives aux traitements. Les options sont les suivantes :

- Données de programmes, déclarées essentiellement sous forme agrégée : choisir cette option si les calculs sont transmis au ministère de la Santé et ventilés uniquement par âge et par sexe. Les données peuvent généralement être déclarées comme provenant de rapports nationaux ou de rapports de programme, la source originale étant les registres de patients, les dossiers de pharmacie ou d'autres formulaires de déclaration agrégés classiques.
- Données de programmes, déclarées essentiellement à l'aide d'identificateurs de santé : choisissez cette option si les calculs transmis au ministère de la Santé peuvent être dédoublés dans le temps et d'un établissement à l'autre à l'aide d'informations sur la santé ou permettant d'identifier une personne de manière unique.
- Estimations nationales basées sur les résultats d'enquêtes effectuées auprès de la population : choisissez cette option si vous avez utilisé les estimations d'une enquête nationale pour obtenir une estimation du nombre de personnes sous traitement.
- Estimations nationales basées sur les données de suivi des cohortes : choisissez cette option si vous avez obtenu des estimations grâce aux données de cohortes.
- Autres : utilisez cette option uniquement avec l'accord de l'ONUSIDA.

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

Tous les pays doivent fournir (le cas échéant) des données infranationales ventilées par zone administrative, ainsi que des données relatives aux villes. Ils doivent également renseigner les informations concernant la capitale et une ou deux autres villes importantes d'un point de vue épidémiologique, comme celles qui sont le plus touchées par le VIH ou qui se sont engagées à mettre fin à l'épidémie de 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, car les rapports des établissements de santé peuvent manquer ou avoir été transmis en retard à l'échelle nationale. Le nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral peut être surestimé, car certaines personnes ayant arrêté le traitement ou changé d'infrastructure, décédées ou perdues de vue, n'ont pas été retirées des registres. D'autres erreurs, liées par exemple à l'extraction incorrecte de données à partir des registres des établissements de santé ou à la rédaction des formulaires de déclaration, peuvent entraîner une surestimation ou une sous-estimation à des degrés d'amplitude variés.

Informations complémentaires

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

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

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

Ce qui est mesuré

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

Fondement

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

Numérateur

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

Dénominateur

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

OU

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

Calcul

Numérateur/dénominateur

Remarque : Les pays dont la population est supérieure à 250 000 habitants feront état de cet indicateur par grands groupes d'âge, dans le fichier d'estimations du VIH de Spectrum. Les résultats sont importés du fichier final de Spectrum dans l'outil de Suivi mondial de la lutte contre le sida, avec tous les autres indicateurs estimés par Spectrum. Les rapports sur les villes et autres zones administratives importantes seront toujours effectués en parallèle, en utilisant l'outil de Suivi mondial de la lutte contre le sida.

Méthode d'évaluation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OU

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

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

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

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

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

Informations complémentaires requises

Veillez fournir des données sur les villes pour cet indicateur. L'outil de saisie des données de suivi mondial de la lutte contre le sida 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, comme celles qui sont le plus touchées par le VIH ou qui se sont engagées à mettre fin au 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. Malgré l'importance de l'indicateur, il peut être difficile de le surveiller avec précision à l'aide des données de programme actuellement disponibles. Premièrement, étant donné que la capacité de surveillance de la charge virale est étendue mais reste limitée dans les pays à faible revenu, les estimations de la suppression de la charge virale parmi la population testée peuvent ne pas être représentatives de la population non testée. C'est particulièrement le cas si la mise à l'échelle des tests est biaisée vers des sites plus performants ou moins performants. En supposant que les niveaux de suppression de la charge virale sont les mêmes dans la population testée et non testée, les progrès vers les cibles 95-95-95 peuvent être sous- ou surestimés.

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

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

Informations complémentaires

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

Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240000735>

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

Références

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

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

2.4 Diagnostic tardif du VIH

Pourcentage et nombre d'adultes et d'enfants nouvellement diagnostiqués séropositifs dont la première numération des lymphocytes CD4 est inférieure à 200 cellules/mm³ et inférieure à 350 cellules/mm³ durant la période de référence

Ce qui est mesuré

Les personnes vivant avec le VIH qui ont été diagnostiquées tardivement

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 personnes vivant avec le VIH sont toujours diagnostiqués tardivement. Les diagnostics tardifs nuisent à la santé des personnes, et celles dont la numération des lymphocytes CD4 est faible sont plus susceptibles de transmettre le virus.

Numérateur

1. Nombre d'adultes vivant avec le VIH dont la première numération des lymphocytes CD4 est inférieure à 200 cellules/mm³ au moment du diagnostic et nombre d'enfants vivant avec le VIH dont la numération initiale ou le pourcentage des lymphocytes CD4 est la suivante, en fonction de leur âge :

- âge 5–14 ans : 200 cellules/mm³ ou CD4 < 15 % ;
- âge 36–59 mois : 350 cellules/mm³ ou CD4 < 15 % ;
- âge 12–35 mois : 750 cellules/mm³ ou CD4 < 20 %.

2. Nombre d'adultes (15 ans et plus) vivant avec le VIH dont la première numération des lymphocytes CD4 est inférieure à 350 cellules/mm³ au moment du diagnostic.

Dénominateur

Nombre total de personnes vivant avec le VIH diagnostiquées pendant la période de référence et pour lesquelles un nombre initial de cellules CD4 (ou pour les enfants, un pourcentage) a été enregistré.

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. Les personnes dont les résultats de la numération des CD4 ne doivent être incluses que si le test CD4 a été effectué dans le mois suivant la date du diagnostic du VIH.

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

0–14 ans pour les enfants (ventilés par tranches d'âges 12–35 mois, 36–59 mois et 5–14 ans) et 15 ans et plus par sexe (hommes et femmes) pour les adultes.

Explication du numérateur

Les adultes vivant avec le VIH dont le nombre initial de lymphocytes CD4 était inférieur à 200 cellules/mm³ et les adultes vivant avec le VIH dont le nombre initial de lymphocytes CD4 était inférieur à 350 cellules/mm³ au cours de la période considérée. Le rapport sur le nombre d'adultes ayant un nombre de lymphocytes CD4 inférieur à 350 cellules/mm³ doit inclure ceux dont le nombre de lymphocytes CD4 est inférieur à 200 cellules/mm³. Chez les enfants, le nombre de CD4 associé à une immunosuppression sévère varie en fonction de l'âge, d'où la nécessité d'appliquer une ventilation supplémentaire.

Explication du dénominateur

Nombre de personnes vivant avec le VIH ayant fait l'objet d'une première numération des lymphocytes CD4 sur un mois au moment du diagnostic durant la période de référence.

Forces et faiblesses

Cet indicateur peut ne pas faire la distinction entre les personnes ayant reçu un diagnostic tardif et celles qui sont arrivées tardivement pour recevoir des soins et un traitement dans un environnement où le test CD4 est disponible, et qui ont donc eu accès au test CD4 plus d'un mois après leur diagnostic initial du VIH. Afin de faire la différence entre ces deux situations, il convient de connaître 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, bien qu'il soit possible qu'un même patient puisse faire l'objet d'un diagnostic tardif et d'une orientation tardive vers les services de soins. L'historique des tests déjà effectués et les dossiers médicaux doivent être examinés dans la mesure du possible pour éviter d'inclure des personnes déjà diagnostiquées plus tôt et qui souhaitent uniquement recevoir un second diagnostic ou un diagnostic de confirmation à une date ultérieure. Enfin, cet indicateur n'inclut pas toujours toutes les personnes diagnostiquées au cours de l'année de référence si les délais de déclaration des données de diagnostic ou des résultats des tests de numération des CD4 sont importants.

2.5 Volume de dépistage et résultats positifs

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

Ce qui est mesuré

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

Fondement

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

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

Numérateur

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

Dénominateur

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

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

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

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

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

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

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

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

Informations complémentaires requises

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

Forces et faiblesses

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

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

Informations complémentaires

Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH : Favoriser l'impact par le suivi et la gestion du programme. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1274308/retrieve>).

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

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

Cet indicateur est divisé en cinq sous indicateurs :

- A. Couverture du traitement antirétroviral parmi les professionnels du sexe vivant avec le VIH
- B. Couverture du traitement antirétroviral chez les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant avec le VIH
- C. Couverture du traitement antirétroviral parmi les personnes qui s'injectent des drogues vivant avec le VIH
- D. Couverture du traitement antirétroviral parmi les personnes transgenres vivant avec le VIH
- E. Couverture du traitement antirétroviral parmi les 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 de surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques

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

Tous les deux ans pour les enquêtes comportementales

Annuel si les données du programme spécial sont disponibles

Ventilation

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

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

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

A–E : Villes ou autres zones administratives d'importance épidémiologique

Informations complémentaires requises

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

Forces et faiblesses

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

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

Informations complémentaires

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

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

2.7 Mortalité due au sida

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

Ce qui est mesuré

Impacts des programmes de prévention, soins et traitement du VIH

Fondement

Des efforts 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 au cours de l'année calendaire

Dénominateur

Population totale indépendamment du statut VIH

Calcul

Numérateur/dénominateur multiplié par 100 000

Méthode d'évaluation

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

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

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

Informations complémentaires requises

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

Dans l'idéal, les pays doivent présenter une estimation modélisée plutôt qu'une estimation obtenue à partir de leur système de registres d'état civil, sauf si ce dernier a récemment fait l'objet d'une évaluation et dont la qualité a été démontrée. Les utilisateurs ont désormais la possibilité d'utiliser leurs estimations Spectrum ou de saisir des données représentatives de la population du pays. S'ils optent pour les estimations Spectrum, les chiffres seront directement 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 plus incertain. Les informations concernant les profils de survie des personnes qui reçoivent ou non un traitement antirétroviral sont particulièrement importantes. La marge d'incertitude de l'estimation du nombre de décès liés au sida doit être indiqués. L'évaluation sera uniquement aussi fiable que les données saisies dans les modèles et les hypothèses sur lesquelles se fonde le modèle.

Informations complémentaires

Favoriser l'impact par le suivi et la gestion du programme. Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/consolidated-hiv-strategic-information-guidelines>) Spectrum software. Glastonbury (CT): Avenir Health; 2019 (<https://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php>).

3.1 Dépistage du VIH chez les femmes enceintes

Pourcentage de femmes enceintes dont le statut sérologique VIHest connu

Ce qui est mesuré

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

Fondement

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

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

Numérateur

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

Dénominateur

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

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

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Numérateur : données des programmes, tels que les registres des cliniques prénatales ou les registres de travail et d'accouchement. Certaines personnes récupèrent plusieurs mois de médicaments antirétroviraux lors d'une seule visite. Si la durée du traitement récupéré couvre le dernier mois de la période de référence, ces personnes doivent tout de même être considérées comme recevant un traitement antirétroviral (plutôt que comme ayant arrêté le traitement ou comme étant perdues de vue).

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

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

Fréquence de mesure

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

Ventilation

Statut sérologique/résultats du dépistage :

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

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

- Femmes enceintes qui s'injectent des drogues.
-

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

Informations complémentaires requises

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

Forces et faiblesses

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

Informations complémentaires

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

3.2 Diagnostic infantile précoce

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

Ce qui est mesuré

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

Fondement

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

Numérateur

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

Dénominateur

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

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

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

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

Fréquence de mesure

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

Ventilation

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

Explication du numérateur

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

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

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

Explication du dénominateur

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

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

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

Forces et faiblesses

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

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

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

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

Informations complémentaires

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

Informations complémentaires

MER indicator reference guide, version 2.4 [Internet]. Washington (DC): United States President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR); 2019 (<https://datim.zendesk.com/hc/en-us/articles/360000084446-MER-Indicator-Reference-Guides>).

Measuring the impact of national PMTCT programmes: towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive. A short guide on methods. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75478/1/9789241504362_eng.pdf).

3.3 Transmission verticale du VIH

Pourcentage estimé d'enfants nouvellement infectés par le VIH par transmission verticale⁵ au cours des 12 derniers mois.

Ce qui est mesuré

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

Fondement

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

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

Numérateur

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

Dénominateur

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

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

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

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

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

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

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

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

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

Aucune

Informations complémentaires requises

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

Forces et faiblesses

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

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

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

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

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

Informations complémentaires

Favoriser l'impact par le suivi et la gestion du programme. Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/consolidated-hiv-strategic-information-guidelines>)

3.4 Prévention de la transmission verticale du VIH

Pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu des médicaments antirétroviraux en vue de réduire le risque de transmission verticale⁵ du VIH

Ce qui est mesuré

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

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

Fondement

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

Numérateur

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

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

Dénominateur

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

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

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

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

Fréquence de mesure

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

Ventilation

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

Informations complémentaires requises

Aucune

Explication du numérateur

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

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

Définitions des traitements pour la ventilation

Catégories

Les deux premières options comprennent les femmes recevant un traitement antirétroviral à vie (notamment l'option B+) :

1. Traitement antirétroviral débuté pendant la grossesse en cours.
2. Traitement antirétroviral débuté avant la grossesse en cours.

Explications supplémentaires

Un schéma thérapeutique composé de trois médicaments conçus pour administrer un traitement antirétroviral à vie :

1. Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH et ayant débuté un traitement antirétroviral à vie identifiées au cours de la période de référence.
2. Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui suivaient déjà un traitement antirétroviral à la première consultation dans une clinique prénatale;

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 ».

Exemples courants

Schéma thérapeutique national type, par exemple :

- TDF + 3TC + EFV.

3. Si un autre traitement n'incluant pas un traitement à vie a été administré, veuillez saisir cet autre traitement (via une des options ci-dessous) ainsi que le nombre de femmes ayant reçu ce traitement.

Prophylaxie maternelle basée sur la trithérapie antirétrovirale (composante prophylactique de l'option B de l'Organisation mondiale de la Santé [OMS] pendant la grossesse et l'accouchement)

Un schéma de trois médicaments dispensé pour la prophylaxie de la transmission verticale commencé pendant la grossesse – ou aussi tard que pendant le travail ou l'accouchement – avec l'intention d'arrêter à la fin de la période d'allaitement (ou d'arrêter à l'accouchement, si on n'allait pas).

Si une femme reçoit une trithérapie antirétrovirale pour la première fois pendant le travail ou l'accouchement, elle doit malgré tout être comptabilisée dans cette catégorie si l'établissement de santé a recours à l'option B.

- TDF + 3TC + EFV.
- AZT + 3TC + EFV.
- AZT + 3TC + LPV/r.

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, ou 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 l'établissement de santé 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 post-partum pendant 7 jours

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 vivant avec le VIH pendant la grossesse, le travail ou l'accouchement.

Ne pas comptabiliser comme dose unique de névirapine si :

- La névirapine est administrée dans le cadre de l'option A pendant la grossesse.
- Une femme enceinte vivant avec le VIH débute l'option A, B ou B+ pendant le travail et l'accouchement

- NVP à dose unique pour la mère uniquement au début du travail
- NVP à dose unique + AZT/3TC pendant 7 jours uniquement
- NVP à dose unique pour la mère au début du travail et NVP à dose unique pour le nouveau-né uniquement

Explication du dénominateur

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

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

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

Forces et faiblesses

Les pays sont encouragés à suivre et à communiquer le nombre de femmes recevant un traitement en fonction du moment de l'initiation du TAR afin que l'impact des médicaments antirétroviraux sur la transmission verticale du VIH puisse être modélisé (voir l'indicateur 2.2 sur le taux de TME). Le numérateur doit être dédoublé pour éliminer les femmes qui fréquentent plusieurs cliniques au cours de la grossesse.

Informations complémentaires

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

Publications sur la transmission verticale du VIH. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; c2020
<https://www.who.int/reproductivehealth/congenital-syphilis/emtc-gvac/en/>

Favoriser l'impact par le suivi et la gestion du programme. Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/consolidated-hiv-strategic-information-guidelines>)

3.5 Syphilis chez les femmes enceintes

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

Ce qui est mesuré

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

Fondement

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

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

Numérateur

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

Dénominateur

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

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

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

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

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

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

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

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

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

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

Informations complémentaires requises

Veuillez indiquer dans la section des commentaires les tests ou l'algorithme utilisés pour définir la positivité chez les femmes enceintes et préciser s'ils sont les mêmes dans tout le pays ou s'ils ont changé depuis le dernier rapport de Suivi mondial de la lutte contre le sida.

Veuillez indiquer si les données que vous fournissez sont considérées comme représentatives de l'ensemble du pays. Si des données infranationales sont disponibles pour A, B ou C, veuillez indiquer les données de ventilation par zone administrative, ville ou site dans l'espace prévu à cet effet. Vous pouvez également importer une feuille de calcul Excel comportant ces données plutôt que de les saisir dans l'outil en ligne. Envoyez la version numérique de tous les rapports d'enquête disponibles en utilisant l'outil de téléchargement.

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

Forces et faiblesses

Les programmes qui testent séparément les femmes enceintes pour la syphilis et le VIH devraient collaborer afin d'aligner et d'améliorer l'efficacité de leur travail. La prévention de la syphilis congénitale nécessite un dépistage en début de grossesse car les 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.

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

Informations complémentaires

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>).

Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/112858>).

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

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

Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240000735>).

3.6 Taux de syphilis congénitale (naissances vivantes et mortinaissances)

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

Ce qui est mesuré

Il mesure les progrès accomplis dans l'élimination de la transmission verticale⁵ de la syphilis

Fondement

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

Numérateur

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

Dénominateur

Nombre de naissances vivantes au cours des 12 derniers mois

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Systèmes d'information sanitaire classiques.

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

Aucune

Informations complémentaires requises

Il est important d'indiquer dans la section des commentaires la définition de cas de syphilis congénitale utilisée dans votre pays et de souligner toute différence majeure entre la définition de cas nationale et la définition de cas de la surveillance mondiale (voir page 13 du document de l'Organisation mondiale de la Santé [OMS] *Global guidance on criteria and processes for validation : elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis*, disponible sur <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emtct-hiv-syphilis/en/>).

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

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

Si des données infranationales sont disponibles, veuillez indiquer les données de ventilation par zone administrative ou ville dans l'espace prévu à cet effet. Vous pouvez également importer une feuille de calcul Excel comportant ces données plutôt que de les saisir dans l'outil en ligne.

Forces et faiblesses

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

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

Informations complémentaires

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>).

Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emtct-hiv-syphilis/en/>).

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

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

Ce qui est mesuré

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

Fondement

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

Numérateur

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

Dénominateur

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

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

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

Fréquence de mesure

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

Ventilation

Âge (15 à 24 ans et 25+ ans)

Forces et faiblesses

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

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

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

Points spécifiques pour les sous-indicateurs

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

Informations complémentaires requises

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

Informations complémentaires

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

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

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

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

Cet indicateur est divisé en quatre sous-indicateurs :

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

Ce qui est mesuré

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

Fondement

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

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

Numérateur

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

Dénominateur

Nombre total de répondants d'un groupe de population clé

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

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

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

et/ou

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

Fréquence de mesure

Tous les deux ans

Ventilation

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

Informations complémentaires requises

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

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

Forces et faiblesses

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

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

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

Informations complémentaires

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

Bhattacharjee P, Morales G, Kilonzo T, Dayton R, Musundi R, Mbole J et al. Can a national government implement a violence prevention and response strategy for key populations in a criminalized setting? A case study from Kenya. *J Intl AIDS Soc.* 2018. 21(55):e25122.

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

Pour en savoir plus sur les méthodes, y compris l'EFR, et les instruments d'enquête de l'enquête biocomportementale intégrée, voir : <https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-151301-2>

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

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

Ce qui est mesuré

Progrès accomplis dans la réalisation de l'égalité des sexes

Fondement

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

Numérateur

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

Dénominateur

Nombre total de répondants

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

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

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

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

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

Fréquence de mesure

Tous les 3 à 5 ans

Ventilation

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

Informations complémentaires requises

Aucune

Forces et faiblesses

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

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

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

Informations complémentaires

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ce qui est mesuré

Progrès dans la réduction des attitudes et des politiques discriminatoires

Fondement

La discrimination constitue une violation des droits de l'homme ; elle est prohibée par la législation internationale sur les droits de l'homme et par la plupart des constitutions nationales. Dans le contexte du VIH, la discrimination désigne un traitement injuste ou inique (par acte ou par omission) à l'égard d'une personne, en raison de son statut VIH présumé ou réel. Ces discriminations augmentent les risques et privent les individus de leurs droits, ce qui a pour effet de nourrir l'épidémie de VIH. Cet indicateur ne constitue pas une mesure directe des discriminations, mais plutôt une mesure des attitudes discriminatoires susceptibles de résulter de certains comportements (ou omissions). L'une des données qui entrent dans le calcul de cet indicateur évalue le soutien potentiel apporté par les personnes interrogées aux discriminations qui interviennent au sein d'une institution ; l'autre évalue l'isolement social et les comportements induits par des préjugés. D'une manière générale, cet indicateur composite constitue une mesure de l'ampleur des préjugés et discriminations potentielles induits par le VIH au sein de la population générale. Cet indicateur peut améliorer la compréhension des discriminations induites par le VIH ainsi que les interventions visant à réduire ces dernières : i) à travers l'évolution du pourcentage d'individus adoptant des attitudes discriminatoires, ii) en permettant des comparaisons entre les administrations nationales, provinciales, régionales et locales et iii) en identifiant les domaines d'action prioritaires.

Numérateur

Nombre de personnes interrogées, (âgées de 15 à 49 ans), ayant répondu « non » à l'une des deux questions

Dénominateur

Nombre de personnes interrogées, (âgées de 15 à 49 ans), ayant entendu parler du VIH

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Enquêtes réalisées auprès de la population (enquêtes démographiques et de santé, enquêtes sur les indicateurs du sida, enquêtes en grappe à indicateurs multiples et autres enquêtes représentatives). Cet indicateur est établi à partir des réponses données aux questions suivantes par un échantillon de la population générale ayant entendu parler du VIH :

- Achèteriez-vous des légumes frais auprès d'une personne dont vous connaissez la séropositivité ? (Oui ; Non ; Je ne sais pas/Je ne suis pas sûr(e)/ Cela dépend)
 - Pensez-vous que les enfants vivant avec le VIH devraient pouvoir être scolarisés avec des enfants séronégatifs ? (Oui ; Non ; Je ne sais pas/Je ne suis pas sûr(e)/ Cela dépend)
-

Fréquence de mesure

Tous les 3 à 5 ans

Ventilation

- Âge (15-19, 20-24 et 25-49)
 - Genre (homme, femme)
 - Les réponses pour chacune des questions (basées sur le même dénominateur) sont nécessaires en plus des réponses unifiées de l'indicateur composite
-

Explication du numérateur

Les personnes qui n'ont jamais entendu parler du VIH et du sida doivent être exclues du numérateur et du dénominateur. Les participants qui répondent « Je ne sais pas/Je ne suis pas sûr(e)/Cela dépend » et ceux qui refusent de répondre doivent également être exclus.

Les réponses « Oui » et « Non » à chaque question ne peuvent pas donner un total de 100 % s'il y a des « Je ne sais pas » ou des valeurs manquantes. Il serait donc inexact de calculer le pourcentage de personnes qui ont répondu « Non » à cette question en partant de 100 % et en déduisant le pourcentage de réponses « Oui ».

Forces et faiblesses

Cet indicateur évalue directement les attitudes et l'appui des politiques discriminatoires.

La question relative à l'achat de légumes frais est pour ainsi dire identique à celle utilisée dans le cadre des enquêtes démographiques et de santé visant à évaluer la tolérance à l'égard des personnes vivant avec le VIH, ce qui permet un suivi continu de l'évolution des tendances. Cependant, cette question se concentre sur les réponses négatives (attitudes discriminatoires) plutôt que sur les positives (attitudes d'acceptation). Il s'agit d'une amélioration par rapport aux mesures de tolérance précédemment utilisées, l'indicateur étant applicable à travers un large éventail de cultures, que la prévalence du VIH soit élevée ou faible, et quels que soient les niveaux de revenus dans le pays considéré. Les données qui entrent dans le calcul de cet indicateur composite ainsi que l'indicateur lui-même ne reposent pas sur l'observation par la personne interrogée d'actes de discrimination ouverte à l'encontre de personnes vivant avec le VIH, car dans de nombreux contextes, de tels actes sont rares et difficiles à caractériser et quantifier. Il s'agit plutôt d'évaluer les attitudes des individus, qui peuvent jouer un rôle plus direct dans les comportements adoptés.

Les questions recommandées évaluent l'assentiment de la personne interrogée face à des situations hypothétiques plutôt que de s'intéresser à des cas de discrimination dont cette dernière aurait été témoin. Un certain biais de « bienséance sociale » peut donc conduire à une sous-estimation des attitudes discriminatoires. Il n'existe aucun mécanisme analysant la fréquence des discriminations ou leur gravité.

La mesure de la prévalence des attitudes discriminatoires au sein d'une communauté doit si possible être complétée par la collecte de données qualitatives concernant la cause des discriminations. Il serait également judicieux de collecter régulièrement des informations auprès des personnes vivant avec le VIH concernant leur expérience de la stigmatisation et des discriminations via les études sur les indices de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH (www.stigmaindex.org) et de comparer les résultats obtenus avec les données de l'indicateur couvrant les attitudes discriminatoires.

Informations complémentaires

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

Stangl A, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *J Int AIDS Soc.* 2013;16(3 Suppl. 2) (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3833106/>).

Volet thématique : non-discrimination. Note d'information. Source : Trente-et-unième réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA, Genève, 11-13 décembre 2012. Genève : ONUSIDA ; 2012 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2012/20121111_PCB%2031_Non%20Discrimination_final_newcoverpage_en.pdf).

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

Cet indicateur propose une importante mesure de la prévalence des attitudes discriminatoires envers les personnes vivant avec le VIH. Pour bénéficier d'une évaluation plus complète des progrès accomplis en matière d'élimination de la stigmatisation et des discriminations liées au VIH, et de la réussite ou de l'échec des efforts en matière de réduction de la stigmatisation, il est également crucial de mesurer d'autres composantes de la stigmatisation et de la discrimination.

6.2 Stigmatisation internalisée signalée par les personnes vivant avec le VIH

Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui font état d'une stigmatisation internalisée.

Ce qui est mesuré

Progrès accomplis vers la réduction de la stigmatisation internalisée, aussi appelée auto-stigmatisation, parmi les personnes vivant avec le VIH.

Fondement

La stigmatisation internalisée, qui consiste pour les personnes vivant avec le VIH à absorber cognitivement ou émotionnellement des messages négatifs ou des stéréotypes sur le VIH et à appliquer ensuite ces sentiments négatifs à elles-mêmes, a été liée au refus d'accepter la thérapie antirétrovirale parmi les personnes vivant avec le VIH nouvellement diagnostiquées. La stigmatisation internalisée entrave également l'observance du traitement antirétroviral parmi les personnes vivant avec le VIH en compromettant le soutien social et la capacité d'adaptation, et elle a aussi été liée à une moindre suppression virale parmi les personnes vivant avec le VIH qui suivent un traitement antirétroviral.

Cet indicateur peut être suivi comme une mesure d'une manifestation clé de la stigmatisation liée au VIH parmi les personnes vivant avec le VIH.

Numérateur

Source : Enquête de population

Nombre de personnes vivant avec le VIH qui déclarent avoir reçu un résultat positif au dépistage du VIH et être d'accord avec l'affirmation

Ou

Source : Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH

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

Dénominateur

Source : Enquête de population

Nombre de répondants qui déclarent avoir reçu un résultat positif au dépistage du VIH

Ou

Source : Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH

Nombre de l'ensemble des répondants

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Enquêtes de population. Cet indicateur est établi à partir des réponses parmi les répondants qui ont rapporté avoir eu un résultat positif au dépistage du VIH.

- J'ai eu honte de mon statut VIH (d'accord/en désaccord).

Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH. Cet indicateur est établi à partir des réponses aux questions suivantes parmi les répondants :

- J'ai honte d'être séropositif (d'accord/en désaccord/préfère ne pas répondre).

Fréquence de mesure

Enquêtes de population : tous les 3-5 ans.

Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH : tous les 2-3 ans.

Ventilation

- Âge (15-19, 20-24, 25-49 et de 50 ans et plus). Les données de l'étude de l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH proviennent de répondants âgés de 18 ans et plus.
- Genre (homme, femme, transgenre, autre, préfère ne pas le dire). Les trois dernières options ne sont disponibles que pour les données de la Version 2.0 de l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH.
- Population clé (hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, professionnel(le)s du sexe, personnes transgenres, personnes qui s'injectent des drogues).

Informations complémentaires requises

Aucune

Forces et faiblesses

Cet indicateur mesure directement la stigmatisation internalisée, une manifestation importante de la stigmatisation dont il a été démontré qu'elle entrave les soins et le traitement du VIH chez les personnes vivant avec le VIH. Il est calculé à partir des réponses à une seule question, qui évalue la stigmatisation internalisée parmi les répondants vivant avec le VIH. La question est tirée d'une mesure validée de la stigmatisation internalisée.

Les changements au niveau de l'indicateur doivent être interprétés comme suit : une augmentation de la prévalence indique une augmentation de la stigmatisation internalisée et un besoin d'actions d'atténuation, tandis qu'une diminution de la prévalence indique des progrès vers une réduction de la stigmatisation internalisée.

L'utilisation de données de l'enquête de population pour construire cet indicateur améliorera la comparaison entre les pays et les contextes, car l'indicateur sera basé sur les données des personnes qui déclarent vivre avec le VIH, tirées d'un échantillon aléatoire du grand public. Cela réduit les biais potentiels de réponse et de sélection qui sont possibles lorsqu'on utilise une approche d'échantillonnage en boule de neige, comme c'est le cas pour l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH. Cependant, dans les pays où la prévalence du VIH est faible, ou dans lesquels la stigmatisation liée au VIH est très élevée, les enquêtes de population peuvent ne pas permettre d'obtenir de grands échantillons de personnes vivant avec le VIH autodéclarées. Dans ces cas, des enquêtes ciblées comme l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH peuvent s'avérer plus appropriées.

En général, la stigmatisation intériorisée est saisie à l'aide d'un indicateur composite composé d'un accord avec au moins un des trois items. Comme cet indicateur est basé sur les réponses à une seule question, il est possible que la stigmatisation internalisée soit sous-estimée, mais l'unique item recommandé pour construire cet indicateur avait recueilli le plus haut niveau d'accord des trois items précédemment validés ensemble.

Informations complémentaires

Hargreaves J, Pliakas T, Hoddinott G, Mainga T, Mubekapi-Musadaidzwa C, Donnell D et al. HIV stigma and viral suppression among people living with HIV in the context of universal test and treat: analysis of data from the HPTN 071 (PopART) trial in Zambia and South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2020;85(5):561-570 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32991336/>).

Stangl AL, Lilleston P, Mathema H, Pliakas T, Krishnaratne S, Sievwright K et al. Development of parallel measures to assess HIV stigma and discrimination among people living with HIV, community members and health workers in the HPTN 071 (PopART) trial in Zambia and South Africa. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(12):e25421 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6912047/>).

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

Pour en savoir plus sur les méthodes et l'instrument d'enquête de l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, voir : <https://www.stigmaindex.org/>

6.3 Stigmatisation et discrimination subies par les personnes vivant avec le VIH dans les milieux communautaires

Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui déclarent avoir été victimes de stigmatisation et de discrimination dans la communauté générale au cours des 12 derniers mois.

Ce qui est mesuré

Les progrès accomplis vers la réduction des expériences de stigmatisation et de discrimination parmi les personnes vivant avec le VIH dans les milieux communautaires

Fondement

La stigmatisation est un stéréotype négatif fondé sur des caractéristiques distinctives, telles que le comportement, le sexe ou l'état de santé. Il s'agit d'un obstacle bien documenté au continuum de soins du VIH, créant des lacunes dans les cascades de prévention et de traitement. La stigmatisation liée au VIH résulte d'une série de facteurs et de facilitateurs, notamment des attitudes négatives et de jugement à l'égard des personnes vivant avec le VIH, la honte de la séropositivité et les normes sociales, culturelles et sexospécifiques. Ceux-ci se manifestent par une série de pratiques et d'expériences stigmatisantes, notamment la discrimination, qui privent les personnes vivant avec le VIH d'une pleine acceptation sociale. Ce qui, les dissuade d'accéder aux services essentiels et alimente les inégalités sociales. La réduction de la stigmatisation et de la discrimination dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH est essentielle pour accroître l'adoption et l'observance du traitement antirétroviral et pour augmenter la suppression virale, ce qui améliorera l'état de santé des personnes vivant avec le VIH.

Des recherches antérieures suggèrent qu'il est important de mesurer la stigmatisation communautaire séparément de la stigmatisation vécue dans les établissements de soins de santé. Cela, en raison des différents impacts de la stigmatisation vécue dans ces contextes et des différentes réponses programmatiques nécessaires pour y remédier.

Numérateur

Source : Enquête de population

- Nombre de personnes vivant avec le VIH qui déclarent avoir reçu un résultat positif au test de dépistage du VIH et qui sont d'accord pour dire qu'une ou plusieurs des trois expériences leur sont arrivées en raison de leur statut VIH au cours des 12 derniers mois.

Ou

Source : Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH

- Nombre de répondants vivant avec le VIH qui sont d'accord pour dire qu'une ou plusieurs des huit expériences leur sont arrivées en raison de leur statut VIH au cours des 12 derniers mois.
-

Dénominateur

Source : Enquête de population

- Nombre de répondants qui déclarent avoir reçu un résultat positif au test de dépistage du VIH

Ou

Source : Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH

- Nombre total de répondants
-

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

À partir des enquêtes de population : cet indicateur est établi à partir des réponses aux questions suivantes parmi les répondants qui ont rapporté avoir eu un résultat positif au test de dépistage du VIH.

- Veuillez me dire si les choses suivantes vous sont arrivées, ou si vous pensez qu'elles vous sont arrivées, en raison de votre statut VIH au cours des 12 derniers mois :
 - Les gens ont dit du mal de moi à cause de mon statut VIH (oui/non).
 - Quelqu'un d'autre a divulgué mon statut VIH sans mon autorisation (oui/non).
 - J'ai été insulté, harcelé ou menacé verbalement en raison de mon statut VIH (oui/non).

Ou

À partir de l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH : cet indicateur peut également être construit à partir des réponses aux questions suivantes parmi tous les répondants.

- En repensant aux 12 derniers mois :
 - Vous êtes-vous senti(e) exclu(e) de rassemblements ou d'activités sociales (par exemple, mariages, funérailles, fêtes, clubs) en raison de votre statut VIH ? (oui, non, ne sait pas, préfère ne pas répondre)
 - Vous êtes-vous senti(e) exclu(e) d'activités religieuses ou de lieux de culte en raison de votre statut VIH ? (oui, non, ne sait pas, préfère ne pas répondre)
 - Vous êtes-vous senti(e) exclu(e) d'activités familiales en raison de votre statut VIH ? (oui, non, ne sait pas, préfère ne pas répondre)
 - Avez-vous eu l'impression que des membres de votre famille ont fait des remarques discriminatoires ou jaser à votre sujet en raison de votre statut VIH ? (oui, non, ne sait pas, préfère ne pas répondre)
 - Quelqu'un vous a-t-il harcelé verbalement (par exemple, en vous criant dessus, en vous grondant ou en vous maltraitant verbalement de toute autre manière) en raison de votre statut VIH ? (oui, non, ne sait pas, préfère ne pas répondre)
 - Quelqu'un vous a-t-il harcelé physiquement (par exemple, en vous poussant, en vous frappant en vous maltraitant physiquement de toute autre manière) en raison de votre statut VIH ? (oui, non, ne sait pas, préfère ne pas répondre)
 - Vous a-t-on refusé un emploi ou une opportunité de travail en raison de votre statut VIH ? (oui, non, ne sait pas, préfère ne pas répondre)
 - Avez-vous perdu une source de revenu ou un emploi en raison de votre statut VIH ? (oui, non, ne sait pas, préfère ne pas répondre)
-

Fréquence de mesure

Enquêtes de population : tous les 3-5 ans.

Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH : tous les 2-3 ans.

Ventilation

- Âge (15–19, 20–24, 25–49 et de 50 ans et plus). Les données de l'étude de l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH proviennent de répondants âgés de 18 ans et plus.
 - Genre (homme, femme, , transgenre, autre, préfère ne pas le dire). Les trois dernières options ne sont disponibles que pour les données de la Version 2.0 de l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH.
 - Population clé (hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, professionnel(le)s du sexe, personnes transgenres, personnes qui s'injectent des drogues).
-

Informations complémentaires requises

Aucune

Forces et faiblesses

Cet indicateur mesure directement la stigmatisation et la discrimination vécues dans la communauté, une manifestation importante de la stigmatisation dont il a été démontré qu'elle entrave les soins et le traitement du VIH chez les personnes vivant avec le VIH.

Cet indicateur est calculé à partir des réponses à trois questions recueillies dans le cadre d'enquêtes de population. Les questions sont tirées d'une mesure validée de la stigmatisation et de la discrimination vécues. L'indicateur peut également être construit à partir de huit questions incluses dans l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH 2.0. Les questions alternatives couvrent un plus large éventail d'expériences stigmatisantes, utilisent des formulations légèrement différentes et ont des catégories de réponses différentes. Cependant, les experts techniques ont recommandé leur inclusion dans l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH 2.0 et devraient fournir une bonne indication du niveau de stigmatisation et de discrimination vécues en l'absence de données au niveau de la population.

Les variations de l'indicateur doivent être interprétées comme suit : une augmentation du pourcentage indique une augmentation de la stigmatisation et de la discrimination subies par les personnes vivant avec le VIH dans un contexte communautaire et la nécessité de prendre des mesures d'atténuation, tandis qu'une diminution du pourcentage indique un progrès et une réduction de la stigmatisation et de la discrimination subies par les personnes vivant avec le VIH.

L'utilisation de données de population pour établir cet indicateur améliorera la comparaison entre les pays et les contextes, car l'indicateur sera basé sur les données des personnes qui déclarent vivre avec le VIH, tirées d'un échantillon aléatoire du grand public. Cela réduit les biais potentiels de réponse et de sélection qui sont possibles lorsqu'on utilise une approche d'échantillonnage en boule de neige, comme c'est le cas pour l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH 2.0. Le biais de sélection reste cependant une possibilité, car les expériences des personnes vivant avec le VIH qui sont prêtes à autodéclarer leur statut VIH dans des enquêtes de population peuvent être sensiblement différentes de celles des personnes qui choisissent de ne pas le faire. Cependant, dans les pays où la prévalence du VIH est faible, ou dans lesquels la stigmatisation liée au VIH est très élevée, les enquêtes de population peuvent ne pas permettre d'obtenir de grands échantillons de personnes vivant avec le VIH autodéclarées. Dans ces cas, des enquêtes ciblées comme l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH 2.0 peuvent s'avérer plus appropriées.

Les questions sur les expériences de stigmatisation dans l'enquête de population portent principalement sur les violences verbales et les divulgations non souhaitées. En général, les mesures de la stigmatisation et de la discrimination vécues comprennent plusieurs items qui saisissent différents types de stigmatisation dans chacun de ces contextes et il est donc possible que les estimations de la stigmatisation et de la discrimination vécues soient sous-estimées. Les questions sur les expériences de stigmatisation de l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH couvrent un éventail plus large de stigmatisations vécues, notamment l'exclusion sociale, la violence verbale, le harcèlement physique, le refus d'emploi et la perte d'emploi. Ainsi, l'élaboration de cet indicateur à partir des données de l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH 2.0 peut fournir une indication plus solide du niveau et des types de stigmatisation et de discrimination vécus. Les données ne sont cependant pas généralisables au-delà des personnes vivant avec le VIH échantillonnées, car les répondants sont sélectionnés à l'aide de méthodes d'échantillonnage en boule de neige plutôt qu'au hasard.

Informations complémentaires

Stangl AL, Lilleston P, Mathema H, Pliakas T, Krishnaratne S, Siewwright K et al. Development of parallel measures to assess HIV stigma and discrimination among people living with HIV, community members and health workers in the HPTN 071 (PopART) trial in Zambia and South Africa. *J Int AIDS Soc.* 2019;22(12):e25421 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6912047/>).

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

Pour en savoir plus sur les méthodes et l'instrument d'enquête de l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, voir : <https://www.stigmaindex.org/>

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

Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui rapportent des expériences de discrimination liée au VIH dans les établissements de soins de santé

Ce qui est mesuré

Progrès dans la réduction de la discrimination liée au VIH vécue par les personnes vivant avec le VIH lors de la recherche de soins de santé.

Fondement

La discrimination est une violation des droits de l'homme et est interdite par le droit international des droits de l'homme et la plupart des constitutions nationales. Dans le contexte du VIH, la discrimination fait référence à un traitement abusif ou injuste d'un individu (soit par des actions, soit par l'inaction) sur la base de son statut VIH réel ou supposé. La discrimination exacerbe les risques et prive les personnes de leurs droits et de leurs droits, alimentant ainsi l'épidémie de VIH.

La stigmatisation est l'attribution de caractéristiques indésirables à un individu ou un groupe qui réduit leur statut aux yeux de la société. Il conduit fréquemment à des expériences de discrimination.

Le secteur de la santé est l'un des principaux lieux où les personnes vivant avec le VIH et celles qui sont perçues comme vivant avec le VIH sont victimes de discrimination. Cet indicateur mesure directement la discrimination subie par les personnes vivant avec le VIH lorsqu'elles recherchent des services dans des établissements de soins de santé.

L'indicateur composite peut être suivi comme mesure de la prévalence de la discrimination liée au VIH dans le secteur de la santé chez les personnes vivant avec le VIH. Cet indicateur pourrait permettre de mieux comprendre les résultats de santé liés au VIH et améliorer les interventions visant à réduire et à atténuer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH rencontrées le long du traitement et des soins en : (a) montrant le changement dans le temps du pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui ont été 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.

Dénominateur

Nombre de l'ensemble des répondants

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH

Il est demandé aux personnes interrogées si elles ont été victimes de discrimination liée au VIH sous l'une des formes indiquées ci-après lors de la recherche de soins de santé spécifiques au VIH et non spécifiques au VIH au cours des 12 derniers mois :

- Refus de soins en raison du statut VIH.
 - Conseillé de ne pas avoir de rapports sexuels à cause du statut VIH.
 - Faire l'objet de commérages ou de propos négatifs à cause du statut VIH.
 - Abus verbal à cause du statut VIH.
 - Violence physique à cause du statut VIH.
 - Éviter le contact physique à cause du statut VIH.
 - Partage du statut VIH sans consentement.
-

Fréquence de mesure

Tous les 2-3 ans

Ventilation

Les réponses à chaque question sont requises, de même que la réponse consolidée pour l'indicateur composite. L'indicateur composite peut être ventilé de la façon suivante :

- Type de service de santé (VIH, non-VIH).
 - Genre (homme, femme ou transgenre, autre, préfèrent ne pas le dire).
 - Population clé (hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, professionnel(le)s du sexe, personnes transgenres, personnes qui s'injectent des drogues).
 - Groupe d'âge (18-19 ans, 20-24 ans ou 25-49 ans, 50 ans et plus).
 - Durée de connaissance de la séropositivité (0-<1 an, 1-4 ans, 5-9 ans, 10-14 ans ou 15 ans et plus).
-

Explication des items individuels

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 6.1 (Attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH) et 6.6 (Évitement des soins de santé parmi les populations clés) pour une meilleure compréhension de l'environnement de stigmatisation et de la discrimination. Un contexte donné.

Les résultats de cet indicateur devraient également être analysés en conjonction avec les réponses du NCPI sur les programmes de lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans les soins de santé et leur échelle, ainsi que les programmes de formation des professionnels de la santé sur les droits humains et l'éthique médicale.

Informations complémentaires

L'indicateur mesure la discrimination liée au VIH dans les milieux de soins de santé. Le VIH est souvent associé à une gamme de comportements considérés comme socialement déviant ou immoraux, tels que l'usage de drogues injectables et la promiscuité sexuelle. En raison de ces croyances sociétales sous-jacentes, les personnes vivant avec le VIH sont souvent considérées comme honteuses et sont considérées comme responsables d'avoir contracté le VIH. Ce processus d'humiliation a des répercussions au-delà de l'individu parce qu'il réduit considérablement les incitations à subir un test de dépistage du VIH ou, dans le cas où le résultat du test est positif, de révéler le statut VIH aux partenaires sexuels ou aux membres de la famille.

Mahajan AP, Sayles JN, Patel VA, Remien RH, Sawires SR, Ortiz DJ et al. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS*. 2008;22(Suppl 2):S67-79.

Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K. Combating HIV stigma in health care settings: what works? *J Int AIDS Soc*. 2009;12(1):15.

Confronting discrimination: overcoming HIV-related stigma and discrimination in health-care settings and beyond. Geneva: UNAIDS; 2017; (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_en.pdf).

Pour en savoir plus sur les méthodes et l'instrument d'enquête de l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, voir : <https://www.stigmaindex.org/>

6.5 Stigmatisation et discrimination vécues par les populations clés

Pourcentage de personnes appartenant à une population clé qui déclarent avoir été victimes de stigmatisation et de discrimination au cours des six derniers mois.

Cet indicateur est divisé en quatre sous-indicateurs :

- A. Expérience de la stigmatisation et de la discrimination chez les professionnel(le)s du sexe.
- B. Expérience de la stigmatisation et de la discrimination parmi les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- C. Expérience de la stigmatisation et de la discrimination chez les personnes qui s'injectent des drogues.
- D. Expérience de la stigmatisation et de la discrimination chez les personnes transgenres.

Ce qui est mesuré

Progrès accomplis vers la réduction des expériences de stigmatisation et de discrimination parmi les populations clés

Fondement

La stigmatisation des populations clés est un stéréotype négatif basé sur l'appartenance d'un individu à un groupe de population clé. La stigmatisation est un obstacle bien documenté au continuum de soins du VIH, créant des lacunes dans les cascades de prévention et de traitement, en particulier pour les populations clés (y compris les travailleurs du sexe, les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues et les personnes transgenres). La stigmatisation des populations clés résulte d'une série de facteurs et de facilitateurs, notamment : des attitudes négatives et de jugement à l'égard des populations clés ; la honte liée à la profession, à la consommation de drogues ou à l'identité sexuelle et de genre d'un individu ; et les normes sociales, culturelles et sexospécifiques. Ceux-ci se manifestent par une série de pratiques et d'expériences stigmatisantes, dont la discrimination, qui privent les populations clés d'une pleine acceptation sociale, réduisant ainsi leurs chances dans la vie, les dissuadant d'accéder aux services essentiels et alimentant les inégalités sociales.

La réduction de la stigmatisation et de la discrimination dont sont victimes les populations clés est essentielle pour accroître le dépistage du VIH, l'adoption et l'observance du traitement antirétroviral et pour augmenter la suppression virale et ainsi améliorer leur état de santé.

Numérateur

Nombre de personnes appartenant au groupe de la population clé (professionnel(le)s du sexe, hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, personnes qui s'injectent des drogues ou personnes transgenres) ayant déclaré que l'un ou l'autre de ces incidents leur était arrivé au cours des six derniers mois en raison de leur statut de population clé

Dénominateur

Nombre total de répondants du groupe de la population clé

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

La surveillance comportementale et d'autres enquêtes spéciales. Cet indicateur a été établi à partir des réponses aux questions suivantes parmi les répondants qui déclarent appartenir à un groupe de population clé (c'est-à-dire les professionnel(le)s du sexe, les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues et les personnes transgenres).

- Vous êtes-vous déjà senti(e) exclu(e) des activités familiales parce que vous [vendez du sexe ; avez des rapports sexuels avec des hommes ; vous injectez des drogues ; êtes transgenre] ? (non ; oui, au cours des six derniers mois ; oui, mais pas au cours des six derniers mois ; je ne sais pas).
 - Quelqu'un vous a-t-il déjà réprimandé parce que vous [vendez du sexe ; avez des rapports sexuels avec des hommes ; vous injectez des drogues ; êtes transgenre] ? (non ; oui, au cours des six derniers mois ; oui, mais pas au cours des six derniers mois ; je ne sais pas).
 - Quelqu'un vous a-t-il déjà fait chanter parce que vous [vendez du sexe ; avez des rapports sexuels avec des hommes ; vous injectez des drogues ; êtes transgenre] ? (non ; oui, au cours des six derniers mois ; oui, mais pas au cours des six derniers mois ; je ne sais pas).
-

Fréquence de mesure

Tous les deux ans

Ventilation

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

Informations complémentaires requises

Envoyez la version numérique de tous les rapports d'enquête disponibles en utilisant l'outil de téléchargement. Le rapport qui accompagne cet indicateur doit comprendre des informations sur la taille de l'échantillon, la qualité et la fiabilité des données, et toute question connexe.

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

Forces et faiblesses

Ces indicateurs mesurent directement la stigmatisation et la discrimination parmi les professionnel(le)s du sexe, les hommes gays ou les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues et les personnes transgenres. Il s'agit de manifestations importantes de stigmatisation dont il a également été démontré qu'elles entravent les services de prévention, de soins et de traitement du VIH parmi les populations clés.

Les indicateurs sont calculés à partir des réponses à trois questions. Les questions ont été élaborées par des experts techniques sur la base de mesures précédemment validées de la stigmatisation et de la discrimination des populations clés, utilisées dans des études de recherche primaire.

Les variations de l'indicateur doivent être interprétées comme suit : une augmentation du pourcentage indique une augmentation de la stigmatisation et de la discrimination vécues par les populations clés et la nécessité de prendre des mesures d'atténuation, tandis qu'une diminution du pourcentage indique des progrès et une réduction de la stigmatisation et de la discrimination vécues par les populations clés.

L'échantillonnage fondé sur les répondants (EFR) est utilisé pour mettre en œuvre des enquêtes biocomportementales intégrées. Cette méthode d'échantillonnage permet aux chercheurs d'accéder, de manière systématique, à des membres de populations généralement difficiles à atteindre et qui ne seraient pas accessibles autrement. L'EFR étant une méthode d'échantillonnage probabiliste, les chercheurs sont en mesure de fournir des estimations de population non biaisées ainsi que de mesurer la précision de ces estimations. L'EFR peut s'avérer particulièrement efficace pour le recrutement rapide dans les environnements urbains denses, mais dans les contextes où les populations difficiles à atteindre ne disposent pas d'un bon réseau – ou dans les contextes où la stigmatisation associée à certaines populations clés est sévère – les taux de recrutement utilisant l'EFR peuvent être imprévisibles. D'autres inconvénients de l'utilisation de l'EFR concernent les difficultés qui peuvent survenir lors de l'analyse des données collectées. Par exemple, étant donné que l'EFR doit tenir compte de la pondération de la taille du réseau et des modes de recrutement, la force statistique de l'échantillon par rapport à la population cible diminue si les participants ne recrutent que des personnes qui partagent les mêmes caractéristiques qu'eux.

Informations complémentaires

Friedland B, Sprague L, Nyblade L, Baral S, Pulerwitz J, Gottert A et al. Measuring intersecting stigma among key populations living with HIV: implementing the people living with HIV Stigma Index 2.0. *J Int AIDS Soc.* 2018;21(S5):e2513.1 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6055043/>).

Stahlman S, Hargreaves J, Sprague L, Stangl A, Baral S. Measuring sexual behavior stigma to inform effective HIV prevention and treatment programmes for key populations. *JMIR Public Health Surveill.* 2017;3(2):e23 (<https://publichealth.jmir.org/2017/2/e23/>).

Pour en savoir plus sur les méthodes et les instruments d'enquête utilisés pour l'enquête biocomportementale intégrée, voir : (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>).

6.6 Évitement des services de santé parmi les populations clés à cause de la stigmatisation et de la discrimination au cours des 12 derniers mois (A –D)

Évitement des services de santé parmi les populations clés à cause de la stigmatisation et de la discrimination au cours des 12 derniers mois

Cet indicateur est divisé en quatre sous-indicateurs :

- A. Évitement des services de santé par les professionnel(le)s du sexe en raison de la stigmatisation et de la discrimination.
- B. Évitement des soins de santé par les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en raison de la stigmatisation et de la discrimination.
- C. Évitement des services de santé par les personnes qui s'injectent des drogues en raison de la stigmatisation et de la discrimination.
- D. Évitement des services de santé par les personnes transgenres en raison de la stigmatisation et de la discrimination.

Ce qui est mesuré

Progrès dans la réduction des attitudes et des politiques discriminatoires dans les services de santé.

Fondement

La discrimination est une violation des droits de l'homme et est interdite par le droit international des droits de l'homme et la plupart des constitutions nationales. Dans le contexte du VIH, la discrimination fait référence à un traitement abusif ou injuste d'un individu (soit par des actions, soit par l'inaction) sur la base de son statut VIH réel ou supposé. La discrimination exacerbe les risques et prive les personnes de leurs droits et de leurs libertés, alimentant ainsi l'épidémie de VIH. La stigmatisation liée au VIH désigne des attitudes, croyances et sentiments négatifs à l'égard des personnes vivant avec le VIH, des groupes associés aux personnes vivant avec le VIH (par exemple, leur famille) et des autres populations clés à haut risque d'infection à VIH, telles que les personnes qui s'injectent des drogues, les professionnel(le)s du sexe, les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transgenres. Outre la stigmatisation liée au VIH, les personnes issues de populations clés subissent une discrimination supplémentaire en raison de la stigmatisation liée à l'attraction pour le même sexe et au comportement sexuel, à l'engagement dans le commerce du sexe, à la consommation de drogues et à l'expression non-conforme ou diverse du genre.

Cet indicateur est important pour mesurer la proportion de membres des populations clés qui ont évité l'accès aux services généraux de santé, 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 limités à) ce qui suit : un manque (ou un manque perçu de) confidentialité dans les milieux de soins de santé ; attitudes et comportements négatifs chez les fournisseurs de soins de santé ; et les craintes de divulguer ou de suggérer des comportements individuels et des préférences / orientations sexuelles.

Les données relatives à l'évitement des services de santé sont importantes pour mesurer la proportion de populations clés qui ne répondent pas à leurs besoins de base en matière de soins de santé (comme les examens médicaux de routine) et sont donc moins susceptibles d'aller en soins de santé pour des services et des soins plus spécialisés (tels que le dépistage du VIH, le traitement et les soins médicaux).

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 la réalisation des objectifs 95-95-95 parmi les membres des populations clés. Les données de cet indicateur mesurent directement la peur de la stigmatisation ou de la discrimination. Cet indicateur peut améliorer la compréhension de la stigmatisation et des discriminations induites par le VIH ainsi que les interventions visant à réduire ces dernières : (1) à travers l'évolution du pourcentage d'individus percevant ou subissant une stigmatisation, (2) en permettant des comparaisons entre les administrations nationales, provinciales, régionales et locales et (3) en identifiant les domaines d'action prioritaires.

Cet indicateur a pour objectif de saisir l'évitement de quatre caractérisations des services de santé :

1. Évitement des services de santé en général parmi tous les répondants.
2. Évitement du dépistage du VIH chez tous les répondants qui déclarent ne pas avoir subi de test du VIH au cours des 12 derniers mois.
3. Évitement des soins de santé spécifiques au VIH chez les répondants qui ont indiqué vivre avec le VIH et qui n'ont pas reçu ou ont cessé de recevoir des soins VIH.

Évitement du traitement anti-VIH parmi les personnes interrogées qui ont indiqué qu'elles vivent avec le VIH et qui n'ont jamais suivi ou arrêté de prendre un traitement du VIH.

Numérateur

Nombre de répondants qui répondent oui à l'une des questions suivantes :

Avez-vous déjà évité (i) les soins de santé, (ii) le dépistage du VIH, (iii) les soins médicaux contre le VIH * ou (iv) le traitement contre le VIH * au cours des 12 derniers mois pour les raisons suivantes :

1. Peur de, ou inquiétude liée à la stigmatisation ?
2. Peur ou inquiétude que quelqu'un puisse apprendre que vous [insérer un comportement] ?
3. Peur de, ou inquiétude liée à, ou victime d'actes de violence ?
4. Peur de, ou inquiétude liée à, ou victime de harcèlement ou d'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 vivre avec le VIH, dans les enquêtes demandant le statut sérologique des répondants.

Dénominateur

(i) Nombre de répondants

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Enquêtes de surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques

Fréquence de mesure

Tous les deux ans

Ventilation

- **A-D** : Âge (<25 ans et 25 et plus).
 - **A et C** : Genre (homme, femme et transgenre).
 - **D** : Genre (homme transgenre, femme transgenre, autre)
-

Informations complémentaires requises

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

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

Forces et faiblesses

En tant qu'instrument d'évaluation de la stigmatisation et de la discrimination, cet indicateur est axé sur les résultats de ces comportements. Si la stigmatisation et la discrimination perçues ou subies sont importantes au point de dissuader les personnes d'avoir recours aux services de santé nécessaires, non seulement il s'agit d'un problème aisément identifiable, mais il peut également avoir une incidence sur l'utilisation de services vitaux. Toutefois, il se peut que des personnes interrogées subissent et perçoivent une stigmatisation et une discrimination importantes dans leurs communautés, mais aient néanmoins recours à des services en raison de leur propre résilience ou de services discrets ou spécialisés. Cet indicateur ne va pas évaluer l'élimination de la discrimination, mais peut indiquer si la discrimination réduit l'utilisation des services.

Informations complémentaires

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.

Stigma Action Network (<http://www.stigmaactionnetwork.org>). Geneva: UNAIDS; 2017 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_en.pdf , accessed 21 November 2017).

Stangl A, Brady L, Fritz K. Technical brief: measuring HIV stigma and discrimination. Washington (DC) and London: International Center for Research on Women and London School of Tropical Medicine, STRIVE; 2012 (https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2017/07/STRIVE_stigma-brief-A4.pdf).

Stangl A, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? J Int AIDS Soc. 2013;16 (3 Suppl. 2). (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3833106/pdf/JIAS-16-18734.pdf>).

6.7 Personnes vivant avec le VIH cherchant une voie de recours pour la violation de leurs droits

Proportion de personnes vivant avec le VIH qui ont été victimes de violations de leurs droits au cours des 12 derniers mois et qui ont cherché une voie de recours.

Ce qui est mesuré

Progrès accomplis vers le respect des droits des personnes vivant avec le VIH

Fondement

L'existence de mécanismes de recours formels et informels, et de mécanismes d'accès à des services d'assistance juridique abordables, est essentielle pour garantir que les personnes vivant avec le VIH et les populations clés puissent accéder à la justice en cas de non-respect de leurs droits. Cependant, disponibilité n'est pas nécessairement synonyme d'utilisation. Il est important de connaître le pourcentage de personnes vivant avec le VIH et de populations clés qui ont recours à ces services afin d'identifier les obstacles potentiels à l'accès ou à l'acceptabilité de ces mécanismes, notamment la situation géographique, la sociodémographie ou le statut de population clé.

Numérateur

Nombre de répondants ayant subi une ou plusieurs violations de leurs droits au cours des 12 derniers mois et ayant déclaré avoir cherché une voie de recours.

Dénominateur

Nombre de répondants ayant subi une ou plusieurs violations de leurs droits au cours des 12 derniers mois et ayant déclaré avoir cherché une voie de recours.

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH. L'indicateur est calculé sur la base des réponses à une série de questions qui évaluent d'abord si des violations des droits ont eu lieu au cours des 12 derniers mois. Les personnes qui ont déclaré avoir subi des violations de leurs droits au cours des 12 derniers mois sont invitées à dire si elles ont essayé de faire quelque chose à ce sujet, et celles qui ont répondu « oui » sont invitées à préciser ce qu'elles ont fait.

L'indicateur est établi à partir de la réponse à la question suivante :

- Si oui, qu'avez-vous essayé de faire à ce sujet ?
 - Déposé une plainte (oui/non).
 - Contacté un avocat (oui/non).
 - Contacté un fonctionnaire ou un politicien (oui/non).
 - L'exprimé publiquement (oui/non).
 - Contacté une organisation communautaire/un réseau de personnes vivant avec le VIH pour obtenir un soutien (oui/non).
 - Autre (veuillez préciser).

Le fait de marquer son accord avec une de ces options de réponse reviendrait à chercher une forme de recours formelle ou informelle.

Fréquence de mesure

Tous les 2-3 ans

Ventilation

- Population clé (hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, professionnel(le)s du sexe, personnes transgenres, personnes qui s'injectent des drogues).
 - Genre (homme, femme, transgenre, autre, préfère de le pas dire).
 - Type de recours recherché (**formel** = dépôt d'une plainte et/ou contact avec un avocat ; **informel** = contact avec un politicien, prise de parole publique et/ou contact avec une organisation communautaire/un réseau de personnes vivant avec le VIH pour obtenir un soutien ; ou **autre** = autre).
 - Âge (18–19, 20–24, 25–49 et 50 ans et plus).
-

Informations complémentaires requises

Aucune

Forces et faiblesses

Cet indicateur permet de savoir directement si les personnes vivant avec le VIH ont cherché une voie de recours suite aux violations de leurs droits au cours des 12 derniers mois.

Les changements dans l'indicateur doivent être interprétés comme suit : une augmentation du pourcentage indique un progrès vers la garantie que les mécanismes de recours sont disponibles et utilisés en réponse aux violations des droits, tandis qu'une diminution du pourcentage indique une réduction des recours demandés après des violations des droits et suggère la nécessité d'interventions pour garantir la disponibilité, l'accès, l'utilisation et l'efficacité des mécanismes de recours.

Ces données fourniront des informations importantes sur l'accès des personnes vivant avec le VIH aux services de soutien juridique disponibles, et sur l'utilisation des mécanismes de recours formels ou informels mis en place dans le pays. L'indicateur ne permet pas de savoir si la violation des droits a été résolue. Bien qu'elles soient indicatives des voies de recours recherchées par les personnes vivant avec le VIH dans un pays ou un contexte donné, les données utilisées pour calculer l'indicateur ne sont pas généralisables au-delà des personnes vivant avec le VIH échantillonnées, car les répondants à l'enquête sur l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH ont été sélectionnés par un échantillonnage en boule de neige (par opposition aux méthodes d'échantillonnage aléatoire).

Informations complémentaires

Preuves pour éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH : conseils aux pays pour mettre en œuvre des programmes efficaces visant à éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans six contextes. Genève : ONUSIDA ; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/eliminating-discrimination-guidance_en.pdf).

Pour en savoir plus sur les méthodes et l'instrument de l'étude de l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, voir : <https://www.stigmaindex.org/>

7.1 Hépatite virale parmi les populations clés

Prévalence de la co-infection hépatite et VIH parmi les populations clés

Ce qui est mesuré

Comorbidité avec le VIH et besoin potentiel d'un traitement approprié

Fondement

L'identification de la co-infection hépatite-VIH s'est récemment améliorée. De nombreuses personnes vivant avec le VIH et sous traitement antirétroviral meurent d'une maladie du foie résultant d'une hépatite virale non traitée. Les protocoles de traitement du VIH peuvent être adaptés pour traiter également une hépatite B chronique. Un nouveau traitement très efficace est disponible pour l'hépatite C ; il présente un taux élevé de clairance virale quel que soit le sous-type de virus de l'hépatite C. L'évaluation du poids de l'hépatite parmi les populations clés vivant avec le VIH peut aider les planificateurs nationaux à déterminer les moyens nécessaires pour combattre la syndémie.

Numérateur

Nombre de personnes dans une population clé qui ont un test positif pour les anticorps au virus de l'hépatite C

ou

Nombre de personnes dans une population clé qui ont un test positif pour l'antigène de surface de l'hépatite B

et

Nombre de personnes au sein d'une population clé qui, outre leur séropositivité à l'un des tests mentionnés ci-dessus, ont été diagnostiquées comme présentant une infection à VIH

Dénominateur

Nombre de personnes interrogées ayant fait l'objet d'un test de dépistage du VIH et de l'hépatite B et/ou C

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Enquêtes de surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques

Fréquence de mesure

Tous les deux ans

Ventilation

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

Informations complémentaires requises

Si l'algorithme de test est disponible pour le dépistage de l'hépatite C, veuillez inclure cette information, surtout si des tests complémentaires ou PCR sont effectués.

Forces et faiblesses

En ce qui concerne la co-infection VIH-hépatite C ou VIH-hépatite B parmi les populations clés, on ne trouve généralement pas d'estimations effectuées à partir de probabilités, bien que des tests de dépistage d'anticorps contre l'hépatite aient été réalisés dans le cadre de plusieurs études bio comportementales. Une meilleure connaissance de la co-infection contribuera à améliorer les programmes de traitement et à augmenter les chances de survie des populations touchées. Le nombre de personnes coinfectées est susceptible d'être modeste, à l'exception peut-être des personnes qui s'injectent des drogues, ce qui donnera lieu à de larges intervalles de confiance.

Informations complémentaires

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

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

7.2 Hepatitis C testing

Proportion of people starting antiretroviral therapy who were tested for hepatitis C virus (HCV)

What it measures

It monitors trends in hepatitis C testing, a critical intervention for assessing needs related to managing hepatitis C.

Hepatitis C testing provides information on the prevalence of HIV and HCV coinfection, informing clinicians on the need for further clinical and laboratory evaluation and treatment.

Rationale

Testing for hepatitis C identifies HIV and HCV coinfection to adapt treatment

Numerator

Number of adults and children starting antiretroviral therapy who were tested for hepatitis C during the reporting period using the sequence of anti-HCV antibody tests followed by HCV polymerase chain reaction (PCR) for those who are anti-HCV positive.

Denominator

Number of adults and children starting antiretroviral therapy during the reporting period

Calculation

Numerator/denominator

Method of measurement

Clinical and/or laboratory records

Measurement frequency

Annual

Disaggregation

- Sex
 - Age (<15 and 15+ years)
 - People who inject drugs
-

Additional information requested

Aucune.

Strengths and weaknesses

Patients who are anti-HCV positive have serological evidence of past or present infection. People who are anti-HCV positive must be tested for HCV RNA (detects HCV circulating in the blood) to differentiate resolved infections from current infections that require treatment.

This indicator monitors progress in hepatitis C testing activities on a regular basis but does not reflect the overall proportion of people coinfecting HIV and HCV receiving HIV care who are aware of their hepatitis C coinfection. Indicator C.6 of the viral hepatitis monitoring and evaluation framework, disaggregated by HIV status, would reflect this.

Collecting information on past or current injecting drug use allows reporting of disaggregated data for PWID. Recording information on stigmatised and commonly criminalised behaviours such as illicit drug use poses a risk where an individual can be identified. Efforts must be made to ensure patient records and registers avoid disclosing information that would allow for identification of individuals engaged in stigmatised or criminalised behaviour.

Further information

Driving impact through programme monitoring and management. Consolidated HIV strategic information guidelines. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240000735>).

Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246200/9789241511124-eng.pdf>)

7.3 Personnes co-infectées par le VIH et le virus de l'hépatite C commençant un traitement contre le virus de l'hépatite C

Proportion de personnes co-infectées par le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC) commençant un traitement contre le VHC

Ce qui est mesuré

Le début d'un traitement VHC pour les personnes co-infectées 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 co-infectées à VHC. Sa faiblesse est qu'il ne reflète qu'une seule année d'activité. Pour décrire l'effet cumulé de personnes co-infectées 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.

La collecte d'informations sur la consommation passée ou actuelle de drogues injectables permet de rapporter des données ventilées pour les PQID. L'enregistrement d'informations sur des comportements stigmatisés et couramment criminalisés, comme la consommation de drogues illicites, présente un risque lorsqu'un individu peut être identifié. Des efforts doivent être faits pour que les dossiers et registres des patients évitent de divulguer des informations qui permettraient d'identifier des personnes ayant un comportement stigmatisé ou criminalisé.

Informations complémentaires

Suivi et évaluation des hépatites virales B et C : indicateurs recommandés et structure. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204790/9789241510288_eng.pdf?sequence=1).

Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés. Genève: Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246200/9789241511124-eng.pdf;jsessionid=28C67621504E323967719DE7C880FF01?sequence=1>).

7.4 Prévalence de la syphilis parmi les populations clés (A, B, D)

Prévalence de la syphilis dans des populations clés spécifiques

Cet indicateur est divisé en trois sous-indicateurs:

- A. Prévalence de la syphilis parmi les professionnel(le)s du sexe.
- B. Prévalence de la syphilis parmi les gays et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- D. Prévalence de la syphilis parmi les personnes transgenres.

Ce qui est mesuré

Progrès en matière de réduction de la prévalence de la syphilis parmi les populations clés

Fondement

La prévalence de la syphilis est généralement beaucoup plus élevée dans les populations clés que dans la population générale. La réduction de la prévalence de la syphilis parmi les populations clés est importante pour la santé des populations et constitue également une mesure essentielle de la réponse à la syphilis au niveau national.

L'utilisation croissante des tests rapides pour le dépistage de la syphilis a permis d'améliorer l'accès au dépistage de la syphilis dans des milieux qui n'en avaient pas la capacité auparavant. En conséquence, cet indicateur a été étendu à la prévalence de la syphilis plutôt que de se concentrer uniquement sur la syphilis active.

Le dépistage de la syphilis dans les populations clés est une composante de la surveillance du VIH de deuxième génération.

Numérateur

Nombre de personnes au sein d'une population clé qui reçoivent un résultat positif au test de dépistage de la syphilis

Dénominateur

Nombre de personnes d'une population clé testées pour la syphilis

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Cet indicateur est calculé à partir des données des tests de syphilis effectués parmi les personnes interrogées dans le(s) site(s) sentinelle(s) ou les participants aux enquêtes biocomportementales ou aux services réguliers de dépistage des infections sexuellement transmissibles. Les sites de surveillance sentinelle utilisés pour mesurer cet indicateur doivent rester les mêmes afin de permettre un suivi cohérent dans le temps.

Le dépistage peut être effectué avec soit un test non tréponémique (par exemple, le test VDRL (venereal disease research laboratory) soit un test RPR (rapid plasma reagin)), un test tréponémique (par exemple, le TPHA (Treponema pallidum haemagglutination assay), un TPPA (Treponema pallidum particle agglutination assay), un test immunoenzymatique ou un test tréponémique rapide). Bien que les tests sérologiques non néponémiques soient sensibles, ils manquent de spécificité et peuvent donner lieu à des résultats faux positifs. Les tests tréponémiques sont plus spécifiques mais ne peuvent pas faire la différence entre une infection actuelle et une infection passée ou entre une infection traitée et une infection non traitée. Pour les besoins de cet indicateur (conçu pour mesurer la séropositivité), il est acceptable de s'appuyer sur un seul test pour déclarer un diagnostic positif. Toutefois, si des résultats de tests tréponémiques et non tréponémiques sont disponibles pour un même patient, on considère que ce patient est atteint par la syphilis si les résultats des deux tests sont positifs. Les pays sont tenus de communiquer l'algorithme de test utilisé pour déterminer la positivité afin que les estimations de prévalence puissent être ajustées pour examiner les tendances dans le temps et générer des estimations régionales et mondiales.

Fréquence des mesures

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

Ventilation

A,B,D : âge (<25 et 25+ ans).

A : genre (homme, femme et transgenre).

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

Informations complémentaires requises

Veillez indiquer, dans la section des commentaires, l'algorithme de dépistage de la syphilis dans les différentes populations clés et si celui-ci a changé depuis le dernier rapport de Suivi de la lutte mondiale contre le sida.

Veillez commenter la mesure dans laquelle les données sont jugées représentatives de la population nationale. Si des données sous-nationales sont disponibles, veillez indiquer les données de ventilation par zone administrative, ville ou site dans l'espace prévu à cet effet. Vous pouvez également importer une feuille de calcul Excel comportant ces données plutôt que de les saisir dans l'outil en ligne. Envoyez la version numérique de tous les rapports d'enquête disponibles en utilisant l'outil de téléchargement.

Forces et faiblesses

Pour déchiffrer cet indicateur, il est essentiel de bien connaître la relation entre les populations échantillonnées et les populations plus larges qui ont des comportements à risque similaires. Les tendances de la prévalence de la syphilis parmi les populations clés de la capitale fournissent une indication utile des performances des programmes de prévention du VIH et des infections sexuellement transmissibles dans cette ville, mais elles peuvent ne pas être représentatives de la situation dans l'ensemble du pays. L'ajout de nouveaux sites sentinelles augmente la représentativité de l'échantillon et fournit donc une estimation ponctuelle plus robuste de la prévalence de la syphilis. Cela réduit néanmoins aussi la comparabilité des chiffres. Ainsi, tout changement dans le nombre de sites fournissant des données doit être documenté dans la section des commentaires.

Les enquêtes portant uniquement sur les personnes transgenres sont rares. La plupart des données concernant les communautés transgenres sont issues d'enquêtes sur les gays et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ou les professionnels du sexe. L'environnement à risque signalé pour la plupart des communautés transgenres est élevé, ce qui expose les femmes transgenres à un risque particulièrement élevé de contracter une infection sexuellement transmissible et de transmettre cette infection. Si des femmes transgenres répondent à des enquêtes concernant des professionnels du sexe, inclure les données avec les professionnels du sexe dans la section de ventilation des données. Si des personnes transgenres répondent à des enquêtes concernant des gays et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, veuillez inclure les données sous l'onglet des personnes transgenres.

Les tests utilisant à la fois des tests non tréponémiques et tréponémiques augmentent la probabilité que les nombres rapportés de tests positifs représentent une infection active. Certains pays ne disposent cependant d'informations que pour un seul type de test. Veuillez indiquer dans les champs de commentaire si les pratiques de dépistage de la syphilis ont changé, car il faudra en tenir compte lors de l'interprétation des tendances de la maladie.

Informations complémentaires

Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241511124>).

Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240000735>).

7.5 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 *Neisseria gonorrhoeae* ou *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 *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>).

7.6 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 *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>).

7.7 Co-gestion du traitement de la tuberculose et du VIH

Pourcentage de cas 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

Les progrès accomplis dans la détection et le traitement de la TB et du VIH chez les personnes atteintes de TB associée au VIH

Fondement

La TB est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH, y compris chez les patients sous traitement antirétroviral. Une prise en charge rapide de la TB et la mise en place précoce d'un traitement antirétroviral sont essentielles pour réduire la mortalité due à la TB associée au VIH ; cette activité doit être prioritaire à la fois dans le programme de lutte contre le sida et le programme national de lutte contre la TB. C'est pourquoi il est très important de calculer le pourcentage de patients séropositifs et atteints de la TB qui bénéficient d'un traitement adapté contre la TB et le VIH.

Numérateur

Nombre de patients séropositifs ayant nouvellement contracté une TB ou présentant une rechute de la TB pendant la période de référence, qui recevaient déjà un traitement antirétroviral ou qui ont commencé un traitement antirétroviral pendant la prise en charge de leur TB au cours de la période de référence

Dénominateur

Nombre estimé de cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Pour le numérateur : Registres et rapports relatifs aux traitements antirétroviraux dans les établissements médicaux ; outils de suivi des programmes. Comptabilisez le nombre total de patients séropositifs ayant nouvellement contracté une TB ou présentant une rechute de la TB qui ont commencé un traitement de la TB (tels que consignés dans le registre TB) ainsi qu'un traitement antirétroviral, ou qui étaient déjà sous traitement antirétroviral (tels que consignés dans le registre des traitements antirétroviraux). Avant d'être consolidée et rapportée, cette donnée doit être recoupée par trimestre et par année avec les registres TB des services de gestion compétents.

Pour le dénominateur : Données des programmes et nombre estimé de cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH. L'OMS calcule les estimations annuelles du 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 de 2020 est disponible à l'adresse <http://www.who.int/tb/country/data/download/en> (en anglais).

Pour une meilleure compréhension de l'indicateur, voir l'Annexe 5.

Fréquence de mesure

Les données doivent être recueillies de façon systématique au niveau des établissements, comparées aux registres TB et compilées régulièrement, de préférence tous les mois ou tous les trimestres, puis rapportées tous les ans. L'année des dernières données et estimations disponibles doit être indiquée ici.

Ventilation

- Genre
 - Âge (<15 et 15 ans et plus)
-

Informations complémentaires requises

Aucune.

Forces et faiblesses

Un dépistage et un traitement adéquats de la TB prolongent la vie des personnes vivant avec le VIH et réduisent le nombre de cas de TB dans les communautés. L'OMS estime tous les ans le nombre de cas de TB parmi les personnes vivant avec le VIH, en fonction des estimations nationales de la prévalence du VIH et de l'incidence de la TB. Toutes les personnes séropositives nouvellement atteintes de TB doivent commencer un traitement contre la TB puis un traitement antirétroviral dans les huit semaines suivant le début du traitement contre la TB, quel que soit leur nombre de CD4. Les personnes qui vivent avec le VIH et la TB et qui présentent une immunosuppression sévère (par ex. un nombre de lymphocytes CD4 inférieur à 50 cellules/mm³) doivent recevoir un traitement antirétroviral dans les deux semaines suivant le début du traitement contre la TB. Le traitement contre la TB doit être administré conformément aux directives du programme national de lutte contre la TB.

Cet indicateur montre dans quelle mesure la collaboration entre les programmes nationaux de lutte contre le VIH et la TB permet aux personnes vivant à la fois avec le VIH et la TB d'avoir accès à un traitement adéquat pour les deux maladies. Cet indicateur est toutefois influencé par le faible recours au dépistage du VIH, l'accès limité aux services de soins liés au VIH et aux traitements antirétroviraux, et l'accès limité au diagnostic et au traitement de la TB. Il serait donc préférable d'utiliser des indicateurs distincts pour chacun de ces facteurs dans l'interprétation des résultats de cet indicateur.

Il est important que les personnes dispensant des soins liés au VIH et des traitements antirétroviraux consignent le diagnostic de TB et le traitement prescrit, car ces informations ont des répercussions sur l'éligibilité aux traitements antirétroviraux et le choix du schéma thérapeutique. C'est pourquoi il est recommandé d'inscrire dans le registre des traitements antirétroviraux la date de début du traitement contre la TB.

Informations complémentaires

Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2012. (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44789/9789241503006_eng.pdf?sequence=1).

Global tuberculosis report 2021. Genève: Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2021>).

Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH. Révision 2015. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/150627/9789241508278_eng.pdf?sequence=1).

7.8 Personnes vivant avec le VIH atteintes d'une tuberculose active

Nombre total de personnes vivant avec le VIH et souffrant d'une tuberculose (TB) active, exprimé en pourcentage de celles ayant débuté un traitement antirétroviral au cours de la période de référence

Ce qui est mesuré

Nombre de cas de TB active chez les personnes vivant avec le VIH ayant débuté un traitement antirétroviral. Il mesure aussi indirectement les efforts déployés pour détecter précocement la tuberculose associée au VIH.

Fondement

Le principal objectif 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 conseil proposé par les professionnels de santé chez les patients souffrant d'une TB est de détecter rapidement la TB liée au VIH pour administrer au plus vite un traitement antirétroviral et un traitement contre la TB. Même si l'intensification du dépistage de la TB doit être mise en place pour toutes les personnes vivant avec le VIH à chaque consultation dans un établissement de soins et de traitement du VIH, elle est particulièrement importante au moment de la prise en charge, car le risque de TB non détectée est plus élevé chez les nouveaux patients pris en charge que chez ceux qui sont déjà sous traitement antirétroviral. Par ailleurs, il est possible que les personnes vivant avec le VIH et ayant débuté un traitement soient moins informées des symptômes de la TB et de la nécessité de la détecter et de la traiter au plus vite, et qu'elles ne consultent donc pas pour des symptômes généraux ou propres à la TB. L'intensification du dépistage de la TB offre l'occasion de sensibiliser les personnes vivant avec le VIH et de détecter rapidement la TB. Toutes les personnes vivant avec le VIH chez qui l'on détecte une TB doivent démarrer un traitement contre la TB immédiatement et un traitement antirétroviral dans les huit semaines qui suivent (si elles ne sont pas déjà sous traitement antirétroviral).

Numérateur

Nombre total de personnes vivant avec le VIH ayant débuté un traitement antirétroviral et souffrant d'une TB active au cours de la période de référence

Dénominateur

Nombre total de personnes ayant débuté un traitement antirétroviral (ex : ceux/celles qui se sont enrégistré(e)s pour un traitement antirétroviral au cours de la période de référence)

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Le résultat de l'examen des personnes vivant avec le VIH et présentant des symptômes de TB doit être consigné sur les fiches de traitements antirétroviraux (dans la colonne « Examens » de la partie dédiée aux consultations) et dans les registres de traitements antirétroviraux (respectivement dans les parties dédiées au suivi mensuel et au suivi trimestriel). De la même façon, les patients souffrant de TB qui sont diagnostiqués séropositifs doivent démarrer rapidement un traitement antirétroviral, et leur TB doit être indiquée sur leur fiche et dans les registres de traitements antirétroviraux.

Pour le numérateur. À la fin de la période de référence, comptez le nombre total de personnes vivant avec le VIH, nouvellement inscrites à un traitement contre le VIH, qui ont une tuberculose active. Les données doivent provenir de services et de sources de données liés à la tuberculose et au VIH.

Pour le dénominateur. Compter le nombre total de personnes vivant avec le VIH et ayant débuté un traitement antirétroviral au cours de la période de référence.

Les informations sur la TB figurant dans les registres de traitements antirétroviraux doivent être mises à jour et comparées aux registres TB des services de gestion compétents avant d'être consolidées et communiquées au niveau supérieur.

Pour une meilleure compréhension de l'indicateur, voir l'Annexe 5.

Fréquence de mesure

Les données doivent être consignées tous les jours et rapportées au niveau national ou infranational dans le cadre des rapports trimestriels. Les données doivent également être communiquées à l'ONUSIDA tous les ans.

Ventilation

Aucune

Informations complémentaires requises

Aucune

Forces et faiblesses

L'analyse de l'évolution de la TB chez les personnes vivant avec le VIH et ayant débuté un traitement pendant une période donnée peut apporter des informations utiles sur : (a) le nombre de cas de TB parmi elles ; et (b) l'efficacité des efforts entrepris pour détecter et traiter rapidement la TB liée au VIH.

Cet indicateur risque de sous-estimer le nombre réel de cas de TB liée au VIH, car il peut exclure : (a) les personnes dépistées par le biais des services de dépistage du VIH et de conseil proposés par les professionnels de santé, mais qui ne suivent pas de traitement antirétroviral ; ou (b) celles qui présentent une TB miliaire, qui sont asymptomatiques ou qui n'ont pas bénéficié des dépistages réguliers de la TB. Un indicateur élevé peut signifier que le taux de TB est important ou que les programmes de dépistage du VIH et de la TB sont efficaces, tandis qu'un indicateur faible peut refléter l'inefficacité des programmes de dépistage du VIH et de la TB ou l'efficacité des efforts contre la TB. Il convient donc de faire preuve de prudence dans l'interprétation du résultat.

Informations complémentaires

Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH. Révision 2015. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/150627/9789241508278_eng.pdf?sequence=1).

7.9 Personnes vivant avec le VIH et ayant débuté un traitement de prévention de la tuberculose

Pourcentage de personnes sous thérapie antirétrovirale qui ont débuté un traitement préventif contre la tuberculose (TB) pendant la période de référence.

Ce qui est mesuré

La mesure dans laquelle les personnes sous traitement antirétroviral ont débuté un traitement préventif contre la tuberculose.

Fondement

Le traitement préventif contre la tuberculose (TPT) réduit le risque de développer une TB active et améliore la survie de toutes personnes vivant avec le VIH. Il est recommandé de pratiquer un dépistage de la TB chez toutes les personnes vivant avec le VIH à chaque consultation, à l'aide d'un algorithme clinique recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Les adultes et les adolescents vivant avec le VIH qui ne déclarent aucun des symptômes de la TB (toux, fièvre, perte de poids ou sueurs nocturnes) sont peu susceptibles d'avoir une TB active et doivent se voir proposer un TPT. L'OMS recommande un certain nombre d'outils de dépistage qui peuvent être utilisés pour écarter la possibilité d'une tuberculose active (par exemple, radiographie pulmonaire, protéine c-réactive).

Les enfants vivant avec le VIH qui ne présentent pas de faible prise de poids, de fièvre ou de toux actuelle doivent se voir proposer un traitement préventif contre la tuberculose, qu'ils reçoivent ou non une thérapie antirétrovirale.

Numérateur

1. Nombre total de nouvelles personnes ayant débuté un traitement antirétroviral pendant la période de référence et qui ont également débuté un traitement préventif contre la tuberculose pendant la période de référence.
 2. Nombre total de personnes déjà sous traitement antirétroviral qui ont également débuté un traitement préventif contre la tuberculose pendant la période de référence.
-

Dénominateur

1. Nombre total de nouvelles personnes ayant débuté un traitement antirétroviral pendant la période de référence.
 2. Nombre total de personnes déjà sous traitement antirétroviral pendant la période de référence.
-

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Un TPT doit être initié chez toutes les personnes vivant avec le VIH qui y sont éligibles et la date de début doit être consignée sur les fiches de traitements antirétroviraux / dans les registres de traitements antirétroviraux (dans la partie dédiée aux consultations). Les personnes qui acceptent le traitement et reçoivent au moins la première dose doivent être enregistrées dans les registres de traitements antirétroviraux (dans la colonne mois et année de début du traitement préventif contre la TB).

1. **Numérateur** Comptabilisez le nombre total de nouvelles personnes vivant avec le VIH ayant débuté un traitement antirétroviral pendant la période de référence et qui ont également débuté un traitement préventif contre la tuberculose pendant la même période de référence (c.-à-d. celles qui ont reçu au moins une dose de ce schéma thérapeutique.

Dénominateur. Comptabilisez le nombre total de nouvelles personnes vivant avec le VIH ayant débuté un traitement antirétroviral pendant la période de référence.

2. **Numérateur.** Comptabilisez le nombre total de personnes déjà sous traitement antirétroviral pendant la période de référence et qui ont également débuté un traitement préventif contre la tuberculose pendant la même période de référence (c.-à-d. celles qui ont reçu au moins une dose de ce schéma thérapeutique.

Dénominateur. Comptabilisez le nombre total de personnes vivant avec le VIH déjà sous traitement antirétroviral pendant la période de référence.

Il est demandé aux pays de faire un rapport sur 1 et/ou 2, selon ce dont ils disposent.

Si disponible, indiquez également le nombre de personnes vivant avec le VIH déjà sous traitement antirétroviral qui ont déjà reçu un traitement préventif contre la tuberculose (à l'exclusion de celles qui l'ont reçu pendant la période de référence actuelle).

Fréquence de mesure

Les données sur les personnes ayant débuté une thérapie antirétrovirale et un traitement préventif contre la tuberculose doivent être enregistrées quotidiennement et communiquées trimestriellement au niveau national ou infranational. Ces chiffres doivent être consolidés et transmis à l'ONUSIDA tous les ans.

Ventilation

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

Informations complémentaires requises

Aucune.

Forces et faiblesses

Cet indicateur mesure la couverture du traitement préventif contre la tuberculose chez les personnes sous traitement contre le VIH, mais il ne dispose pas de la référence nécessaire pour évaluer le caractère acceptable de la prestation. L'intensification de cette intervention contribuera à la définition de ces points de référence au niveau national. Dans l'attente de données supplémentaires, cet indicateur n'apporte aucune information sur le nombre de personnes qui respectent ou terminent leur traitement.

Dans un souci de planification et de gestion des médicaments, il est nécessaire de recueillir des informations plus détaillées, en plus de celles ci-dessus. Un registre de pharmacie peut être utilisé pour noter si le patient est présent aux consultations et vient chercher ses médicaments. L'établissement administrant le traitement contre le VIH peut également tenir un registre des traitements préventifs contre la TB, en plus du registre des traitements antirétroviraux. Ce registre peut apporter des informations utiles sur le nombre de patients existants et de nouveaux patients recevant un traitement préventif contre la TB, sur le taux d'achèvement des traitements et sur les effets indésirables.

Informations complémentaires

WHO guidelines on tuberculosis infection prevention and control. 2019 update. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311259/9789241550512-eng.pdf>).

Lignes directrices unifiées de l'OMS sur la tuberculose. Module 1 : prévention. Traitement préventif contre la tuberculose. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-consolidated-guidelines-on-tuberculosis-module-1-prevention-tuberculosis-preventive-treatment>).

7.10 Pourcentage de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral qui ont terminé un traitement préventif de la tuberculose parmi celles qui ont commencé un tel traitement

Pourcentage de personnes vivant avec le VIH initiant un traitement préventif de la tuberculose (TB) et sous traitement antirétroviral qui ont terminé un protocole de traitement préventif de la tuberculose

Ce qui est mesuré

Cet indicateur mesure l'efficacité des programmes élargis de traitement préventif de la tuberculose en évaluant la proportion de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral qui ont suivi un traitement préventif de la tuberculose recommandé pendant la période considérée.

Fondement

Le traitement préventif de la tuberculose réduit le risque de développer une TB active et améliore la survie de toutes personnes vivant avec le VIH. Le fait d'achever un traitement préventif de la tuberculose tel qu'il a été prescrit optimise son efficacité. Toutes les personnes recevant un traitement antirétroviral doivent faire l'objet d'un dépistage de la TB à chaque consultation, à l'aide d'un algorithme clinique recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Les adultes et les adolescents vivant avec le VIH qui ne déclarent aucun des symptômes de la TB (toux, fièvre, perte de poids ou sueurs nocturnes) sont peu susceptibles d'avoir une TB active et doivent se voir proposer un TPT. De même, les enfants vivant avec le VIH qui ne présentent pas de faible prise de poids, de fièvre ou de toux actuelle doivent se voir proposer un traitement préventif de la tuberculose.

Alors que de nombreux pays ont augmenté le nombre des traitements préventifs de la tuberculose initiés chez les personnes vivant avec le VIH qui y sont éligibles, les taux d'achèvement des traitements restent faibles ou indéterminés. L'évaluation de ce taux d'achèvement des traitements préventifs de la tuberculose joue un rôle essentiel dans la cascade des services de prise en charge de la TB/du VIH et dans la concrétisation de leur impact.

Numérateur

Nombre de personnes sous traitement antirétroviral ayant achevé un traitement préventif de la tuberculose parmi celles qui ont commencé un traitement préventif de la tuberculose au cours de l'année précédente, par exemple la cohorte 2021 pour la déclaration de 2023 (Figures 1 et 2).

Dénominateur

Nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale qui ont commencé un traitement préventif de la tuberculose au cours de l'année précédente (insérer la même année de cohorte que le numérateur : par exemple, 2021 pour le rapport 2023).

Calcul

Numérateur/dénominateur (exprimé comme %)

Méthode d'évaluation

Numérateur : Dossiers des programmes (par exemple, registres des traitements antirétroviraux ou dossiers médicaux électroniques (DME)). Compter le nombre total de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral qui ont commencé un traitement préventif de la tuberculose pendant l'année de rapport de la cohorte et qui ont achevé le protocole de traitement préventif de la tuberculose. L'année de rapport de la cohorte est généralement la dernière année civile au cours de laquelle toutes les personnes ayant commencé un traitement préventif de la tuberculose peuvent être évaluées pour l'achèvement du traitement. Comme expliqué précédemment, pour le cycle de rapportage 2022, la cohorte inclura les personnes qui ont commencé un protocole de traitement préventif de la tuberculose en 2021.

Il s'agit de toutes les personnes éligibles pour un traitement préventif de la tuberculose qui ont commencé un traitement préventif de la tuberculose (y compris les personnes nouvellement sous traitement antirétroviral et celles actuellement sous traitement) et qui ont terminé le traitement préventif de la tuberculose au cours de la même année ou de l'année suivante. Pour les programmes qui ont recours à un traitement préventif par isoniazide en continu (IPT de 36 mois), l'achèvement du traitement préventif de la tuberculose correspond à 6 mois de traitement. L'achèvement du traitement préventif de la tuberculose doit être déterminé sur la base des directives cliniques nationales (voir le Manuel opérationnel de l'OMS sur la tuberculose – module 1 : prévention).

Dénominateur : Données des programmes (par exemple, les registres des traitements antirétroviraux ou DME). Comptabilisez le nombre total de personnes vivant avec le VIH qui étaient sous traitement antirétroviral et qui ont commencé un traitement préventif de la tuberculose pendant la période concernée par le rapport (2021, pour le rapport 2023). Si une personne ayant commencé un traitement préventif de la tuberculose décède avant d'avoir achevé le traitement préventif de la tuberculose, il convient de la comptabiliser dans le dénominateur, mais pas dans le numérateur.

Cela reflète une approche de cohorte annuelle où le rapport 2023 est basé sur les personnes ayant commencé un traitement préventif de la tuberculose en 2021, qu'elles l'aient terminé en 2021 ou en 2022.

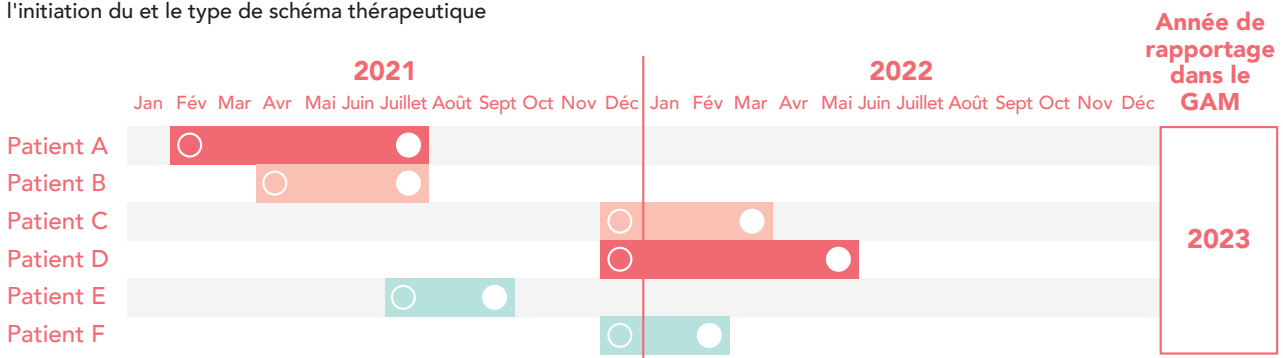
Illustration de la cohorte d'achèvement

Gamme des dates de rapport du GAM 2023 : Initiations des traitements préventifs contre la tuberculose et achèvements du traitement préventif de la tuberculose.



*TPT = traitement préventif de la TB

Exemples de rapports du GAM 2022 sur l'achèvement du traitement préventif de la tuberculose et l'initiation du et le type de schéma thérapeutique



Légende

- TPT initié
- TPT achevé
- 6 INH, six mois de monothérapie à l'isoniazide
- 4R, quatre mois de rifampicine quotidienne
- 3HP, trois mois d'isoniazide plus rifapentine une fois par semaine

Fréquence de mesure

Annuelle. Il est possible qu'une fréquence plus rapprochée convienne mieux, selon les contextes (par exemple, rapports trimestriels pour une mesure plus pertinente des patients commençant un nouveau schéma thérapeutique du traitement préventif de la tuberculose).

Ventilation

- Genre (femme, homme, personne transgenre).
- Âge (<5 ans, 5 à 14 ans et 15 ans et +).
- Type de schéma thérapeutique préventif de la tuberculose (si le pays est en mesure de fournir des données sur la ventilation).

Forces et faiblesses

Cet indicateur renseigne plus précisément sur les personnes vivant avec le VIH et ayant reçu cette intervention visant à réduire l'incidence de la tuberculose ainsi que la mortalité parmi les personnes vivant avec le VIH. Les programmes du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) ont déjà testé cet indicateur sur le terrain pendant plusieurs années et l'ont rapporté via le système de suivi, évaluation et rapportage.

Les difficultés comprennent le recueil et le rapportage de données incomplètes, les systèmes d'informations qui n'enregistrent pas nécessairement l'achèvement du traitement préventif de la tuberculose, l'utilisation de critères différents afin de mesurer l'achèvement et les arrêts du traitement préventif de la tuberculose, et la mise en œuvre non optimale des programmes.

Informations complémentaires

Manuel opérationnel de l'OMS sur la tuberculose. Module 1: prévention—traitement préventif de la tuberculose. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-operational-handbook-on-tuberculosis-module-1-prevention-tuberculosis-preventive-treatment>).

7.11 Nombre de femmes vivant avec le VIH ayant bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus, quel que soit le test utilisé.

Nombre de femmes vivant avec le VIH ayant bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus, quel que soit le test utilisé.

Ce qui est mesuré

Progrès vers l'intensification du dépistage en population pour la prévention du cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH

Fondement

L'objectif de cet indicateur est d'évaluer la disponibilité et le recours au dépistage pour prévenir le cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH. Pour prévenir le cancer invasif du col de l'utérus, les femmes peuvent être dépistées à l'aide de différents tests afin d'identifier celles qui présentent ou risquent de présenter un précancer du col. Il existe des méthodes de dépistage peu coûteuses et de technologie appropriée qui permettent d'identifier la plupart des lésions précancéreuses à des stades où elles peuvent facilement être traitées et guéries. Une couverture élevée du dépistage chez les femmes – avec traitement des lésions précancéreuses détectées par le dépistage – peut conduire à une faible incidence du cancer invasif du col de l'utérus.

La méthode traditionnelle de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes est la cytologie (le test de Papanicolaou, également appelé test de Pap ou frottis). Les tests de dépistage plus récents comprennent l'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA) et les tests moléculaires, principalement les tests à haut risque basés sur l'ADN du VPH, qui peuvent être utilisés dans tous les contextes. D'autres tests moléculaires – ainsi que des tests d'inspection visuelle plus avancés basés sur des plateformes d'intelligence artificielle/apprentissage automatique – ont également été développés. Le dépistage du cancer du col de l'utérus peut être effectué à l'aide de différents tests de dépistage primaire et de triage, et il existe de nombreuses combinaisons ou algorithmes utilisés dans différents contextes.

Numérateur

Nombre de femmes vivant avec le VIH qui ont subi un test de dépistage du cancer du col de l'utérus, quel que soit le test de dépistage utilisé.

Dénominateur

N/A

Calcul

N/A

Méthode d'évaluation

Ce chiffre est obtenu en comptant le nombre de femmes vivant avec le VIH parmi toutes les femmes qui ont subi un dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des 12 derniers mois, en utilisant comme source les données du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus et/ou du programme VIH.

Chaque individu ne doit être compté qu'une seule fois au cours de la période de référence. Si un deuxième test de triage ou un test de suivi a été effectué dans le cadre de la stratégie de dépistage, cette personne ne doit être comptée qu'une seule fois.

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- Âge (15–19, 20–24, 25–29, 30–49, 50+ ans).
 - Les personnes qui ont été dépistées pour la première fois de leur vie.
-

Informations complémentaires requises

Aucune

Forces et faiblesses

Comme l'intervalle entre les tests dépend du test utilisé, le nombre de femmes dépistées peut varier d'une année à l'autre.

Il est impossible de déterminer le niveau de couverture du dépistage pour toutes les femmes vivant avec le VIH sans une estimation de la taille de la population.

L'évolution de cet indicateur en tant que mesure des progrès réalisés dans le temps doit être interprétée à la lumière des données connexes, notamment le nombre de femmes dont on sait qu'elles vivent avec le VIH.

Informations complémentaires

Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71:209-249.

Stratégie mondiale visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>).

La lutte contre le cancer du col de l'utérus Guide des pratiques essentielles – Deuxième édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf).

Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824>).

L'introduction et la généralisation du dépistage du papillomavirus humain dans le cadre d'un programme global de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus. Un guide étape par étape. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240015166>).

WHO technical guidance and specifications of medical devices for screening and treatment of precancerous lesions in the prevention of cervical cancer. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240002630>).

7.12 Traitement du précancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH

Pourcentage de femmes vivant avec le VIH dont le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus est positif et qui ont reçu un traitement pour ces lésions au cours des 12 derniers mois.

Ce qui est mesuré

Progrès vers l'objectif de couverture du traitement de 90 % des femmes dont le test de dépistage est positif et qui reçoivent un traitement.

Fondement

L'objectif de cet indicateur est d'évaluer la disponibilité, l'accès et la couverture du traitement des lésions précancéreuses chez les femmes vivant avec le VIH chez qui des lésions précancéreuses ont été diagnostiquées lors du dépistage et qui ont été jugées éligibles pour un traitement des lésions précancéreuses conformément aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) *en matière de dépistage et de traitement pour prévenir le cancer du col de l'utérus*.

Les objectifs de la stratégie mondiale de l'OMS pour éliminer le cancer du col de l'utérus sont de vacciner 90 % des jeunes filles éligibles contre le virus du papillome humain (VPH), de dépister 70 % des femmes éligibles au moins deux fois au cours de leur vie et de traiter efficacement 90 % de celles dont le test de dépistage est positif ou qui présentent une lésion du col de l'utérus, y compris par des soins palliatifs si nécessaire, le tout d'ici à 2030.

Numérateur

Nombre de femmes vivant avec le VIH qui ont reçu un traitement pour des lésions précancéreuses du col de l'utérus après un dépistage positif de ces lésions.

Dénominateur

Nombre de femmes vivant avec le VIH dont le dépistage des lésions précancéreuses du col de l'utérus s'est révélé positif.

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Le numérateur et le dénominateur sont générés à partir des données programmatiques des programmes de dépistage du VIH ou du cancer du col de l'utérus. Les femmes dont le dépistage était positif, mais qui n'étaient pas éligibles à un traitement des lésions précancéreuses, par exemple parce qu'elles étaient orientées vers une évaluation d'un éventuel cancer invasif du col de l'utérus, ne doivent pas être comptées.

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- Âge (15–19, 20–24, 25–29, 30–49, 50+ ans).
 - Épisode de traitement du précancer du col de l'utérus (1er au cours de la vie, 2e, 3e, 4e, etc.).
 - Méthode de traitement reçue (cryothérapie, ablation thermique, excision à grande boucle de la zone de transformation [LLETZ], autre).
-

Informations complémentaires requises

Aucune

Forces et faiblesses

La variation du dénominateur au fil du temps peut refléter l'évolution des compétences des travailleurs de la santé pour évaluer l'éligibilité à un traitement précancéreux, le test de dépistage utilisé et sa précision, et l'utilisation ou non d'un test de triage.

Informations complémentaires

Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71:209-249.

Stratégie mondiale visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>).

La lutte contre le cancer du col de l'utérus Guide des pratiques essentielles – Deuxième édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf).

Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824>).

WHO technical guidance and specifications of medical devices for screening and treatment of precancerous lesions in the prevention of cervical cancer. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240002630>).

7.13 Traitement du cancer invasif du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH

Le pourcentage de femmes vivant avec le VIH et présentant une suspicion de cancer invasif du col de l'utérus qui ont été traitées au cours des 12 derniers mois.

Ce qui est mesuré

Les progrès vers un meilleur accès au traitement du cancer invasif du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH

Fondement

L'objectif de cet indicateur est d'évaluer la disponibilité et l'accès aux services de traitement du cancer invasif du col de l'utérus pour les femmes vivant avec le VIH au fil du temps. À plus long terme, on s'attend à ce que le nombre de femmes vivant avec le VIH qui ont reçu un traitement pour un cancer invasif du col de l'utérus se stabilise et diminue lentement, car les programmes de dépistage élargiront la détection et le traitement des lésions précancéreuses, et la couverture de la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) augmentera conformément aux objectifs d'élimination 90–70–90 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Numérateur

Nombre de femmes vivant avec le VIH et présentant une suspicion de cancer invasif du col de l'utérus ayant reçu un traitement.

Dénominateur

Nombre de femmes vivant avec le VIH qui ont subi un dépistage du cancer du col de l'utérus et qui ont eu une suspicion de cancer invasif.

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Le nombre est généré à partir des données programmatiques des programmes de lutte contre le VIH ou le cancer du col de l'utérus, ou à partir d'un registre national du cancer, si le statut VIH y est enregistré.

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- Âge (15–19, 20–24, 25–29, 30–49, 50+ ans).
 - Épisode de traitement du cancer invasif du col de l'utérus (1er, 2e, 3e, 4e, etc. au cours de la vie).
 - Type de traitement : médical, chirurgical.
-

Informations complémentaires requises

Aucune

Forces et faiblesses

L'évolution de cet indicateur dans le temps doit être interprétée à la lumière des interventions connexes, telles que la généralisation du programme de dépistage et de traitement des lésions précancéreuses.

La variation peut également représenter des changements dans la capacité des travailleurs de la santé à identifier un cancer invasif.

Informations complémentaires

Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71:209-249.

Stratégie mondiale visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>).

La lutte contre le cancer du col de l'utérus : Guide des pratiques essentielles – Deuxième édition, Genève : Organisation mondiale de la Santé 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf).

Cadre de l'OMS pour le renforcement et la généralisation des services de prise en charge du cancer invasif du col de l'utérus. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240003231>).

Guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824>).

7.14 Personnes vivant avec le VIH bénéficiant d'une distribution multimensuelle de médicaments antirétroviraux

Proportion de personnes vivant avec le VIH et actuellement sous traitement antirétroviral qui bénéficient d'une distribution multimensuelle de médicaments antirétroviraux.

Ce qui est mesuré

La proportion de toutes les personnes vivant avec le VIH et actuellement sous traitement antirétroviral, qui ont reçu un approvisionnement de plusieurs mois (comme spécifié ci-dessous) de médicaments antirétroviraux la dernière fois qu'elles ont récupéré leurs médicaments antirétroviraux.

Fondement

La possibilité pour les personnes vivant avec le VIH, qui sont cliniquement stables ("établies sous traitement antirétroviral" – voir les définitions ci-dessous), de recevoir des médicaments antirétroviraux pendant plusieurs mois est un élément clé des soins qui répondent aux besoins et aux préférences des personnes vivant avec le VIH (connu sous le nom de prestation différenciée des services – voir « Définitions » ci-dessous). Pour les personnes vivant avec le VIH qui sont sous traitement antirétroviral, la distribution multimensuelle peut améliorer les résultats de santé et favoriser l'observance du traitement à long terme, tout en réduisant la fréquentation inutile des cliniques, ce qui contribue à l'efficacité du système. De manière générale, la distribution multimensuelle peut contribuer aux efforts visant à atteindre les objectifs de 95–95–95.

L'adoption et le déploiement de la distribution multimensuelle dans le cadre des stratégies et des plans des gouvernements nationaux sont en augmentation. Depuis 2016, la prestation différenciée des services – y compris l'option de la distribution multimensuelle – est recommandée dans les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) relatives au traitement du VIH et à la santé publique. La pandémie de COVID-19 a particulièrement mis en évidence la fragilité des systèmes de santé et, en réponse, la recherche de moyens pour maintenir la prestation des services et réduire la fréquentation inutile des cliniques a été une priorité.

La mesure dans laquelle ces modèles de soins ont été étendus dans de nombreux pays est incertaine et le rapport sur cet indicateur soutiendra les efforts visant à étendre l'offre de distribution multimensuelle.

Numérateur

La proportion des personnes vivant avec le VIH et actuellement sous traitement antirétroviral, qui ont bénéficié d'une distribution de 3 – <6 ou 6/+ mois de médicaments antirétroviraux la toute dernière fois qu'elles ont récupéré leurs médicaments antirétroviraux.

(Le nombre de personnes recevant <3 mois d'approvisionnement en antirétroviraux est également collecté à des fins de validation).

Si les pays ne peuvent pas communiquer le nombre de mois de médicaments antirétroviraux distribués selon la ventilation décrite ci-dessus, ils pourraient, comme alternative, communiquer le nombre total de personnes actuellement sous traitement antirétroviral et qui ont reçu de ≥3 mois de médicaments antirétroviraux la toute dernière fois qu'elles ont récupéré des médicaments.

Dénominateur

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

Calcul

Numérateur / Dénominateur

Méthode d'évaluation

Les données relatives à cet indicateur sont collectées à la fin de la période de référence à partir des registres de traitement antirétroviral des établissements (y compris les thérapies antirétrovirales dispensées en dehors de l'établissement), des outils de suivi du programme ou d'autres bases de données. (Si des données sont disponibles dans le secteur privé, elles doivent être incluses).

Toutes les personnes actuellement sous traitement antirétroviral doivent être identifiées. Les personnes qui n'ont pas reçu de médicaments antirétroviraux dans les 28 jours suivant leur prise programmée sont considérées comme perdues de vue et ne doivent pas être comptées dans le dénominateur ou le numérateur. Par exemple, si un médicament antirétroviral a été fourni pour trois mois (12 semaines) de traitement, le délai depuis le dernier contact pour récupérer des médicaments ne doit pas dépasser 16 semaines (12 semaines plus 28 jours).

Pour le numérateur : les registres doivent saisir la durée de traitement liée à la distribution des médicaments antirétroviraux pour chaque patient actuellement sous traitement antirétroviral lors de son dernier contact clinique pour récupérer des médicaments. Si possible, il faut les classer en trois catégories : <3 mois, 3- <6 mois, ou 6+ mois et faire un résumé pour chaque groupe d'âge/sexe.

Le dénominateur doit correspondre au nombre total de personnes sous traitement antirétroviral à la fin de l'année et il doit être aligné sur les valeurs nationales soumises par le biais de l'outil de collecte en ligne de suivi mondial de la lutte contre le sida.

Si le résultat de cet indicateur n'est disponible que pour une proportion donnée seulement des personnes actuellement sous traitement, veuillez indiquer le nombre de personnes sur lequel le pourcentage est basé, ainsi que la valeur du dénominateur national, de façon à ce qu'il apparaisse clairement quelle proportion de la population actuellement sous traitement est représentée dans le calcul.

Attention : il ne faut pas confondre la distribution multimensuelle avec les prescriptions multimensuelles. Une personne qui reçoit une ordonnance pour des médicaments antirétroviraux pour six mois mais qui doit se rendre au dispensaire tous les mois ou tous les deux mois pour aller en chercher ne doit pas être considérée comme bénéficiant d'une distribution multimensuelle.

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- Âge : 0-14 ans
- Âge : 15+ par genre (homme, femme, transgenre).

Informations complémentaires requises

Veillez inclure dans le rapport narratif toute information sur les changements durables dans les lignes directrices nationales sur la fréquence de distribution des médicaments liés au COVID-19.

Forces et faiblesses

Un indicateur axé sur l'ampleur de la distribution multimensuelle constitue un moyen pragmatique de saisir un aspect important de la prestation différenciée des services. Cet indicateur donne une idée générale de l'ampleur de l'adoption d'une approche différenciée de la prestation des services dans le cadre du traitement du VIH et de l'étendue des avantages individuels possibles. Il suggère également la possibilité d'améliorer encore l'efficacité du système en espaçant davantage la distribution des médicaments antirétroviraux.

La présence de cet indicateur n'implique pas que toutes les personnes vivant avec le VIH doivent recevoir un approvisionnement de plusieurs mois en médicaments antirétroviraux. En plus de tenir compte des besoins cliniques des personnes – la distribution multimensuelle s'applique aux personnes "établies sous traitement antirétroviral" – la fréquence de distribution doit également être guidée par les besoins et les préférences des personnes et des populations affectées. D'autres facteurs influent sur la capacité à fournir des médicaments antirétroviraux pour plusieurs mois, notamment les problèmes au niveau de la chaîne d'approvisionnement, les considérations politiques et la préparation du personnel de santé. Le fait que la couverture à 100 % ne doit pas être considérée comme l'objectif à atteindre pour la distribution des médicaments pour plusieurs mois souligne l'importance de disposer de certaines informations contextuelles pour guider l'interprétation des résultats.

Se concentrer uniquement sur la durée de traitement des médicaments antirétroviraux distribués donne une image incomplète de la prestation différenciée des services. Le suivi de résultats tels que la suppression de la charge virale, la satisfaction des patients et la rétention dans les soins doit compléter ce tableau, tout comme les informations sur la qualité et l'étendue du soutien social et autre fourni dans le cadre de la prestation différenciée des services. Idéalement, il faudrait aussi donner la proportion des personnes vivant avec le VIH à qui l'on a offert le choix d'un modèle de traitement différencié, mais cela peut ne pas être faisable.

Définitions

La prestation différenciée des services pour le VIH est définie par l'OMS comme une approche axée sur le client qui vise à simplifier et à adapter les services VIH dans l'ensemble de la cascade des soins, en vue de mieux satisfaire les besoins des personnes vivant avec le VIH et de réduire les charges inutiles qui pèsent sur le système de santé.

La distribution multimensuelle fait référence à la fourniture de plusieurs mois de médicaments antirétroviraux et/ou d'autres médicaments en une fois. La distribution multimensuelle est souvent proposée comme une composante de la prestation différenciée des services. L'OMS recommande que les personnes qui sont sous traitement antirétroviral se voient proposer des renouvellements de médicaments antirétroviraux d'une durée de trois à six mois, de préférence six mois si possible.

Patient établi sous traitement antirétroviral. Les critères permettant de déterminer qu'une personne est avec succès sous traitement antirétroviral sont : a) recevoir un traitement antirétroviral pendant au moins six mois ;

b) aucune maladie actuelle, [ce qui n'inclut pas les problèmes de santé chroniques sous contrôle] ;

c) bonne compréhension de l'adhésion à vie : conseils d'adhésion adéquats fournis ; et

d) preuve du succès du traitement : au moins un résultat de suppression de la charge virale au cours des six derniers mois

(si la charge virale n'est pas disponible : numération des CD4 > 200 cellules/mm³, (numération des CD4 > 350 cellules/mm³ pour les enfants de 3 à 5 ans) ou prise de poids, absence de symptômes et infections concomitantes).

La définition du patient sous traitement antirétroviral doit être appliquée à toutes les populations, y compris celles recevant des schémas thérapeutiques de deuxième et de troisième ligne, celles présentant des comorbidités contrôlées, les enfants, les adolescents, les femmes enceintes et allaitantes et les populations clés.

Informations complémentaires

Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH. Favoriser l'impact par le suivi et la gestion du programme. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240000735>).

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

8.1 Budget national public pour la riposte face au VIH

Budget alloué aux programmes de riposte face au VIH et au sida, à partir de sources nationales publiques

Ce qui est mesuré

Le budget gouvernemental alloué et exécuté pour les programmes de lutte contre le VIH, ainsi que les tendances perçues à court terme dans le budget (c'est-à-dire le budget de l'année prochaine).

Les données rapportées sont les ressources nationales publiques totales allouées et exécutées pour la riposte face au VIH, aux niveaux central et sous-national.

Fondement

Depuis 10 ans, les ressources nationales occupent une place significative dans le financement de la riposte au VIH. Ces dernières années, ces ressources ont représenté plus de la moitié des ressources financières totales pour la riposte face au VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Le suivi des budgets nationaux publics et des prévisions à court terme a pour objectif de renforcer les efforts visant à mobiliser des ressources dans le monde entier, en vue de concrétiser les objectifs d'élimination du sida d'ici 2030.

Numérateur

Ne s'applique pas

Dénominateur

Ne s'applique pas

Type de données

Monnaie et valeurs monétaires, et variables catégorielles indiquant l'ampleur du changement, afin de représenter les prévisions à court terme du financement national.

Calcul

Budgets planifiés et exécutés pour chaque exercice fiscal.

Le service concerné, chargé des statistiques quant au financement gouvernemental, suit les budgets attribués à différents secteurs. De nombreux pays ont des budgets spécifiquement destinés aux programmes de riposte au VIH et au sida, tandis que certains pays peuvent avoir budgété ces activités dans le cadre de différents secteurs.

Cet indicateur vise à identifier le budget alloué aux activités de riposte face au VIH et au sida, à partir des propres sources de financement gouvernementales. Les activités financées par des transferts d'aide extérieure issus d'entités étrangères ne doivent pas être comptabilisées.

Quasiment tous les pays ont un budget public destiné au VIH, même si certaines dépenses liées au VIH ne sont pas prises en charge par ledit budget. Si l'ampleur des budgets peut varier d'un pays à l'autre, ces tendances sont utiles pour les analyses à l'échelle nationale.

Méthode d'évaluation

Analyse budgétaire

Remarque : La prévision à court terme pour l'exercice fiscal à venir doit être rapportée à partir des informations provenant des statistiques financières gouvernementales, du ministère de la Santé ou de la commission nationale de lutte contre le sida.

Fréquence de mesure

Une fois par exercice fiscal

Ventilation

- Les budgets par niveau de gouvernement (national/fédéral, province/État/district ou municipal/local) selon chaque pays.
 - En cas d'unités budgétaires segmentées (par exemple, institutions de sécurité sociale ou organes nationaux de lutte contre le sida), ces unités sont à rapporter séparément.
-

Forces et faiblesses

La qualité des données peut être solide dans les pays disposant d'un budget spécialement destiné à la riposte face au VIH. Lorsqu'il n'y a pas de budget réservé au VIH, la communication de cet indicateur peut nécessiter une coordination entre les départements gouvernementaux concernés par la santé et le bien-être social. Quand la prestation de service fait partie intégrante des établissements, ces dépenses ne sont pas faciles à identifier dans les budgets destinés à la riposte face au VIH.

Informations complémentaires

Annexe 2

8.2 Antirétroviraux : prix unitaires et volume

Ce qui est mesuré

Les prix unitaires moyens des traitements antirétroviraux prévus dans les programmes nationaux de riposte face au VIH, et les volumes achetés

Fondement

Les prix unitaires moyens des antirétroviraux et les volumes achetés permettent de surveiller la dynamique du marché en ce qui concerne ces traitements, tout en contribuant au processus de triangulation des personnes signalées comme suivant un traitement antirétroviral.

Numérateur

Ne s'applique pas

Dénominateur

Ne s'applique pas

Type de données

Le prix unitaire moyen par boîte de régime en dollars US courants ou en unités monétaires locales pour l'année considérée, et le nombre absolu de boîtes achetées au cours d'une période donnée.

Calcul

Ne s'applique pas

Méthode d'évaluation

Systèmes de gestion des achats et de la chaîne logistique

Outils de collecte des données

Systèmes d'information pour la gestion logistique (LMIS)

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- Par lot d'achat. Le nombre de boîtes acheté doit être fourni pour chaque lot d'achat du protocole thérapeutique / de la formule. En l'absence de donnée concernant les lots, le prix unitaire annuel moyen et le nombre total de boîtes acheté chaque année sont rapportés pour cet indicateur.
-

Forces et faiblesses

Les systèmes de gestion logistique des achats au niveau des pays collectent des informations concernant les achats de produits médicaux à l'échelle centrale. Certains pays disposent de LMIS qui surveillent les données concernant ces produits à l'échelle de chaque établissement de santé. Il est possible que ces systèmes d'information puissent fournir les données nécessaires pour cet indicateur.

Informations complémentaires

Annexe 3

8.3 Dépenses de lutte contre le VIH en fonction de l'origine des ressources

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

Ce qui est mesuré

Les dépenses nationales des programmes et services de lutte contre le VIH en fonction de la source, selon une méthode standardisée et comparable par rapport à des catégories mutuellement exclusives. Les dépenses liées au VIH par programme ou service qui sont déclarées ici doivent être cohérentes avec le nombre de personnes ayant utilisé les services (qui est déclaré dans une autre partie du suivi mondial de la lutte contre le sida).

Fondement

L'indicateur à renseigner correspond aux dépenses totales et sous-totales associées au VIH, par service ou catégorie de programmes et par source de financement. Il y a huit sous-indicateurs de base qui correspondent à ce rapportage. Ils sont décrits à l'Annexe 3.

Fin 2021, les ressources internationales et nationales disponibles pour la riposte au VIH ont atteint un montant estimé à 21,4 milliards de dollars US (en dollars constants de 2019) dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Pour atteindre les objectifs nationaux et mondiaux, il faut intensifier les efforts, augmenter les ressources et accroître l'efficacité des programmes afin de fournir les services de prévention, de traitement et de soins nécessaires pour réduire l'incidence du VIH et prolonger des vies.

Il est essentiel de trouver des sources de financement durables à long terme, notamment en mobilisant des ressources nationales, afin de pérenniser les résultats obtenus et continuer à progresser. Cela étant, on ne peut combler le déficit de financement et continuer à allouer des ressources de manière efficace qu'en évaluant et en gérant les ressources disponibles et leur utilisation.

La quantification des flux de financement et des dépenses est utile pour savoir qui bénéficie des programmes VIH et pour déterminer l'état actuel des allocations pour les programmes et services liés au VIH axés sur des populations clés ou d'autres populations spécifiques.

La grande majorité des catégories de dépenses liées au sida (ou ASC, selon les classifications de l'Évaluation nationale des dépenses liées au sida (NASA)) ou des sous-indicateurs sont tirés de cadres existants et sont désormais structurés autour de la Déclaration politique sur l'élimination du sida de 2021. Les besoins en ressources des pays à revenu faible et intermédiaire ont conduit à un objectif de mobilisation d'au moins 29 milliards de dollars US (en dollars US constants de 2019) d'ici 2025.

Numérateur

Ne s'applique pas

Dénominateur

Ne s'applique pas

Type de données

Monnaie et valeurs monétaires

Calcul

Application des principes de comptabilité sociale et établissement des coûts afin d'obtenir des données relatives aux dépenses. Les règles, cadres et principes sont décrits dans les manuels et directives spécifiques (liens indiqués ci-dessous).

Le calcul de chaque service/programme ou sous-indicateur peut présenter des caractéristiques individuelles afin d'assurer une bonne comptabilisation de toutes les composantes (par exemple, les coûts directs et partagés des prestations de services) et pour éviter un double comptage ; ces calculs peuvent être différents selon la source de financement et les modalités des prestations de services (voire selon le prestataire de services). Des indications supplémentaires sont disponibles dans les directives et manuels respectifs indiqués à la fin de la présente section.

La quantification est limitée aux dépenses nationales engagées avec des fonds d'aide au développement international et aux dépenses engagées avec des fonds publics ou privés ou des fonds privés déclarés en dollars américains ou en unités monétaires locales pour l'année de déclaration choisie.

Certaines exigences régissent la collecte et la qualité des données pour assurer la fiabilité et la validité des indicateurs à des fins de crédibilité.

Le rapprochement des estimations descendantes (à partir des sources de financement) et ascendantes (à partir du calcul des coûts des prestations de services) assure la meilleure évaluation des dépenses nationales totales liées au VIH.

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

Il existe des écarts conséquents entre les budgets alloués et les dépenses réelles. C'est pourquoi il n'est pas recommandé d'utiliser l'analyse budgétaire comme seule base pour renseigner les dépenses nationales totales liées au VIH.

Il convient de valider les dépenses financées par des sources internationales, des sources de financement nationales et des agents de financement, en concertation avec toutes les parties prenantes.

Méthode d'évaluation

Principale :

- NASA.

Autre :

- Analyse budgétaire
- Système de comptes de la santé 2011 (SHA-2011) et module VIH.

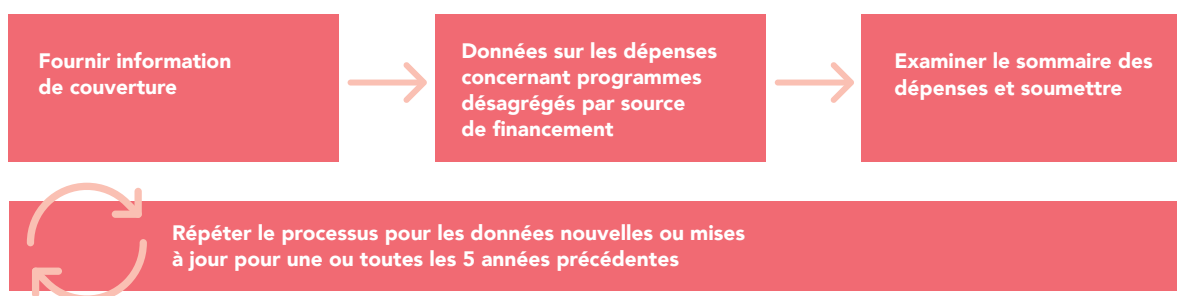
Remarque :

- En l'absence de NASA, les pays peuvent utiliser les résultats produits au niveau central à partir du système du PEPFAR pour la collecte des dépenses et demander des données sur les dépenses au Fonds mondial. La déclaration des dépenses pour les programmes financés par le Fonds mondial doit être conforme aux directives sur la déclaration des progrès et la demande de décaissement.⁶
- Les comptes de la santé à l'aide du cadre SHA-2011 avec ventilation complète par maladie tentent de capturer des éléments de haut niveau des catégories de dépenses relatives au sida au sein du NASA. Toutefois, en fonction des objectifs d'un exercice de suivi des ressources donné, il se peut que le SHA-2011 ne fournisse pas les informations nécessaires pour renseigner la globalité des dépenses granulaires liées au VIH (ventilées par programme). Les principes rigoureux de calcul des coûts devront peut-être compléter le cadre comptable SHA-2011 pour ventiler la partie VIH des coûts communs encourus par le système.

Outils de collecte des données

Les pays établissent leurs rapports sur les dépenses liées au VIH par catégorie de programmes/services principaux et source de financement à l'aide du modèle de la grille de financement national. La liste complète des catégories de programmes VIH figure à l'annexe 2. Les pays qui ont mis en œuvre la méthodologie NASA de manière intégrale et appropriée peuvent simplement utiliser le produit de cet exercice pour remplir le modèle de grille de financement. Les pays qui ont mis en œuvre le système de comptes de la santé SHA-2011 peuvent également remplir les cellules de la grille de financement, notamment en ce qui concerne les sources internationales et, dans certains cas, le financement national privé et public.

Processus de collecte de cet indicateur



Il est possible de soumettre des données modifiées pour les années précédentes, lorsque ces dernières étaient préliminaires.

Fréquence de mesure

Chaque année civile ou fiscale. Étant donné que les résultats des exercices comptables peuvent être obtenus après la date limite fixée pour les rapports annuels, les pays peuvent présenter des résultats préliminaires qui seront remplacés par les résultats définitifs lorsqu'ils seront disponibles. Pour cette série de rapports, nous conseillons aux pays de présenter le nombre souhaité d'exercices au cours des cinq dernières années, en indiquant si ces résultats sont préliminaires ou définitifs et s'ils remplacent des rapports précédents. Si les données ont déjà été présentées et n'ont pas été modifiées, il est inutile de les soumettre de nouveau. Les pays qui souhaitent présenter des rapports récemment modifier ou définitifs sur les dépenses antérieures à 2016 sont invités à contacter l'équipe de l'ONUSIDA pour obtenir de l'aide à cet effet.

Ventilation

- Source de financement.
 - Catégories de programmes dédiés à la riposte au VIH et au sida.
 - Pour certains sous-indicateurs, les pays sont invités à rapporter les dépenses sur les produits les plus importants dans le cadre de chacun des programmes concernés par ces sous-indicateurs, selon les données disponibles. Il est acceptable de renseigner les dépenses totales par programme lorsque la ventilation n'est pas connue, à condition d'être certain que les coûts des produits et des prestations de services sont englobés dans ces dépenses.
-

⁶ Veuillez consulter les instructions du formulaire de demande de décaissement Instructions du formulaire de demande de dépenses (https://www.theglobalfund.org/media/11754/fundingmodel_pudr_instructions_en.pdf).

Forces et faiblesses

Les pays qui ont mis en œuvre la méthodologie NASA de manière intégrale et appropriée peuvent utiliser le produit de cet exercice pour remplir le modèle. Les estimations finales des pays doivent être validées par toutes les parties prenantes et triangulées pour accroître leur fiabilité et leur validité.

Les pays qui ont mis en œuvre un exercice annuel SHA-2011 doivent s'assurer que les clés de répartition utilisées pour estimer les dépenses au titre de la riposte au VIH liées à l'utilisation du système de santé sont à jour et permettent de produire des données granulaires pour les sources nationales. Il se peut que ce processus n'utilise pas de données certifiées telles qu'imposées par certains principes comptables. Les pays qui viennent de mettre en œuvre le processus des comptes de santé à répartition complète doivent valider les résultats avec d'autres sources existantes et toutes les parties prenantes pour accroître la fiabilité et la validité des estimations, en particulier le niveau global, la duplication potentielle et les dépenses importantes non comptabilisées. Les pays utilisant les comptes de santé doivent ajouter les dépenses qui ne sont pas liées à la santé et veiller à ce que les dépenses renseignées en matière de VIH soient cohérentes, notamment en ce qui concerne les coûts partagés au sein du système de santé. La mise en œuvre des comptes de santé nécessite une planification à moyen ou long terme, consomme beaucoup de ressources et dépend de la coordination entre les comptables de la santé et les responsables des programmes.

Les pays qui ont recours à l'analyse budgétaire doivent vérifier que les budgets alloués ont été dépensés comme prévu ; les dépenses qui n'ont pas été réalisées dans le cadre d'un budget dédié doivent être estimées et ajoutées à chaque sous-total concerné.

Les pays ont la possibilité de renseigner : (a) des coûts séparés (produits et prestation de service) lorsqu'ils disposent de ces données ; (b) un seul coût (s'il s'agit du type de donnée disponible) ; ou (c) un total ventilé comprenant à la fois les produits et la prestation de services.

Liste des sous-indicateurs principaux et métadonnées statistiques associées

Total des dépenses liées au VIH	Source de financement ou catégorie de programmes/services	Ne s'applique pas	Dépenses totales de toutes les sources consacrées au VIH et au SIDA au niveau national, y compris les dépenses de santé et les dépenses non liées à la santé.
Sous-indicateurs	Ventilation	Population cible	Ce qui est mesuré
A. Dépenses liées aux services de dépistage du VIH et de conseil (non ciblés ; produits spécifiques déclarés séparément)	Source de financement	Population générale dans le cadre d'indications précises	Le conseil et le dépistage du VIH désignent tous les services de dépistage du VIH proposés en complément des services de conseil, notamment : <ul style="list-style-type: none"> le dépistage du VIH et le conseil à l'initiative du patient ; le dépistage et le conseil proposés par les professionnels de santé ; Le dépistage du VIH et le conseil dans le cadre des campagnes, via les services d'assistance et via le dépistage à domicile. Dépenses directes liées à l'achat de réactifs pour des tests rapides et de laboratoire, à déclarer séparément des autres coûts (selon leur disponibilité).
B. Dépenses liées aux traitements antirétroviraux (adultes et pédiatriques ; produits spécifiques déclarés séparément)	Source de financement, adultes et enfants (âgés de moins de 15 ans)	Personnes vivant avec le VIH	Le traitement antirétroviral. Dépenses directes liées à l'achat d'antirétroviraux, à déclarer séparément des autres coûts (selon leur disponibilité). Prix unitaire et volume de produits et d'intrants achetés et distribués.
C. Dépenses pour le suivi spécifique du VIH en laboratoire (produits spécifiques à part)	Source de financement	Personnes vivant avec le VIH et sous traitement antirétroviral	Services de diagnostic liés au suivi clinique du VIH. Dépenses directes liées à l'achat de réactifs pour la numération des cellules CD4+ et la quantification de la charge virale en laboratoire, à déclarer séparément des coûts associés aux autres produits et services (selon leur disponibilité).
D. Dépenses consacrées à la tuberculose (TB) et au VIH (produits spécifiques à part)	Source de financement	Personnes vivant avec le VIH et personnes vivant avec la TB	Examens, suivi clinique, services de laboratoire connexes, traitement et prévention de la tuberculose (y compris l'isoniazide et les médicaments pour le traitement de la tuberculose active), et dépistage des patients des centres de traitement de la tuberculose et orientation vers les services de dépistage du VIH et de soins cliniques. Dépenses directes liées à l'achat de médicaments pour le traitement et la prévention de la TB (y compris l'isoniazide et les médicaments pour le traitement de la tuberculose active), déclarées séparément des autres coûts de produits et services (selon leur disponibilité).

E. Dépenses liées aux cinq piliers de la prévention combinée (produits spécifiques à part)	<p>Source de financement, cinq piliers de la prévention combinée :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévention pour les jeunes femmes et les adolescentes (âgées de 10 à 24 ans, exclusivement dans les pays à forte prévalence). ▪ Circoncision masculine médicale volontaire (exclusivement dans les pays à forte prévalence). ▪ Prophylaxie pré-exposition (PrEP) stratifiée par population clé (hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, professionnel(le)s du sexe, personnes qui s'injectent des drogues, personnes transgenres, prisonniers/détenus, jeunes femmes et adolescentes, et couples sérodiscordants). ▪ Préservatifs (non ciblés). ▪ Prévention parmi les populations clés (hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, professionnel(le)s du sexe, personnes qui s'injectent des drogues, personnes transgenres et prisonniers). 	Population générale, populations clés	<p>Ce sous-ensemble de services de prévention est marqué et défini comme prévention combinée. Les autres services de prévention du VIH doivent être indiqués dans les catégories de la grille de financement national comme faisant partie de services de prévention larges.</p> <p>Ce sous-ensemble comprend les services de prévention spécialement conçus et fournis pour chacune des populations clés, notamment les services de prévention destinés aux populations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jeunes femmes et adolescentes (âgées de 10 à 24 ans) dans les pays à forte prévalence. ▪ Hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. ▪ Professionnel(le)s du sexe et leurs clients. ▪ Personnes qui s'injectent des drogues. ▪ Circoncision masculine médicale volontaire. ▪ PrEP, stratifiée par population clé. ▪ Promotion du préservatif et fourniture de préservatifs auprès de la population générale. <p>Dépenses directes liées à l'achat de préservatifs, aiguilles, seringues et médicaments pour le traitement de remplacement, déclarées séparément des autres coûts (selon leur disponibilité).</p>
F. Dépenses liées à la prévention de la transmission verticale du VIH (produits spécifiques à part)	Source de financement	Femmes enceintes et nouveau-nés	<p>Activités destinées à éliminer les nouvelles infections au VIH chez les enfants, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépistage du VIH chez les femmes enceintes. ▪ Couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les femmes enceintes vivant avec le VIH. ▪ Traitements antirétroviraux pour les nouveau-nés. ▪ Méthodes d'accouchement sûres. ▪ Conseil et aide pour l'alimentation maternel et l'allaitement exclusif. <p>Remarque : si une femme vivant avec le VIH est placée sous traitement antirétroviral avant qu'elle n'apprenne qu'elle est enceinte, le traitement antirétroviral doit être inclus en tant que traitement antirétroviral pour adulte, et non dans la prévention de la transmission mère-enfant.</p>
G. Dépenses liées aux facilitateurs sociaux	Source de financement	Ne s'applique pas	<p>Activités aidant la mise en œuvre des programmes de base, comme défini dans le cadre d'investissement de l'ONUSIDA, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Engagement politique et plaidoyer. ▪ Médias de masse. ▪ Lois, politiques et pratiques en matière de droit. ▪ Mobilisation de la communauté. ▪ Réduction de la stigmatisation. ▪ Programmes axés sur les droits de l'homme
H. Dépenses liées aux transferts en espèces pour les jeunes femmes et les filles (âgées de 10 à 24 ans, dans les pays à forte prévalence)	Source de financement	Les jeunes femmes et les jeunes filles (10-24 ans)	<p>Toutes les dépenses liées aux programmes d'allocations financières (conditionnelles ou non) pour les jeunes femmes et les jeunes filles (10-24 ans). Défini pour les jeunes femmes comme une synergie de développement ayant des implications sur la prévention du VIH.</p>

Informations complémentaires

Pour consulter les directives, outils cadres et catégories de la méthodologie NASA, contactez AIDSspending@unaids.org

Les rapports des comptes de la santé sont disponibles sur le site de la base de données des dépenses de santé mondiales de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) : <http://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/Index/en>

Eurostat. HEDIC – Health expenditures by diseases and conditions (dépenses de santé en fonction des maladies et des problèmes de santé). Version 2016 [Internet]. Luxembourg : Office des publications de l'Union européenne ; 2016 (<http://ec.europa.eu/eurostat/fr/web/products-statistical-working-papers/-/KS-TC-16-008>).

Directives pour remplir l’outil de suivi des politiques et des engagements nationaux interim en 2023

Introduction

Depuis 2003, le suivi des politiques fait partie intégrante des rapports mondiaux sur le suivi de la lutte contre le sida. Il est mis en œuvre tous les deux ans, comme cela a été le cas en 2022. Le NCPI est une composante à part entière des rapports mondiaux sur le suivi de la lutte contre le sida (GAM). Il vise à mesurer les progrès en matière d’élaboration et de mise en œuvre des politiques, des stratégies et des lois relatives à la riposte au VIH. Il s’appuie pour cela sur les mesures suivantes :

- La promotion de la consultation et du dialogue entre les parties prenantes clés à l’échelle nationale, en particulier les gouvernements, les sociétés civiles et les communautés, afin de connaître leurs points de vue sur la lutte contre le sida.
- L’accompagnement des pays dans l’évaluation de l’état de l’épidémie et de la riposte au VIH et dans l’identification des obstacles, des lacunes et des aides en vue de renforcer la riposte.
- La collecte de données relatives à l’environnement politique juridique au regard de la riposte au sida.

Les ripostes permettent de suivre directement plusieurs objectifs et fournissent un contexte sur les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs mondiaux.

Le NCPI doit être rempli et soumis tous les deux ans dans le cadre des rapports du GAM. Cette périodicité tient compte du fait que les changements apportés aux lois, aux politiques et aux réglementations sont supposés être progressifs, et une surveillance plus fréquente n’est pas obligatoirement nécessaire.

Un NCPI provisoire doit également être rempli et soumis durant les années intermédiaires. Le NCPI provisoire comprend un sous-ensemble de questions issues de la partie A du NCPI relatives à certains aspects des politiques susceptibles de changer plus fréquemment.

Sur la base de vastes consultations, le questionnaire du NCPI a été restructuré et les questions ont été revues en 2021 pour refléter les engagements mondiaux pris dans la Déclaration politique sur le VIH et le sida de 2021 des Nations Unies (ONU) : Mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d’ici à 2030. La formulation de certaines questions a été affinée sur la base des expériences des cycles de rapports précédents et pour refléter l’évolution des recommandations politiques et des technologies disponibles.

Structure de l’outil de suivi des politiques et des engagements nationaux

Le NCPI comprend deux parties. La partie A doit être complétée par les autorités nationales. La partie B doit être complétée par la société civile, les communautés et les autres partenaires non gouvernementaux impliqués dans la riposte nationale au sida. Pour les années intermédiaires, seul un sous-ensemble de questions de la partie A est inclus dans le NCPI provisoire.

Les questions sont structurées autour des engagements de la Déclaration politique sur le sida de 2021.⁷

Étapes suggérées pour la collecte et la validation des données

La procédure à suivre pour compléter le NCPI décrite ci-après doit être intégrée au plan et au calendrier de chaque pays pour la procédure globale du GAM. Cette procédure que nous proposons a pour objectif d’intégrer les vérifications relatives à la cohérence des données collectées durant le processus, et de promouvoir une analyse des informations aussi objective que possible.

Bien que les questions de la partie B du NCPI (à compléter par la société civile, les communautés et autres partenaires non gouvernementaux engagés dans la réponse) ne soient pas incluses dans le NCPI provisoire, les pays sont encouragés à engager la société civile et les communautés dans le processus global du GAM.

1. Former un groupe de travail pour assister les pays dans la réalisation du NCPI. Il peut s’agir d’un groupe de travail technique de suivi et d’évaluation multisectoriel existant.
2. Identifier une personne référente pour coordonner le remplissage du questionnaire.
3. Un groupe de travail consacré au NCPI procède à un exercice de cartographie des parties prenantes dans le but de sélectionner systématiquement les intervenants.

Un exercice de cartographie permet de garantir que les données collectées par le biais du NCPI sont les plus exactes et à jour possible en faisant appel à des experts et en évitant l’influence d’éventuels partis pris lors de la réalisation des rapports. Il veille à ce que les rapports reflètent un large éventail de points de vue ; la participation d’un large éventail de parties prenantes peut également faciliter l’interprétation de données qualitatives ou potentiellement ambiguës.

⁷ Pour en savoir plus sur la Déclaration politique sur le sida de 2021, veuillez consulter le site : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids_en.pdf

La liste de toutes les personnes ou entités susceptibles de fournir des informations ou d'apporter un éclairage sur les questions posées dans le questionnaire peut être établie à partir des connaissances des membres du groupe de travail, par le biais de contact avec d'autres experts de la riposte nationale au VIH et en étudiant la documentation correspondante. Les parties prenantes peuvent être identifiées (entre autres) à partir des groupes et secteurs suivants :

- o Le ministère de la Santé ou son équivalent.
- o Le ministère de l'Éducation ou son équivalent.
- o Le ministère de la Condition féminine ou son équivalent.
- o Le ministère de la Justice ou son équivalent.
- o Le ministère du Commerce ou son équivalent.
- o Des représentants des personnes vivant avec le VIH, notamment des femmes et des jeunes vivant avec le VIH.
- o Des représentants des divers groupes de populations clés.
- o Des organisations bilatérales et multilatérales impliquées dans la riposte au VIH.
- o D'autres organisations non gouvernementales ou fondations impliquées dans la riposte au VIH.
- o Le secteur privé.

Afin de garantir la représentativité dans l'identification des parties prenantes, il convient de prendre en compte la diversité géographique.

Toutes les parties prenantes contactées durant le processus de réalisation du NCPI doivent saisir les informations suivantes :

- o Nom.
- o Coordonnées.
- o Organisation.
- o Rôle dans l'organisation.
- o Type de parties prenantes : ministère de la Santé, autre ministère, secteur privé, société civile, communauté, ONG internationales, organisations bilatérales, ONUSIDA ou autres organisations des Nations Unies.

Ces informations peuvent être utiles pour documenter la multisectorialité du processus et pour appuyer la préparation des futurs rapports NCPI.

4. Recueillir les réponses aux questions NCPI: garantir l'exactitude des données et éviter une certaine lassitude chez les répondants, il est suggéré d'adresser les questions spécifiques aux personnes maîtrisant le domaine. Les personnes référentes pour le questionnaire, ou le(s) consultant(s) recruté(s) pour fournir un appui dans le cadre du processus doivent coordonner les mises en relation avec les parties prenantes identifiées, notamment par le biais d'entretiens en personne, par téléphone ou par courrier électronique, afin de leur transmettre les questions 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 plusieurs parties prenantes spécialistes du domaine. S'il y a des écarts entre les réponses, le coordinateur chargé de la partie du questionnaire peut transmettre un résumé des informations collectées aux parties prenantes, afin que celles-ci apportent des éclaircissements sur l'origine de leurs divergences et trouvent, si possible, un consensus. Pour éviter d'éventuels partis pris, il convient de conserver l'anonymat des participants durant ce processus de vérification et de suivi des données autant que faire se peut.

Une version PDF du questionnaire (parties A et B) est disponible sur le site Internet de l'ONUSIDA. Elle peut également être téléchargée via l'en-tête du NCPI dans la liste des indicateurs de l'outil d'élaboration de rapports en ligne du GAM. (<https://AIDSreportingtool.unaids.org>).

Veuillez vous référer au glossaire des termes clés ci-dessous et aux conseils supplémentaires pour répondre aux questions relatives aux lois (annexe 6).

5. La personne référente pour le GAM saisit les réponses dans l'outil d'élaboration de rapports en ligne.
6. Les parties prenantes consultent et transmettent leurs observations sur les réponses de la version préliminaire. La version préliminaire complète du NCPI peut être partagée avec les parties prenantes en leur attribuant des droits de consultation dans l'outil d'élaboration de rapports en ligne du GAM, ou en la leur transmettant au format PDF. Pour télécharger le questionnaire au format PDF, cliquez sur « **Imprimer tout le NCPI en PDF** » dans l'outil d'élaboration de rapports en ligne sur la page dédiée à la liste des indicateurs.
7. Organiser une réunion de validation visant à :
 - o Examiner les réponses aux questions sélectionnées.
 - o Analyser les données issues du NCPI et les données relatives aux indicateurs, identifier les progrès, les lacunes, les barrières et les aides dans la riposte au sida.
 - o Identifier des éléments clés pour les résumés narratifs dans chaque domaine d'engagement.

En raison de la longueur du questionnaire, il est suggéré qu'au lieu d'examiner les réponses à toutes les questions durant l'atelier national de validation, l'atelier devrait plutôt se concentrer sur les points suivants : (a) des questions spécifiques identifiées comme essentielles pour la discussion lors du processus de collecte et d'examen des données avant l'atelier ; et (b) une discussion plus générale sur les progrès et les lacunes pour chaque domaine d'engagement.

8. Mettre à jour les réponses saisies avec l'outil d'élaboration de rapports en ligne du GAM à partir des observations formulées avant et pendant la consultation, et terminer les résumés narratifs pour chaque domaine d'engagement.
9. Saisir les réponses du NCPI accompagnées d'autres éléments du GAM au plus tard le 31 mars 2023.
10. Répondre aux requêtes effectuées via l'outil en ligne durant le processus de validation des données.

Opérationnalisation et utilisation des données de l'outil de suivi des politiques et des engagements nationaux (NCPI)

Les données collectées au travers du NCPI compléteront les données relatives aux indicateurs et aux dépenses également collectées et incluses dans les rapports mondiaux du GAM. Les États sont invités à utiliser les données issues du NCPI en analysant la situation de l'épidémie et de la riposte nationales, ainsi que dans le cadre de leur planification stratégique nationale.

Pour des conseils importants sur l'interprétation et la réponse aux questions du NCPI sur l'existence de certaines lois, veuillez vous référer à l'annexe 6 des présentes directives.

Les données du NCPI seront également utilisées : (a) pour suivre directement les progrès réalisés à l'échelle mondiale vers plusieurs des objectifs 10-10-10 ; (b) pour fournir un contexte aux données quantitatives recueillies par le biais des indicateurs GAM lors de l'analyse des progrès réalisés vers d'autres engagements mondiaux dans la Déclaration politique sur le sida de 2021 ; et (c) pour éclairer les stratégies et les rapports mondiaux. Les réponses de chaque pays seront compilées pour générer des valeurs régionales et mondiales. Les données NCPI par pays seront disponibles sur les sites AIDSInfo (<http://aidsinfo.unaids.org/>) et Laws and Policies Analytics (<http://lawsandpolicies.unaids.org/>).

Chargement des données de la politique précédemment contenues dans les rapports sur le suivi mondial de la lutte contre le sida

Les pays ayant soumis leurs réponses au travers d'un précédent NCPI et qui sont restées les mêmes depuis le cycle de rapports précédent peuvent choisir de télécharger ces réponses dans l'outil d'élaboration de rapports en ligne du GAM 2023. Les réponses pourront ensuite être mises à jour ou être à nouveau soumises si aucun changement n'a été effectué.

Définitions

Voici les définitions des termes clés inclus dans le questionnaire et marqués d'un astérisque (*).

Ces définitions doivent être suivies pour remplir le questionnaire : l'utilisation cohérente de ces définitions dans le temps et entre les pays renforce la comparabilité et les analyses de tendances.

Transferts d'argent. Ces programmes permettent de distribuer de l'argent aux personnes pauvres et vulnérables. Les prestations en espèces peuvent être assorties de conditions, comme le transfert d'argent en contrepartie de conditions remplies portant sur des comportements spécifiques, tels que la présence des enfants à l'école, ou sans condition, et donc n'exigeant aucun comportement précis.

Patient sous traitement antirétroviral. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit les personnes sous traitement antirétroviral comme ayant satisfait à tous les critères suivants : elles reçoivent un traitement antirétroviral depuis au moins six mois ; elles ne souffrent d'aucune maladie actuelle, ce qui n'inclut pas les problèmes de santé chroniques sous contrôle ; elles ont une bonne compréhension de l'adhésion à vie ; elles bénéficient de conseils adéquats en matière d'adhésion ; et il existe des preuves du succès du traitement (au moins un résultat de suppression de la charge virale au cours des six derniers mois ; si la charge virale n'est pas disponible, au moins un des éléments suivants peut être pris en compte : numérotation de CD4 >200 cellules/mm³ [numérotation de CD4 >350 cellules/mm³ pour les enfants âgés de 3 à 5 ans] ou prise de poids, absence de symptômes et d'infections concomitantes).⁸

Surveillance des cas de séropositivité. La surveillance des cas de séropositivité consiste à signaler à un responsable d'agence de santé publique un diagnostic initial d'infection par le VIH et les événements sentinelles pour toute personne diagnostiquée séropositive, en vue de suivre et contrôler l'épidémie. La surveillance des cas implique de recueillir des données longitudinales et individuelles à partir de plusieurs sources associées par des identifiants uniques, et de les conserver dans un répertoire de données spécifique au niveau national.⁹

Inhibiteurs non nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase (NNRTI). Classe de médicaments antiviraux non analogues aux nucléosides qui bloquent/interfèrent sur la transcriptase inverse du VIH et empêchent la réplication du VIH.

Participation. Une participation active et éclairée dans l'élaboration, la mise en place, le suivi et l'évaluation de toutes les décisions, politiques et actions qui affectent la santé d'une personne, afin de garantir le respect des droits humains. Elle suppose également de veiller à ce que les systèmes de santé et les interventions soient réactifs, efficaces, appropriés et durables. Une participation est éclairée lorsque les personnes ont accès aux informations nécessaires pour intervenir d'une manière concrète et efficace. À cet effet, des activités de renforcement des capacités peuvent être mises en place si nécessaire.¹⁰

Test systématique de la charge virale. Le suivi systématique de la charge virale peut être réalisé au bout de six mois et 12 mois, puis tous les 12 mois si le patient est stabilisé suivant un traitement antirétroviral.⁸

Protection sociale. Elle est définie comme « toutes les initiatives publiques et privées qui assurent des transferts de revenu ou de consommation vers les personnes pauvres, protègent les personnes vulnérables contre les menaces pesant sur leurs moyens de subsistance, et améliorent le statut social et les droits des populations marginalisées, et visent à réduire la fragilité économique et sociale des groupes pauvres, vulnérables et marginalisés. »¹¹ La protection sociale prend en considération le VIH lorsqu'elle est solidaire des personnes qui sont exposées à un risque d'infection ou qui sont vulnérables aux conséquences du VIH.¹²

Rupture de stock. Il s'agit d'une rupture non programmée du stock d'un produit médical.

⁸ Lignes directrices unifiées sur la prévention, le dépistage, le traitement, les services fournis et le suivi du VIH. Genève : OMS ; 2021 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1357089/retrieve>, consulté le 9 novembre 2021).

⁹ Consolidated guidelines on person-centred HIV patient monitoring and case surveillance. Genève : OMS ; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255702/9789241512633-eng.pdf?sequence=1>, consulté le 9 novembre 2021).

¹⁰ Sander G. HIV, HCV, TB and harm reduction in prisons: human rights, minimum standards and monitoring at the European and international levels. Londres : Harm Reduction International, 2016 (https://www.hri.global/files/2016/02/10/HRI_PrisonProjectReport_FINAL.pdf, consulté le 10 novembre 2021).

¹¹ Devereux S, Sabates-Wheeler R. Transformative social protection. IDS Working Paper 232. Brighton : Institute of Development Studies ; 2004 (<https://www.ids.ac.uk/download.php?file=files/dmfile/Wp232.pdf>, consulté le 10 novembre 2021).

¹² Note d'orientation sur la protection sociale et le VIH. Genève :ONUSIDA ; 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2014unaidsguidancenote_HIVandsocialprotection_en.pdf, consulté le 10 novembre 2021).

Acronymes et abréviations

3TC	lamivudine
ABC	abacavir
AZT	zidovudine
CrAg	Antigène de cryptocoque
DTG	dolutégravir
IAP	indicateur d'alerte précoce
ADF	association de médicaments à dose fixe
FTC	emtricitabine
GAM	suivi mondial de la lutte contre le sida
Fonds mondial	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
HIVDR	pharmacorésistance du VIH
IGRA	test de détection de l'interféron gamma
TPI	traitement préventif par isoniazide
LF-LAM	dosage du lipoarabinomannane à flux latéral dans l'urine
LPV/r	lopinavir boosté par ritonavir
ITBL	infection tuberculeuse latente
SMNI	santé maternelle, néonatale et infantile
MNT	maladies non transmissibles
NCPI	outil de suivi des politiques et des engagements nationaux
NNRTI	inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse
NRTI	inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse
OAMT	traitement d'entretien par agonistes opioïdes
PDR	pharmacorésistance au prétraitement
PPE	prophylaxie post-exposition
PrEP	prophylaxie préexposition
IST	infection sexuellement transmissible
TB	tuberculose
TDF	ténofovir disoproxil fumarate
TPHA	test d'hémagglutination passive de Treponema pallidum
TPPA	test d'agglutination passive de Treponema pallidum
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
OMS	Organisation mondiale de la Santé

Outil de suivi des politiques et des engagements nationaux (NCPI) interim

* Les termes signalés par un astérisque (*) sont définis dans les directives relatives à l'Outil de suivi des politiques et des engagements nationaux (NCPI).

1. Prévention combinée pour tous

- Réduire le nombre des nouvelles infections au VIH à moins de 370 000 d'ici à 2025.
- Veiller à ce que 95 % des personnes exposées au risque d'infection par le VIH - dans tous les groupes épidémiologiquement pertinents, toutes les tranches d'âge et tous les contextes géographiques - aient accès à des options de prévention combinée appropriées, hiérarchisées, centrées sur la personne et efficaces, et les utilisent.
- Réduire le nombre de nouvelles infections au VIH parmi les adolescentes et jeunes femmes à moins de 50 000 d'ici à 2025.
- Veiller à la disponibilité de la prophylaxie préexposition (PrEP) pour 10 millions de personnes exposées à un risque important de VIH et de la prophylaxie post-exposition (PEP) pour les personnes récemment exposées au VIH d'ici à 2025.
- 95 % des personnes exposées au VIH dans les contextes humanitaires utilisent des options de prévention combinée appropriées, prioritaires, centrées sur les personnes et efficaces.

Prophylaxie préexposition

1. Les directives nationales de votre pays recommandent-elles l'une des modalités/l'un des produits suivant(s) de prophylaxie préexposition (PrEP) ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- PrEP quotidienne par voie orale
- PrEP en fonction des événements (à la demande)
- Anneau vaginal de dapivirine (DVR)
- Cabotégravir injectable à longue durée d'action (CAB-LA)
- Aucune modalité/aucun produit de PrEP n'est recommandé(e) dans les directives nationales.

1.1 À quelles populations la prophylaxie préexposition (PrEP) est-elle fournie selon les directives nationales ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- Hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- Professionnel(le)s du sexe
- Personnes qui s'injectent des drogues
- Personnes transgenres
- Couples sérodifférents
- Jeunes femmes (18 à 24 ans)
- Adolescents (< 17 ans)
- Personnes incarcérées dans des prisons et d'autres centres de détention
- Femmes enceintes et allaitantes
- Personnes réclamant la PrEP
- Autre (veuillez préciser) : _____
- Aucune directive relative à la PrEP n'a été élaborée

1.2 Qui dispose de l'autorité pour prescrire la prophylaxie préexposition (PrEP) dans votre pays ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- Médecins
- Responsables de clinique
- Personnel infirmier (sages-femmes, infirmières praticiennes et infirmières diplômées)
- Pharmaciens
- Autre (veuillez préciser) : _____

1.3 La prophylaxie préexposition (PrEP) est-elle disponible par le biais d'un ou plusieurs éléments suivants dans votre pays ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- Établissements de santé publics
 - Distribution dans les communautés (y compris via les services mobiles)
 - Pharmacies (autonomes, y compris en ligne)
 - Prestataires de soins de santé privés
 - Internet (achats informels)
 - Établissements d'enseignement (par exemple, écoles et universités)
 - Établissements de recherche
 - Autre (veuillez préciser) : _____
-

Préservatifs

2. Les besoins nationaux en préservatifs ont-ils fait l'objet d'une estimation ?

- Oui
 Non

2.1 Si oui, quel est le nombre estimé de préservatifs nécessaires ? _____

2.2 Si oui, pour quelle année vaut l'estimation du nombre de préservatifs nécessaires ? _____

2.3 Si oui, quelle a été la méthode utilisée pour estimer le nombre de préservatifs nécessaires ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- Ensemble de la population (nombre de préservatifs par homme sexuellement actif par an)
 Données antérieures (même nombre que l'année dernière + croissance de la population)
 Méthode axée sur le budget (en fonction du nombre qui peut être acheté)
 Méthode fondée sur la demande (selon les taux antérieurs d'utilisation de préservatifs, notamment en ayant recours au modèle GOALS)
 Méthode fondée sur la capacité (nombre de préservatifs pouvant être fournis et distribués compte tenu de la capacité actuelle)
 Estimations issues des besoins en produits de planification familiale
 Méthode « Dimension totale des besoins »
 Outil d'estimation des ressources nécessaires et des besoins en préservatifs de l'UNFPA/ONUSIDA
 Autre (veuillez préciser) : _____
-

3. Y a-t-il eu des ruptures de stock de préservatifs* au cours des 12 derniers mois ?

3.a Ruptures de stock nationales

- Oui
 Non

3.b Ruptures de stock locales

- Oui
 Non
-

2. Objectifs 95-95-95 liés au dépistage et au traitement du VIH

- Réduire le nombre de nouveaux décès liés au sida à moins de 250 000 par an d'ici à 2025.
- Veiller à ce que 34 millions de personnes bénéficient d'un traitement contre le VIH d'ici à 2025.
- Atteindre les objectifs 95-95-95 en matière de dépistage, de traitement et de suppression virale dans toutes les catégories démographiques, tous les groupes et tous les contextes géographiques, y compris les enfants et les adolescents vivant avec le VIH :
 - 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH.
 - 95 % des personnes qui connaissent leur séropositivité au VIH peuvent accéder à un traitement.
 - 95 % des personnes sous traitement affichent une suppression de leur charge virale.
- Veiller à ce que 90 % des personnes vivant avec le VIH reçoivent un traitement préventif pour la tuberculose (TB) d'ici à 2025.
- Réduire de 80 % les décès liés à la TB chez les personnes vivant avec le VIH d'ici à 2025 (par rapport à une base de référence de 2010).

Dépistage du VIH

4. Parmi les méthodes de dépistage du VIH suivantes, quelles sont celles qui sont utilisées dans votre pays ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- Dépistage et accompagnement à la demande du patient
- Dépistage et accompagnement proposés par les professionnels de santé
- Dépistage systématique dans le cadre des consultations prénatales
- Doubles tests de diagnostic rapide VIH/syphilis pour les femmes enceintes en soins prénatals
- Doubles tests de diagnostic rapide VIH/syphilis pour tous les groupes des populations clés
- Dépistage communautaire
- Dépistage au domicile (porte à porte)
- Dépistage par un prestataire non professionnel
- Autodépistage
- Orientation avec l'aide des professionnels de santé (notification assistée du partenaire/dépistage index)
- Dépistage du VIH basé sur les réseaux sociaux
- Autre (veuillez préciser) : _____

5. Votre pays a-t-il adopté les recommandations de 2019 de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) intitulées Lignes directrices unifiées relatives aux services de dépistage du VIH dans ses directives nationales relatives au processus de dépistage ?

- Oui, complètement
- Oui, partiellement
- Non
- Je ne sais pas

6. Votre pays a-t-il inclus l'autodépistage du VIH dans sa politique nationale (soit dans la politique/le plan national(e) de dépistage du VIH, soit dans une politique spéciale d'autodépistage du VIH) ?

- Oui
- Non

6.1 Si oui, l'autodépistage du VIH est-il mis en œuvre systématiquement dans le pays ?

- Oui, il est mis en œuvre systématiquement à l'échelle nationale
- Oui, il est mis en œuvre systématiquement à l'échelle infranationale ou dans certains districts
- Non, il est mis en œuvre uniquement dans le cadre de projets pilotes
- Non, il n'est mis en œuvre nulle part

6.2 Si vous répondez non à la question 6, une politique ou un plan national relatifs à l'autodépistage du VIH sont-ils en cours d'élaboration ?

- Oui, et l'autodépistage est mis en œuvre dans le cadre de projets pilotes afin d'éclairer cette politique
- Oui, mais l'autodépistage n'est pas mis en œuvre dans le cadre de projets pilotes
- Non

6.2.a Si vous répondez oui à la question 6.2, veuillez indiquer en quelle année l'élaboration de la politique ou du plan national d'autodépistage devrait être achevée.

- Pas d'année prévue
 - 2023
 - 2024
 - 2025
 - 2026
-

7. Votre pays a-t-il intégré l'orientation avec l'aide des professionnels de santé (notification assistée du partenaire/dépistage index) dans sa politique nationale ?

Oui
 Non

7.1 Si vous répondez non, votre pays prévoit-il d'inclure l'orientation avec l'aide des professionnels de santé (notification assistée du partenaire/dépistage index) dans sa politique nationale ?

Oui
 Non

7.1.a Si oui, veuillez indiquer en quelle année l'élaboration de la politique nationale relative à l'orientation avec l'aide des professionnels de santé (notification assistée du partenaire/dépistage index) devrait être achevée.

Pas d'année prévue
 2023
 2024
 2025
 2026

8. Votre pays a-t-il intégré dans sa politique nationale des approches reposant sur les réseaux sociaux pour le dépistage du VIH ?

Oui
 Non

8.1 Si vous répondez non, est-il prévu d'intégrer dans la politique nationale des approches reposant sur les réseaux sociaux pour le dépistage du VIH ?

Oui
 Non

8.1.a Si vous répondez oui à la question 8.1, veuillez indiquer en quelle année l'élaboration de la politique nationale relative aux approches reposant sur les réseaux sociaux pour le dépistage du VIH devrait être achevée.

Pas d'année prévue
 2023
 2024
 2025
 2026

9. Votre pays utilise-t-il trois tests réactifs consécutifs (stratégie/algorithme à trois tests) pour un diagnostic de séropositivité ?

Oui
 Non

9.1 Si non, votre pays prévoit-il d'adopter une stratégie/un algorithme à trois tests pour un diagnostic de séropositivité ?

Oui
 Non

9.1.a Si oui, veuillez indiquer l'année au cours de laquelle il est prévu d'adopter une politique nationale sur la stratégie à trois tests pour un diagnostic de séropositivité.

Pas d'année prévue
 2023
 2024
 2025
 2026

10. Votre pays a-t-il établi des politiques et/ou des stratégies nationales pour assurer un lien entre le dépistage du VIH, l'accompagnement et la prise en charge chez les personnes séropositives ?

Oui
 Non

11. Votre pays a-t-il établi des politiques et/ou des stratégies nationales pour assurer un lien entre le dépistage du VIH, l'accompagnement et la prise en charge chez les personnes séronégatives ?

Oui, chez toutes les populations
 Oui, mais uniquement chez les populations clés et les groupes à haut risque
 Non

Traitement antirétroviral

12. Votre pays a-t-il adopté les recommandations relatives à l'initiation rapide de la thérapie antirétrovirale figurant dans les Lignes directrices unifiées 2021 de l'OMS sur la prévention, le dépistage, le traitement, les services fournis et le suivi du VIH : recommandations pour une approche de santé publique ?

- Oui, la mise sous traitement s'effectue dans les sept jours suivants le diagnostic
- Non
- Autre (veuillez préciser) : _____

12.1 Si votre pays a adopté une politique sur l'initiation rapide du traitement antirétroviral, à quel stade en est sa mise en œuvre ?

- Mis en œuvre dans peu (< 50 %) d'établissements de prise en charge
- Mis en œuvre dans de nombreux (50-95 %) établissements de prise en charge
- Mis en œuvre dans tout le pays (> 95 % des établissements de prise en charge)
- Pas mis en œuvre
- Autre (veuillez préciser) : _____

12.2 Est-ce que votre pays a une politique visant à proposer de commencer le traitement antirétroviral le jour même du diagnostic du VIH, dans le cadre de la politique d'initiation rapide du traitement antirétroviral ?

- Oui
- Non

12.3 Si votre pays a établi une politique qui offre la possibilité de démarrer le traitement le jour même du diagnostic, à quel stade en est sa mise en œuvre ?

- Mis en œuvre dans peu (< 50 %) d'établissements de prise en charge
- Mis en œuvre dans de nombreux (50-95 %) établissements de prise en charge
- Mis en œuvre dans tout le pays (> 95 % des établissements de prise en charge)
- Pas mis en œuvre
- Autre (veuillez préciser) : _____

13. Le test CD4 pour le diagnostic de l'infection par le VIH à un stade avancé est-il disponible ?

- Oui
- Non

13.1 Si oui, où est-il disponible ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- Lieu de soins
- Laboratoire de l'établissement
- Laboratoire centralisé
- Autre (veuillez préciser) : _____

13.2 Si oui, quel est le pourcentage d'établissements (estimation) dans lesquels les patients ont accès au test de numération des CD4 et aux résultats ?

- Dans peu (< 50 %) d'établissements
- Dans de nombreux (50-95 %) établissements
- Dans tout le pays (> 95 % d'établissements)
- Pas mis en œuvre
- Autre (veuillez préciser) : _____

13.3 Si oui, quel est le délai médian (en nombre de jours) d'obtention des résultats de la numération des CD4 pour les patients ?

- Veuillez préciser : _____
- Non disponible

14. Le traitement antirétroviral proposé par le personnel infirmier est-il autorisé dans votre pays pour l'une ou plusieurs des populations suivantes ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- Adultes (hommes, femmes et personnes transgenres), hors femmes enceintes
- Femmes enceintes
- Adolescents (10 à 19 ans)
- Enfants de moins de 10 ans
- Aucune des recommandations ci-dessus
-

15. Votre pays a-t-il établi une politique nationale visant à promouvoir l'administration de traitements antirétroviraux dans les communautés (en dehors des établissements de santé, par exemple) ?

- Oui
 Non

15.1 Si oui, l'administration des traitements dans les communautés est-elle mise en œuvre :

- À l'échelle nationale ?
 À l'échelle régionale ?
 Sur des sites pilotes ?
 Autre (veuillez préciser) : _____

15.2 Si oui, pour quelles populations le traitement antirétroviral est-il administré dans les communautés dans votre pays (en dehors des établissements de santé, par exemple) ?

- Pour toutes les personnes suivant un traitement antirétroviral, y compris les femmes enceintes et allaitantes et les enfants
 Pour toutes les personnes suivant un traitement antirétroviral, à l'exception des femmes enceintes et allaitantes et des enfants
 Pour toutes les personnes suivant un traitement antirétroviral, y compris les femmes enceintes et allaitantes, à l'exception des enfants
 Pour toutes les personnes suivant un traitement antirétroviral, y compris les enfants, à l'exception des femmes enceintes et allaitantes
 Pour toutes les personnes dont l'état est stabilisé sous traitement antirétroviral, d'après les directives nationales
 Autre (veuillez préciser) : _____

15.3 Si oui, quels services de santé différenciés votre pays utilise-t-il pour la délivrance des médicaments antirétroviraux ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- Délivrance en pharmacie dans le même lieu que l'établissement de santé
 Autre pharmacie (par exemple, autonome)
 Groupe d'observance dans le même lieu que l'établissement de santé
 Points de délivrance dans les communautés (individuels)
 Groupes d'observance dans les communautés
 Autre (veuillez préciser) : _____

16. Votre pays a-t-il établi une politique nationale relative à la fréquence des consultations pour les adultes sous traitement antirétroviral ?

- Oui
 Non

16.1 Si oui, veuillez préciser la fréquence des consultations d'après la politique nationale.

- Une fois par mois
 Tous les 2 mois
 Tous les 3 mois
 Tous les 6 mois
 Tous les 12 mois

16.2 Si oui, dans quelle mesure cette recommandation est-elle mise en œuvre ?

- Mis en œuvre dans peu (< 50 %) d'établissements de prise en charge
 Mis en œuvre dans de nombreux (50-95 %) établissements de prise en charge
 Mis en œuvre dans tout le pays (> 95 % des établissements de prise en charge)
 Pas mis en œuvre
 Autre (veuillez préciser) : _____
-

17. Votre pays a-t-il établi une politique nationale relative à la fréquence à laquelle les adultes sous traitement antirétroviral doivent récupérer leurs médicaments antirétroviraux ?

Oui

Non

17.1 Si oui, veuillez préciser la fréquence à laquelle ces personnes doivent récupérer leurs médicaments antirétroviraux d'après la politique nationale.

Une fois par mois

Tous les 2 mois

Tous les 3 mois

Tous les 6 mois

Tous les 12 mois

Autre (veuillez préciser) : _____

17.2 Si oui, dans quelle mesure cette recommandation est-elle mise en œuvre ?

Mis en œuvre dans peu (< 50 %) d'établissements de prise en charge

Mis en œuvre dans de nombreux (50-95 %) établissements de prise en charge

Mis en œuvre dans tout le pays (> 95 % des établissements de prise en charge)

Pas mis en œuvre

Autre (veuillez préciser) : _____

18. Les critères nationaux du pays pour (ou la définition des) les personnes établies* sous traitement antirétroviral incluent-ils les éléments suivants définis dans les Lignes directrices unifiées 2021 de l'OMS sur la prévention, le dépistage, le traitement, les services fournis et le suivi du VIH : recommandations pour une approche de santé publique ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

Recevoir un traitement antirétroviral pendant au moins 6 mois

Pas de maladie actuelle (ne comprend pas les problèmes de santé chroniques bien contrôlés)

Bonne compréhension de l'observance tout au long de la vie

Preuve de réussite du traitement (c'est-à-dire au moins un résultat de charge virale supprimée au cours des 6 derniers mois)

Autre (veuillez préciser) : _____

19. Le pays offre-t-il un soutien psychologique aux adolescents vivant avec le VIH ?

Oui

Non

20. Votre pays met-il en œuvre des interventions visant à retrouver les personnes qui ont arrêté leur traitement et à leur fournir un soutien pour leur réengagement dans les soins ?

Oui

Non

21. Veuillez préciser les critères nationaux pour être considéré comme un « patient perdu de vue » (ou donnez la définition de ce terme). Par exemple, l'OMS définit un « patient perdu de vue » comme un patient n'ayant pas obtenu ses médicaments antirétroviraux dans les 28 jours suivant le dernier rendez-vous manqué au cours duquel il devait récupérer ses médicaments.¹³

22. Votre pays a-t-il adopté les recommandations contenues dans le document 2021 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) intitulé Lignes directrices unifiées sur la prévention, le dépistage, le traitement, les services fournis et le suivi du VIH : recommandations pour une approche de santé publique pour proposer un ensemble d'interventions à tous les patients à un stade avancé du VIH (défini par l'OMS par CD4 < 200) ?

Oui, complètement adopté

Oui, en partie adopté (uniquement pour des interventions et/ou des populations spécifiques, comme les enfants, les adolescents ou les adultes) (veuillez préciser) : _____

Non

22.1 Si oui, dans quelle mesure ces recommandations sont-elles mises en œuvre ?

Mis en œuvre dans peu (< 50 %) d'établissements de prise en charge

Mis en œuvre dans de nombreux (50-95 %) établissements de prise en charge

Mis en œuvre dans tout le pays (> 95 % des établissements de prise en charge)

Pas mis en œuvre

Autre (veuillez préciser) : _____

¹³ Source : Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2022 ; page 127.

23. Parmi les composantes suivantes de l'ensemble d'actions de riposte à la tuberculose (TB), aux infections bactériennes sévères et à la méningite cryptococcique dans le cadre des infections à VIH avancées, recommandées dans les *Lignes directrices unifiées sur la prévention, le dépistage, le traitement, les services fournis et le suivi du VIH : recommandations pour une approche de santé publique* (OMS, 2021), lesquelles sont intégrées dans la politique nationale relative au traitement antirétroviral pour les adultes, les adolescents et les enfants ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- Test CD4 de base pour diagnostiquer une maladie VIH avancée
- Tests de diagnostic moléculaire pour le diagnostic de la tuberculose
- LF-LAM urinaire pour le diagnostic de la TB
- Analyse de l'antigène de cryptocoque (CrAg)
- Prophylaxie à base de cotrimoxazole
- Traitement préventif de la tuberculose
- Prophylaxie empirique à base de fluconazole
- Traitement préventif à base de fluconazole
- Début rapide du traitement antirétroviral
- Soutien adapté à l'observance
- Autre (veuillez préciser) : _____

24. Parmi les modalités de prestation de services suivantes, lesquelles sont intégrées dans la politique nationale relative au traitement antirétroviral pour les adultes, les adolescents et les enfants ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- Les prestataires de services relatifs à la tuberculose (TB) administrent les traitements antirétroviraux dans les centres de traitement de la tuberculose pendant toute la durée du traitement de la TB
 - Les prestataires de traitements antirétroviraux administrent les traitements contre la tuberculose dans le cadre des traitements antirétroviraux pendant toute la durée du traitement de la TB
 - Les prestataires de services de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) administrent les traitements antirétroviraux dans les centres de SMNI
 - Les prestataires de traitements antirétroviraux administrent le traitement antirétroviral pour les femmes enceintes
 - Les prestataires de traitements antirétroviraux administrent le traitement antirétroviral pour les nouveau-nés et les enfants
 - Une évaluation nutritionnelle, un accompagnement et une prise en charge sont proposés aux personnes vivant avec le VIH et souffrant de malnutrition
 - Les traitements antirétroviraux sont fournis dans le cadre d'un traitement de substitution aux opiacés
 - Les professionnels de santé primaires administrent les traitements antirétroviraux dans le cadre de soins de santé primaires pour les adultes et les adolescents
 - Les professionnels de santé primaires administrent les traitements antirétroviraux dans le cadre de soins de santé primaires pour les enfants
 - Stratégies de soutien psychosocial pour des soins axés sur les patients (par exemple, groupes de soutien, accompagnement pour une meilleure observance, soutien pour la révélation du diagnostic ou orientation vers des services psychologiques/socio-économiques) en lien avec les établissements de santé
 - Soutien axé sur les patients (par exemple, conseils, accompagnement pour une meilleure observance, soutien pour la révélation du diagnostic ou orientation vers des services psychologiques/socio-économiques) séparément des établissements de santé
 - Services adaptés aux populations clés
 - Services de santé adaptés aux adolescents
 - Les traitements antirétroviraux sont administrés dans les communautés dans le cadre d'un modèle de soins différenciés
 - Les prestataires de traitements antirétroviraux effectuent un dépistage des maladies cardiovasculaires et les prennent en charge
 - Les prestataires de traitements antirétroviraux effectuent un dépistage des maladies mentales et administrent les traitements
 - Autre (veuillez préciser) : _____
-

25. Les patients ont-ils des frais à leur charge pour les services qu'ils reçoivent dans un établissement de santé du secteur public ?

- Oui
- Non

25.1 Si oui, les montants sont-ils formellement définis ou pas ?

25.1.a Dépistage du VIH

- Formel
- Informel

25.1.b Administration de la prophylaxie préexposition (PrEP)

- Formel
- Informel

25.1.c Rendez-vous dans un établissement de soins primaires

- Formel
- Informel

25.1.d Cartes des patients

- Formel
- Informel

25.1.e Services de diagnostic (incluant le test de la charge virale)

- Formel
- Informel

25.1.f Administration d'un traitement du VIH (c.-à-d. des médicaments antirétroviraux)

- Formel
- Informel

25.1.g Administration de la prévention et du traitement des co-infections

- Formel
- Informel

25.1.h Administration d'autres cothérapies (par exemple, médicaments pour les maladies non transmissibles, santé sexuelle et reproductive ou vaccinations)

- Formel
 - Informel
-

Types de traitements antirétroviraux

Adultes et adolescents

26. Conformément aux recommandations des *Lignes directrices unifiées sur la prévention, le dépistage, le traitement, les services fournis et le suivi du VIH : recommandations pour une approche de santé publique (OMS, 2021)*, l'association d'antirétroviraux TDF + 3TC ou (FTC) + DTG est-elle le premier choix pour le début du traitement dans les directives nationales dans les cas suivants ?

26.a Adultes et adolescents

- Oui
- Non, l'association TDF + 3TC (ou FTC) + DTG est citée en tant que régime alternatif pour le traitement de première intention
- Non

26.a.i Si oui, dans quelle mesure cette recommandation est-elle mise en œuvre ?

- Mis en œuvre dans peu (< 50 %) d'établissements de prise en charge
- Mis en œuvre dans de nombreux (50-95 %) établissements de prise en charge
- Mis en œuvre dans tout le pays (> 95 % des établissements de prise en charge)
- Pas mis en œuvre
- Autre (veuillez préciser) _____

26.a.ii Si non, quelles sont la ou les options que vous privilégiez ?

- TDF + 3TC (ou FTC) + EFV 600 mg
- TDF + 3TC + EFV 400 mg
- ABC + 3TC + DTG
- TAF + 3TC (ou FTC) + DTG
- Autres traitements (veuillez préciser) : _____

26.a.iii Si non, existe-t-il un plan en 2023 visant à adopter l'association d'antirétroviraux TDF + 3TC ou (FTC) + DTG en première intention pour le début du traitement ?

- Oui
- Non

26.b Femmes en âge de procréer

- Oui
- Non

26.b.i Si non, quelles sont la ou les options que vous privilégiez ?

- TDF + 3TC (ou FTC) + EFV 600 mg
- TDF + 3TC + EFV 400 mg
- TAF + 3TC (ou FTC) + DTG
- Autres traitements (veuillez préciser) : _____

26.b.ii Si non, existe-t-il un plan en 2023 pour adopter l'association de médicaments antirétroviraux TDF + 3TC ou (FTC) + DTG en première intention pour le début du traitement ?

- Oui
- Non

26.c Femmes enceintes et/ou allaitantes

- Oui
- Non

26.c.i Si non, quelles sont la ou les options que vous privilégiez ?

- TDF + 3TC (ou FTC) + EFV 600 mg
- TDF + 3TC + EFV 400 mg
- TAF + 3TC (ou FTC) + DTG
- Autres traitements (veuillez préciser) : _____

26.c.ii Si non, existe-t-il un plan en 2023 pour adopter l'association de médicaments antirétroviraux TDF + 3TC ou (FTC) + DTG en première intention pour le début du traitement ?

- Oui
- Non
-

27. Votre pays privilégie-t-il une combinaison à dose fixe (FDC) comme traitement de première intention ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- Oui, association de 3 médicaments à dose fixe une fois par jour
- Oui, association de 2 médicaments à dose fixe + 1 autre médicament une fois par jour
- Non
- Autre (veuillez préciser) : _____

28. Dans les directives nationales, le traitement à base de DTG fait-il partie des traitements possibles parmi les antirétroviraux de deuxième intention pour les adultes et les adolescents vivant avec le VIH ?

- Oui, comme option préférée
- Oui, comme option alternative
- Non
- Autre (veuillez préciser) : _____

29. Dans les directives nationales, le traitement à base de ATV/r (ou LPV) fait-il partie des traitements possibles parmi les antirétroviraux de deuxième intention pour les adultes et les adolescents vivant avec le VIH ?

- Oui, comme option préférée
- Oui, comme option alternative
- Non
- Autre (veuillez préciser) : _____

30. Dans les directives nationales, le traitement à base de DRV fait-il partie des traitements possibles parmi les antirétroviraux de deuxième intention pour les adultes et les adolescents vivant avec le VIH ?

- Oui, comme option préférée
- Oui, comme option alternative
- Non
- Autre (veuillez préciser) : _____

Enfants

31. Dans les directives nationales, les traitements à base de DTG sont-ils privilégiés en première intention chez tous les nourrissons et enfants séropositifs ?

- Oui, chez tous les enfants âgés de plus de 4 semaines et pesant plus de 3 kg
- Oui, mais seulement chez les enfants pesant plus de 20 kg
- Non
- Autre (veuillez préciser) : _____

31.1 Si le DTG n'est pas l'option thérapeutique privilégiée pour les nourrissons et les enfants de plus de 4 semaines et pesant plus de 3 kg, les traitements à base de LPV/r sont-ils privilégiés en première intention ?

- Oui, pour tous
- Non, mais seulement chez les enfants pesant moins de 20 kg
- Non

32. Dans les directives nationales, quel est le NNRTI de base recommandé pour mettre en place un traitement chez les enfants ?

- TDF + 3TC (ou FTC)
- AZT + 3TC (ou FTC)
- ABC + 3TC (ou FTC)
- Autre (veuillez préciser) : _____

33. Le traitement à base de DTG est-il recommandé en deuxième intention chez les enfants sur lesquels le traitement à base de NNRTI est inefficace ?

- Oui, chez tous les enfants âgés de plus de 4 semaines
 - Oui, chez les enfants pesant plus de 20 kg
 - Non
 - Autre (veuillez préciser) : _____
-

34. Le traitement à base de DTG est-il recommandé en deuxième intention chez les enfants sur lesquels le traitement à base d'inhibiteurs de la protéase est inefficace ?

- Oui, chez tous les enfants âgés de plus de 4 semaines et pesant plus de 3 kg
- Oui, mais seulement chez les enfants pesant plus de 20 kg
- Non
- Autre (veuillez préciser) : _____

35. Le traitement à base de LPV/r (ou ATV/r) est-il recommandé en deuxième intention chez les enfants sur lesquels le traitement à base de DTG est inefficace ?

- Oui
- Non
- Autre (veuillez préciser) : _____

36. L'une des activités suivantes de développement de la petite enfance est-elle intégrée aux programmes de lutte contre le VIH ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- Des soins adaptés
- Promotion de l'apprentissage précoce
- Intégration des interventions en matière de soins et de nutrition
- Soutien de la santé mentale de la mère
- Aucune des recommandations ci-dessus

Charge virale

37. Veuillez préciser le seuil mesuré à partir duquel la charge virale chez un individu est considérée comme supprimée¹⁴ selon les directives nationales relatives au traitement :

- <1000 copies/ml
- <400 copies/ml
- <200 copies/ml
- <50 copies/ml
- Non détecté par le test ou le type d'échantillon utilisé
- Autre (veuillez préciser) : _____

38. Votre pays a-t-il établi une politique nationale relative au test systématique de la charge virale* dans le cadre du suivi des traitements antirétroviraux, et dans quelle mesure celle-ci est-elle mise en œuvre ?

38.a Pour les adultes et les adolescents

- Oui
- Non

38.a.i Si oui, dans quelle mesure cette recommandation est-elle mise en œuvre ?

- Mis en œuvre dans peu (< 50 %) d'établissements de prise en charge
- Mis en œuvre dans de nombreux (50-95 %) établissements de prise en charge
- Mis en œuvre dans tout le pays (> 95 % des établissements de prise en charge)
- Pas mis en œuvre
- Autre (veuillez préciser) : _____

38.b Pour les enfants

- Oui
- Non

38.b.i Si oui, dans quelle mesure cette recommandation est-elle mise en œuvre ?

- Mis en œuvre dans peu (< 50 %) d'établissements de prise en charge
 - Mis en œuvre dans de nombreux (50-95 %) établissements de prise en charge
 - Mis en œuvre dans tout le pays (> 95 % des établissements de prise en charge)
 - Pas mis en œuvre
 - Autre (veuillez préciser) : _____
-

¹⁴ Le seuil de suppression virale pour peut différer du seuil permettant de déterminer l'échec du traitement.

39. Votre pays dispose-t-il d'une politique nationale actuelle sur le test de charge virale au point de service ?

- Oui
 Non

39.1 Si oui, dans quelle mesure cette recommandation est-elle mise en œuvre ?

- Mis en œuvre dans peu (< 50 %) d'établissements de prise en charge
 Mis en œuvre dans de nombreux (50-95 %) établissements de prise en charge
 Mis en œuvre dans tout le pays (> 95 % des établissements de prise en charge)
 Pas mis en œuvre
 Autre (veuillez préciser) : _____

40. D'après votre politique nationale, les échantillons de sang séché sont-ils recommandés pour les tests de la charge virale ?

- Oui
 Non
 Autre (veuillez préciser) : _____

40.1 Si oui, dans quelle mesure cette recommandation est-elle mise en œuvre ?

- Entièrement
 Partiellement
 Pas mis en œuvre

41. Votre pays a-t-il établi une politique nationale donnant la priorité à des populations et/ou des situations particulières (par exemple, les femmes enceintes, les nourrissons et les adolescents) pour les tests de la charge virale ?

- Oui
 Non

41.1 Si oui, pour quelle population le test de la charge virale est-il prioritaire ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- Femmes enceintes et allaitantes
 Patient présentant une infection à VIH à un stade avancé
 Patients susceptibles de ne pas réagir au traitement
 Nourrissons et enfants (0 à 9 ans)
 Adolescents (10 à 19 ans)
 Autre (veuillez préciser) : _____

Pharmacorésistance du VIH et suivi de la toxicité¹⁵

42. Votre pays a-t-il mis en place un plan d'action national pour surveiller la pharmacorésistance du VIH ?

- Oui
 Non

42.1 Si oui, veuillez préciser les années concernées par ce plan : _____

¹⁵ Les données issues des enquêtes sur la pharmacorésistance du VIH doivent être systématiquement importées dans la base de données de l'OMS correspondante. Les utilisateurs désignés par les ministères de la Santé ou les programmes de traitement antirétroviral peuvent en demander l'accès en contactant hiv-aids@who.int. Pour plus d'informations, consultez : <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/treatment/hiv-drug-resistance/hiv-drug-resistance-surveillance>

-
- 43. Au cours des trois dernières années, votre pays a-t-il mis en place une surveillance de la pharmacorésistance du VIH (HIVDR) conformément à l'un des protocoles de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) suivants ?**
- 43.a Enquêtes sur la pharmacorésistance au prétraitement (PDR)¹⁶**
- Oui
- Non, mais il est prévu de réaliser cette enquête cette année
- Non, et il n'est pas prévu de réaliser cette enquête cette année
- 43.a.i Si oui, veuillez préciser l'année de la dernière enquête sur la pharmacorésistance prétraitement : _____**
- 43.b Enquête sur la résistance du VIH aux médicaments chez les personnes exposées à la prophylaxie pré-exposition (PrEP) et diagnostiquées comme infectées par le VIH**
- Oui
- Non, mais il est prévu de réaliser cette enquête cette année
- Non, et il n'est pas prévu de réaliser cette enquête cette année
- 43.b.i Si oui, veuillez préciser l'année de la dernière enquête : _____**
- 43.c Enquêtes sur la pharmacorésistance acquise chez l'adulte¹⁷**
- Oui
- Non, mais il est prévu de réaliser cette enquête cette année
- Non, et il n'est pas prévu de réaliser cette enquête cette année
- 43.c.i Si oui, veuillez préciser l'année de la dernière enquête : _____**
- 43.d Enquêtes sur la pharmacorésistance acquise chez l'enfant**
- Oui
- Non, mais il est prévu de réaliser cette enquête cette année
- Non, et il n'est pas prévu de réaliser cette enquête cette année
- 43.d.i Si oui, veuillez préciser l'année de la dernière enquête : _____**
- 43.e Pharmacorésistance du VIH chez le nourrisson (< 18 mois) par le biais du diagnostic précoce chez les nourrissons¹⁸**
- Oui
- Non, mais il est prévu de réaliser cette enquête cette année
- Non, et il n'est pas prévu de réaliser cette enquête cette année
- 43.e.i Si oui, veuillez préciser l'année de la dernière enquête sur les nourrissons : _____**
- 43.f Enquête ou suivi régulier des résultats des centres médicaux à l'aide des indicateurs d'alerte précoce (IAP) de la pharmacorésistance du VIH**
- Oui
- Non
- 43.f.i Si oui, veuillez préciser :**
- Dernière année de suivi : _____
- Nombre de centres médicaux suivis : _____
- 43.f.ii Les indicateurs d'alerte précoce (IAP) de la pharmacorésistance du VIH ont été recueillis via :**
- Une enquête sur les indicateurs d'alerte précoce réalisée dans un certain nombre de centres médicaux
- Les systèmes de suivi régulier des patients
-

¹⁶ Pour plus d'informations, consultez : Surveillance de la résistance du VIH aux antirétroviraux chez les adultes qui commencent un traitement antirétroviral Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2014 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241507196>).

¹⁷ Pour plus d'informations, consultez : Surveillance de la résistance du VIH aux antirétroviraux chez les adultes sous traitement antirétroviral. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2014 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241507073>).

¹⁸ Pour plus d'informations, consultez : HIV drug resistance. Dans : Organisation mondiale de la Santé (OMS) : Global HIV Programme : Treatment & Care [Internet]. Genève ; Organisation mondiale de la santé ; c2022 (<https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/treatment/hiv-drug-resistance>).

44. Votre pays dispose-t-il d'une politique nationale pour le test de la pharmacorésistance du VIH des patients qui ne réagissent pas au traitement antirétroviral de deuxième ligne ?

- Oui
 Non

45. À l'exception des méthodes de pharmacovigilance passives, votre pays surveille-t-il systématiquement la toxicité des médicaments antirétroviraux ?

- Oui
 Non

45.1 Si oui, quelles sont les approches utilisées ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- Suivi systématique de la toxicité dans le cadre du système national de suivi et d'évaluation
 Surveillance/suivi actif de la toxicité au sein des cohortes chez les adultes
 Surveillance/suivi actif de la toxicité au sein des cohortes chez les adolescents et les enfants
 Registre des grossesses et surveillance des malformations congénitales

46. Des méthodes de suivi de la toxicité ont-elles été mises en œuvre pour surveiller les effets indésirables du DTG ?

- Oui
 Non

46.1 Si oui, quelles sont les approches utilisées ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- Suivi systématique de la toxicité dans le cadre du système national de suivi et d'évaluation
 Surveillance/suivi actif de la toxicité au sein des cohortes chez les adultes
 Surveillance/suivi actif de la toxicité au sein des cohortes chez les adolescents et les enfants
 Registre des grossesses et surveillance des malformations congénitales

46.2 Si oui, le personnel de santé a-t-il été formé à la prise en charge, au recueil et au signalement des effets indésirables du DTG ?

- Oui
 Non

Observance et poursuite du traitement

47. Votre pays a-t-il établi des politiques et/ou des stratégies nationales visant à favoriser l'observance des traitements (à l'échelle des communautés et des centres de santé) ?

- Oui
 Non

48. L'un des services d'accompagnement pour l'observance des traitements est-il disponible dans votre pays ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- Pairs-conseillers
 SMS
 Dispositifs de rappel
 Réinsertion des patients : appels de suivi/visites à domicile
 Conseil pour une meilleure observance
 Orientation vers un soutien psychologique/socio-économique
 Thérapies cognitivo-comportementales
 Formations aux aptitudes comportementales ou à l'observance thérapeutique
 Associations à dose fixe et traitements en une seule prise quotidienne
 Prise en charge individualisée
 Orientation par les pairs
 Autre (veuillez préciser) : _____

49. Votre pays a-t-il établi des politiques et/ou des stratégies nationales visant à favoriser le maintien des traitements antirétroviraux ?

- Oui
 Non

50. L'un des services d'accompagnement au maintien est-il disponible dans votre pays ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- Interventions dans les communautés
 Clubs d'observance et stratégies de soutien par les pairs
 Autre (veuillez préciser) : _____
-

51. Dans votre pays, existe-t-il des programmes visant à informer les personnes vivant avec le VIH sur les traitements, notamment sur les effets secondaires, la résistance aux médicaments, etc. ?

- Oui
 Non
-

Tuberculose/VIH

52. Les outils de dépistage suivants sont-ils recommandés pour les personnes vivant avec le VIH dans les directives nationales relatives à la tuberculose (TB) et/ou au VIH ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- Dépistage à quatre symptômes recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé pour les adultes et les adolescents (>10 ans)
 Protéine C-réactive (CRP) pour les adultes et les adolescents (>10 ans)
 Radio des poumons pour les adultes et les adolescents (> 10 ans)
 Tests moléculaires de diagnostic rapide de la tuberculose approuvés par l'Organisation mondiale de la Santé (mWRD) pour les adultes et les adolescents (>10 ans)
 Dépistage des symptômes, notamment toux, fièvre, faible prise de poids ou contact étroit avec un patient tuberculeux pour les enfants de moins de 10 ans
 Aucune des recommandations ci-dessus
-

53. Votre pays a-t-il adopté la dernière politique de l'OMS en date de 2019 sur l'utilisation du dosage du lipoarabinomannane à flux latéral dans l'urine (LF-LAM) comme moyen de dépistage et de diagnostic de la tuberculose active chez les personnes vivant avec le VIH ? Cochez toutes les tranches d'âges pertinentes.

- Oui, pour les adultes et les adolescents (> 10 ans)
 Oui, pour les enfants (< 10 ans)
 Non
-

54. Parmi les traitements suivants, quels sont ceux qui sont recommandés dans les directives nationales en traitement préventif de la tuberculose (TB) ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

54.a Adultes et adolescents vivant avec le VIH

- 6 mois de monothérapie quotidienne par isoniazide (6H)
- 9 mois de monothérapie quotidienne par isoniazide (9H)
- 36 mois de monothérapie quotidienne par isoniazide (36H)
- 4 mois de traitement quotidien par rifampicine (4R)
- 3 mois de traitement une fois par semaine par rifapentine et isoniazide (3HP)
- 3 mois de traitement quotidien par rifampicine et isoniazide (3RH)
- 1 mois de traitement quotidien par rifapentine et isoniazide (1HP)
- Autre (veuillez préciser) : _____
- Aucun des schémas de traitement préventif de la tuberculose recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé n'est préconisé dans les directives nationales pour les adultes et les adolescents

54.a.i Si plusieurs traitements sont recommandés, quel est le traitement préférentiel ?

- 6 mois de monothérapie quotidienne par isoniazide (6H)
- 9 mois de monothérapie quotidienne par isoniazide (9H)
- 36 mois de monothérapie quotidienne par isoniazide (36H)
- 4 mois de traitement quotidien par rifampicine (4R)
- 3 mois de traitement une fois par semaine par rifapentine et isoniazide (3HP)
- 3 mois de traitement quotidien par rifampicine et isoniazide (3RH)
- 1 mois de traitement quotidien par rifapentine et isoniazide (1HP)
- Autre (veuillez préciser) : _____

54.b Enfants vivant avec le VIH

- 6 mois de monothérapie quotidienne par isoniazide (6H)
- 9 mois de monothérapie quotidienne par isoniazide (9H)
- 4 mois de traitement quotidien par rifampicine (4R)
- 3 mois de traitement une fois par semaine par rifapentine et isoniazide (3HP)
- 3 mois de traitement quotidien par rifampicine et isoniazide (3RH)
- Autre (veuillez préciser) : _____
- Le traitement préventif contre la tuberculose n'est pas recommandé dans les directives nationales pour les enfants

54.b.i Si plusieurs traitements sont recommandés, quel est le traitement préférentiel ?

- 6 mois de monothérapie quotidienne par isoniazide (6H)
 - 9 mois de monothérapie quotidienne par isoniazide (9H)
 - 4 mois de traitement quotidien par rifampicine (4R)
 - 3 mois de traitement une fois par semaine par rifapentine et isoniazide (3HP)
 - 3 mois de traitement quotidien par rifampicine et isoniazide (3RH)
 - Autre (veuillez préciser) : _____
-

55. Dans les directives nationales, les actions suivantes sont-elles requises avant de commencer un traitement préventif de la tuberculose (TB) pour les personnes vivant avec le VIH ?

55.a Tests dermatologiques ou test de détection de l'interféron gamma (IGRA)

Oui, pour tous

Non

Uniquement si disponible

55.b Rayons X

Oui, pour tous

Non

Uniquement si disponible

56. Au cours de la dernière période de reporting, y a-t-il eu une rupture de stock* sur les traitements suivants ?

56.a Isoniazide

Oui, au niveau national

Oui, au niveau local

Non

56.b Vitamine B6

Oui, au niveau national

Oui, au niveau local

Non

56.c Rifapentine (y compris les associations à doses fixes avec l'isoniazide)

Oui, au niveau national

Oui, au niveau local

Non

57. À quel stade en est l'intégration des services liés au VIH et à la tuberculose (TB) suivants ?

57.a Les diagnostics moléculaires rapides recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé (p. ex., Xpert MTB/RIF) sont regroupés :

Dans peu (< 50 %) d'établissements de santé proposant un dépistage et des soins pour le VIH

Dans de nombreux (50-95 %) établissements de santé proposant un dépistage et des soins pour le VIH

Dans tout le pays (> 95 % des établissements de santé proposant un dépistage et des soins pour le VIH)

Pas mis en œuvre

Autre (veuillez préciser) : _____

57.b Personnes vivant avec le VIH ayant reçu des médicaments antirétroviraux contre la tuberculose (TB) dans le même lieu où ils ont reçu leur traitement contre la tuberculose :

Dans peu (< 50 %) d'établissements de santé

Dans de nombreux (50-95 %) établissements de santé

Dans tout le pays (> 95 % des établissements de santé)

Pas mis en œuvre

Autre (veuillez préciser) : _____

57.c Le traitement antirétroviral est mis en œuvre par le même professionnel de santé que celui qui fournit le traitement contre la tuberculose (TB) aux personnes vivant avec le VIH et ayant la tuberculose :

Dans peu (< 50 %) d'établissements de santé

Dans de nombreux (50-95 %) établissements de santé

Dans tout le pays (> 95 % des établissements de santé)

Pas mis en œuvre

Autre (veuillez préciser) : _____

57.d Le traitement antirétroviral intégré au traitement contre la tuberculose (TB) destiné aux personnes vivant avec le VIH et ayant la tuberculose est suivi par un seul professionnel de santé :

Dans peu (< 50 %) d'établissements de santé

Dans de nombreux (50-95 %) établissements de santé

Dans tout le pays (> 95 %) des établissements de santé

Pas mis en œuvre

Autre (veuillez préciser) : _____

3. Mettre fin au sida pédiatrique et éliminer la transmission verticale

- Veiller à ce que 75 % de tous les enfants vivant avec le VIH aient une charge virale supprimée d'ici à 2023 et 86 % d'ici à 2025, conformément aux objectifs de traitement 95-95-95 en matière de VIH.
- Veiller à ce que 95 % des femmes enceintes aient accès au dépistage du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) d'ici à 2025.
- Veiller à ce que 95 % des femmes enceintes et allaitantes dans les milieux à forte charge de morbidité aient accès à un nouveau test de dépistage en fin de grossesse et pendant la période post-partum d'ici à 2025.
- Veiller à ce que toutes les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH bénéficient d'une thérapie antirétrovirale à vie, 95 % d'entre elles atteignant et maintenant une suppression virale avant l'accouchement et pendant l'allaitement d'ici à 2025.
- Veiller à ce que toutes les femmes enceintes et allaitantes séronégatives dans les milieux à forte charge de morbidité – ou celles ayant des partenaires masculins à haut risque de VIH dans tous les milieux – aient accès à la prévention combinée, y compris la prophylaxie préexposition (PrEP), et que 90 % de leurs partenaires masculins vivant avec le VIH reçoivent en permanence une thérapie antirétrovirale.
- Veiller à ce que 95 % des enfants exposés au VIH soient dépistés à l'âge de deux mois et le soient à nouveau après l'arrêt de l'allaitement.

Prévention de la transmission verticale du VIH

58. Votre pays a-t-il établi une politique visant à effectuer un dépistage complémentaire sur les femmes séronégatives au cours de la grossesse, de l'accouchement et/ou pendant la période post-partum/d'allaitement ?

- Oui
 Non

58.1 Si oui, quand le nouveau test est-il effectué ?

58.1.a Au cours de la grossesse

- Oui
 Non

58.1.b Si oui, durant quel mois de la grossesse : _____

58.1.c À l'accouchement

- Oui
 Non

58.1.d Pendant la période post-partum ou d'allaitement

- Oui
 Non
 Si oui, combien de temps après l'accouchement (en mois) : _____

59. Votre pays a-t-il une politique de dépistage du virus de l'hépatite B chez les femmes pendant la grossesse ?

- Oui
 Non

60. Votre pays a-t-il mis en place un plan d'action national pour mettre fin à la transmission verticale du VIH ?

- Oui
 Non

60.1 Si oui, veuillez préciser :

60.1.a Taux de transmission verticale visé (%) : _____

60.1.b Année : _____

60.1.c Objectif(s) d'élimination (tels que le nombre de cas/100 000 personnes) : _____

60.1.d Année : _____

61. Votre pays met-il en œuvre une politique de traitement pour toutes les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH ?

- Oui
 Non
-

62. Quel est le traitement actuellement recommandé dans votre pays pour prévenir la transmission verticale du VIH pour les nourrissons exposés au VIH ?

- Veuillez préciser le traitement prophylactique administré aux nourrissons : _____
- Durée recommandée du traitement : _____

62.a Plusieurs traitements sont-ils recommandés pour les nourrissons à risque élevé ?

- Oui
- Non

62.a.i Si oui, veuillez préciser les traitements : _____

62.a.ii Quelle est la définition de « nourrisson à risque élevé » dans la politique nationale ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- Enfants nés de mères présentant une infection à VIH et ayant reçu un traitement antirétroviral de moins de quatre semaines au moment de l'accouchement
- Enfants nés de mères présentant une infection à VIH avec une charge virale >1000 copies/mL dans les quatre semaines précédant l'accouchement (si la charge virale est disponible)
- Enfants nés de mères ayant contracté une infection à VIH pendant la grossesse ou l'allaitement
- Enfants nés de mères identifiées pour la première fois pendant la période post-partum, avec ou sans test VIH négatif en période prénatale
- Autre (veuillez préciser) :

63. Votre pays a-t-il des recommandations nationales concernant l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants exposés au VIH ?

- Oui, allaitement
- Oui, substituts du lait maternel
- Oui, les deux sont recommandés, selon le choix personnel ou le contexte
- Non

63.1 Si l'allaitement est recommandé pour les femmes séropositives et les nourrissons exposés au VIH, la durée recommandée est-elle précisée ?

- Oui (veuillez préciser la durée en mois) : _____
- Non

64. Dans votre pays, un soutien alimentaire et nutritionnel est-il intégré aux programmes de prévention de la transmission mère-enfant ?

- Mis en œuvre dans quelques (< 50 %) centres de santé maternelle et infantile
- Mis en œuvre dans de nombreux (50-95 %) centres de santé maternelle et infantile
- Mis en œuvre dans tout le pays (> 95 % des centres de santé maternelle et infantile)
- Pas mis en œuvre
- Autre (veuillez préciser) : _____

65. Votre pays a-t-il élaboré une stratégie nationale relative aux interventions à l'accouchement pour les femmes vivant avec le VIH n'ayant pas encore bénéficié d'un dépistage du VIH ?

- Oui, entièrement mise en œuvre
- Oui, partiellement mise en œuvre
- Oui, mais pas mise en œuvre
- Non
-

66. Votre pays a-t-il établi une politique sur le test de charge virale pour les femmes au cours de la grossesse, de l'accouchement et/ou pendant la période post-partum/d'allaitement ?

- Oui
 Non

**66.1 Si oui, quand le test de charge virale est-il effectué ?
Au cours de la grossesse**

- Oui
 Non

66.1.a Si oui, durant quel mois de la grossesse : _____

66.2 À l'accouchement

- Oui
 Non

66.3 Pendant la période post-partum ou d'allaitement

- Oui
 Non

66.3.a Si oui, combien de temps après l'accouchement (en mois) : _____

Élimination de la transmission verticale de la syphilis

67. Votre pays a-t-il mis en place un plan d'action national pour mettre fin à la transmission verticale de la syphilis ?

- Oui, intégré à une initiative de riposte au VIH ou toute autre action visant à éliminer la transmission
 Oui, seul (non intégré à une initiative de riposte au VIH ou toute autre initiative d'élimination)
 Pas de plan national

67.1 Si oui, quand le plan national a-t-il été mis à jour pour la dernière fois ?

- 2017 ou avant
 2018
 2019
 2020
 2021
 2022
-

68. Votre pays a-t-il établi une politique nationale relative au dépistage systématique de la syphilis chez les femmes enceintes ?

- Oui
 Non

68.1 Si oui, quels sont les tests utilisés ?

- Tests non tréponémiques en laboratoire
 Tests tréponémiques en laboratoire
 Tests tréponémiques de dépistage rapide de la syphilis
 Doubles tests de dépistage rapide du VIH/de la syphilis
-

69. Votre pays dispose-t-il de directives nationales pour traiter les femmes enceintes atteintes de syphilis ?

- Oui
 Non

69.1 Si oui, la benzathine pénicilline est-elle le traitement de première intention recommandé dans les directives nationales ?

- Oui
 Non

69.2 Si oui, votre politique autorise-t-elle le traitement des femmes enceintes atteintes de syphilis à l'aide de benzathine pénicilline dans les établissements de soins primaires, y compris les cliniques prénatales, par l'un des moyens suivants ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- Personnel infirmier
 Médecins
 Autre personnel de santé
 Aucune des recommandations ci-dessus
-

70. **Votre pays dispose-t-il d'une politique nationale sur le suivi clinique des nourrissons nés de mères positives pour la syphilis ?**

- Oui
 Non

71. **Votre définition nationale de la syphilis congénitale inclut-elle les mortinaissances ?**

- Oui
 Non

Diagnostic chez le nourrisson

72. **Vos directives nationales recommandent-elles que les nourrissons exposés au VIH subissent un test de dépistage du VIH comme suit ? Cochez toutes les réponses pertinentes.**

- Test d'amplification des acides nucléiques à la naissance
 Test d'amplification des acides nucléiques à six semaines
 Test d'amplification des acides nucléiques à neuf mois
 Test de détection d'anticorps à dix-huit mois
 Test de détection d'anticorps trois mois après l'arrêt de l'allaitement
 Autre (veuillez préciser) : _____

73. **En plus des services de prévention de la transmission verticale, l'un des établissements suivants propose-t-il le dépistage du VIH chez les enfants dans votre pays ? Cochez toutes les réponses pertinentes.**

- Services d'hospitalisation de pédiatrie
 Centres nutritionnels
 Centres de vaccination
 Centres ambulatoires
 Centres de traitement de la tuberculose (TB)
 Autre (veuillez préciser) : _____

74. **Votre pays a-t-il adopté une politique ou des recommandations relatives au diagnostic chez les nourrissons dans les centres de santé ?**

- Oui
 Non

74.1 **Si oui, où cette politique est-elle mise en œuvre ?**

- Dans peu (< 50 %) d'établissements
 Dans de nombreux (50-95 %) établissements
 Dans tout le pays (> 95 %) des établissements
 Pas mis en œuvre
 Autre (veuillez préciser) : _____

Traitement antirétroviral des enfants

75. **Votre pays a-t-il établi une politique nationale relative à la fréquence des consultations pour les enfants sous traitement antirétroviral ?**

- Oui
 Non

75.1 **Si oui, veuillez préciser la fréquence des consultations d'après la politique nationale :**

- Une fois par mois
 Tous les 2 mois
 Tous les 3 mois
 Tous les 6 mois
 Tous les 12 mois
 Autre (veuillez préciser) : _____

75.2 **Si oui, dans quelle mesure cette recommandation est-elle mise en œuvre ?**

- Mis en œuvre dans peu (< 50 %) d'établissements de prise en charge
 Mis en œuvre dans de nombreux (50-95 %) établissements de prise en charge
 Mis en œuvre dans tout le pays (> 95 %) des établissements de prise en charge
 Pas mis en œuvre
 Autre (veuillez préciser) : _____
-

76. Votre pays a-t-il établi une politique nationale relative à la fréquence à laquelle les enfants sous traitement antirétroviral doivent récupérer leurs médicaments antirétroviraux ?

- Oui
 Non

76.1 Si oui, veuillez préciser la fréquence à laquelle ces personnes doivent récupérer leurs médicaments antirétroviraux d'après la politique nationale :

- Une fois par mois
 Tous les 2 mois
 Tous les 3 mois
 Tous les 6 mois
 Tous les 12 mois
 Autre (veuillez préciser) : _____

76.2 Si oui, dans quelle mesure cette recommandation est-elle mise en œuvre ?

- Mis en œuvre dans peu (< 50 %) d'établissements de prise en charge
 Mis en œuvre dans de nombreux (50-95 %) établissements de prise en charge
 Mis en œuvre dans tout le pays (> 95 % des établissements de prise en charge)
 Pas mis en œuvre
 Autre (veuillez préciser) : _____

77. À quel moment un enfant ayant démarré un traitement antirétroviral est-il considéré comme perdu de vue dans votre pays ?

- Lorsqu'il n'a pas bénéficié de soins liés au VIH ou obtenu ses médicaments à la pharmacie depuis 1 mois
 Lorsqu'il n'a pas bénéficié de soins liés au VIH ou obtenu ses médicaments à la pharmacie depuis 2 mois
 Lorsqu'il n'a pas bénéficié de soins liés au VIH ou obtenu ses médicaments à la pharmacie depuis 3 mois
 Lorsqu'il n'a pas bénéficié de soins liés au VIH ou obtenu ses médicaments à la pharmacie depuis 6 mois

78. Votre pays a-t-il mis en place une stratégie ou un plan afin de garantir le suivi continu des adolescents nés avec le VIH lors de la transition vers leur prise en charge à l'âge adulte ?

- Oui
 Non

79. Les cohortes d'enfants suivant un traitement antirétroviral sont-elles suivies (c.-à-d. que l'on s'assure que ces enfants sont en vie et bénéficient d'un traitement antirétroviral) par le biais de registres nationaux à intervalles de six mois et un an ?

- Oui
 Non

80. Des programmes de suivi de la croissance et de nutrition des enfants ont-ils été intégrés au dépistage et au traitement du VIH dans votre pays ?

- Mis en œuvre dans peu (< 50 %) d'établissements de prise en charge
 Mis en œuvre dans de nombreux (50-95 %) établissements de prise en charge
 Mis en œuvre dans tout le pays (> 95 % des établissements de prise en charge)
 Pas mis en œuvre
 Autre (veuillez préciser) : _____
-

4. Égalité des sexes et autonomisation des femmes et des filles

- Réduire à 10 % au maximum le nombre de femmes, de filles et de personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection et affectées par le virus qui subissent des inégalités fondées sur le sexe et des violences sexuelles et sexistes.
- Veiller à ce que 95 % des femmes et des filles en âge de procréer voient leurs besoins en matière de VIH et de soins de santé sexuelle et génésique satisfaits, notamment en ce qui concerne les soins prénatals et maternels, l'information et le conseil.

Violence

81. Votre pays dispose-t-il d'au moins un point de prestation de services qui fournit des soins exhaustifs pour les cas de viol, conformément aux lignes directrices de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ? Ces éléments sont : (1) le soutien de première ligne, les premiers soins psychologiques et le soutien psychosocial ; (2) la contraception d'urgence ; (3) la prophylaxie ou le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) ; (4) la prophylaxie post-exposition (PPE) du VIH ; et (5) l'avortement sûr dans toute la mesure de la loi.

- Oui, il fournit ces cinq éléments
- Oui, il fournit quatre de ces éléments sur cinq
- Oui, il fournit entre un et trois éléments
- Aucun point de prestation de services ne fournit l'un de ces éléments

81.1 Si oui, quelle proportion d'établissements de santé fournit chacun des éléments suivants de soins exhaustifs pour les cas de viol, conformément aux lignes directrices de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) :

81.1.a Soutien de première ligne, premiers secours psychologiques et soutien psychosocial

- < 50 % des centres de santé
- 50 %-80 % des centres de santé
- > 80 % des centres de santé
- Non fourni dans aucun centre de santé
- Je ne sais pas

81.1.b Contraception d'urgence

- < 50 % des centres de santé
- 50 %-80 % des centres de santé
- > 80 % des centres de santé
- Non fourni dans aucun centre de santé
- Je ne sais pas

81.1.c Traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) ou prophylaxie

- < 50 % des centres de santé
- 50 %-80 % des centres de santé
- > 80 % des centres de santé
- Non fourni dans aucun centre de santé
- Je ne sais pas

81.1.d Prophylaxie post-exposition (PPE) du VIH

- < 50 % des centres de santé
- 50 %-80 % des centres de santé
- > 80 % des centres de santé
- Non fourni dans aucun centre de santé
- Je ne sais pas

81.1.e Avortement sûr dans toute la mesure de la loi

- < 50 % des centres de santé
 - 50 %-80 % des centres de santé
 - > 80 % des centres de santé
 - Non fourni dans aucun centre de santé
 - Je ne sais pas
-

5. Leadership communautaire

- Veiller à ce que les organisations dirigées par la communauté fournissent 30 % des services de dépistage et de traitement d'ici à 2025, en mettant l'accent sur le dépistage du VIH, l'orientation vers le traitement, le soutien à l'observance et à la rétention, et la connaissance du traitement.
- Veiller à ce que, d'ici à 2025, les organisations dirigées par la communauté fournissent 80 % des services de prévention du VIH aux populations à haut risque d'infection par le VIH, y compris aux femmes de ces populations.
- Veiller à ce que, d'ici à 2025, les organisations dirigées par la communauté mettent en œuvre 60 % des programmes visant à soutenir la réalisation des catalyseurs sociétaux.

82. Existe-t-il des lois, des réglementations ou des politiques qui prévoient le fonctionnement des organisations dirigées par la communauté dans votre pays ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- L'enregistrement des organisations dirigées par des personnes vivant avec le VIH est possible
- L'enregistrement des organisations dirigées par des populations clés est possible
- Les services liés au VIH peuvent être fournis par des organisations dirigées par la communauté
- Des services peuvent être proposés aux populations clés par des organisations dirigées par la communauté
- Les exigences en matière de rapports pour les organisations communautaires proposant des services liés au VIH sont simplifiées
- Il n'existe pas de lois, de réglementations ou de politiques qui prévoient le fonctionnement des organisations dirigées par la communauté dans le pays
- Autre (veuillez préciser) : _____

83. Existe-t-il des lois, des politiques ou des réglementations autorisant l'accès au financement pour les organisations communautaires ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- Contrats sociaux ou autres mécanismes permettant le financement des services proposés par les communautés provenant de fonds nationaux
- Contrats sociaux ou autres mécanismes permettant de financer le suivi et la recherche menés par les communautés à partir de fonds nationaux
- Contrats sociaux ou autres mécanismes permettant de financer les activités de plaidoyer menées par les communautés à partir de fonds nationaux
- Provenant de bailleurs de fonds internationaux
- Exigeant que le gouvernement finance les organisations communautaires à hauteur d'un certain pourcentage
- Pas de lois permettant l'accès au financement, mais les organisations dirigées par la communauté peuvent accéder au financement en vertu de lois, de politiques ou de règlements généraux
- Il n'existe pas de lois, de politiques ou de réglementations autorisant l'accès au financement pour les organisations communautaires
- Autre (veuillez préciser) : _____

Participation

84. Dans votre pays, les personnes vivant avec le VIH participent-elles* à l'élaboration de politiques, de directives et/ou de stratégies nationales relatives à leur santé ?

- Oui
- Non

85. Les femmes vivant avec le VIH participent-elles* à l'élaboration de politiques, de directives et de stratégies nationales relatives à la prévention de la transmission verticale?

- Oui
- Non

86. Dans votre pays, les hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes participent-ils* à l'élaboration de politiques, de directives et/ou de stratégies nationales relatives à leur santé ?

- Oui
- Non

87. Dans votre pays, les travailleur(se)s du sexe participent-ils* à l'élaboration de politiques, de directives et de stratégies nationales relatives à leur santé ?

- Oui
- Non

88. Dans votre pays, les personnes qui s'injectent des drogues participent-elles* à l'élaboration de politiques, de directives et de stratégies nationales relatives à leur santé ?

- Oui
 - Non
-

89. Dans votre pays, les personnes transgenres participent-elles* à l'élaboration de politiques, de directives et de stratégies nationales relatives à leur santé ?

Oui
 Non

90. Dans votre pays, les anciens prisonniers et/ou les prisonniers actuels participent-ils* à l'élaboration de politiques, de directives et de stratégies nationales relatives à leur santé ?

Oui
 Non

91. Dans votre pays, les jeunes (de 15 à 24 ans) participent-ils* à l'élaboration de politiques, de directives et de stratégies nationales relatives à leur santé ?

Oui
 Non

91.1 Si « oui », les jeunes participent-ils* à l'un des processus décisionnels suivants concernant la riposte nationale au VIH (lorsque ceux-ci existent) ?

Processus décisionnel	Existe-t-il ?	Les jeunes participent-ils* à ce processus décisionnel ?
Équipes techniques pour le développement, l'examen et la mise à jour de stratégies et de plans nationaux relatifs au sida	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Équipes techniques pour le développement ou l'examen de programmes relatifs à l'accès des jeunes aux services de dépistage, de traitement, de prise en charge et d'accompagnement liés au VIH	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Organisme national de coordination de la lutte contre le SIDA ou équivalent, à représentation large et multisectorielle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Instance de coordination nationale du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Organes consultatifs communautaires pour les hôpitaux, les centres médicaux et/ou les projets de recherche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre (veuillez préciser) : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

6. Réaliser les droits de l'homme et mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination

- Faire en sorte que, d'ici 2025, moins de 10 % des pays disposent de cadres juridiques et politiques restrictifs qui ciblent injustement les personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection ou affectées par le virus. Il s'agit par exemple des lois sur l'âge de consentement et des lois relatives à la non-divulgaration, à l'exposition et à la transmission du VIH, des lois qui imposent des restrictions de voyage liées au VIH et des tests obligatoires, et des lois qui conduisent au refus ou à la limitation de l'accès aux services d'ici 2025.
- Investir 3,1 milliards de dollars US dans les catalyseurs sociétaux - y compris la protection des droits de l'homme, la réduction de la stigmatisation et de la discrimination et la réforme du droit, le cas échéant - dans les pays à revenu faible et intermédiaire d'ici à 2025.
- Veiller à ce que, d'ici à 2025, moins de 10 % des personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection et affectées par le virus soient victimes de stigmatisation et de discrimination.

Lois punitives

92. Lorsque la non-divulgaration, l'exposition ou la transmission du VIH sont criminalisées, des actions en justice visant à les décriminaliser ont-elles été engagées ou sont-elles en cours depuis deux ans ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- Litiges stratégiques
- Proposition soumise au Parlement
- Autre (veuillez préciser) : _____
- Il n'existe aucune loi au niveau national ou sous-national qui criminalise la non-divulgaration, l'exposition ou la transmission du VIH

93. Lorsque les personnes transgenres sont criminalisées, des actions en justice visant à les décriminaliser ont-elles été engagées ou sont-elles en cours depuis deux ans ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- Litiges stratégiques
- Proposition soumise au Parlement
- Autre (veuillez préciser) : _____
- Il n'existe aucune loi au niveau national ou sous-national qui criminalise les personnes transgenres

94. Lorsque le commerce du sexe est criminalisé, des actions en justice visant à le décriminaliser ont-elles été engagées ou sont-elles en cours depuis deux ans ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- Litiges stratégiques
- Proposition soumise au Parlement
- Autre (veuillez préciser) : _____
- Il n'existe aucune loi au niveau national ou sous-national qui criminalise le travail du sexe ou d'autres réglementations punitives du travail du sexe

95. Lorsque les rapports sexuels entre partenaires du même sexe sont criminalisés, des actions en justice visant à les décriminaliser ont-elles été engagées ou sont-elles en cours depuis deux ans ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- Litiges stratégiques
- Proposition soumise au Parlement
- Autre (veuillez préciser) : _____
- Il n'existe aucune loi au niveau national ou infranational qui criminalise les actes sexuels entre personnes de même sexe en privé

96. Si la consommation de drogues et/ou la détention de drogues pour usage personnel constituent des infractions pénales, des actions en justice visant à les décriminaliser ont-elles été engagées ou sont-elles en cours depuis deux ans ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- Litiges stratégiques
- Proposition soumise au Parlement
- Autre (veuillez préciser) : _____
- Il n'existe aucune loi au niveau national ou infranational qui criminalise l'usage et/ou la possession de drogues pour usage personnel

97. Si la consommation et/ou la possession de drogues sont des infractions administratives/non pénales, les mesures suivantes sont-elles appliquées dans votre pays aux personnes qui consomment des drogues ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- Détention obligatoire ou désintoxication obligatoire dans un établissement fermé
 - Détention obligatoire ou désintoxication en dehors d'un établissement
 - Restrictions à la circulation, notamment suspension du passeport ou du permis de conduire
 - Accompagnement obligatoire
 - Amendes
 - Autres sanctions administratives (veuillez préciser) : _____
 - La consommation et/ou la possession de drogues sont des infractions administratives/non pénales
-

7. Couverture de santé universelle et intégration

- Investir dans des systèmes de santé et de protection sociale solides, résilients, équitables et financés par des fonds publics, qui fournissent à 90 % des personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection et affectées par le virus, des services intégrés centrés sur les personnes et adaptés au contexte pour : le VIH et d'autres maladies transmissibles ; les maladies non transmissibles ; les soins de santé sexuelle et reproductive ; la violence sexiste ; la santé mentale ; les soins palliatifs ; le traitement de la dépendance à l'alcool ; les services juridiques liés à la consommation de drogues ; et d'autres services dont ils ont besoin pour leur santé et leur bien-être général. Veiller à ce que, d'ici à 2025, 45 % des personnes vivant avec le VIH et le sida, exposées au risque de contamination ou affectées par le virus ont accès aux prestations de protection sociale.
- Veiller à ce que 90 % des personnes vivant dans des contextes humanitaires aient accès à des services intégrés de lutte contre le VIH.
- Veiller à ce que l'engagement systématique des ripostes au VIH dans les infrastructures et les dispositifs de riposte aux pandémies, en s'appuyant sur les plans stratégiques nationaux en matière de VIH pour orienter les éléments clés de la planification de la préparation aux pandémies et en veillant à ce que 95 % des personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection et affectées par le VIH soient protégées contre les pandémies, y compris le COVID-19.

Cancer du col de l'utérus

98. Le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus sont-ils recommandés pour les femmes vivant avec le VIH dans :

98.a La stratégie, la politique, le plan ou les directives nationales relatives aux cancers, au cancer du col de l'utérus ou plus largement, à la riposte aux maladies non transmissibles (MNT) ?

- Oui
 Non

98.b Le plan stratégique national régissant la riposte au sida ?

- Oui
 Non

98.c Les directives nationales sur le dépistage et/ou traitement du VIH ?

- Oui
 Non

98.d Autre document de politique (veuillez préciser) : _____

- Oui
 Non

99. Les recommandations des lignes directrices 2021 de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus pour la prévention du cancer du col de l'utérus pour les femmes vivant avec le VIH ont-elles été adoptées dans les directives nationales de votre pays ?

- Oui, des directives ont été élaborées
 Non, aucune directive n'a été élaborée

99.1 Si vous répondez non, veuillez préciser en quelle année il est prévu d'adopter les recommandations 2021 de l'Organisation mondiale de la Santé :

- 2023
 2024
 2025
 2026
 Pas d'année prévue
 Autre (veuillez préciser) : _____
-

Politiques relatives aux co-infections

100. Quelles sont les politiques relatives aux co-infections mises en place dans votre pays pour les adultes, les adolescents et les enfants ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- Traitement préventif par isoniazide (TPI) ou prophylaxie de l'infection tuberculeuse latente (ITBL) pour les personnes vivant avec le VIH
- Intensification du dépistage de la tuberculose (TB) chez les personnes vivant avec le VIH
- Contrôle de l'infection tuberculeuse dans les établissements de santé proposant des services liés au VIH
- Les prestataires de traitements antirétroviraux administrent le traitement antirétroviral dans les deux semaines suivant le début du traitement de la tuberculose
- Prophylaxie à base de cotrimoxazole
- Dépistage de l'hépatite B et prise en charge dans les centres médicaux administrant des traitements antirétroviraux
- Dépistage et gestion de l'hépatite B dans les cliniques de soins prénatals pour prévenir la transmission verticale du virus de l'hépatite B
- Dépistage de l'hépatite C et prise en charge dans les centres médicaux administrant des traitements antirétroviraux
- Vaccination contre l'hépatite B proposée dans les centres médicaux administrant des traitements antirétroviraux
- Vaccination contre l'hépatite B en temps opportun lors de l'accouchement (dans les 24 heures suivant la naissance).
- Traitement contre l'hépatite C (antiviraux à action directe) proposé dans les centres médicaux administrant des traitements antirétroviraux
- Autre (veuillez préciser) : _____

Infections sexuellement transmissibles

101. Votre pays a-t-il établi des directives ou des recommandations nationales relatives aux infections sexuellement transmissibles (IST) ?

- Oui
- Non

101.1 Si oui, en quelle année ont-elles été mises à jour pour la dernière fois ? _____

102. Votre pays a-t-il élaboré une stratégie ou un plan d'action national pour la prévention des IST et la lutte contre les IST ?

- Oui
- Non

103. Votre pays procède-t-il à un suivi de la résistance gonococcique ?

- Oui, tous les ans
 - Oui, moins d'une fois par an
 - Non
-

Protection sociale

104. La stratégie, la politique ou le cadre stratégique, politique ou cadre de protection sociale :

104.1 Reconnaît-il/elle les personnes vivant avec le VIH comme des bénéficiaires clés ?

- Oui
 Non

104.1.a Si non, veuillez décrire les conditions dans lesquelles les personnes vivant avec le VIH peuvent accéder aux prestations de protection sociale : _____

104.2 Reconnaît-il/elle les populations clés (professionnels du sexe, hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, personnes qui s'injectent des drogues, personnes transgenres et prisonniers) comme des bénéficiaires clés ?

- Oui
 Non

104.2.a Si oui, quelles sont les populations clés reconnues comme des bénéficiaires clés ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- Professionnel(le)s du sexe
 Hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
 Personnes transgenres
 Personnes qui s'injectent des drogues
 Personnes incarcérées

104.2.b Si non, veuillez décrire les conditions dans lesquelles les populations clés peuvent accéder aux prestations de protection sociale : _____

104.3 Reconnaît-il/elle les adolescentes et les jeunes femmes comme des bénéficiaires clés ?

- Oui
 Non

104.4 Reconnaît-il/elle les enfants touchés par le VIH comme des bénéficiaires clés ?

- Oui
 Non

104.5 Reconnaît-il/elle les familles touchées par le VIH comme des bénéficiaires clés ?

- Oui
 Non

104.6 Tient-il/elle compte de la question des soins liés au VIH non rémunérés ?

- Oui
 Non

105. Des représentants du programme national de lutte contre le sida (ou équivalent) font-ils partie d'un mécanisme ou d'une plateforme de coordination en matière de protection sociale* ?

- Il n'existe aucun mécanisme ou aucune plateforme de coordination en matière de protection sociale
 Il existe un mécanisme ou une plateforme de coordination en matière de protection sociale, mais aucun représentant du programme national de lutte contre le sida (ou équivalent) n'en fait partie
 Il existe un mécanisme ou une plateforme de coordination en matière de protection sociale, et des représentants du programme national de lutte contre le sida (ou équivalent) en font partie

106. Votre pays a-t-il mis en œuvre des programmes de transfert d'argent* pour les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans ?

- Oui
 Non
-

Assurance santé universelle

107. Votre pays dispose-t-il d'un régime d'assurance santé universelle ?

- Oui
- Non

107.1 Si non, votre pays se dirige-t-il vers un système d'assurance santé universelle ?

- Oui
- Non

107.2 Si vous avez répondu oui aux questions 106 ou 106.1, le régime d'avantages sociaux comprend-il les éléments suivants ?

107.2.a Médicaments antirétroviraux

- Oui
- Non

107.2.b Prophylaxie préexposition (PrEP)

- Oui
 - Non
-

8. Données, science et innovation

Système d'information

108. Les données relatives aux patients sont-elles systématiquement disponibles dans le système d'information sur la santé ?

- Oui, entièrement sous forme électronique
- Oui, en partie sous forme électronique
- Oui, sous forme papier uniquement
- Non, des systèmes d'informations sanitaires existent

108.1 S'il existe des données au niveau des patients, les données sur les tests de dépistage et les traitements en cascade des soins prénatals sont-elles incluses dans le système d'information sanitaire au niveau du district ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- Femmes enceintes testées pendant les soins prénatals et résultat du test
 - Femmes déjà sous traitement antirétroviral lors de la première visite de soins prénatals
 - Le nombre de personnes testées pour le VIH
 - Le nombre de personnes qui ont été testées séropositives
 - Le nombre de personnes nouvellement diagnostiquées séropositives qui suivent un traitement antirétroviral
 - Le nombre de personnes sous traitement antirétroviral qui ont une charge virale supprimée
-

Surveillance

109. Dans votre pays, la loi exige-t-elle le signalement des cas de séropositivité ?

- Oui
 - Non
-

110. Le pays dispose-t-il d'un système national de surveillance* des cas de VIH ?

- Oui
- Non

110.1 Si oui, le système national de surveillance des cas de VIH comprend-il l'un des éléments suivants ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- Données individuelles pour chaque personne diagnostiquée avec le VIH
 - Collecte de données provenant de différentes sources (laboratoires, dossiers de dépistage et de traitement) afin de promouvoir l'exhaustivité des données sur les cas de VIH
 - Couplage des données au niveau individuel pour éliminer les enregistrements en double
 - Numération des CD4 au moment du diagnostic du VIH
 - Début du traitement antirétroviral
 - Résultats du premier test de charge virale et du suivi
 - Femmes enceintes vivant avec le VIH
 - Décès
-

Systèmes de suivi des patients

111. Le pays a-t-il mis à jour les indicateurs et outils de dépistage et de traitement du VIH en utilisant les Lignes directrices unifiées 2022 de l'OMS sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH ?

- Oui, complètement
 - Oui, partiellement
 - Non
 - Je ne sais pas
-

Codes uniques d'identification des patients

112. Votre pays a-t-il une méthode pour identifier et supprimer les informations en double pour les patients au sein des centres de santé et entre les différents services (comme l'association des dossiers à des identifiants uniques et/ou à des informations personnelles permettant d'identifier le patient, dont les données biométriques) pour les services suivants ?

	Méthode d'identification et de suppression des informations en double	Si oui, veuillez préciser la méthode utilisée pour établir un lien entre les données
Services relatifs aux traitements	<input type="checkbox"/> Oui, harmonisation nationale <input type="checkbox"/> Oui, mais méthode variable d'une région à l'autre <input type="checkbox"/> Oui, mais méthode variable d'un programme à l'autre <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Identifiant individuel unique à l'échelle nationale <input type="checkbox"/> Identifiant unique en matière de VIH <input type="checkbox"/> Plusieurs informations permettant d'identifier les individus et recueillies systématiquement <input type="checkbox"/> Informations biométriques <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : _____
Services de dépistage	<input type="checkbox"/> Oui, harmonisation nationale <input type="checkbox"/> Oui, mais méthode variable d'une région à l'autre <input type="checkbox"/> Oui, mais méthode variable d'un programme à l'autre <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Identifiant individuel unique à l'échelle nationale <input type="checkbox"/> Identifiant unique en matière de VIH <input type="checkbox"/> Plusieurs informations permettant d'identifier les individus et recueillies systématiquement <input type="checkbox"/> Informations biométriques <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : _____
Services de laboratoire	<input type="checkbox"/> Oui, harmonisation nationale <input type="checkbox"/> Oui, mais méthode variable d'une région à l'autre <input type="checkbox"/> Oui, mais méthode variable d'un programme à l'autre <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Identifiant individuel unique à l'échelle nationale <input type="checkbox"/> Identifiant unique en matière de VIH <input type="checkbox"/> Plusieurs informations permettant d'identifier les individus et recueillies systématiquement <input type="checkbox"/> Informations biométriques <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : _____

Services de prévention du VIH destinés aux populations clés afin de suivre le recours à la prévention combinée

Hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	<input type="checkbox"/> Oui, harmonisation nationale <input type="checkbox"/> Oui, mais méthode variable d'une région à l'autre <input type="checkbox"/> Oui, mais méthode variable d'un programme à l'autre <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Identifiant individuel unique à l'échelle nationale <input type="checkbox"/> Identifiant unique en matière de VIH <input type="checkbox"/> Plusieurs informations permettant d'identifier les individus et recueillies systématiquement <input type="checkbox"/> Informations biométriques <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : _____
Professionnel(le)s du sexe	<input type="checkbox"/> Oui, harmonisation nationale <input type="checkbox"/> Oui, mais méthode variable d'une région à l'autre <input type="checkbox"/> Oui, mais méthode variable d'un programme à l'autre <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Identifiant individuel unique à l'échelle nationale <input type="checkbox"/> Identifiant unique en matière de VIH <input type="checkbox"/> Plusieurs informations permettant d'identifier les individus et recueillies systématiquement <input type="checkbox"/> Informations biométriques <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : _____
Personnes transgenres	<input type="checkbox"/> Oui, harmonisation nationale <input type="checkbox"/> Oui, mais méthode variable d'une région à l'autre <input type="checkbox"/> Oui, mais méthode variable d'un programme à l'autre <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Identifiant individuel unique à l'échelle nationale <input type="checkbox"/> Identifiant unique en matière de VIH <input type="checkbox"/> Plusieurs informations permettant d'identifier les individus et recueillies systématiquement <input type="checkbox"/> Informations biométriques <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : _____
Personnes qui s'injectent des drogues	<input type="checkbox"/> Oui, harmonisation nationale <input type="checkbox"/> Oui, mais méthode variable d'une région à l'autre <input type="checkbox"/> Oui, mais méthode variable d'un programme à l'autre <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Identifiant individuel unique à l'échelle nationale <input type="checkbox"/> Identifiant unique en matière de VIH <input type="checkbox"/> Plusieurs informations permettant d'identifier les individus et recueillies systématiquement <input type="checkbox"/> Informations biométriques <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : _____
Autre (veuillez préciser) : _____	<input type="checkbox"/> Oui, harmonisation nationale <input type="checkbox"/> Oui, mais méthode variable d'une région à l'autre <input type="checkbox"/> Oui, mais méthode variable d'un programme à l'autre <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Identifiant individuel unique à l'échelle nationale <input type="checkbox"/> Identifiant unique en matière de VIH <input type="checkbox"/> Plusieurs informations permettant d'identifier les individus et recueillies systématiquement <input type="checkbox"/> Informations biométriques <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : _____

112.1 Si vous répondez oui à l'une des questions ci-dessus, la politique d'identifiant unique prévoit-elle également des protections juridiquement applicables en matière de confidentialité des données ?

- Oui
- Non

95-95-95

113. Quand le contrôle de la qualité des données visant à déterminer la fiabilité du nombre de personnes déclarées sous traitement à l'échelle nationale a-t-il été réalisé pour la dernière fois ?

- La qualité des données est en cours d'évaluation (les résultats sont attendus l'année prochaine)
- Le dernier contrôle a été effectué l'année dernière et les résultats sont disponibles
- Le dernier contrôle remonte à deux à cinq ans
- Aucun contrôle n'a été effectué ou le dernier contrôle a été effectué il y a plus de cinq ans

113.1 Si un contrôle de la qualité des données a été effectué l'année dernière, les résultats ont-ils été utilisés pour ajuster le nombre de personnes suivant un traitement déclarées pour l'indicateur 2.2 ?

- Oui
- Non

114. Quand le contrôle de la qualité des données visant à déterminer la fiabilité du nombre de personnes dont la charge virale est supprimée a-t-il été réalisé pour la dernière fois ?

- La qualité des données est en cours d'évaluation (les résultats sont attendus l'année prochaine)
- Le dernier contrôle a été effectué l'année dernière et les résultats sont disponibles
- Le dernier contrôle remonte à deux à cinq ans
- Aucun contrôle n'a été effectué ou le dernier contrôle a été effectué il y a plus de cinq ans

114.1 Si un contrôle de la qualité des données a été effectué l'année dernière, les résultats ont-ils été utilisés pour ajuster le nombre de personnes dont la charge virale est supprimée pour l'indicateur 2.3 ?

- Oui
- Non

Utilisation des données

115. Des examens des données sur la cascade de traitement du VIH sont-ils effectués ?

- Oui
- Non

115.1 Si oui, veuillez sélectionner la fréquence à laquelle les examens des données sur la cascade de traitement du VIH sont effectués.

- Tous les 3 mois
- Tous les 6 mois
- Annuelle
- Autre, veuillez préciser : _____

115.2 Si oui, à quel niveau les examens de données sont-ils effectués ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- National
 - District
 - Établissement
-

Annexe 1.

Bibliographie sélective

1. 12 components monitoring and evaluation system assessment: guidelines to support preparation, implementation and follow-up activities. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
2. 12 components monitoring and evaluation system strengthening tool. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
3. Glossary: monitoring and evaluation terms. Geneva: UNAIDS; 2011 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
4. Guidance on capacity building for HIV monitoring and evaluation. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
5. Indicator standards: operational guidelines for selecting indicators for the HIV response. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
6. A national evaluation agenda for HIV. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
7. An introduction to triangulation. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
8. An introduction to indicators. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
9. Basic terminology and frameworks for monitoring and evaluation. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
10. Organizing framework for a functional national HIV monitoring and evaluation system. Geneva: UNAIDS; 2008 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
11. Political Declaration on HIV and AIDS: Ending Inequalities and Getting on Track to End AIDS by 2030. Geneva 2021 https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids_en.pdf
12. The Global AIDS Strategy 2021–2026: End Inequalities, End AIDS. Geneva 2021 https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_en.pdf
13. Confronting inequalities. Geneva: UNAIDS; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-global-AIDS-update_en.pdf).
14. Strategic guidance for evaluating HIV prevention programmes. Geneva: UNAIDS; 2010 (http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/12_7_MERG_Guidance_Evaluating%20HIV_PreventionProgrammes.pdf).
15. Consolidated HIV strategic information guidelines: Driving impact through programme monitoring and management. Geneva: World Health Organization, 2020 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331697/9789240000735-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>)
16. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/publications/item/9789240031593>).
17. Consolidated guidelines on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/consolidated-guideline-sexual-and-reproductive-health-and-rights-women-living-hiv-2017-full-report.pdf>).
18. The state of the world's children 2021. New York: UNICEF; 2021 (<https://www.unicef.org/media/108161/file/SOWC-2021-full-report-English.pdf>).
19. Segone M, ed. Country-led monitoring and evaluation systems: better evidence, better policies, better development results. New York: UNICEF; 2009 (mics.unicef.org/files).
20. Update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325892/WHO-CDS-HIV-19.15-eng.pdf?ua=1>).
21. Directives consolidées sur l'information stratégique sur le VIH centrée sur la personne : renforcer les données de routine pour un impact. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2022 (<https://www.who.int/publications/item/9789240055315>).

Annexe 2.

Niveaux escomptés du budget national public affecté au VIH

Lorsque vous remplissez ce formulaire, n'oubliez pas les considérations suivantes :

1. L'année fiscale doit être indiquée. Une année fiscale peut correspondre ou non à l'année calendaire (indiquez l'année fiscale qui débute au cours de l'année calendaire précisée dans le champ).
2. Choisissez la monnaie utilisée. Vous pouvez utiliser la devise locale ou convertir les données en dollars US à condition d'indiquer un taux de change officiel.
3. Les montants doivent être indiqués en unités monétaires, en milliers ou en millions.
4. Précisez le budget approuvé et exécuté dans l'année fiscale correspondante. Le budget approuvé comprend le budget national qui a été validé par le gouvernement. Les budgets alloués via des prêts gouvernementaux (prêts d'aide au développement non officiels) sont également intégrés au budget national. Le budget exécuté correspond aux dépenses dans le cadre du budget approuvé ; cette valeur ne doit pas être supérieure au budget approuvé, sauf lorsque des fonds supplémentaires ont été fournis (préciser, le cas échéant). Le total des dépenses peut excéder le budget approuvé, car certaines dépenses engagées n'ont pas été financées par les budgets réservés au VIH.
5. Indiquez si le budget devrait augmenter, rester stable ou baisser pour l'exercice fiscal suivant.
6. Vous devez fournir les sous-totaux agrégés pour les budgets à chaque échelon gouvernemental ainsi que pour les structures budgétaires sous-segmentées et indépendantes. Pour les différents échelons gouvernementaux, renseignez les sous-totaux des niveaux nationaux/centraux/fédéraux, des provinces/États/districts et des niveaux municipaux/locaux dans chaque pays (le cas échéant). Quand ces systèmes sont indépendants des échelons gouvernementaux ci-dessus, renseignez séparément le budget public des institutions appartenant à différents systèmes (par exemple les institutions en matière de sécurité et les autres organes nationaux, comme la commission nationale de lutte contre le sida).

Annexe 3. Volumes et prix unitaires des antirétroviraux achetés et distribués

Dans le cadre de l'indicateur 8.2, il est obligatoire de compléter les informations sur le volume et les tarifs unitaires des traitements antirétroviraux achetés et distribués.

Protocole thérapeutique/formule	Posologie	Comprimés ou plus petite dose par boîte	Nombre total de boîtes achetées au cours de l'année fiscale	Mois et année de l'achat (MM/AAAA)	Prix unitaire moyen par boîte	Nombre total de boîtes reçues par les bénéficiaires au cours de l'année fiscale
Ténofovir + emtricitabine + éfavirenz [TDF + FTC + EFV]	300 mg + 200 mg + 600 mg					
Ténofovir + lamivudine + éfavirenz [TDF + 3TC + EFV]	300 mg + 300 mg + 600 mg					
Ténofovir + lamivudine + névirapine [TDF + 3TC] + NVP	300 mg + 300 mg + 200 mg					
Zidovudine + lamivudine + éfavirenz [ZVD + 3TC] + EFV	300 mg + 150 mg + 200 mg					
Abacavir + lamivudine + zidovudine [ABC + 3TC + ZDV]	300 mg + 150 mg + 300 mg					
Zidovudine + lamivudine + névirapine [ZVD + 3TC + NVP]	300 mg + 150 mg + 200 mg					
Zidovudine + lamivudine + névirapine [ZVD + 3TC + NVP]	60 mg + 30 mg + 50 mg					
Ténofovir + 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					
Ténofovir + lamivudine [TDF + 3TC]	300 mg + 300 mg					
Darunavir [DRV]	300 mg					
Dolutégravir [DTG]	50 mg					
Autre (veuillez préciser) :						

Remarques :

1. Veuillez exprimer le volume en nombre de paquets achetés et les prix unitaires en unités monétaires locales ou en dollars US courants pour l'année de référence.
2. Le nombre de boîtes acheté doit être fourni pour chaque lot d'achat du protocole thérapeutique / de la formule.
3. Les données concernant le nombre de boîtes reçues par les bénéficiaires correspondent au protocole thérapeutique/à la formule, sans qu'il soit nécessaire de ventiler ce chiffre en fonction du processus d'achat.
4. Dans la catégorie « Autre », le rapporteur a la possibilité d'indiquer un protocole thérapeutique et une posologie personnalisés, lorsque ces derniers ne figurent pas dans la liste standard ci-dessus.
5. Les informations sur les patients par régime seront saisies dans le cadre de l'enquête de l'OMS/sidasur l'utilisation des médicaments antirétroviraux et des technologies de laboratoire et dans la mise en oeuvre des **Lignes directrices connexes** de l'OMS, hébergées dans l'outil en ligne de Suivi mondial de la lutte contre le sida.

Annexe 4.

Grille de financement national de l'indicateur 8.3 : Dépenses liées au VIH en fonction de l'origine des ressources

Comme lors des cycles de rapportage précédents, la grille de financement national suggérée pour le suivi mondial de la lutte contre le sida en 2023 présente un ensemble de programmes et services principaux, en fonction de la source de financement. Chaque catégorie de programmes se divise en un ensemble de sous-indicateurs. Les sous-indicateurs principaux comprennent les programmes ou services clés ci-dessous :

- La prévention combinée, regroupant les préservatifs, la PrEP, la circoncision masculine médicale volontaire, les services de réduction des risques, l'autonomisation des jeunes femmes et jeunes filles, et la fourniture de services essentiels pour les populations clés.
- La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.
- Le dépistage du VIH et le conseil.
- Le suivi du VIH en laboratoire.
- Le traitement antirétroviral.
- Le VIH et la tuberculose (TB).
- Les facilitateurs sociaux, notamment la réduction de la stigmatisation et de la discrimination.
- La mise en place de programmes axés sur les droits de l'homme.

Le cadre de rapportage de l'indicateur 8,3, « Dépenses totales liées au VIH en fonction de l'origine des ressources », est organisé autour d'un système à deux dimensions pour enregistrer les dépenses liées à la lutte contre le VIH par programme et par source de financement. C'est pourquoi le rapportage se fait sous forme de grille.

Le tableau ci-dessous (tableau 1) fournit une série complète de programmes et de services ainsi qu'une catégorie résiduelle expliquant la totalité de l'utilisation possible des ressources nationales, y compris les sources de financement. Les pays ont pour tâche de rendre compte des programmes ou services applicables selon la situation (les pays doivent uniquement rapporter les lignes pertinentes de la grille, pas toutes les lignes). Ceci est également valable pour les sources de financement : elles doivent être complétées selon la réalité nationale. Il est important de les distinguer lorsque les dépenses sont inexistantes (avec la valeur « 0 ») lorsqu'aucune donnée n'est disponible, ou lorsque non applicable.

Les dépenses totales liées au VIH correspondent à la somme des programmes et services principaux, tels qu'ils ont été rapportés dans les engagements 1 à 10 (tableau 1), auxquels s'ajoute la catégorie résiduelle « Autres programmes essentiels en dehors du cadre suggéré » afin d'inclure la totalité des dépenses liées au VIH, et pas uniquement les dépenses issues des budgets dédiés.

L'outil de rapportage en ligne du suivi mondial de la lutte contre le sida explique comment remplir les formulaires de rapportage et comment transmettre les indicateurs de dépenses à l'ONUSIDA. Le montant total des ressources devrait inclure la totalité des flux de financement et des dépenses par tous les programmes ou services et par toutes les sources. Les sous-indicateurs représenteront seulement une sous-série du total correspondant à des parties des engagements spécifiques. Les montants rapportés seront comparés au nombre de personnes recevant les mêmes services d'après le suivi mondial de la lutte contre le sida ou d'autres sources.

Les lignes directrices sur les estimations nationales des dépenses relatives au sida (NASA) sont en cours de mise à jour. Un tableau de correspondance entre les nouvelles catégories de dépenses relatives au sida et la grille de financement du Suivi mondial de la lutte contre le sida, nécessaire pour l'indicateur 8.3, sera fourni à temps pour la collecte et le rapport du Suivi mondial de la lutte contre le sida. Dans les pays ayant utilisé une méthodologie NASA (un exercice de suivi approfondi des ressources en matière de VIH), l'outil de suivi des ressources permet d'exporter un rapport Excel afin de le télécharger dans le module de dépenses liées au VIH dans le cadre du Suivi mondial de la lutte contre le sida.

Tableau 1

Liste des programmes et services de lutte contre le VIH figurant dans la grille de financement national¹⁹

Codes dans la grille de financement national du suivi mondial de la lutte contre le sida	Catégories de programmes du Suivi mondial de la lutte contre le sida en 2022 : totalité des interventions	Catégories de programmes du Suivi mondial de la lutte contre le sida en 2022 : principaux sous-indicateurs
1 Traitement, soins et accompagnement (sous-total)		
1.1	Conseils et dépistage du VIH (CDV)	Dépenses liées aux CDV (non ciblés), ventilées par produits et intrants, et autres coûts directs/indirects.
1.2	Traitement antirétroviral (sous-total)	Dépenses liées au traitement antirétroviral (adultes et enfants).
1.2.1.	Traitement antirétroviral chez l'adulte	Dépenses liées au traitement antirétroviral chez l'adulte, ventilées par produits et intrants, et autres coûts directs/indirects.
1.2.2.	Traitement antirétroviral chez l'enfant	Dépenses liées au traitement antirétroviral chez l'enfant, ventilées par produits et intrants, et autres coûts directs/indirects.
1.2.3.	Traitement antirétroviral non ventilé par l'âge ou politique d'utilisation	
1.3	Suivi du VIH en laboratoire (CD4, charge virale)	Dépenses liées au suivi du VIH en laboratoire (numération des CD4, charge virale et autres tests de laboratoire), ventilées par produits et intrants, et autres coûts directs/indirects.
1.4	Prophylaxie et traitement des infections opportunistes (IO), hors traitement et prévention de la TB pour les personnes vivant avec le VIH	
1.5	Soins palliatifs	
1.6	Soutien et maintien	
1.98	Activités programmatiques pour le traitement, les soins et l'accompagnement, non ventilées par type	
2 Prévention de la transmission verticale du VIH (sous-total)		
2.1	Conseils et dépistage du VIH (CDV) pour les femmes enceintes	Dépenses liées à la prévention de la transmission verticale du VIH, ventilées par produits et intrants, et autres coûts directs/indirects.
2.2	Diagnostic précoce chez le nourrisson	Dépenses liées à la prévention de la transmission verticale du VIH, ventilées par produits et intrants, et autres coûts directs/indirects.
2.3	Traitement antirétroviral pour réduire la transmission verticale du VIH	Dépenses liées à la prévention de la transmission verticale du VIH, ventilées par produits et intrants, et autres coûts directs/indirects.
2.4	Composante non liée aux antirétroviraux dans la prévention de la transmission mère-enfant	Dépenses liées à la prévention de la transmission verticale du VIH, autres que les dépenses liées au traitement antirétroviral fourni aux femmes enceintes lorsque qu'un protocole thérapeutique est fourni en tant qu'adulte vivant avec le VIH.
2.98	Prévention de la transmission verticale du VIH, non ventilée	

¹⁹ Veuillez noter que la convention de numérotation des codes représentée dans ce tableau pour la matrice de financement nationale est inchangée par rapport à 2021, et ne s'aligne pas directement sur les numéros des indicateurs de suivi du GAM de 2022. En effet, les catégories du programme sont mises en correspondance avec plusieurs autres parties prenantes et doivent donc rester alignées

Prévention : (sous-total)

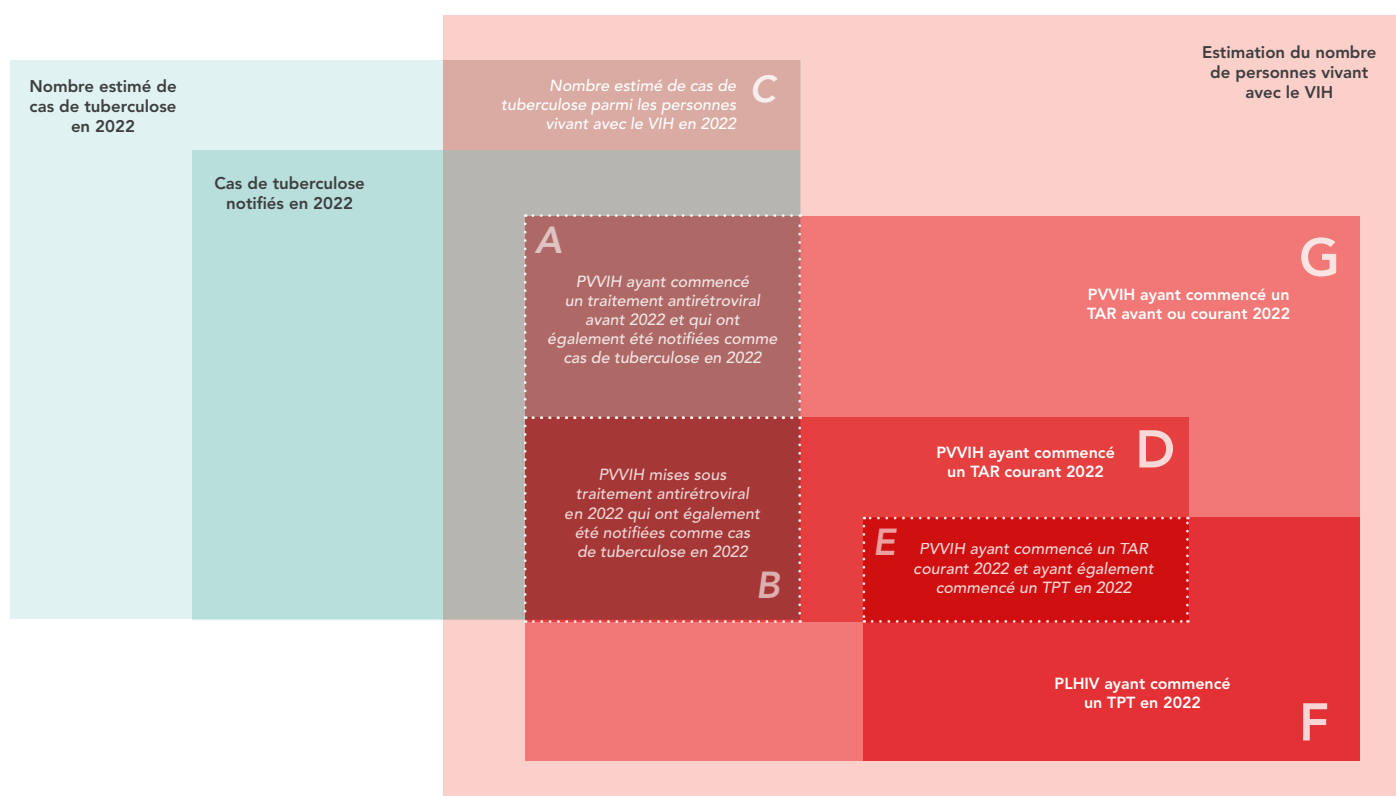
3.1	Programmes de changement social et de comportement (CSC)	Non ciblés.
3.2	Préservatifs	Préservatifs (non ciblés), ventilés par produits et intrants, et autres coûts directs/indirects.
3.3	Prophylaxie préexposition (PrEP) ventilée par population clé (sous-total)	PrEP, stratifiée par population clé.
3.3.1.	PrEP pour les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	PrEP, stratifiée par population clé.
3.3.2.	PrEP pour les professionnel(le)s du sexe	PrEP, stratifiée par population clé.
3.3.3.	PrEP pour les personnes qui s'injectent des drogues	PrEP, stratifiée par population clé.
3.3.4.	PrEP pour les personnes transgenres	PrEP, stratifiée par population clé.
3.3.5.	PrEP pour les populations clés	PrEP, stratifiée par population clé.
3.3.6.	PrEP pour les jeunes femmes et les adolescentes dans les pays à forte prévalence	PrEP, stratifiée par population clé.
3.3.7	PrEP pour les couples sérodifférents	Prophylaxie préexposition (PrEP)
3.3.98	Prophylaxie préexposition (PrEP) pas ventilée par type de population	
3.4	Circconcision masculine médicale volontaire (CMMV) dans les pays à forte prévalence	Circconcision masculine médicale volontaire (CMMV).
3.5	Prévention, promotion du dépistage et mise en relation avec des programmes de soins pour les hommes gays et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)	Prévention au sein des populations clés, ventilée par produits et intrants, et autres coûts directs/indirects.
3.6	Prévention, promotion du dépistage et mise en relation avec des programmes de soins pour les professionnel(le)s du sexe et leurs clients	Prévention au sein des populations clés, ventilée par produits et intrants, et autres coûts directs/indirects.
3.7	Prévention, promotion du dépistage et mise en relation avec des programmes de soins pour les personnes qui s'injectent des drogues (sous-total)	Prévention au sein des populations clés
3.7.1.	Échange d'aiguilles et seringues, et prévention, promotion du dépistage et mise en relation avec des programmes de soins pour les personnes qui s'injectent des drogues	Prévention au sein des populations clés, ventilée par produits et intrants, et autres coûts directs/indirects.
3.7.2.	Traitement de substitution	Prévention au sein des populations clés, ventilée par produits et intrants, et autres coûts directs/indirects.

3.8	Prévention, promotion du dépistage et mise en relation avec des programmes de soins pour les personnes transgenres	Prévention au sein des populations clés
3.9	Prévention, promotion du dépistage et mise en relation avec des programmes de soins pour les prisonniers	Prévention au sein des populations clés
3.10	Prévention, promotion du dépistage et mise en relation avec des programmes de soins pour les jeunes femmes et les adolescentes (pays à forte prévalence)	Prévention au sein des populations clés
3.11	Programmes d'allocations financières (conditionnelles ou non) aux filles (pays à forte prévalence)	Dépenses liées aux programmes d'allocations financières (conditionnelles ou non) à destination des jeunes femmes et des filles (âgées de 10 à 24 ans dans les pays à forte prévalence) à partir des budgets réservés à la lutte contre le VIH.
3.12	Programmes de prévention pour les populations vulnérables et accessibles	
3.13	Prophylaxie post-exposition (PPE)	
3.14	Lieu de travail	
3.15	Synergies avec le secteur de la santé	
3.16	Prévention de la transmission du VIH auprès des personnes vivant avec le VIH, non ventilée	
3.99	Prévention de la transmission du VIH, non ventilée	Dans ce code, n'intégrez pas des activités qui ne sont pas répertoriées explicitement. Si vous disposez d'activités supplémentaires, indiquez-les individuellement dans des catégories mutuellement exclusives (en veillant à ne pas les compter deux fois) ; évitez d'utiliser une catégorie déjà citée ci-dessus.
4 Programmes sexospécifiques		
5 Programmes destinés aux enfants et aux adolescents		
6 Protection sociale		
7 Mobilisation de la communauté		
8 Gouvernance et pérennité &#10;(sous-total)		
8.1	Information stratégique	
8.2	Planification et coordination	
8.3	Approvisionnement et logistique	
8.4	Renforcement des systèmes de santé	

8.5	Éducation	
8.6	Recherches en lien avec le VIH et le sida	
8.98	Gouvernance et pérennité, non ventilées	
9 Facilitateurs sociaux essentiels (sous-total)		
9.1	Dialogue politique	
9.2	Programmes clés liés aux droits de l'homme	
9.3	Développement institutionnel axé sur le VIH et le sida	
9.98	Facilitateurs sociaux essentiels, non ventilés	
10 Co-infection TB-VIH, diagnostic et traitement (sous-total)		
10.1	Dépistage et diagnostic de la TB parmi les personnes vivant avec le VIH	Dépenses liées à la TB et au VIH.
10.2	Prévention et traitement de la TB pour les personnes vivant avec le VIH	Dépenses liées à la TB et au VIH.
10.98	Co-infection TB-VIH, diagnostic et traitement, non ventilés	
11.99	Autres programmes essentiels hors du cadre suggéré des programmes de base liés au VIH et au sida (merci d'inscrire la liste ci-dessous et de donner des détails)	<p>Toutes les autres dépenses liées au VIH, qui ne rentrent dans aucune des catégories ci-dessus (codes 1 à 10).</p> <p>Veillez à ce qu'aucun programme ou activité répertorié ici ne figure déjà dans les catégories précédentes.</p> <p>Tout programme ou service indiqué ci-dessous doit être mutuellement exclusif avec les codes ci-dessus (codes 1 à 10).</p>

Annexe 5.

Conseils supplémentaires pour l'élaboration des indicateurs Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida sur le VIH et la tuberculose 7.7–7.10



Indicateur 7.7 = (A+B) / C

Remarque : le numérateur de l'indicateur 7.7 doit être égal au nombre de patients séropositifs ayant nouvellement contracté une TB ou présentant une rechute de la TB qui ont commencé un traitement antirétroviral, tel que rapporté par le Programme national de lutte contre la tuberculose. Veuillez recouper les données avec celles du Programme national de lutte contre la tuberculose.

Indicateur 7.8 = B / D

Note : Le numérateur de l'indicateur 7.7 sera plus grand que celui de l'indicateur 7.8. Pour le numérateur, les cas de tuberculose notifiés doivent inclure les nouveaux cas, les cas de rechute et les cas de retraitement.

Indicateur 7.9 (parmi les personnes ayant débuté un TAR) = E / D

Indicateur 7.9 (parmi les personnes actuellement sous traitement antirétroviral) = F / G

Veuillez noter que pour l'indicateur 7.10, des conseils sont fournis dans la fiche de définition de l'indicateur à la page 100 des présentes lignes directrices.

Annexe 6.

2023 National Commitments and Policy Instruments (NCPI) interim Orientation sur les questions juridiques

Le NCPI pose un certain nombre de questions concernant les lois et règlements relatifs au VIH ainsi qu'aux populations clés et aux groupes vulnérables. La manière dont les différents aspects de la vie publique et privée sont réglementés ou criminalisés diffère largement entre les pays et au sein même de ceux-ci. Ce document fournit des conseils supplémentaires et quelques exemples pour aider les pays à répondre à ces questions. Les exemples donnés sont purement illustratifs et ne doivent pas être considérés comme exhaustifs. Ils ne reflètent pas nécessairement la réalité de votre pays.

Ce guide couvre les questions suivantes :

- 82
- 92
- 93
- 94
- 95
- 96

Explications des questions juridiques dans le NCPI

Section 5

- 82. Existe-t-il des lois, des réglementations ou des politiques qui prévoient le fonctionnement des organisations dirigées par la communauté dans votre pays (veuillez choisir toutes les options qui s'appliquent) ?**

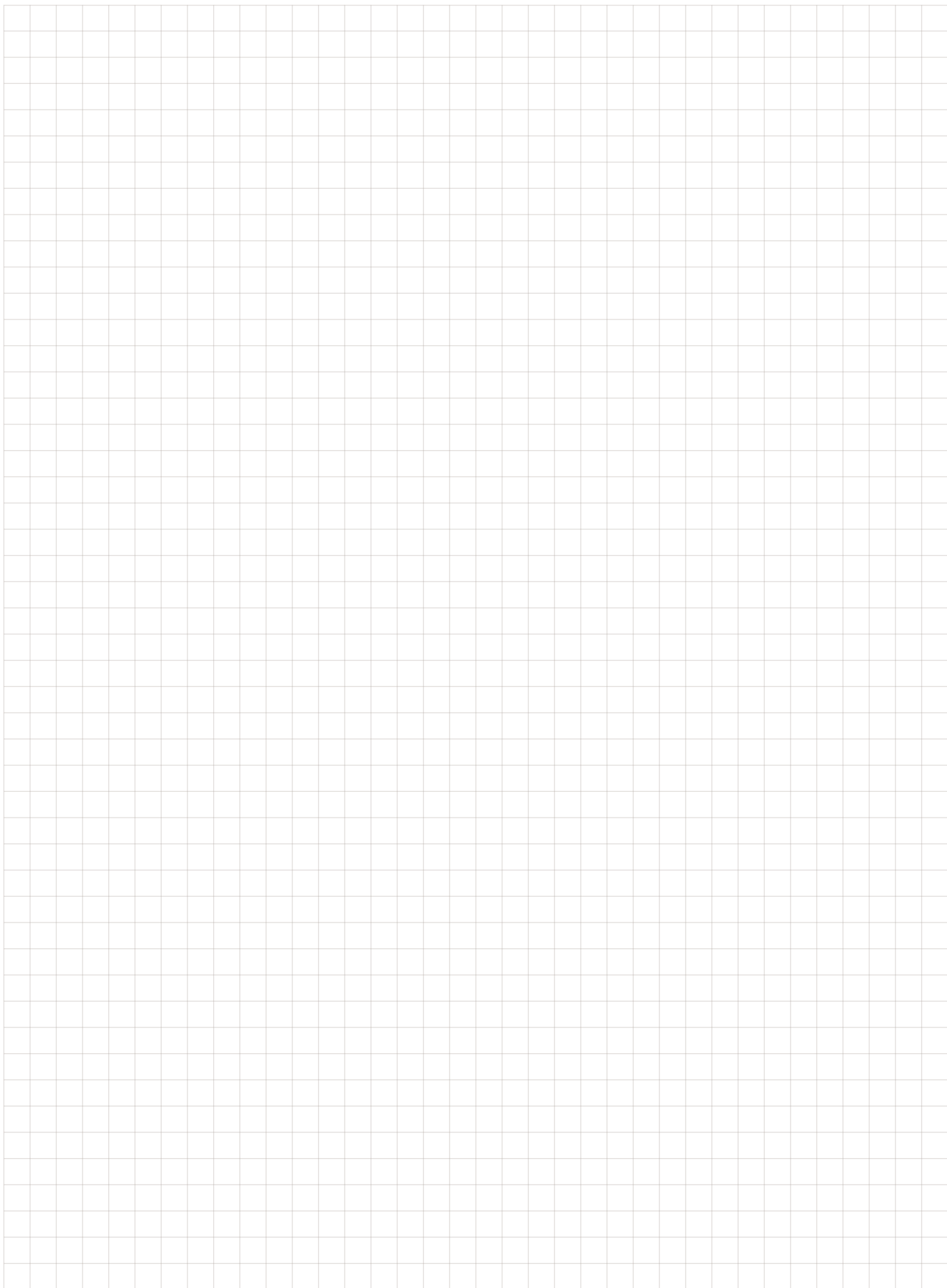
Les organisations dirigées par la communauté sont des organisations dont la gouvernance, la direction, le personnel, les porte-paroles, les membres et les bénévoles reflètent et représentent le vécu, les points de vue et la voix des populations en question. Les lois et les réglementations peuvent influencer la possibilité pour différents groupes de former des associations légales et la facilité avec laquelle ces associations peuvent fonctionner, fournir des services de santé, satisfaire aux exigences en matière de rapportage, etc. Les options de réponse à la question 138 concernent les lois et les politiques qui déterminent quels types d'entités peuvent enregistrer une association, si elles peuvent fournir des services tels que le dépistage, la réduction des risques ou le conseil par les pairs, et si les lois permettent une simplification ou une facilitation des rapports pour les organisations dirigées par la communauté ou les organisations de la société civile en général. Les lois et réglementations peuvent ne pas mentionner spécifiquement les organisations dirigées par la communauté, mais peuvent, par interprétation, les inclure, par exemple dans le cadre des lois sur les organismes à but non lucratif.

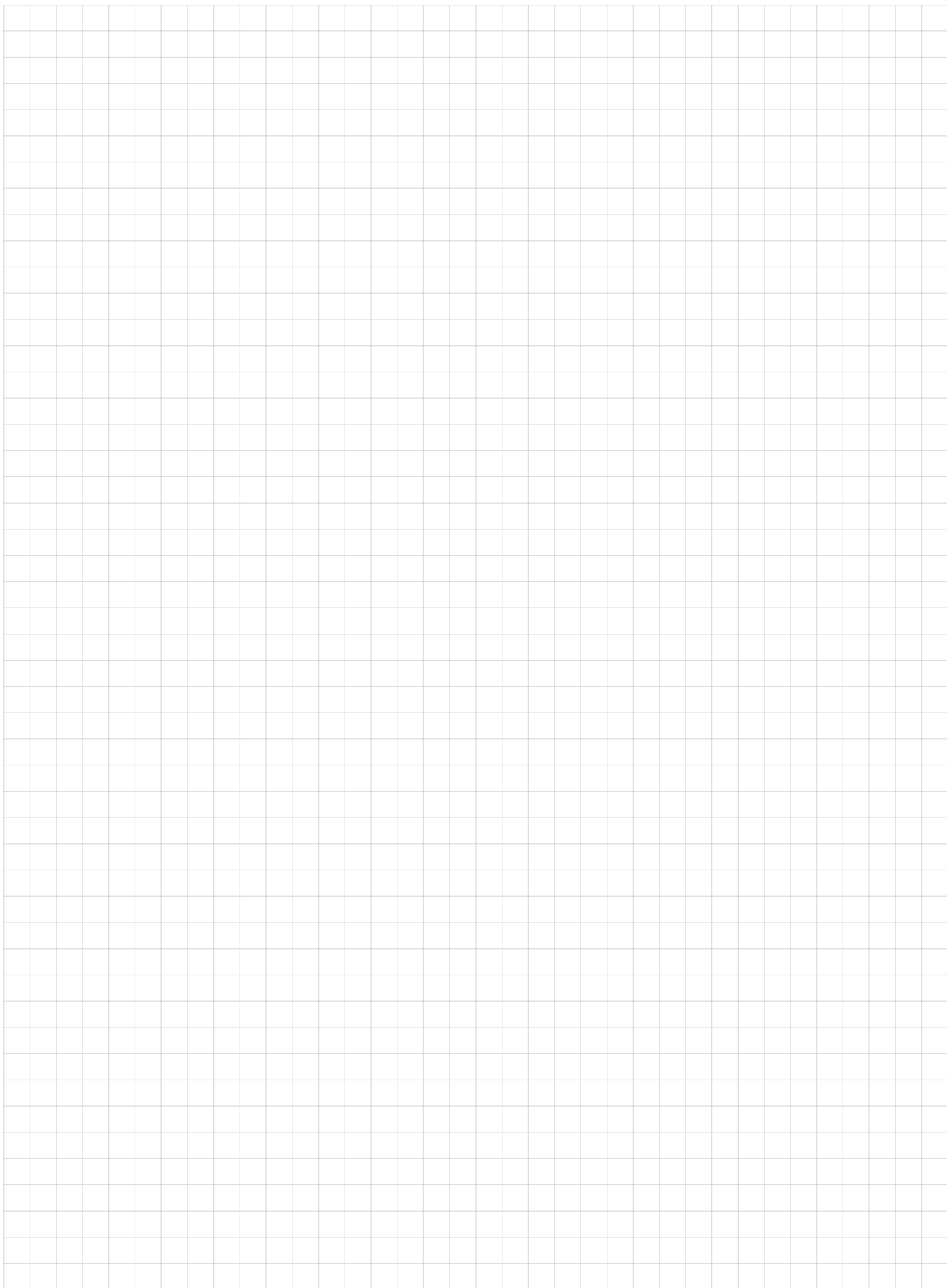
Section 6

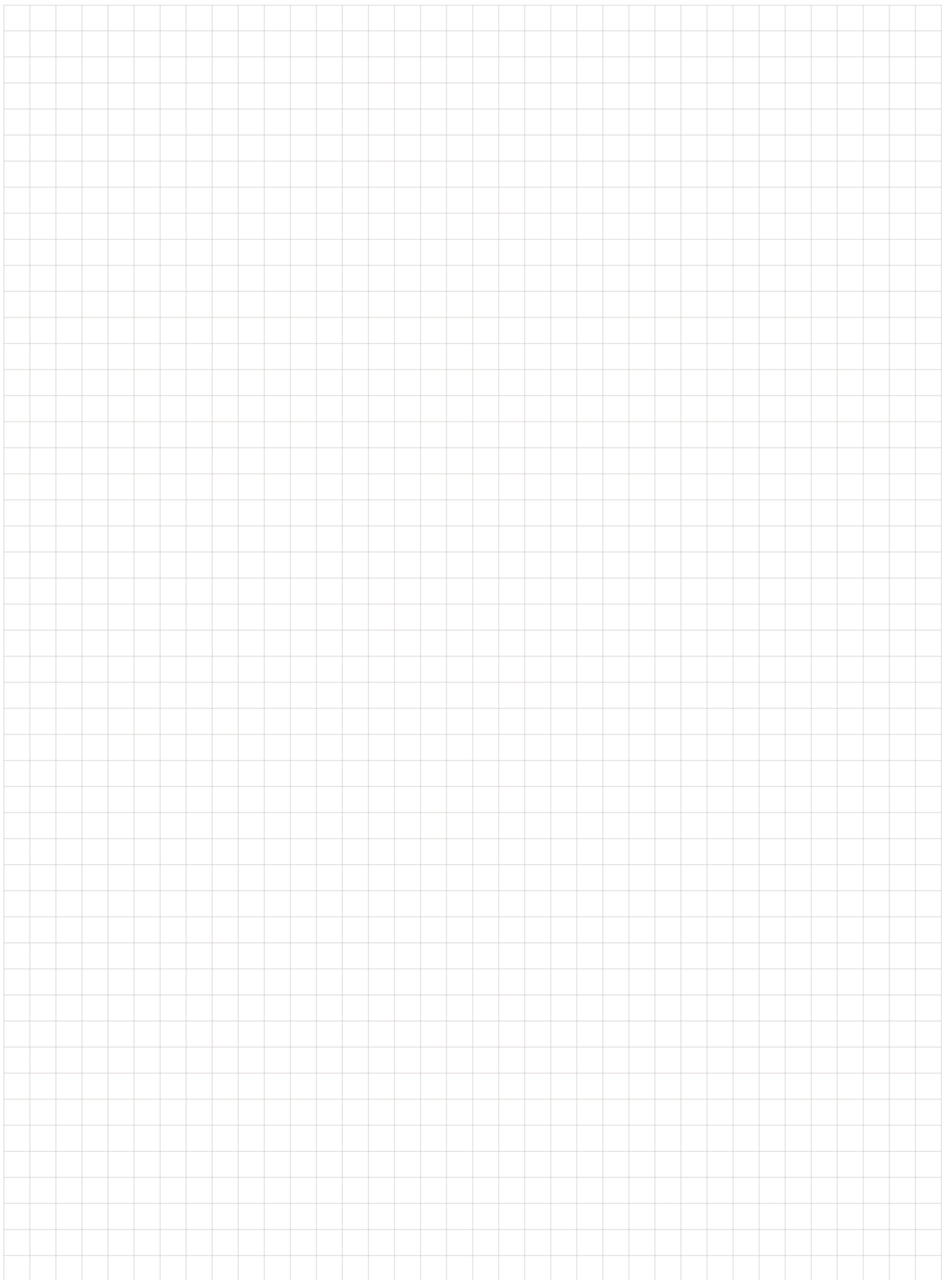
- 92, 93, 94, 95, 96**

Y a-t-il eu des actions en justice pour décriminaliser ?

Bien que la réforme de la loi puisse prendre beaucoup de temps, il existe certaines actions concrètes spécifiques qui peuvent être prises comme des étapes vers la réforme de la loi. Cette question vise à saisir les actions concrètes substantielles qui conduisent, ou pourraient conduire, à la décriminalisation. Si les litiges stratégiques et les propositions discutées par le parlement sont deux formes principales, il peut en exister d'autres dans votre pays, comme une consultation nationale sur une proposition de loi, un projet de décret en cours de discussion, un référendum proposé. L'action doit être de nature juridique, c'est-à-dire qu'elle doit impliquer des processus parlementaires, gouvernementaux ou judiciaires. Elle exclut les pratiques qui, bien qu'importantes, ne constituent pas des étapes légales vers le changement. Par exemple, elle ne comprendrait pas les activités de sensibilisation ou de formation.







© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), 2022

Certains droits réservés. Ce travail est disponible sous la licence Attribution – Pas d'Utilisation Commerciale – Partage dans les Mêmes Conditions 3.0 Organisations Internationales (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>).

Selon les termes de cette licence, vous êtes autorisé-e à copier, redistribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, à condition que l'œuvre soit correctement citée, comme indiqué ci-dessous. Toute utilisation de cette œuvre ne doit jamais laisser entendre que l'ONUSIDA soutient une organisation, des produits ou des services spécifiques. L'utilisation du logo de l'ONUSIDA n'est pas autorisée. Si vous adaptez l'œuvre, vous devez diffuser votre œuvre en utilisant la même licence Creative Commons ou une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, vous devez ajouter la clause de non-responsabilité suivante ainsi que la citation suggérée : « Cette traduction n'a pas été réalisée par l'ONUSIDA. L'ONUSIDA n'est pas responsable du contenu ou de l'exactitude de cette traduction. La version originale en anglais est la version contraignante et authentique. »

Toute médiation relative à des litiges découlant de la licence sera menée conformément au règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<https://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/index.html>).

Proposition de citation. [Titre]. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; [année]. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Matériel tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel de cette œuvre qui est attribué à un tiers, par exemple des tableaux, des chiffres ou des illustrations, il vous incombe de déterminer si vous avez besoin d'une autorisation pour le réutiliser et d'obtenir le cas échéant l'autorisation du ou de la titulaire du droit d'auteur. Le risque de réclamations suite à une violation d'un élément appartenant à un tiers dans le cadre de l'œuvre incombe exclusivement à l'utilisateur ou l'utilisatrice.

Les désignations utilisées et la présentation du matériel dans la présente publication n'impliquent l'expression d'aucune opinion de la part de l'ONUSIDA concernant le statut juridique d'un pays, d'un territoire, d'une ville ou d'une région ou de ses autorités, ni la délimitation de ses frontières ou de ses limites. Les lignes pointillées sur les cartes représentent des limites approximatives pour lesquelles il n'y a peut-être pas encore d'accord définitif.

La mention d'entreprises spécifiques ou de produits de certains fabricants n'implique pas que l'ONUSIDA les approuve ou les recommande par rapport à d'autres de nature similaire qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreurs et omissions, les noms des produits déposés ou brevetés sont identifiables, car ils commencent par une majuscule.

Toutes les précautions raisonnables ont été prises par l'ONUSIDA pour vérifier les informations contenues dans cette publication. Toutefois, le matériel publié est distribué sans garantie de quelque nature que ce soit, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation du matériel incombe au lecteur ou à la lectrice. L'ONUSIDA ne pourra en aucun cas être tenue responsable des dommages résultant de son utilisation.

JC3069/F



ONUSIDA
Programme commun des
Nations Unies sur le VIH/sida

20 Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666

unaids.org