

ONUSIDA 2019

DIRECTIVES

---

# Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida 2020

---

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



# Contenus

---

Avant-propos	5
Résumé des indicateurs pour le suivi mondial de la lutte contre le sida	7
Acronymes et abréviations	11
Introduction	12
Objet et contexte	12
Format des rapports	13
Mise en œuvre du suivi au niveau national	15
Construction des indicateurs nationaux	15
Outils de mesures et source des données	15
Estimations dans Spectrum	16
Importation des données de Spectrum dans le suivi mondial de la lutte contre le sida	17
Numérateurs et dénominateurs	19
Désagréger les données, en particulier par sexe et âge	19
Données sous-nationales	20
Données issues d'enquêtes récentes et représentatives	20
Interprétation et analyse	21
Rôle de la société civile et des communautés	21
Orientations pour la soumission des données	22
Outil de collecte et soumission des données	22
Processus de collecte des données nationales : action nécessaire	24
Processus de validation des données pour 2020	26
Notes de validation complémentaire par indicateur	28
Résumé des modifications apportées aux indicateurs dans le rapport 2020	29
Organisations et ripostes dirigées par des populations clés	32

Prière d'utiliser le site internet du suivi mondial de la lutte contre le sida ([aidsreportingtool.unaids.org](https://aidsreportingtool.unaids.org)) pour soumettre vos données avant le 31 mars 2020.

Les estimations VIH modélisées à l'aide du logiciel Spectrum mis à jour doivent être reçues au plus tard le 25 mars 2020.

**Engagement 1** : Garantir que 30 millions de personnes vivant avec le VIH ont accès au traitement en atteignant les objectifs 90-90-90 d'ici 2020

1.1	Personnes vivant avec le VIH et connaissant leur statut sérologique	34
1.2	Personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral	36
1.3	Personnes vivant avec le VIH dont la charge virale a été supprimée	38
1.4	Diagnostic tardif du VIH	41
1.5	Rupture de stock de médicaments antirétroviraux	42
1.6	Mortalité due au sida	44
1.7	Volume de dépistage et dépistage positif du VIH	45

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

2.1	Diagnostic infantile précoce	47
2.2	Transmission mère-enfant du VIH	49
2.3	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH	51
2.4	Syphilis chez les femmes enceintes	54
2.5	Taux de syphilis congénitale (naissances vivantes et mortinaissances)	56
2.6	Dépistage du VIH chez les femmes enceintes	57

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

3.1	Incidence du VIH	59
3.2	Estimations de la taille des populations clés (A-E)	61
3.3	Prévalence du VIH parmi les populations clés (A-E)	62
3.4	Test VIH parmi les populations clés (A-D)	64
3.5	Couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les personnes vivant avec le VIH au sein des populations clés (A-E)	66
3.6A	Utilisation du préservatif parmi les travailleur(se)s du sexe	68
3.6B	Utilisation du préservatif parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	70
3.6C	Utilisation du préservatif parmi les personnes qui s'injectent des drogues	72
3.6D	Utilisation du préservatif parmi les personnes transgenres	74
3.7	Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les populations clés (A-E)	76
3.8	Pratiques d'injections à moindre risque parmi les personnes qui s'injectent des drogues	78

3.9	Aiguilles et seringues distribuées par personne qui s'injecte des drogues	80
3.10	Couverture de la thérapie de substitution aux opiacés	82
3.11	Syphilis active parmi les travailleur(se)s du sexe	83
3.12	Syphilis active parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	84
3.13	Programmes de prévention du VIH dans les prisons	85
3.14	Hépatites virales parmi les populations clés	86
3.15	Personnes recevant un traitement prophylactique préexposition	87
3.16	Prévalence de la circoncision masculine médicale volontaire	89
3.17	Nombre d'hommes annuellement médicalement circoncis	90
3.18	Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque	92
3.19	Distribution de préservatifs	93

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

4.1	Attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH	95
4.2	Évitement des services de santé parmi les populations clés en raison de la stigmatisation et de la discrimination (A–D)	97
4.3	Prévalence de la violence conjugale récente	99
4.4	Expérience de la discrimination liée au VIH dans les établissements de soins de santé	101

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

5.1	Les jeunes : connaissances des jeunes en matière de prévention du VIH	103
5.2	Planification familiale : demande satisfaite avec des méthodes modernes	104

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

8.1	Budgets de la riposte au VIH destinés au public, approuvés et exécutés	106
8.2	Volume et prix des antirétroviraux en fonction de chaque protocole thérapeutique	107

8.3	Dépenses totales de lutte contre le VIH par source et pour les programmes clés	108
<i>Engagement 10 : S'engager à sortir le sida de l'isolement par le biais de systèmes centrés sur les populations afin d'améliorer la couverture de santé universelle, notamment le traitement pour la tuberculose, le cancer du col de l'utérus et les hépatites B et C</i>		
10.1	Co-gestion du traitement de la tuberculose et du VIH	112
10.2	Proportion de personnes vivant avec le VIH nouvellement intégrées dans la prise en charge du VIH et présentant une TB active	114
10.3	Proportion de personnes vivant avec le VIH nouvellement intégrées dans la prise en charge du VIH et ayant commencé un traitement préventif de la TB	115
10.4	Hommes souffrant d'écoulement urétral	117
10.5	Blennorragie chez les hommes	118
10.6	Dépistage de l'hépatite C	119
10.7	Personnes coinfectedes VIH et VHC débutant le traitement VHC	120
10.8	Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH	121
	Directives pour remplir l'outil de suivi des politiques et des engagements nationaux (NCPI)	122
	NCPI	128
	Annexe 1. Bibliographie sélective	159
	Annexe 2. Budgets nationaux destinés à la riposte face au VIH, approuvés et exécutés	160
	Annexe 3. Volumes et prix unitaires des antirétroviraux achetés en fonction de chaque protocole thérapeutique	161
	Annexe 4. Grille de financement des dépenses totales de lutte contre le VIH et programmes clés en fonction des sources de financement	162
	Annexe 5. Directives supplémentaires sur la construction des indicateurs de suivi mondial de la lutte contre le sida sur le VIH et la tuberculose	169

# Avant-propos

---

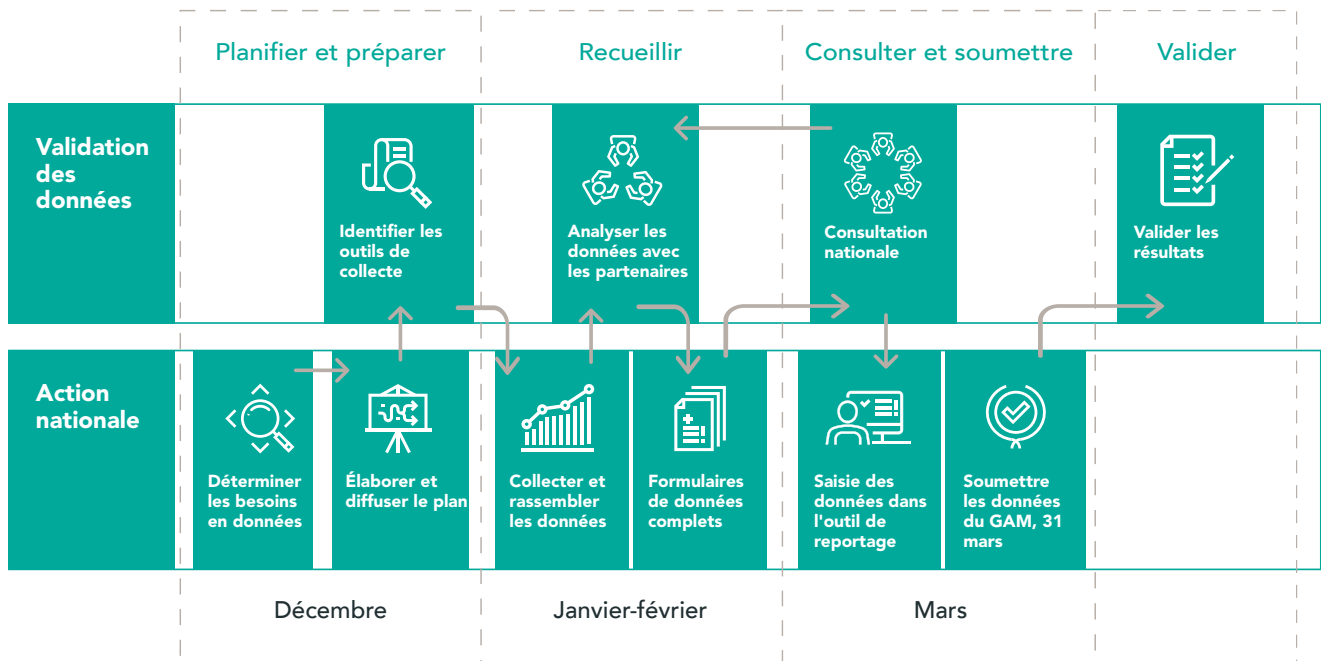
## **Les données 2019 sur le sida qui seront communiquées au début de 2020 auront une importance particulière pour la riposte mondiale au sida:**

- Elles poseront les jalons pour le compte à rebours de 12 mois vers les progrès et l'obligation de rendre compte des pays pour les objectifs 2020 de l'initiative Fast-Track - un tremplin vers la fin du sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030.
- Elles serviront à fixer les objectifs mondiaux de lutte contre le sida pour 2025. La fixation des objectifs pour 2025 servira de base aux plans stratégiques nationaux de lutte contre le sida pour les années à venir.
- Elles guideront l'élaboration en 2020 de la prochaine Stratégie mondiale de lutte contre le sida, 2021-2030.
- Les estimations nationales et régionales sur le VIH qui alimentent les rapports du processus de surveillance mondiale du sida (Global AIDS Monitoring (GAM)) seront simultanément rendus disponibles pour la préparation et l'examen des subventions et des plans opérationnels pour les pays participant au cycle de mobilisation des ressources du Fonds mondial et du PEPFAR cette année.

Nous invitons votre pays à soumettre ses données de surveillance et son rapport narratif pour l'année se terminant en décembre 2019. Je compte sur vos efforts particuliers pour communiquer les données de votre pays au moyen de l'outil de communication en ligne du GAM d'ici au 31 mars 2020. La rapidité et la qualité des rapports du 31 mars de cette année seront cruciales pour assurer une validation rapide et efficace afin que les données de chaque pays soient pleinement prises en compte lors des activités critiques de 2020 susmentionnées. Nous y voyons l'occasion d'influencer le programme de lutte contre le sida pour la prochaine décennie, afin de mettre fin à la menace que représente le sida pour la santé publique d'ici 2030. Nous savons que lorsque le monde se réunira pour les conférences SIDA 2020 et VIH 2020 en juillet, les gens seront en attente de ces données critiques et ces mises à jour sur la riposte.

Ce document d'orientation présente les indicateurs de suivi de la Déclaration politique de 2016 sur l'élimination du sida. Le GAM a souvent été cité comme point de référence pour la réussite des mécanismes internationaux de responsabilisation. Les leçons suivantes qui sont puisées des séries de rapports passées peuvent être utiles pour vos prochains rapports - fournir une feuille de route éclairée par des données probantes pour des rapports complets, de haute qualité et opportuns, à un rythme accéléré et rationalisé:

1. **Le processus de consultation nationale au cours du premier trimestre de l'année** accélère la consolidation et la validation des données, ce qui réduit le besoin d'échanger sur les détails ou de revenir aux sources originales des données;
2. **La participation de la société civile à la consultation** est essentielle, en particulier pour répondre aux questions relatives aux lois et aux politiques, et garantit que tous les partenaires concernés sont impliqués et jouent leur rôle important tant dans la mise en œuvre que dans la présentation de rapports;



3. **L'engagement en temps opportun des fournisseurs de données** dès le début de l'année - janvier - aide à s'assurer que les données sont communiquées à temps et qu'elles sont de la plus haute qualité et exactitude.

Ces lignes directrices décrivent plus en détail les étapes de la collecte, de l'analyse, du partage et de la communication des données, et l'organigramme ci-dessous aide à résumer le processus.

Les données communiquées par les pays ces dernières années sont accessibles et disponibles via AIDSInfo (<http://aidsinfo.unaids.org/>). L'indicateur GAM fixé pour le reportage 2020 est peu modifié, avec l'inclusion d'un nouvel indicateur et la suppression de trois indicateurs. Les directives techniques sur le processus d'établissement des rapports pour 2020 sont envoyées par voie électronique aux rapporteurs de pays et sont disponibles sur le site Web de l'ONUSIDA. Votre bureau peut envoyer toute question à l'adresse suivante: [AIDSreporting@unaids.org](mailto:AIDSreporting@unaids.org).

Les données communiquées informeront le Secrétaire général et l'Assemblée générale des Nations Unies des progrès de la riposte au sida et contribueront à une meilleure compréhension de la riposte du pays à l'épidémie.

Je sollicite votre appui continu afin de maintenir l'excellent bilan des rapports nationaux sur la riposte mondiale au sida. Ils continuent à être l'un des principaux mécanismes internationaux de responsabilisation à l'égard de tout engagement mondial.

Shannon Hader, MD MPH  
 Directeur Exécutif Adjoint, Programme

ONUSIDA



# Résumé des indicateurs pour le suivi mondial de la lutte contre le sida

## 2020 Engagements du « Plan d'accélération de la riposte » et élargissement des objectifs afin de mettre fin à l'épidémie de sida

\* Les objectifs élargis sont en bleu

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

➔ Incidence du VIH (voir engagement 3)

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

➔ Mortalité due au sida (voir engagement 1)

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

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

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

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

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

S'attaquer aux réglementations, aux politiques et aux pratiques empêchant l'accès à des médicaments génériques sûrs, efficaces et économiques,

ainsi qu'aux diagnostics et aux technologies liées à la santé. Ceci inclut la mise en œuvre complète des flexibilités de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (TRIPS), et le renforcement des capacités régionales et locales à développer, fabriquer et distribuer des produits de santé économiques et de qualité.

NCPI

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

- ➔ 2.1 Diagnostic précoce chez les nourrissons
- ➔ 2.2 Transmission mère-enfant du VIH
- ➔ 2.3 Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
- ➔ 2.4 Syphilis chez les femmes enceintes

- ➔ 2.5 Taux de syphilis congénitale (naissances vivantes et mortinaissances)
- ➔ 2.6 Test du VIH parmi les femmes enceintes

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

- ➔ Nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH (voir 3.1 Incidence du VIH)
- ➔ Traitement du VIH chez les enfants : Thérapie antirétrovirale (voir 1.2 Personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral)

**ENGAGEMENT 3: Assurer l'accès aux options de la prévention combinée du VIH, parmi lesquelles la prophylaxie préexposition, la circoncision masculine médicale volontaire, la réduction des risques et les préservatifs, à au moins 90 % des**

*personnes d'ici 2020, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes dans les pays à forte prévalence et les populations clés, c'est-à-dire les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les travailleur(se)s du sexe et leurs clients, les personnes qui s'injectent des drogues et les prisonniers*

➔ 3.1 Incidence du VIH

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

➔ 3.2 Estimations de la taille des populations clés

➔ 3.3 Prévalence du VIH parmi les populations clés

3.3A Prévalence du VIH parmi les travailleur(se)s du sexe

3.3B Prévalence du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

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

3.3D Prévalence du VIH parmi les personnes transgenrestransgenres

3.3E Prévalence du VIH parmi les prisonniers

➔ 3.4 Test du VIH parmi les populations clés

3.4A Test du VIH parmi les travailleur(se)s du sexe

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

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

3.4D Test du VIH parmi les personnes transgenrestransgenres

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

3.5A Couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les travailleur(se)s du sexe vivant avec le VIH

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

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

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

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

➔ 3.6 Utilisation du préservatif parmi les populations clés

3.6A Utilisation du préservatif chez les travailleur(se)s du sexe

3.6B Utilisation du préservatif chez les hommes ayant des

rapports sexuels avec des hommes

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

3.6D Utilisation du préservatif parmi les personnes transgenres

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

3.7A Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les travailleur(se)s du sexe

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

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

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

**Personnes qui s'injectent des drogues**

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

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

➔ 3.10 Couverture de la thérapie de substitution aux opiacés

**Travailleur(se)s du sexe**

➔ 3.11 Syphilis active chez les travailleur(se)s du sexe

### Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

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

### Prisonniers

- ➔ 3.13 Programmes de prévention du VIH dans les prisons

### Hépatite virale

- ➔ 3.14 Hépatites virales parmi les populations clés

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

- ➔ 3.15 Personnes recevant un traitement prophylactique préexposition (PrEP)

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

- ➔ 3.16 Prévalence de la circoncision masculine médicale volontaire
- ➔ 3.17 Nombre annuel d'hommes circoncis médicalement

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

- ➔ 3.18 Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque
- ➔ 3.19 Préservatifs distribués

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

.....

- ➔ 4.1 Attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH
- ➔ 4.2 Évitement des services de santé du fait de la stigmatisation et discrimination parmi les populations clés

4.2A Évitement des services de santé par les travailleur(se)s du sexe du fait de la stigmatisation et discrimination

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

4.2C Évitement des services de santé par les personnes qui s'injectent des drogues du fait de la stigmatisation et discrimination

4.2D Évitement des services de santé par les personnes transgenres du fait de la stigmatisation et discrimination

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

- ➔ 4.3 Prévalence de la violence récente au sein du couple

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

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

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

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

NCPI

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

.....

- ➔ 5.1 Jeunes : Connaissances en matière de prévention du VIH
- ➔ 5.2 Demande de planification familiale satisfaite par les moyens modernes

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

- ➔ Femmes âgées de 15 à 24 ans nouvellement infectées par le VIH (voir 3.1 Incidence du VIH)
- ➔ Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque parmi les jeunes femmes de 15 à 24 ans (voir 3.18 Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque)

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

.....

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

NCPI

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

.....

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

NCPI

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

.....

- ➔ 8.1 Budgets de la riposte au VIH destinés au public, approuvés et exécutés
- ➔ 8.2 Volume et prix des antirétroviraux pour chaque protocole thérapeutique
- ➔ 8.3 Dépenses totales de la riposte au VIH

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

- 8.3A Dépenses pour le dépistage et le conseil en matière de VIH
- 8.3B Dépenses pour la thérapie antirétrovirale
- 8.3C Dépenses pour le suivi spécifique en laboratoire du VIH
- 8.3D Dépenses liées à la TB et au VIH
- 8.3E Dépenses liées aux cinq piliers de la prévention combinée du VIH
- 8.3F Dépenses liées à la prévention de la transmission mère enfant du VIH
- 8.3G Dépenses liées aux acteurs sociaux
- 8.3H Dépenses concernant les transferts d'espèces pour les jeunes femmes et les jeunes filles

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

.....

NCPI

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

.....

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

- ➔ 10.1 Cogestion du traitement de la tuberculose et du VIH
- ➔ 10.2 Personnes vivant avec le VIH atteintes d'une tuberculose active
- ➔ 10.3 Personnes vivant avec le VIH ayant débuté une thérapie préventive de la tuberculose

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

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

**Infections sexuellement transmissibles (IST)**

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

**Hépatite C**

- ➔ 10.6 Dépistage de l'hépatite
- ➔ 10.7 Personnes présentant une co-infection VIH/VHC débutant le traitement VHC

**Cancer du col de l'utérus**

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

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

- ➔ Vaccination contre le cancer du col de l'utérus

# Acronymes et abréviations

---

<b>3TC</b>	lamivudine
<b>AZT</b>	zidovudine
<b>CDV</b>	dépistage et conseils en matière de VIH
<b>DTG</b>	dolutégravir
<b>EFV</b>	éfavirenz
<b>FTC</b>	emtricitabine
<b>GAM</b>	suivi mondial de la lutte contre le sida
<b>INNTI</b>	inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse
<b>INTI</b>	inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse
<b>IST</b>	Infection sexuellement transmissible
<b>LMIS</b>	Système d'information pour la gestion logistique
<b>LPV/r</b>	lopinavir avec du ritonavir comme adjuvant
<b>NASA</b>	Estimations nationales des dépenses relatives au sida
<b>NCPI</b>	outil de suivi des politiques et des engagements nationaux
<b>NVP</b>	névirapine
<b>ODD</b>	Objectifs de développement durable
<b>OIT</b>	Organisation internationale du Travail
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	organisation non gouvernementale
<b>ONUDC</b>	Office des Nations unies contre la drogue et le crime
<b>PEPFAR</b>	Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (United States President's Emergency Plan for AIDS Relief)
<b>PNUD</b>	Programme des Nations unies pour le développement
<b>PPE</b>	prophylaxie post-exposition
<b>PrEP</b>	prophylaxie préexposition
<b>RPR</b>	test rapide de la réagine plasmatique
<b>sida</b>	syndrome de l'immunodéficience acquise
<b>TB</b>	tuberculose
<b>TDF</b>	fumarate de disoproxil de tenofovir
<b>TPHA</b>	test treponema pallidum hemagglutinations assay
<b>TPPA</b>	test treponema pallidum particle agglutination assay
<b>UNFPA</b>	Fonds des Nations unies pour la population
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations unies pour l'enfance
<b>VDRL</b>	Laboratoire de recherche sur les maladies vénériennes
<b>VHB</b>	virus de l'hépatite B
<b>VHC</b>	virus de l'hépatite C
<b>VIH</b>	virus de l'immunodéficience humaine
<b>VPH</b>	papillomavirus humain

# Introduction

---

## Objet et contexte

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

La Déclaration politique de 2016 sur la fin du sida a été adoptée lors de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations unies (ONU) sur le sida en juin 2016. Élaborée à partir de trois déclarations précédentes (la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de 2001, la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2006 et la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011 : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida), la Déclaration politique de 2016 sur la fin du sida mandate l'ONUSIDA afin d'aider les pays à élaborer les rapports sur leurs engagements dans le cadre de cette Déclaration.

La Déclaration politique de 2016 sur la fin du sida se concentre sur les cinq années qui prendront fin en 2021, tout en couvrant également la période des objectifs de développement durable (ODD, jusqu'en 2030) ainsi que l'intégration de la riposte mondiale contre le VIH dans le programme plus vaste du développement. Outre l'ODD 3, qui est axé sur la santé, plusieurs objectifs sont liés de près au VIH et au sida (voir les ODD sur [https://www.unaids.org/fr/AIDS\\_SDGs](https://www.unaids.org/fr/AIDS_SDGs)).

---

**Figure 1**  
Les ODD



Source: <https://sustainabledevelopment.un.org/>

Bien que des gouvernements aient adopté la Déclaration politique de 2016 sur la fin du sida, la vision de cette dernière va bien au-delà du domaine étatique pour atteindre l'industrie privée et les syndicats, les organisations confessionnelles, les organisations non gouvernementales (ONG) et les autres entités de la société civile, notamment celles qui représentent les personnes vivant avec le VIH.

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

Le Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida 2020 marque la quatrième année de mise en œuvre des ODD, mais aussi la quatrième année de rapport du cadre de suivi du VIH pour la période 2016–2021.

Les pays ont été encouragés à intégrer des indicateurs dans leurs efforts de surveillance continue. Ces indicateurs sont conçus pour les aider à évaluer l'efficacité de leurs initiatives nationales et leurs progrès par rapport aux objectifs nationaux de lutte contre le VIH. Ils permettront de mieux comprendre la lutte mondiale contre l'épidémie de VIH, y compris les avancées obtenues quant aux objectifs mondiaux définis à la fois dans la Déclaration politique de 2016 et dans les ODD.<sup>1</sup>

Ces directives sont conçues pour améliorer la qualité et la pertinence des données collectées au niveau des États, favorisant la précision des conclusions tirées à l'échelle nationale, régionale et mondiale. Les pays sont également invités à se doter d'indicateurs nationaux et programmatiques correspondant à leur contexte propre et aux objectifs de leur plan stratégique national face au VIH. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'ONUSIDA et ses partenaires réexaminent actuellement les *Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé* publiées en 2015, dans lesquelles d'autres indicateurs programmatiques sont proposés.<sup>2</sup> La nouvelle version de ce document est prévue pour 2020.

---

#### Comment utiliser ces directives

---

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

---

## Format des rapports

Les rapports 2020 demandent la soumission des indicateurs, de l'outil de suivi des politiques et des engagements nationaux (NCPI) et de l'enquête sur les traitements et le diagnostic du sida (AIDS Medicines and Diagnostics Survey). Lorsqu'ils transmettent des données de suivi mondial de la lutte contre le sida, les pays sont invités à soumettre un rapport narratif. À cet effet, l'outil de collecte en ligne inclut un modèle destiné à la rédaction d'un rapport descriptif constitué d'un résumé narratif pour chaque engagement vers une accélération de la riposte. Cependant, les pays peuvent également soumettre des rapports nationaux récents sur l'épidémiologie du VIH et la réponse nationale au cas où de tels rapports existent. L'ONUSIDA prévoit ensuite de publier ces rapports narratifs, avec l'autorisation de chaque pays.

Les données pour les indicateurs sont considérées comme faisant partie intégrante de chaque soumission de rapport national de suivi. C'est pourquoi la partie narrative de ce document et les données concernant les indicateurs doivent être prises en compte dans le cadre de

la consultation et du processus de préparation du rapport, tel que cela est souligné dans le paragraphe concernant la mise en œuvre du suivi à l'échelle nationale.

Le rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida doit être soumis via le site internet dédié (<https://aidsreportingtool.unaids.org>) afin d'améliorer la qualité et l'exhaustivité des informations et de faciliter le traitement et l'analyse à l'échelle nationale, régionale et mondiale. **La date limite pour la saisie et la validation des données sur le site est le 31 mars 2020.**

Les changements apportés dans cette série de rapports comparés à celle de 2019 sont résumés pages 27 à 29.

Ces directives définissent intégralement tous les indicateurs utilisés dans le cadre des rapports de suivi mondial de la lutte contre le sida. Les procédures exposées dans ce manuel sont destinées à la collecte et au calcul des informations nécessaires pour chaque indicateur.

Les données des indicateurs seront mises à disposition sur [aidsinfo.unaids.org](https://aidsinfo.unaids.org) après un processus de nettoyage, validation et rapprochement des données. Veuillez noter que des corrections ou des mises à jour concernant les données associées aux indicateurs après validation sont disponibles sur AIDSInfo et ne sont pas nécessairement reprises dans les rapports descriptifs.



# Mise en œuvre du suivi au niveau national

---

## Construction des indicateurs nationaux

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

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

## Outils de mesures et source des données

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

- Des enquêtes basées sur des échantillons de population représentatifs à l'échelle nationale.
- Des enquêtes de surveillance comportementale.
- Des enquêtes et des questionnaires spécialement conçus, notamment sur des groupes de populations spécifiques (par exemple, des études de couverture de services).
- Des systèmes de suivi de patient.
- Des systèmes d'informations sanitaires.
- Une surveillance sentinelle.
- Des systèmes de surveillance des cas de VIH.
- Des modèles mathématiques.
- Des estimations nationales en matière de VIH issues du logiciel Spectrum.

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

Les organisations de la société civile constituent des acteurs majeurs de la riposte au sida et peuvent contribuer aux indicateurs, en particulier ceux associés aux interventions pour lesquelles les organisations non gouvernementales (ONG) et les organisations confessionnelles jouent un

rôle actif. Parmi les exemples, il convient de citer les actions auprès des jeunes, des populations clés les plus exposées et des femmes enceintes.

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

## Estimations dans Spectrum

Une source majeure pour générer les dénominateurs utilisés dans le suivi mondial de la lutte contre le sida est le logiciel Spectrum. Il permet aux pays de faire des estimations au niveau de la population des personnes vivant avec le VIH, des femmes enceintes ayant besoin de médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission verticale du VIH et des enfants exposés au VIH qui requièrent un accès au dépistage virologique.<sup>3</sup> Spectrum permet également aux pays d'estimer les nouvelles infections à VIH, l'incidence du VIH (indicateur des ODD), la mortalité due à des maladies liées au sida et le taux de transmission mère-enfant, tous ces indicateurs étant difficiles à mesurer directement. Les fichiers Spectrum sont mis à jour chaque année à l'aide des données programmatiques et de surveillance les plus récentes.

En 2020, les fichiers Spectrum seront développés en parallèle de la soumission des données d'indicateurs par le biais du système de suivi mondial de la lutte contre le sida. Les fichiers Spectrum finaux doivent être soumis au plus tard le 25 mars 2020. Les équipes nationales recevront les informations concernant le processus d'estimation 2020 en novembre 2019.

Comme pour les années précédentes, les pays auront la possibilité d'importer les estimations de Spectrum dans l'outil de collecte en ligne du suivi mondial de la lutte contre le sida pour certains indicateurs, ce qui simplifiera la saisie des données dans l'outil en ligne. Cette étape permet de réduire la saisie des données requise d'une part et les risques d'erreurs d'autre part, tout en améliorant la cohérence des données entre les deux systèmes. En 2020, les données pour les indicateurs 1.1, 1.2 et 1.3, y compris la ventilation détaillée par âge, seront déclarées dans Spectrum puis importées dans l'outil en ligne de suivi mondial de la lutte contre le sida avec les fichiers finaux Spectrum.

Les fichiers Spectrum sont créés par une équipe d'experts nationaux formés au logiciel, puis leur qualité est vérifiée par l'ONUSIDA. Il est essentiel que l'équipe en charge de saisir les données dans l'outil de collecte en ligne importe les estimations finales développées par les équipes nationales d'estimations du VIH.

## Importation des données de Spectrum dans le suivi mondial de la lutte contre le sida

Spectrum comprend un outil simple pour exporter les estimations nécessaires pour le suivi mondial de la lutte contre le sida. Les équipes nationales des estimations exportent leurs résultats Spectrum sous forme de fichier CSV, que le point focal du suivi mondial de la lutte contre le sida peut alors importer dans l'outil de collecte en ligne. L'importation des estimations issues de Spectrum peut être faite à n'importe quel moment et même à plusieurs reprises au cours de la saisie des données dans l'outil en ligne de suivi mondial de la lutte contre le sida.

Une fois que le fichier final de Spectrum est convenu par le pays, ces données finales doivent être importées dans l'outil de collecte en ligne. L'ONUSIDA vérifiera que le fichier final de Spectrum correspond à ce qui a été inclus dans le suivi mondial de la lutte contre le sida, reviendra vers le pays s'il y a des divergences.

L'importation des estimations dans l'outil de suivi mondial de la lutte contre le sida nécessite une communication entre l'équipe nationale des estimations et le point focal du suivi mondial de la lutte contre le sida (s'ils sont des individus distincts) pour s'assurer que le fichier final est soumis.

Conseils pour l'importation des résultats Spectrum :

- Avant le processus d'importation, le point focal du suivi mondial de la lutte contre le sida doit identifier les indicateurs qui doivent être importés en répondant **Oui** à la question **Utiliser les données du fichier Spectrum final ?** Pendant l'importation, toutes les données déjà entrées pour les indicateurs sélectionnés seront écrasées avec les données de Spectrum.
- Même lorsque les chiffres nationaux des indicateurs 1.1, 1.2, 1.3, 2.3 et 3.1 sont importés à partir de Spectrum, il est recommandé au point focal du suivi mondial de la lutte contre le sida de vérifier les données pour ces indicateurs afin de saisir les éventuelles données supplémentaires correspondant aux villes.

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

1. Ouvrez le Logiciel Spectrum, mais n'ouvrez pas votre fichier pays.
2. Sélectionnez **Outils** à partir des onglets en haut de la page, puis sélectionnez **Plus d'outils**.
3. Dans **AIM**, sélectionnez **GAM**. Spectrum ouvre une boîte de dialogue.
4. Cliquez sur **Ajouter**, sélectionnez votre fichier national (ou vos fichiers sous-nationaux, le cas échéant), puis cliquez sur **Ouvrir**.
5. Sélectionnez **Définir le nom de fichier Résultat GAM**. Sélectionnez le répertoire dans lequel vous souhaitez enregistrer le fichier CSV. Donnez au fichier un nom clair qui reflète le nom du fichier Spectrum, puis cliquez sur **Enregistrer**.
6. Cliquez sur **Continuer** pour générer le fichier CSV.
7. Envoyez le fichier CSV par e-mail à votre point focal du suivi mondial de la lutte contre le sida ou suivez la prochaine série d'instructions si vous êtes le point focal du suivi mondial de la lutte contre le sida.

## Tableau 1.

Calendrier 2020 des estimations Spectrum et du collecte du suivi mondial de la lutte contre le sida

Dates*	Activité	Partie responsable
Décembre–mars	Mettre à jour le fichier Spectrum et le faire réviser par l'ONUSIDA	Équipe nationale d'estimations
15–29 mars	Envoyer le fichier CSV issu des estimations de Spectrum mis à jour au point focal du suivi mondial de la lutte contre le sida	Équipe nationale d'estimations
15–29 mars	Importer les estimations de Spectrum dans l'outil de collecte en ligne du suivi mondial de la lutte contre le sida pour la révision finale	Point focal du suivi mondial de la lutte contre le sida
15–29 mars	Organiser une réunion avec les parties prenantes pour approuver la soumission du suivi mondial de la lutte contre le sida	Point focal du suivi mondial de la lutte contre le sida
25 mars	Envoyer le fichier Spectrum final à l'ONUSIDA	Équipe nationale d'estimations
31 mars	Soumettre les données de suivi mondial de la lutte contre le sida	Point focal du suivi mondial de la lutte contre le sida
1–15 avril	Comparer le fichier Spectrum final avec la soumission finale du suivi mondial de la lutte contre le sida et revenir vers les pays en cas de divergences	Équipe mondiale d'estimations
1–30 avril	Mettre à jour le fichier CSV Spectrum importé si nécessaire	Point focal du suivi mondiale de la lutte contre le sida ou équipe mondiale d'estimations
1er mai	Envoyer le résumé des estimations au coordonnateur du CNLS pour approbation	Équipe mondiale d'estimations
1er–10 mai	Examiner les résultats issus de Spectrum et envoyer l'approbation à l'ONUSIDA	Équipe nationale d'estimations

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

Étapes pour le *point focal / rapporteur national du suivi mondial de la lutte contre le sida* lors de l'importation des données extraites de Spectrum dans le suivi mondial de la lutte contre le sida :

1. Connectez-vous à l'outil de collecte en ligne du suivi mondial de la lutte contre le sida (<https://aidsreportingtool.unaids.org>).
2. Sélectionnez **Importation de Spectrum** dans le menu du haut.
3. Sélectionnez **Choisir un fichier** et choisissez le fichier CSV venant d'être exporté de Spectrum.
4. Cliquez sur **Aperçu**.
5. Le système répertorie toutes les données d'indicateurs du fichier importé, ainsi que toute donnée saisie dans le système. Vous pouvez choisir l'ensemble de données que vous souhaitez utiliser en cochant **Utiliser les données saisies** ou **Utiliser les données importées de Spectrum**.
6. Cliquez sur **Enregistrer** pour enregistrer les paramètres et les ensembles de données que vous avez choisi d'importer, ou cliquez sur **Annuler** pour annuler l'importation.
7. Si vous avez choisi d'utiliser les données saisies, et non les données de Spectrum, pensez à revenir aux écrans de saisie des données de ces indicateurs afin de vérifier les données et de saisir les éventuels éléments manquants.

Les indicateurs qui peuvent être importés de Spectrum incluent :

- 1.1 Personnes vivant avec le VIH et qui connaissent leur statut sérologique (pour 2010-2019).
  - Tous, <15, 15+ par sexe, groupes d'âges détaillés (<5, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50+).
- 1.2 Personnes vivant avec le VIH sous thérapie antirétrovirale (pour 2010-2019).
  - Tous, <15, 15+ par sexe, groupes d'âges détaillés (<5, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50+).
- 1.3 Personnes vivant avec le VIH dont la charge virale est supprimée (pour 2010-2019).
  - Tous, <15, 15+ par sexe, groupes d'âges détaillés (<5, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50+).
- 1.6 Mortalité due au sida pour 100 000 (pour 2010-2019).
  - Tous, <5, 5-14, 15+ par sexe.
- 2.1 Diagnostic infantile précoce (pour 2011-2019).
  - Dénominateur uniquement.
- 2.2 Taux de transmission mère – enfant du VIH (pour 2010-2019).
- 2.3 Prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH (pour 2010-2019).
  - Régimes et couverture.
- 3.1 Incidence du VIH pour une population de 1 000 non infectée (pour 2010-2019).
  - 0-99+, 15-49, 15-24, 50+ par sexe.
  - Tous les âges, <15 ans

## Numérateurs et dénominateurs

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

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

## Désagréger les données, en particulier par sexe et âge

Une des leçons essentielles à retenir des séries précédentes de rapports est l'importance de collecter des données ventilées : de les répartir par exemple, selon le sexe et l'âge et en les fournissant pour des populations clés ou des zones géographiques spécifiques. Il est crucial que les pays collectent des données avec leurs composants et non simplement sous forme résumée. Sans données ventilées, le suivi de l'ampleur de la riposte contre l'épidémie à l'échelle nationale et mondiale s'avère difficile. Il est tout autant délicat de suivre l'accès aux services, de vérifier si cet accès est équitable, la pertinence de se concentrer sur des populations spécifiques et des changements significatifs au fil du temps.

Les pays sont fortement encouragés à recueillir des données ventilées, en particulier selon le sexe et l'âge et pour les populations clés spécifiques, l'une des pierres angulaires de leurs efforts en matière de suivi et d'évaluation. Le cas échéant, il est aussi conseillé de faire une analyse en matière d'équité.<sup>4</sup>

Les données épidémiologiques ventilées selon le sexe et l'âge ainsi que les indicateurs comportementaux peuvent apporter des informations sur la dynamique entre les sexes. Les ministères concernés sont invités à revoir leurs systèmes d'informations, les enquêtes et autres instruments servant à la collecte de renseignements afin de garantir la saisie de données ventilées à l'échelle sous-nationale, notamment au niveau des installations et des projets. Des efforts particuliers seront probablement nécessaires pour suivre des données ventilées jusqu'au niveau national. En outre, le secteur privé et/ou les organisations de la société civile et communautaires impliqués dans la lutte d'un pays contre le sida doivent être informés de l'importance d'obtenir des données ventilées et de faire de la collecte, la diffusion et l'analyse des données une priorité dans leurs opérations en cours.

L'outil de collecte en ligne du suivi mondial de la lutte contre le sida () identifie clairement les données ventilées nécessaires pour rapporter fidèlement le numérateur et le dénominateur de chaque indicateur. Le cas échéant, toutes les données doivent être ventilées selon le sexe et l'âge. Des données détaillées ventilées selon l'âge sont requises pour les indicateurs 1.1, 1.2 et 1.3. En effet, ces groupes d'âges détaillés peuvent nous aider à mieux comprendre l'épidémie de VIH. Par exemple, les données ventilées par groupes d'âge détaillés permettent aux pays d'évaluer dans quelle mesure la couverture d'un programme, notamment le pourcentage de personnes vivant avec le VIH et suivant un traitement, varie entre les adolescents âgés entre 10 et 19 ans et les personnes âgées entre 15 et 24 ans. Si collecter des données ventilées s'avère difficile, il est possible d'introduire des données partielles.

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

<sup>4</sup> Organisation mondiale de la Santé (OMS), ONUSIDA. A tool for strengthening gender-sensitive national HIV and sexual and reproductive health (SRH) monitoring and evaluation systems. Genève : OMS ; 2016.

du système des Nations unies (notamment auprès des bureaux nationaux de l'ONUSIDA, de l'OMS et du Fonds des Nations unies pour l'enfance [UNICEF]) et de ses partenaires afin d'accéder aux données ventilées requises pour le calcul des indicateurs de base.

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

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

### **Données sous-nationales ou décentralisées**

De nombreux pays améliorent l'utilisation des données à l'échelle sous-nationale afin d'aider tous les partenaires à mieux appréhender la distribution géographique de l'épidémie et la riposte au sein de chaque communauté.

Depuis le second semestre de 2014, l'outil de collecte en ligne permet aux utilisateurs de soumettre des données sous-nationales ou des données de sites en particulier concernant certains indicateurs. Pour certains indicateurs, l'outil invite également les utilisateurs à soumettre des données concernant les villes fortement touchées ou celles participant à la Stratégie d'accélération qui se sont engagées à mettre fin au sida d'ici 2030. Ces données permettent d'évaluer les progrès de la riposte face au VIH dans ces villes. Pour la collecte des données à l'échelle des villes, il est fortement recommandé de consulter les acteurs concernés au niveau de ces villes.

### **Données issues d'enquêtes récentes et représentatives**

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

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

Lors du calcul d'indicateurs ayant une population clé comme référence, garantir la représentativité d'un groupe plus large à travers des échantillons constitue un grand défi technique. Des méthodes sont donc développées pour obtenir des échantillons caractéristiques de ces populations (déterminés par exemple par les répondants). En attendant que ces méthodes soient affinées, les pays pourraient ne pas être en mesure de confirmer la représentativité des échantillons utilisés concernant les populations clés sondées et exposées à un risque supérieur de VIH. Il est donc conseillé d'utiliser les enquêtes les plus récentes couvrant les populations clés qui ont été examinées et approuvées par des experts techniques locaux (tels que des groupes de travail dédiés au suivi et à l'évaluation ou des conseils nationaux de la recherche). Les États sont encouragés à communiquer toutes les enquêtes récentes de qualité relatives aux populations clés, en indiquant le site, le numérateur, le dénominateur et la taille de l'échantillon dans l'outil de collecte en ligne du suivi mondial de la lutte contre le sida.

Estimer l'impact d'une maladie et planifier des programmes appropriés nécessitent d'évaluer avec précision la taille des populations clés concernées. Les pays sont invités à transmettre les estimations de taille pour les populations clés, ainsi que des méthodes et toute évaluation spécifique à une ville ou une province, calculées de manière empirique. Certains pays disposant d'estimations empiriques à l'échelle nationale sur la taille des populations clés peuvent également ajouter des données de programmes de prévention. Si un pays est en

mesure de communiquer des informations concernant un indicateur sur la base de données de programmes nationaux, il doit le faire dans le champ **Région pour laquelle la dernière estimation a été calculée**.

## **Interprétation et analyse**

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

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

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

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

## **Rôle de la société civile et des communautés**

La société civile joue un rôle primordial dans la riposte à l'épidémie de sida dans les pays du monde entier. Le large éventail d'experts présents au sein des organisations de la société civile en fait des partenaires idéaux dans le processus de préparation des rapports de situation nationaux. Ces sociétés sont particulièrement bien placées pour fournir des informations quantitatives et qualitatives qui enrichissent et interprètent les données recueillies par les gouvernements. Les conseils, les commissions et les comités nationaux sur le sida (ou leurs équivalents) doivent solliciter des informations de la part de l'ensemble de la société civile et des communautés, notamment des ONG, des réseaux de personnes vivant avec le VIH, des organisations confessionnelles, des femmes, des jeunes, des syndicats et des organisations communautaires, pour la rédaction de leurs rapports concernant les indicateurs nationaux sous-jacents aux engagements de la Déclaration politique de 2016 sur la fin du sida. On ne soulignera jamais assez l'importance de recueillir des données sur l'ensemble de la société civile et des communautés, en particulier sur les personnes vivant avec le virus, car elles se font l'écho de nombreuses voix et représentent diverses perspectives, qui s'avèrent être de précieux outils pour le suivi et l'évaluation de la riposte au VIH du pays.

Les comités nationaux sur le sida ou des organes équivalents doivent faciliter l'accès des organisations de la société civile et communautaires à leurs programmes de collecte de données, notamment celles associées aux dénominateurs. Il est également conseillé de développer un mécanisme direct de soumission et d'évaluation des informations. Dans le cadre de cet effort, il est important de convier les organisations de la société civile et communautaires à participer à des ateliers à l'échelle nationale afin de déterminer leur contribution optimale dans le processus de préparation du rapport d'activités national.

Dans chaque pays, des représentants de la société civile et des communautés doivent avoir la possibilité de réviser et commenter les données avant leur finalisation et soumission. Le rapport envoyé à l'ONUSIDA doit par ailleurs être largement diffusé de manière à ce que la société civile dispose d'un accès facilité.

Des équipes nationales de l'ONUSIDA sont à la disposition des représentants de la société civile et des communautés pour intégrer leurs contributions tout au long du processus. Les membres du personnel de l'ONUSIDA sont notamment disponibles pour :

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

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

## **Orientations pour la soumission des données**

Les pays qui souhaitent des informations complémentaires sur la collecte de données pour les indicateurs de suivi mondial de la lutte contre le sida, sur l'outil et/ou sur les mécanismes de soumission des rapports, trouveront une assistance technique auprès de leurs conseillers en information stratégique de l'ONUSIDA, auprès des bureaux de l'UNICEF ou de l'OMS, ou auprès des groupes de travail sur le suivi et l'évaluation du VIH sur leur territoire. Le département d'information stratégique et d'évaluation de l'ONUSIDA est également à leur disposition via [AIDSreporting@unaids.org](mailto:AIDSreporting@unaids.org).

## **Outil de collecte et soumission des données**

Les données relatives aux indicateurs, les rapports narratifs nationaux, le NCPI intermédiaire ainsi que l'enquête sur les traitements et le diagnostic du sida doivent être saisis en ligne et soumis au plus tard le 31 mars 2020 via l'outil de collecte mondial : <https://aidsreportingtool.unaids.org>.

Chaque pays identifie un point focal national chargé de l'accès à cet outil et de l'enregistrement électronique des informations : le rapporteur national. Les pays peuvent ajouter ou désigner plusieurs rapporteurs si les données proviennent de différentes sources et structures de rapports.



Les rapporteurs nationaux peuvent accéder à l'outil de collecte en ligne en utilisant les mêmes droits d'accès que ceux utilisés lors de la précédente série de rapports d'activité. Ils peuvent également étendre ces droits à d'autres, s'ils le souhaitent. Les nouveaux rapporteurs nationaux doivent s'inscrire en ligne en tant qu'éditeurs nationaux. Ces inscriptions sont approuvées à partir des communications officielles avec chaque pays. Les éditeurs peuvent ajouter des données ou modifier celles déjà saisies. Comme pour les années précédentes, le rapporteur national peut également autoriser d'autres personnes à accéder aux données, afin de permettre une plus vaste consultation nationale. Ces personnes peuvent uniquement consulter les informations soumises et ne peuvent en aucun cas les modifier. Les modalités détaillées de l'inscription et de la gestion des comptes utilisateurs sont accessibles via les didacticiels en ligne sur la page du suivi mondial de la lutte contre le sida (<https://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/globalaidsprogressreporting>).

Les pays sont encouragés à soumettre des données pour tous les indicateurs lorsque ces données sont disponibles. Lorsqu'un État ne soumet pas les données relatives à un indicateur, il convient d'indiquer si cet indicateur est considéré comme non pertinent, compte tenu des caractéristiques de l'épidémie nationale, ou si cela est dû à l'absence de données adéquates et récentes. Les pays peuvent rapidement définir la pertinence ou l'existence de données pour chaque indicateur, sur la page **Sélectionner les indicateurs pertinents**.

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

De même, les pays affichant une faible prévalence du VIH sont encouragés à recueillir des données sur les comportements sexuels des jeunes afin de pouvoir suivre les tendances comportementales qui pourraient avoir une influence sur la future riposte nationale. Cependant, quelques indicateurs sont uniquement applicables à des contextes spécifiques d'épidémie du VIH. Cette information est précisée dans les présentes directives, dans la définition des indicateurs en question.

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

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

Pour faciliter l'examen des données à l'échelle nationale, les utilisateurs peuvent sélectionner **Enregistrer tout sous forme de PDF** afin de compiler tous les indicateurs dans un même fichier PDF.

La barre de progression de la saisie des données est affichée sur la page répertoriant les principaux indicateurs ; elle indique le pourcentage d'indicateurs saisis. Lorsque cette barre atteint 100 %, le rapporteur national peut cliquer sur **Soumettre** pour terminer le processus d'envoi, ce qui verrouille les données du pays dans l'outil de collecte en ligne. Si nécessaire, l'ONUSIDA demandera des éclaircissements après l'analyse des données. Dans ce cas, les indicateurs concernés seront rouverts afin que les pays puissent répondre aux questions et modifier leurs réponses.

Les rapporteurs nationaux peuvent importer les données de Spectrum dans l'outil en ligne de suivi mondial de la lutte contre le sida avant de cliquer sur **Soumettre**. Ils ont ainsi la possibilité de contrôler les données importées et de vérifier qu'elles ont bien été incluses dans le rapport de suivi mondial de la lutte contre le sida. Si les fichiers Spectrum sont finalisés après cet envoi,

les rapporteurs nationaux peuvent demander à ce que leur outil en ligne de suivi mondial de la lutte contre le sida soit ouvert au processus d'importation entre le 1er avril et le 1er mai. Dans le cas contraire, l'ONUSIDA importera automatiquement les données à partir des fichiers Spectrum approuvés, fournis par l'équipe nationale d'estimation VIH. L'ONUSIDA comparera les données finales afin de s'assurer que le même fichier utilisé dans le suivi mondial de la lutte contre le sida et le processus final d'estimation VIH.

Les éventuels problèmes rencontrés lors de l'utilisation de l'outil en ligne doivent être signalés à [AIDSreporting@unaids.org](mailto:AIDSreporting@unaids.org).

## **Processus de collecte des données nationales : action nécessaire**

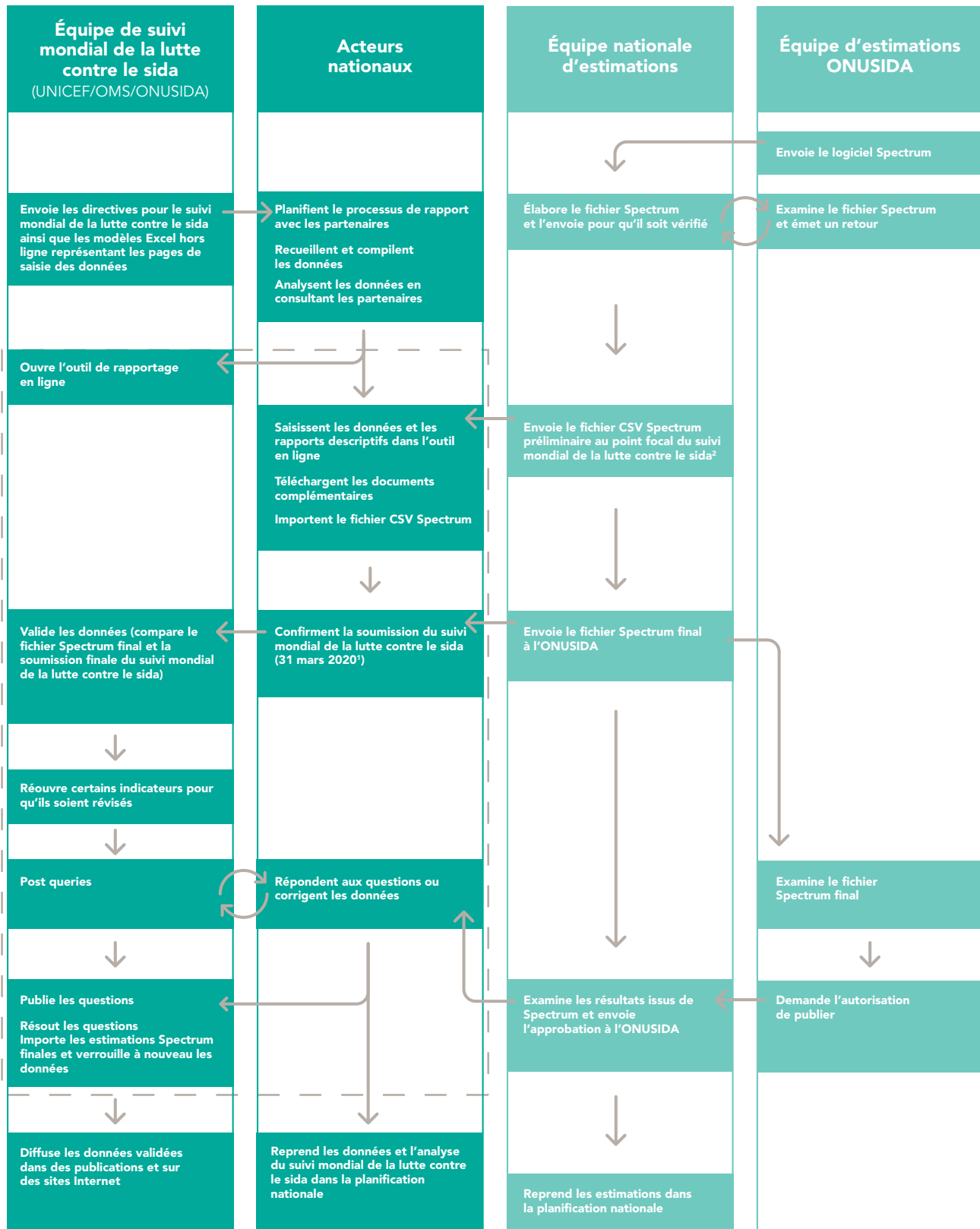
Un rapport exhaustif portant sur les indicateurs est essentiel à l'élaboration des ripostes nationales et à la contribution à la lutte mondiale contre l'épidémie. La définition d'un calendrier et des principales étapes pour la finalisation des tâches associées aux rapports est vivement recommandée. Ci-après, vous trouverez une liste d'actions qui vous sont suggérées pour vous aider à élaborer votre rapport.

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

1. Identifier un point focal national chargé du processus de collecte et soumettre le nom de cette personne ainsi que ses coordonnées à l'ONUSIDA (via [AIDSreporting@unaids.org](mailto:AIDSreporting@unaids.org)) avant le **1er février 2020**.
2. Recenser les données requises conformément au plan stratégique national et aux présentes directives du GAM.
3. Identifier une personne référente pour coordonner la réalisation du NCPI intermédiaire.
4. Développer et diffuser un plan de collecte de données relatives aux indicateurs des rapports de suivi mondial de la lutte contre le sida, au NCPI intermédiaire et à l'enquête sur les traitements et le diagnostic du sida, en incluant notamment un calendrier ainsi que les rôles du comité national sur le sida (ou de son équivalent), d'autres agences gouvernementales, de la société civile et d'autres partenaires pertinents.
5. Recenser les outils appropriés pour la collecte de données ainsi que les sources pour chaque élément du rapport, notamment :
  - o La rencontre de l'équipe nationale d'estimation concernant le VIH.
  - o L'alignement du calendrier de collecte de données avec :
    - Ceux destinés à d'autres démarches de collecte, notamment le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial), le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) et des agences des Nations unies.
    - Le calendrier pour l'ajout de données à l'échelle nationale concernant les indicateurs basés sur les infrastructures.
6. Recueillir et rassembler les données en collaboration avec les organisations partenaires issues du gouvernement, de la société civile, des communautés et des partenaires internationaux, notamment :
  - o Établir des protocoles pour le traitement et la gestion des données :
    - Nettoyer et valider les données élémentaires.
    - Utiliser une base de données pour l'analyse et la publication des résultats.
  - o Vérification des données.
  - o Remplir le NCPI intermédiaire (voir les conseils page 122).

**Figure 2**

Processus de rapportage du suivi mondial de la lutte contre le sida



<sup>1</sup> Voir les autres dates importantes page 17.

<sup>2</sup> Voir la liste des indicateurs qui peuvent être importés à partir de Spectrum, page 18.

7. Demander à l'équipe nationale d'estimation de fournir le fichier CSV contenant les estimations provenant du logiciel Spectrum.
8. Saisir les données concernant l'indicateur ainsi que les données relatives au NCPI intermédiaire et à l'enquête sur les traitements et le diagnostic du sida dans l'outil de collecte en ligne du suivi mondial de la lutte contre le sida (<https://AIDSreportingtool.unaids.org>).
9. Permettre aux parties prenantes, notamment les agences gouvernementales et la société civile, de commenter les données des fichiers préliminaires.
10. Organiser un atelier de validation afin d'analyser les données des indicateurs, notamment les dépenses en matière de sida et le NCPI, en collaboration avec les organisations partenaires issues du gouvernement, de la société civile, des communautés et des partenaires internationaux. L'objectif est : (a) d'identifier les progrès, les écarts, les défis et les prochaines étapes pour atteindre chacun des 10 engagements visant à accélérer la riposte ; ainsi que les objectifs élargis visant à mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030 ; et (b) de parvenir à des consensus pour la soumission du rapport d'activités national dans le cadre du suivi mondial de la lutte contre le sida. Saisir ensuite les résultats résumés de cette analyse par engagement dans la section destinée au rapport narratif de l'outil en ligne.
11. Envoyer les données saisies.
12. Télécharger le fichier final Spectrum dans le dossier des estimations nationales avant ou à la date limite du **25 mars 2020**.
13. Soumettre toutes les données relatives aux indicateurs, les réponses au NCPI intermédiaire, les réponses à l'enquête sur les traitements et le diagnostic du sida ainsi que des résumés narratifs par engagements nationaux, avant ou à la date limite du **31 mars 2020**.
14. Répondre sans délai aux demandes d'éclaircissements relatives à la soumission des rapports qui seront postées sur l'outil de collecte en ligne par l'ONUSIDA, l'OMS ou l'UNICEF, ou envoyés depuis l'adresse électronique [AIDSreporting@unaids.org](mailto:AIDSreporting@unaids.org) à l'attention des points focaux nationaux du suivi mondial de la lutte contre le sida.

Les données publiées doivent être validées et recoupées entre tous les partenaires nationaux impliqués. À cet effet, l'outil de communication des rapports permet d'accorder l'accès aux données avec des participants nationaux. Plusieurs pays indiquent que cette fonctionnalité a permis à des intervenants de la société civile et à d'autres partenaires de consulter les données et de suggérer l'ajout d'informations lors du processus d'élaboration des rapports, permettant ainsi d'élargir et d'accélérer la consultation et la validation par les parties prenantes.

## **Processus de validation des données pour 2020**

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

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

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

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

Durant la période de révision des rapports, l'ONUSIDA est en relation avec le point de contact national chargé du projet afin de lui demander des éclaircissements ou de modifier certaines données soumises via l'outil en ligne. La validation des données se fait en plusieurs étapes :

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

Le processus de validation prend en compte les points suivants parmi les indicateurs. Pour les indicateurs issus des enquêtes

- Vérifier la consistance des données rapportées, notamment dans le cas où les données ventilées s'additionnent pour correspondre au total.
- Vérifier s'il y a des écarts importants avec des données transmises au préalable.
- S'assurer que les données n'ont pas été déjà publiées dans un précédent Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida. Si tel est le cas, demander à l'état concerné de supprimer les données et de préciser qu'il n'y a pas de nouvelles informations disponibles pour l'indicateur en question.
- Comparer les numérateurs, les dénominateurs et les données ventilées avec les données d'enquêtes disponibles.
- Vérifier l'année de l'enquête et les dates de collecte des données saisies dans l'outil de rapports en ligne.
- Garantir la représentativité en contrôlant les méthodes d'enquête et la taille des échantillons.
- Réviser les rapports.
- Si des données s'appliquent à un indicateur composite, s'assurer que la même source a été utilisée pour l'ensemble des questions et que les valeurs composites correspondent à la somme des questions individuelles.

Pour les indicateurs produits à partir de Spectrum ou dont les dénominateurs sont fondés sur des estimations :

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

Les commentaires de chaque pays sont revus pour chaque indicateur.

## Notes de validation complémentaire par indicateur

Pour les indicateurs suivants, les points ci-dessous sont également envisagés :

Estimations de la taille de la population

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

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

- Vérifier que les données d'approvisionnement et pharmaceutiques nationales correspondent au nombre de personnes sous traitement qui utilisent les registres de programme ou les systèmes d'information sanitaire classiques.
- Vérifier les résultats récemment obtenus dans le cadre des éventuels contrôles de la qualité des données et ajuster les chiffres si nécessaire.
- Vérifier que seules les personnes actuellement sous traitement sont comptabilisées. Exclure plus précisément des chiffres :
  - Les personnes qui sont décédées.
  - Les personnes qui ont émigré.
  - Les personnes qui ont arrêté leur traitement et ne reçoivent pas de traitement dans une autre partie du pays.
  - Les personnes qui sont perdues de vue.

**Note** : depuis 2020, la définition des personnes qui sont perdues de vue a changé. Cette catégorie inclut désormais les personnes qui n'ont pas été vues dans un délai de 30 jours après leur dernière consultation programmée ou après avoir récupéré leur traitement pour la dernière fois (contre un délai de 90 jours dans la définition précédente).

# Résumé des modifications apportées aux indicateurs dans le rapport 2020

---

La collecte et le rapport 2020 nécessite la soumission des données sur les indicateurs ainsi que sur le NCPI intermédiaire et l'enquête sur les traitements et le diagnostic du sida (AIDS Medicines and Diagnostics Survey). Le rapport narratif est optionnel.

Certains indicateurs ont été modifiés sur la base des recommandations issues de la revue du suivi mondial de la lutte contre le sida par le Groupe consultatif technique en la matière, en intégrant également les commentaires d'autres parties prenantes. Un indicateur a été ajouté.

Les changements dans le cadre du rapport 2020 sont résumés ci-dessous :

- Un indicateur (3.19 Préservatifs distribués) a été ajouté afin de rendre compte du nombre de préservatifs masculins et féminins distribués.
- Trois indicateurs ont été supprimés de cadre pour le suivi mondial de la lutte contre le sida : la rétention sous traitement antirétroviral à 12 mois, le dépistage de l'hépatite B et la proportion de personnes présentant une co-infection VIH/VHB qui reçoivent un traitement combiné.
- L'ancien indicateur 8.1 Dépenses totales de lutte contre le VIH et annexes 2 4 est désormais divisé en trois indicateurs correspondant au même contenu : 8.1 Budget national public pour la riposte face au VIH, 8.2 Antirétroviraux : prix unitaires et volume, et 8.3 Dépenses de lutte contre le VIH en fonction de l'origine des ressources à rapporter dans la grille de financement de la lutte contre le sida.
- 13 indicateurs ont été modifiés pour le rapport de cette année :
  - 1.2 Personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral.
    - o Les pays dont la population est supérieure à 250 000 habitants peuvent désormais rapporter cet indicateur selon une ventilation détaillée par âge pour les adultes de 15 ans ou plus (lorsque ces données sont disponibles dans Spectrum).
    - o La définition des personnes qui ne sont pas sous traitement et qui sont perdues de vue est passée de 90 à 30 jours : les personnes qui n'ont pas été vues dans un délai de 30 jours après leur dernière consultation programmée ou après avoir récupéré leur traitement pour la dernière fois ne doivent plus être comptabilisées comme recevant un traitement.
    - o Comme demandé, la ventilation de l'indicateur 1.2 (nombre de personnes commençant un traitement) a été étendue afin d'identifier le nombre de personnes qui avaient précédemment arrêté un traitement ou étaient perdues de vue et qui ont recommencé un traitement pendant la période concernée.
  - 1.4 Personnes vivant avec le VIH dont la charge virale est supprimée.
    - o Pour l'année en cours et pour les années précédentes, les pays qui utilisent des seuils inférieurs à 1 000 copies/ml pour rapporter la suppression de la charge virale, doivent appliquer un ajustement simple afin d'estimer les taux de suppression de la charge virale probables à un seuil de 1 000 copies/ml. Pour les pays comptant plus de 250 000 habitants, cet ajustement sera appliqué directement dans Spectrum.

- o La recommandation selon laquelle les pays présentant un dépistage de la charge virale supérieur à 90 % ne devaient pas corriger les données en fonction de la suppression parmi les populations non dépistées a été modifiée. D'après la nouvelle recommandation, dans tous les pays où la couverture du dépistage atteint 50 % ou plus, la suppression totale de la charge virale doit être calculée en tant que proportion des personnes présentant une charge supprimée parmi les personnes dépistées, multipliée par le nombre de personnes sous traitement.
- 1.8 Volume de dépistage et dépistage positif du VIH.
  - o Les cliniques de planification familiale ont été ajoutées parmi la ventilation des dépistages dans les établissements.
- 3.6D Utilisation du préservatif parmi les personnes transgenres.
  - o Un calendrier des six derniers mois a été ajouté au dénominateur.
- 3.7 Couverture des programmes de prévention du VIH.
  - o Le format de cet indicateur a été modifié : il est désormais divisé en deux, en fonction de la source des données (enquêtes et données programmatiques).
  - o Il est par ailleurs possible de ventiler les données en fonction du prestataire de service (prestataire public, organisations dirigées par des populations clés et autres entités, par exemple les organisations privées à but lucratif ou à but non lucratif).
- 3.9 Aiguilles et seringues distribuées par personnes qui s'injectent des drogues
  - o Il est par ailleurs possible de ventiler les données en fonction du prestataire de service (prestataire public, organisations dirigées par des populations clés et autres entités, par exemple les organisations privées à but lucratif ou à but non lucratif).
- 3.10 Couverture de la thérapie de substitution aux opiacés
  - o Il est par ailleurs possible de ventiler les données en fonction du prestataire de service (prestataire public, organisations dirigées par des populations clés et autres entités, par exemple les organisations privées à but lucratif ou à but non lucratif).
- 3.15 Personnes recevant un traitement prophylactique préexposition (PrEP).
  - o Les prisonniers ont été ajoutés en tant que population clé pour la ventilation.
- 3.16 Prévalence de la circoncision masculine
  - o La tranche d'âges 25-29 ans a été ajoutée dans la ventilation recommandée par âge.
- 3.17 Nombre d'hommes annuellement circoncis volontairement
  - o La tranche d'âges 25-29 ans a été ajoutée dans la ventilation recommandée par âge.
- 10.2 Personnes vivant avec le VIH atteintes d'une tuberculose active.
  - o Cet indicateur a été modifié afin de mentionner les personnes vivant avec le VIH nouvellement traitées, plutôt que de parler de la prise en charge.
- 10.3 Nombre d'hommes annuellement circoncis volontairement
  - o Cet indicateur a été modifié afin de mentionner les personnes vivant avec le VIH nouvellement traitées, plutôt que de parler de la prise en charge.



- 10.8 Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH.
  - o Cet indicateur a été étendu afin d'inclure toutes les femmes vivant avec le VIH, et pas uniquement les femmes vivant avec le VIH et âgées de 30 à 49 ans.
  - o La ventilation par âge (15-29 ans et 30-49 ans) et en fonction des femmes dépistées au cours de l'année passée a été ajoutée.

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

# Organisations et ripostes dirigées par des populations clés

---

## **Surveillance du pourcentage de services de prévention dirigés par des populations clés dans le suivi mondial de la lutte contre le sida 2020**

Dans le cycle du rapport du suivi mondial de la lutte contre le sida de 2020, les indicateurs 3.7, 3.9 et 3.10 font l'objet d'une ventilation supplémentaire. Ces indicateurs proviennent des données programmatiques des pays ; ils mettent en évidence la proportion de l'ensemble des services fournis par les différents types de prestataires. Les types de prestataires proposés sont les prestataires publics, les organisations dirigées par les populations clés et les autres entités (par exemple les organisations privées à but lucratif ou non lucratif, y compris les organisations non gouvernementales confessionnelles et internationales).

Cette ventilation vise à suivre la proportion de services de prévention qui est fournie par des organisations dirigées par les populations clés, y compris : (a) les initiatives individuelles de prévention du VIH conçues pour chaque population clé ; (b) la distribution de préservatifs et lubrifiants ; (c) la distribution d'aiguilles et seringues ; et (d) la thérapie de substitution aux opiacés.

### **Définitions**

Les populations clés sont toutes confrontées à la stigmatisation et la discrimination, la criminalisation et la violence. Partout dans le monde, elles représentent un nombre disproportionné d'infections au VIH. Les organisations et réseaux dirigés par des populations clés sont des entités 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.

Dans la déclaration de ces indicateurs, l'accent est mis sur les organisations et réseaux dirigés par : des professionnel(le)s du sexe femmes, hommes et transgenres ; des hommes homosexuels et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; des personnes qui s'injectent des drogues ; et des personnes transgenres. Si l'objectif est plus précisément d'obtenir de meilleures informations concernant la proportion de services de prévention qui sont fournis par des organisations communautaires dirigées par des membres des populations clés, l'ONUSIDA a conscience que ces groupes se chevauchent. Par ailleurs, il est également possible d'englober les personnes vivant avec le VIH, les prisonniers, les personnes ayant été incarcérées, les migrants, les femmes et les jeunes dans chacune des populations citées.

La déclaration des indicateurs 3.7, 3.9 et 3.10 se concentre sur ces quatre populations clés (professionnel(le)s du sexe, hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, personnes qui s'injectent des drogues) et sur leur participation à la mise en œuvre de certains services de prévention du VIH. L'ONUSIDA reconnaît que les données non ventilées renseignées ici constituent un sous-ensemble des informations concernant tous les services fournis par des communautés. Néanmoins, ces données apportent des renseignements précieux pour le suivi de l'engagement adopté dans le cadre de la Déclaration politique de 2016 sur la fin de l'épidémie de sida.

### **Comment appliquer la définition des organisations dirigées par des populations clés ?**

Lorsqu'il s'agit de déterminer quelles organisations et quels réseaux fournissant des services décrits dans les indicateurs 3.7, 3.9 et 3.10 sont dirigés par des populations clés, les pays sont invités à envisager les critères suivants (qui reposent sur la définition ci-dessus) :

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

Il est vivement recommandé de mener cet exercice en proche concertation avec les communautés de professionnel(le)s du sexe hommes, femmes et transgenres, d'hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, de personnes qui s'injectent des drogues et de personnes transgenres à l'échelle nationale, sous-nationale et locale. Il est également possible de consulter les réseaux régionaux et mondiaux dirigés par des populations clés afin de connaître les bonnes pratiques pour impliquer de manière significative les communautés à l'échelle nationale.

Les organisations et réseaux dirigés par des populations clés sont souvent l'objet de violences et de vandalisme en raison de la criminalisation et/ou de la stigmatisation et la discrimination auxquelles ils sont confrontés. Par conséquent, tous les efforts doivent être déployés pour protéger leur sécurité, notamment en protégeant les renseignements concernant leur direction et leurs collaborateurs, l'emplacement physique de leurs bureaux et les zones dans lesquelles ils entrent en contact avec les populations clés. Ces renseignements doivent rester confidentiels au même titre que le nom des personnes qui bénéficient de leurs services.

## Contexte

La Déclaration politique de 2016 sur la fin de l'épidémie de sida a mis en place un engagement mondial afin de garantir la gestion par la communauté d'au moins 30 % des services fournis d'ici 2030. Depuis le premier cycle de suivi mondial de la lutte contre le sida après l'adoption de cette Déclaration, l'outil de suivi des politiques et des engagements nationaux (NCPI) permet de surveiller l'existence de lois et politiques facilitant la mise en œuvre de services par des organisations communautaires. L'indicateur 3.7 (concernant les programmes de prévention conçus pour chacune des populations clés) demandait aux pays d'indiquer, parmi les sites de mise en œuvre des services de prévention, combien étaient gérés par le programme national, le gouvernement ou la communauté. Néanmoins, parce que la Déclaration sur la fin de l'épidémie de sida ne définit pas explicitement l'aspect communautaire, il s'est avéré difficile de suivre les avancées par rapport à cet engagement et de déterminer quelles organisations et quels programmes étaient concernés.

Lors de sa 43<sup>e</sup> réunion en décembre 2018, le Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA a appelé à l'élaboration d'une définition commune quant aux ripostes dirigées par les communautés. Dans cette optique, les 17 et 18 juin à Montreux, en Suisse, l'ONUSIDA a réuni les représentants des personnes vivant avec le VIH, des hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des personnes transgenres, des professionnel(le)s du sexe, des personnes qui s'injectent des drogues, des organisations de femmes, des militants œuvrant pour le traitement et des personnes vivant avec la tuberculose. Les participants ont défini les organisations et ripostes dirigées par les communautés, ainsi que les organisations dirigées par les populations clés (définition utilisée ci-dessus) et les ripostes dirigées par les populations clés.

À la suite de cette consultation d'experts, une équipe a été créée afin de rendre opérationnel ce que l'on entend par les ripostes dirigées par les communautés face au VIH. L'application de ces définitions en vue de surveiller la couverture des services autres que la prévention est actuellement à l'étude, tout comme le financement des ripostes dirigées par les communautés.

# Indicateurs pour le suivi mondial de la lutte contre le sida

---

## 1.1 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 90-90-90 de l'ONUSIDA, visant à ce que 90 % de personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique d'ici 2020.

---

### Numérateur

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

---

### Dénominateur

Nombre de personnes vivant avec le VIH

---

### Calcul

Numérateur/dénominateur

**Remarque :** à partir de 2019, les pays dont la population est supérieure à 250 000 habitants devront rendre compte de cet indicateur selon de larges données, ventilées par groupe d'âge détaillé et sexe dans Spectrum. Les résultats seront importés dans l'outil de suivi mondial de la lutte contre le sida une fois le fichier national finalisé. Les déclarations sur les villes et autres zones administratives d'importance seront toujours effectuées à l'aide de l'outil 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 sources à privilégier pour connaître le nombre de personnes vivant avec le VIH sont les modèles d'estimation tels que le logiciel Spectrum. En cas d'utilisation d'autres modèles, il est nécessaire de fournir la documentation expliquant la méthode d'estimation et les limites d'incertitude.

*Méthodes de surveillance de cas.* Un système de surveillance de cas de VIH est considéré comme opérationnel si le processus de 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 2014, 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 éviter que les individus soient dédoublés en étant enregistrés plusieurs fois ou à partir de plusieurs infrastructures.

---

---

## 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 de registres d'état civil fiables, le nombre de personnes connaissant leur statut sérologique peut être obtenu en utilisant l'outil d'ajustement de CSAVR (surveillance des cas et registre d'état civil) 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 le premier objectif 90 soit modélisé à l'aide de *Shiny First 90* (<https://shiny.dide.imperial.ac.uk/shiny90/>). Pour plus d'information sur l'outil et les données nécessaires, veuillez consulter le lien ci-dessus.

Les estimations relatives au premier objectif 90 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 sources à privilégier pour connaître le nombre de personnes vivant avec le VIH sont les modèles d'estimation tels que le logiciel Spectrum. 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 1.2, 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

Veuillez 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 pour éviter que les individus soient dédoublés en étant enregistrés plusieurs fois ou à partir de plusieurs infrastructures.
- Le suivi des personnes est suffisamment opérationnel pour identifier si elles sont toujours en vie à l'opposé si elles sont décédées ou sont sorties du pays.

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

- Les déclarations multiples (double comptage) n'ont pas été supprimées (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 du premier objectif 90 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

Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/192750/9789242508758\\_fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/192750/9789242508758_fre.pdf?sequence=1)).

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>).

## 1.2 Personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral

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

Le pourcentage d'adultes et d'enfants recevant un traitement antirétroviral parmi l'ensemble des adultes et enfants vivant avec le VIH constitue un point de référence pour le suivi à long terme des objectifs internationaux et la comparaison des progrès entre les pays. Considéré comme une partie de l'indicateur 1.1, cet indicateur permet de suivre les progrès accomplis au regard du second des objectifs 90-90-90 de l'ONUSIDA qui vise à ce que 90 % de personnes vivant avec le VIH aient accès à un traitement d'ici 2020.

---

### Numérateur

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

---

### Dénominateur

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

OU

Nombre de personnes vivant avec le VIH et connaissant leur statut sérologique (pour déterminer le second objectif 90)

---

### 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. Les déclarations sur les villes et autres zones administratives d'importance seront toujours effectuées à l'aide de l'outil 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. Les femmes prenant des médicaments antirétroviraux pour éviter la transmission mère-enfant et dans le cadre de la prophylaxie post-exposition (par exemple, option B) ne doivent pas être incluses dans le calcul.

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 1.1 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 doit inclure que les personnes n'ayant 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 dédupliqués 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

Thérapie antirétrovirale et soins. Dans : who.int [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://www.who.int/hiv/topics/treatment/fr>).

---

## 1.3 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. Le niveau de charge virale de référence en matière d'échec ou de succès thérapeutique est de 1 000 copies/mL conformément aux *Lignes directrices consolidées sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention des infections à VIH* (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2016). Les personnes présentant des résultats de test de charge virale en dessous du seuil devraient être prises en compte comme ayant des charges virales supprimées.

### Fondement

La suppression virale parmi les personnes vivant avec le VIH fournit un indicateur afin de surveiller les objectifs mondiaux au fil du temps et afin de comparer les avancées obtenues dans les pays pour ce qui est de mettre fin à l'épidémie de sida. Pris comme un pourcentage des personnes sous traitement (numérateur de l'indicateur 1.2), cet indicateur permet également d'évaluer le troisième et dernier « objectif 90 » de l'ONUSIDA : faire en sorte que 90 % des personnes sous traitement antirétroviral voient leur charge virale supprimée d'ici 2020.

### Numérateur

Nombre de personnes vivant avec le VIH dont la charge virale a été supprimée au cours de la période de référence ( $\leq 1\ 000$  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 l'atteinte du troisième objectif 90)

### 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 selon de larges données ventilées par 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

La suppression virale est définie comme  $< 1\ 000$  copies / mL. Pour les pays avec d'autres seuils (indétectables,  $< 50$  copies / mL ou  $< 400$  copies / mL), des preuves préliminaires provenant de plusieurs études suggèrent que la distribution de ceux présentant entre 50 copies / ml et moins de 1000 copies / ml est susceptible d'influencer les résultats, si bien qu'un ajustement supplémentaire est requis. C'est pourquoi, à partir de 2019, l'ONUSIDA recommande aux pays de s'adapter aux seuils de détections inférieurs. Pour cela, la formule suivante est appliquée :

$$y \left( \frac{6 - \log(1000)}{6 - \log(t_1)} \right)^{1.5}$$

Dans cet exemple,  $y$  désigne le niveau de suppression de la charge virale rapporté et  $t_1$  désigne l'autre seuil utilisé. Si nécessaire, cet ajustement sera appliqué automatiquement dans Spectrum ou dans l'outil de rapportage.

La suppression de la charge virale peut être mesurée à l'aide 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 indiquer le nombre estimé de personnes dont la charge virale est supprimée au cours de la période considérée lorsque les tests de suppression de la charge virale (c'est-à-dire le nombre de personnes ayant reçu des tests de routine parmi tous les patients sous traitement) représentent une couverture d'au moins 50 %.

Pour les pays qui déclarent que la couverture des tests de la charge virale est inférieure à 50 %, seul le nombre d'essais de charge virale de routine doit être signalé. Il n'est en règle générale pas possible d'estimer le pourcentage de personnes vivant avec le VIH ou en cours de traitement et qui ont une charge virale supprimée lorsque le test de la charge virale n'est pas fait en routine. Les pays souhaitant utiliser les données lorsque la couverture des tests de la charge virale est inférieure à 50 % doivent échanger avec l'ONUSIDA pour déterminer si le pourcentage de personnes dont la charge virale est supprimée parmi la population testée est similaire à celui de la population qui n'a pas accès aux tests.

Les pays sont invités à inclure uniquement les données des tests de routine, et non les données des tests ciblant les personnes sous traitement. Par exemple, les résultats d'une personne ne doivent pas être inclus lorsque les tests ont été effectués avant le début du traitement ou lorsque l'échec du traitement était suspecté. Si la charge virale est testée de façon répétée pour une personne au cours de l'année, seul le résultat du dernier test de routine doit être utilisé.

Pour les pays dans lesquels la couverture 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.



---

**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].

Lorsque la suppression de la charge virale chez la population non testée diffère de celle de la population testée, veuillez contacter l'ONUSIDA pour discuter des approches pour l'estimation de ce nombre.

**Pour le dénominateur.** Les sources à privilégier pour connaître le nombre de personnes vivant avec le VIH sont les modèles d'estimation tels que le logiciel Spectrum. 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 90, voir l'indicateur 1.2.

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

**Pour le numérateur.** 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 que certaines personnes qui ne suivent pas de traitement et qui suppriment naturellement le virus seront incluses. 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 du pays (ou un échantillon aléatoire de cliniques) ont rapporté des données concernant les indicateurs d'alerte précoces qui incluent au moins 70 % de la taille d'échantillon globale estimée parmi les cliniques échantillonnées ;

ou (b) si un échantillonnage pratique des cliniques a été utilisé, une statistique nationale agrégée peut être rapportée lorsque les données des cliniques échantillonnées incluent au moins 70 % de la population éligible dans le pays (voir page 8 de l'annexe concernant les indicateurs d'alerte précoces - conseils en matière d'échantillonnage) (1).

**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.

**Pour le dénominateur.** Les sources à privilégier pour connaître le nombre de personnes vivant avec le VIH sont les modèles d'estimation tels que le logiciel Spectrum. 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 90, voir l'indicateur 1.2.

---

### 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

Veuillez 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 90-90-90 peuvent être surestimés.

Un deuxième défi découlant des données de programme actuellement disponibles est que les tests de charge virale peuvent être effectués de manière sélective pour identifier d'éventuels échecs thérapeutiques. Les données fournies par les tests de charge virale chez les personnes soupçonnées d'échec thérapeutique sous-estimeront les niveaux de suppression de la charge virale. L'ONUSIDA recommande que les pays examinent de près les données rapportées pour exclure les tests 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 suppriment naturellement le virus ne seront pas incluses dans le numérateur. L'ONUSIDA étudie les données disponibles issues des cohortes et des enquêtes démographiques pour mieux quantifier et ajuster cette valeur finale lorsqu'il rend compte des progrès accomplis à l'échelle mondiale et régionale vers l'indicateur 1.4.

---

---

### Informations complémentaires

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

Lignes directrices unifiées relatives à l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH. Recommendations for a public health approach. 2<sup>e</sup> éd. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2016 (<http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en>).

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

Thérapie antirétrovirale et soins. Source : who.int [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé, c2019 (<http://www.who.int/hiv/topics/treatment/fr/>).

---

### Références

Lignes directrices unifiées sur le suivi des patients infectés par le VIH et la surveillance des cas selon une approche centrée sur la personne. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 ([https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/WHO\\_Consolidated\\_Guidelines\\_Annexes\\_2.4.6.pdf](https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/WHO_Consolidated_Guidelines_Annexes_2.4.6.pdf), consulté le 29 octobre 2019).

---

## 1.4 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/mm<sup>3</sup> et <350 cellules/mm<sup>3</sup> durant la période de référence

---

### Ce qui est mesuré

Personnes ayant reçu un diagnostic tardif du VIH

---

### Fondement

À mesure que les pays intensifient les services liés au VIH, il est important de déterminer si les patients sont diagnostiqués à un stade peu avancé et de savoir quel pourcentage de patients sont toujours diagnostiqués tardivement. 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 de personnes vivant avec le VIH dont la première numération des lymphocytes CD4 est <200 cellules/mm<sup>3</sup> durant la période de référence au moment du diagnostic
  2. Nombre de personnes vivant avec le VIH dont la première numération des lymphocytes CD4 est <350 cellules/mm<sup>3</sup> durant la période de référence au moment du diagnostic
- 

### Dénominateur

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

---

### Calcul

Numérateur/dénominateur

---

### Méthode d'évaluation

Les données proviennent des systèmes d'information des laboratoires et des dossiers des patients sous traitement. Les données peuvent être obtenues à partir des registres des services de santé, des formulaires de déclaration des nouveaux cas ou des systèmes d'information des laboratoires. Les personnes ayant fait l'objet d'une numération des lymphocytes CD4 ne doivent être incluses que lorsque le test a été effectué dans le mois suivant la date du diagnostic.

---

### 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
- 

### Explication du numérateur

Les personnes vivant avec le VIH dont le nombre initial de lymphocytes CD4 était inférieur à 200 cellules / mm<sup>3</sup> et les personnes vivant avec le VIH dont le nombre initial de lymphocytes CD4 était inférieur à 350 cellules / mm<sup>3</sup> au cours de la période considérée. Le rapportage sur le nombre de personnes ayant un nombre de lymphocytes CD4 inférieur à 350 cellules / mm<sup>3</sup> doit également inclure celles dont le nombre de lymphocytes CD4 est inférieur à 200 cellules / mm<sup>3</sup>.

---

### Explication du dénominateur

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

---

### Forces et faiblesses

Cet indicateur ne permet pas toujours de distinguer les personnes qui ont reçu un diagnostic tardif de celles qui ont tardé à se faire soigner dans un contexte où la numération des CD4 est disponible. Afin de les différencier, 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.

---

## 1.5 Rupture de stock de médicaments antirétroviraux

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

---

### Ce qui est mesuré

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

---

### Fondement

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

---

### Numérateur

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

---

### Dénominateur

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

---

### Calcul

Numerator/denominator

---

### Méthode d'évaluation

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

Cet indicateur nécessite les outils suivants :

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

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

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

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

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

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

---

### Fréquence de mesure

Annuelle

---

### Ventilation

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

---

### Informations complémentaires requises

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

---

---

### **Forces et faiblesses**

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

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

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

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

---

### **Informations complémentaires**

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

---

## 1.6 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

- Sexe
  - Âge (>5 ans, 5 à 14 ans et 15 ans et +)
- 

### Informations complémentaires requises

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

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

---

### Forces et faiblesses

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

Pour les pays qui n'ont pas de système efficace en place, l'estimation du nombre de décès dus au sida est un outil de suivi des programmes important, mais 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

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

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

---

## 1.7 Volume de dépistage et dépistage positif du VIH

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

---

### Ce qui est mesuré

Evolution dans le nombre de tests de dépistage réalisés et l'efficacité des services de dépistage du VIH (HTS) dans l'accès aux soins pour les personnes séropositives.

---

### 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'auto-dépistage 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 des programmes, les volumes de dépistage et le taux de positivité annuels sont enregistrés dans le modèle de l'ONUSIDA pour suivre les progrès accomplis au regard du premier objectif 90 (90 % de personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique). Ce modèle est principalement utilisé dans les pays dans lesquels les systèmes de surveillance des cas sont insuffisants et qui effectuent également des enquêtes nationales sur le VIH auprès de leurs populations (voir l'indicateur 1.1).

---

### Numérateur

Nombre de tests réalisés dont le résultat positif a été communiqué à une personne (dépistage positif)

---

### Dénominateur

Nombre de tests effectués dont les résultats ont été reçus par une 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 trousse d'autodépistage obtenus et distribués dans l'année calendaire (le cas échéant). On entend par trousse d'autodépistage obtenus le nombre total de trousse d'autodépistage achetés (et pas distribués ou utilisés) par le gouvernement national en une année, comprenant notamment les bailleurs de fonds. Les trousse de dépistage 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 trousse d'autodépistage distribués le nombre total de trousse d'autodépistage individuels ayant été distribués en une année. Il ne s'agit pas du nombre de personnes ayant subi un autotest ni du nombre total de personnes ayant reçu une trousse d'autodépistage (étant donné que les personnes peuvent recevoir plus d'une trousse). La ventilation par âge ou par sexe, ou des informations sur le dépistage positif ne sont pas requises pour les données relatives à l'obtention ou à la distribution de trousse 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 dépistage.
  - Déclarations des services de dépistage du VIH à l'échelle communautaire :
    - o Dépistage mobile (par exemple, camionnettes ou centres de dépistage temporaires).
    - o Centres CDV (en dehors d'un établissement de santé).
    - o Autre dépistage communautaire.
  - Dépistage dans les établissements de santé :
    - o Dépistage proposé par les professionnels de santé dans les cliniques et les services d'urgence.
    - o Cliniques prénatales (dont le travail et l'accouchement).
    - o Centres CDV (au sein d'un établissement de santé).
    - o Centres de planification familiale.
    - o Autre dépistage dans les établissements de santé.

**Remarque** : si le volume de dépistage et le dépistage positif ne peuvent être ventilés par modalité, veuillez déclarer les nombres totaux.

---

### Informations complémentaires requises

Veillez fournir des informations dans le champ de commentaires sur les campagnes nationales de dépistage ou sur les changements de stratégies de dépistage qui pourraient expliquer toute modification des volumes de dépistage par rapport aux années précédentes. Si des données relatives au dépistage complémentaire parmi les personnes séropositives et séronégatives sont disponibles, veuillez également les communiquer dans le champ de commentaires.

---

### Forces et faiblesses

Tous les pays ne disposent pas d'identifiants uniques ou de systèmes sous-jacents pour dédupliquer le dépistage complémentaire parmi les personnes. En conséquence, cet indicateur ne peut pas être directement comparé à la connaissance du statut (tel que mesuré dans l'indicateur 1.1). 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.

Compte tenu de l'évolution des systèmes d'information relative au VIH, il sera essentiel d'être en mesure de ventiler les tests par historique des dépistages précédents (comme les personnes n'ayant jamais été dépistées, les personnes dont le dernier résultat était séronégatif et les personnes qui connaissent déjà leur séropositivité et recherchent ou demandent un test de confirmation). Au cours des prochaines années, cet indicateur pourrait être étendu pour récolter cette information afin de mieux comprendre les schémas de dépistage et l'efficacité des différents services de dépistage du VIH.

---

### Informations complémentaires

Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/192750/9789242508758\\_fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/192750/9789242508758_fre.pdf?sequence=1)).

---



## 2.1 Diagnostic précoce chez les nourrissons

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

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

---

### Informations complémentaires

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 mère-enfant.

---

### Informations complémentaires

Progress reports on HIV. Dans : who.int [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<http://www.who.int/hiv/pub/progressreports/en>).

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

---

## 2.2 Transmission mère-enfant du VIH

Pourcentage estimé de nouvelles infections à VIH chez les enfants contaminés par leur mère parmi les femmes vivant avec le VIH ayant accouché 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 mère-enfant du VIH.

---

### Fondement

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

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

---

### Numérateur

Nombre estimé d'enfants ayant été nouvellement contaminés par le VIH dans le cadre de la transmission mère-enfant au cours des 12 derniers mois

---

### 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. Toutefois, ces programmes ne permettent généralement pas d'identifier l'infection chez les enfants nés de mères devenues séropositives au cours de l'allaitement ou de celles qui n'ont pas été identifiées comme vivant avec le VIH pendant les soins prénataux. Les estimations modélisées sont utilisées pour les rapports internationaux lorsque les résultats finaux à l'échelle de la population ne sont pas disponibles.

La probabilité de transmission mère-enfant varie en fonction du traitement antirétroviral administré et de la façon dont le nourrisson est alimenté. La transmission peut être calculée en utilisant Spectrum. Le programme informatique de ce logiciel utilise des données 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 proportion de femmes (et d'enfants, si option A) 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 (de 0 à 35 mois).
- Le pourcentage de femmes ne recevant **pas** de médicaments antirétroviraux ayant arrêté d'allaiter par âge de l'enfant en mois (de 0 à 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 mère-enfant du VIH en fonction des différentes catégories de traitements antirétroviraux et de la façon dont le nourrisson est alimenté.
- Le nombre estimé de femmes vivant avec le VIH ayant accouché par groupe d'âge.

L'estimation du taux de transmission national à l'échelle de la population est indiquée sur l'écran de synthèse de la PTME dans Spectrum. Cette variable peut également être calculée dans Spectrum en divisant le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants contaminés par leur mère par le nombre de femmes ayant besoin de services de prévention de la transmission mère-enfant.

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

1. Le suivi des paires mère-enfant pose des difficultés, en particulier à l'échelle nationale, en raison du délai entre la collecte des données et leur transmission, d'une part, et compte tenu du nombre de services médicaux auxquels les paires mère-enfant peuvent s'adresser sur une période donnée pour le large éventail des interventions de PTME et pédiatriques proposées d'autre part.
2. Les enfants (en particulier ceux vivant avec le VIH) peuvent 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 surestimerait la transmission mère-enfant. Cet indicateur dépend également de données de programmes, qui concernent généralement les médicaments antirétroviraux administrés et non consommés, ce qui présente un risque de sous-estimation de la transmission mère-enfant.

Il ne permet pas non plus de prendre en compte les efforts déployés pour baisser le risque de transmission mère-enfant 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

Publications on HIV monitoring and evaluation. Dans : who.int [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<http://www.who.int/hiv/pub/me/en/index.html>).

---

## 2.3 Prévention de la transmission mère-enfant du VIH

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

---

### Ce qui est mesuré

Progrès réalisés dans la prévention de la transmission mère-enfant 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 ou l'accouchement. Lorsqu'il est ventilé par schéma thérapeutique, il peut révéler un meilleur accès à des traitements antirétroviraux plus efficaces pour les femmes enceintes vivant avec le VIH. Étant donné que cet indicateur porte généralement sur les médicaments antirétroviraux dispensés, et non consommés, il est dans la plupart des cas impossible de déterminer l'observance du traitement.

---

### Fondement

Le risque de transmission mère-enfant peut être considérablement réduit en administrant des médicaments antirétroviraux avant la conception ou pendant la grossesse ou l'accouchement. Cette intervention est plus efficace si les médicaments antirétroviraux sont pris pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement, et si des pratiques optimales pour l'accouchement et l'alimentation de l'enfant sont mises en place. Cet indicateur peut être utilisé pour : (a) évaluer les progrès accomplis par rapport aux objectifs nationaux et internationaux d'élimination de la transmission mère-enfant ; (b) orienter la planification des politiques et stratégies ; (c) renforcer la sensibilisation ; et (d) mobiliser des ressources afin d'accélérer l'intensification. Étant donné que cet indicateur ne tient compte que des femmes ayant commencé à prendre des médicaments antirétroviraux, il ne permet pas d'évaluer la réussite du programme.

---

### Numérateur

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

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

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

---

### Informations complémentaires requises

Veuillez fournir des données sur les villes pour cet indicateur. Le formulaire de saisie des données comporte un espace permettant 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 à l'épidémie de sida d'ici 2030.

---

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

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

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

1. Traitement antirétroviral débuté pendant la grossesse en cours

### Spectrum

Option B+ : le traitement antirétroviral a débuté pendant la grossesse actuelle (réparti entre les femmes ayant commencé un traitement antirétroviral moins de quatre semaines avant l'accouchement et celles ayant commencé plus de quatre semaines avant l'accouchement)

2. Traitement antirétroviral débuté avant la grossesse en cours

Option B+ : traitement antirétroviral débuté avant la grossesse en cours

Où si vous avez choisi d'autres traitements, ceux-ci doivent être intégrés dans Spectrum dans les catégories suivantes :

- |  |   |
|--|---|
| 1. Prophylaxie maternelle basée sur la trithérapie antirétrovirale (composante prophylactique de l'option B de l'OMS pendant la grossesse et l'accouchement) | Option B : triple prophylaxie à partir de 14 semaines   |
| 2. AZT maternelle (composante prophylactique de l'option A de l'OMS au cours de la grossesse et de l'accouchement)   | Option A : AZT maternelle   |
| 3. Dose unique de névirapine (sd-NVP) administrée à la mère pendant la grossesse ou durant l'accouchement  | Dose unique de névirapine   |
| 4. Autre (généralement limité aux pays qui proposent encore l'AZT maternelle à un stade avancé de la grossesse)  | AZT maternelle, conformément aux directives de 2006 de l'OMS. Spectrum exige des données sur les précédents traitements. Cette catégorie est maintenue pour décrire les traitements administrés les années précédentes. |

---

#### Explication du dénominateur

Deux méthodes peuvent être utilisées pour estimer le dénominateur : un modèle d'estimation, comme Spectrum, en utilisant le résultat, c'est à dire le nombre de femmes enceintes ayant besoin de services de prévention de la transmission mère-enfant ; ou, si les estimations de Spectrum ne sont pas disponibles, en multipliant le nombre total de femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois (qui peut être obtenu à partir des estimations des naissances de l'agence nationale de statistique ou de la Division de la population de l'ONU ou des systèmes d'enregistrement des grossesses avec des données complètes) par la dernière estimation nationale de la prévalence du VIH chez les femmes enceintes (disponible à partir de la surveillance sentinelle du VIH dans les cliniques prénatales et des ajustements nécessaires liés à la couverture des enquêtes menées par ces cliniques).

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

---

#### Forces et faiblesses

Les pays sont encouragés à suivre et à rapporter le nombre de femmes recevant les différents schémas thérapeutiques afin que l'impact des médicaments antirétroviraux sur la transmission mère-enfant du VIH puisse être modélisé en fonction de leur efficacité. Si les pays ne disposent pas d'un système de collecte et de déclaration de ces données, ils doivent en établir un. Les pays doivent faire le nécessaire pour éliminer les doublons des systèmes de déclaration. Un déterminant essentiel de l'efficacité des schémas de transmission mère-enfant est de savoir si la charge virale des femmes est supprimée lorsque leurs enfants sont conçus. Il est donc essentiel que les registres de prévention de la transmission mère-enfant soient ventilés selon qu'une femme était déjà sous traitement antirétroviral ou non à son arrivée en clinique prénatale.

---

#### Informations complémentaires

La prévention de la transmission mère-enfant est un domaine d'intervention qui évolue rapidement, tout comme les méthodes employées pour évaluer l'accès à ce service. Pour plus d'informations, veuillez consulter :

Publications on mother-to-child transmission of HIV. Dans : who.int [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<http://www.who.int/hiv/pub/mctct/en>).

Publications on HIV monitoring and evaluation. Dans : who.int [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<http://www.who.int/hiv/pub/me/en/index.html>).

---

## 2.4 Syphilis chez les femmes enceintes

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

---

### Ce qui est mesuré

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

### Fondement

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

### Numérateur

- A. Nombre de femmes enceintes bénéficiant de services de soins prénataux qui ont été soumises à un test de dépistage de la syphilis
  - B. Nombre de femmes enceintes bénéficiant de services de consultations prénatales dont le test de dépistage de la syphilis s'est révélé positif
  - C. Nombre de femmes recevant des soins prénataux dont le test de dépistage de la syphilis s'est révélé positif qui ont reçu au moins une dose de pénicilline benzathine 2.4 mU par voie intramusculaire
- 

### Dénominateur

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

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

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

- B. L'infection à la syphilis peut être détectée au moyen de tests non tréponémiques (par ex. RPR ou VDRL), de tests tréponémiques (TPHA, TPPA, EIA ou différents tests rapides disponibles) ou, dans l'idéal, d'une combinaison des deux. Un test non tréponémique réactif, en particulier si le titre est élevé, indique une infection active, tandis qu'un test tréponémique positif peut révéler une ancienne infection, même si elle a été traitée avec succès. Pour les besoins de cet indicateur (conçu pour mesurer la séropositivité), il est acceptable de s'appuyer sur un seul test pour déclarer un diagnostic positif. Si des résultats de tests tréponémiques et non tréponémiques sont disponibles pour un même patient, on considère que ce patient est atteint par la syphilis si les résultats des deux tests sont positifs.

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

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

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

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

---



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

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

---

#### Fréquence de mesure

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

---

#### Ventilation

- A. Testée lors d'une des visites, testée lors de la première visite
- B. Âge (15 à 24 ans et 25+ ans)
- C. Aucune
- 

#### Informations complémentaires requises

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

---

#### Forces et faiblesses

- A. Les pays peuvent également juger bon de déterminer à combien de semaines de grossesse chaque femme fait l'objet d'un dépistage. La prévention de la syphilis congénitale nécessite un dépistage en début de grossesse car les mortinaissances peuvent survenir au second trimestre. Savoir que les femmes sont dépistées à un stade avancé de leur grossesse indique qu'elles n'accèdent pas rapidement aux services de consultations prénatales ou que le dépistage n'est pas réalisé en début de grossesse.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

À l'échelle locale. Identifier les domaines qui ont besoin de ressources supplémentaires ou d'une aide à la mise en œuvre des programmes.

À tous les niveaux. Utilisation des connaissances sur les politiques et pratiques de traitement pour interpréter l'évolution des traitements.

---

#### Informations complémentaires

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

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

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

---

## 2.5 Taux de syphilis congénitale (naissances vivantes et mortinaissances)

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

---

### Ce qui est mesuré

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

---

### Fondement

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

---

### Numérateur

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

---

### Dénominateur

Nombre de naissances vivantes

---

### Calcul

Numérateur/dénominateur

---

### Méthode d'évaluation

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

---

### Fréquence de mesure

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

---

### Ventilation

Aucune

---

### Informations complémentaires requises

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

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

---

### Forces et faiblesses

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

Lorsqu'ils communiquent des données sur la syphilis, il est important que les pays indiquent dans quelle mesure elles sont jugées représentatives de la population nationale. Si un pays n'est pas en mesure de renseigner le dénominateur, l'OMS utilisera celui de la Division de la population des Nations Unies.

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

---

### Informations complémentaires

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

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

---

## 2.6 Dépistage du VIH chez les femmes enceintes

Pourcentage de femmes enceintes dont le statut sérologique VIH est connu

---

### Ce qui est mesuré

Couverture de la première étape de la prévention de la transmission mère-enfant. 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 mère-enfant dans les établissements de santé.

---

### Fondement

Le risque de transmission mère-enfant 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 mère-enfant ; (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 de 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 de 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-dessus 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.

- Villes (facultatif).
  - Femmes enceintes qui s'injectent des drogues.
-

---

**Informations complémentaires requises**

Analyser les tendances au fil du temps. Si des données ventilées sont disponibles par région, voir 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.

Veillez fournir des données sur les villes pour cet indicateur. Le formulaire de saisie des données comporte un espace permettant 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 à l'épidémie de sida d'ici 2030.

---

**Forces et faiblesses**

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

---

**Informations complémentaires**

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

---

### 3.1 Incidence du VIH

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

---

#### Ce qui est mesuré

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

---

#### Fondement

L'objectif final de la lutte mondiale contre le sida est de réduire le nombre de nouvelles infections à moins de 200 000 en 2030. Suivre l'évolution du nombre de nouvelles infections dans le temps permet de mesurer les progrès accomplis par rapport à cet objectif. Cet indicateur est l'un des 10 indicateurs mondiaux figurant dans les Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques de l'OMS.

---

#### Numérateur

Nombre de nouvelles infections pendant la période de référence

---

#### Dénominateur

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

---

#### Calcul

Taux : (Numérateur x 1000) / dénominateur

---

#### Méthode d'évaluation

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

#### Informations complémentaires requises

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

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

Veuillez fournir des données sur les villes pour cet indicateur. Le formulaire de saisie des données comporte un espace prévu afin de fournir des informations concernant la capitale et une ou deux autres villes importantes d'un point de vue épidémiologique, 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 dans le secteur de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164716/1/9789241508759\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164716/1/9789241508759_eng.pdf?ua=1)).

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

---

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

---

### Ce qui est mesuré

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

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

### Fondement

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

---

### Numérateur

Ne s'applique pas

---

### Dénominateur

Ne s'applique pas

---

### Calcul

Ne s'applique pas

---

### Méthode d'évaluation

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

---

### Fréquence de mesure

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

---

### Ventilation

- Par population clé définie (les professionnels du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues, les personnes transgenres, les prisonniers).
  - Estimer les tailles de population par âge ou sexe se révèle généralement peu pratique. Néanmoins, si une étude mesure la population féminine qui s'injecte des drogues ou les travailleurs masculins du sexe, par exemple, l'évaluation de la taille doit être intégrée.
  - Villes ou autres zones administratives d'importance
- 

### Informations complémentaires requises

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

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

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

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

---

### 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 ([http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/final\\_estimating\\_populations\\_en.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/final_estimating_populations_en.pdf)).

---

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

Pourcentage de populations clés spécifiques vivant avec le VIH

Cet indicateur est subdivisé en cinq sous indicateurs :

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

---

#### Ce qui est mesuré

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

---

#### Fondement

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

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

---

#### Numérateur

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

---

#### Dénominateur

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

---

#### Calcul

Numérateur/dénominateur

---

#### Méthode d'évaluation

**A–D.** Groupe de travail OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH/ sida et des IST. Lignes directrices relatives aux populations les plus exposées au VIH. Genève : Organisation mondiale de la santé, UNUSIDA ; 2011.

Cet indicateur est calculé à l'aide des données rassemblées lors de tests de dépistage du VIH pratiqués parmi des personnes interrogées sur des sites sentinelles ou des participants à des enquêtes comportementales.

Les sites de surveillance sentinelle utilisés pour mesurer cet indicateur doivent rester les mêmes afin de permettre un suivi cohérent dans le temps.

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

---

#### Fréquence de mesure

Annuelle

---

#### Ventilation

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

#### Informations complémentaires requises

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

---



---

### Forces et faiblesses

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

Si des évaluations de la prévalence sont disponibles, ventilées sous la forme « supérieur ou inférieur à un an » en tant que professionnel du sexe, un an d'activité sexuelle avec d'autres hommes ou un an de consommation de drogues injectables, les pays sont fortement invités à intégrer cette ventilation des données dans leur rapport 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, veillez à ce que cela soit repris dans les interprétations correspondantes.

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

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

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

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

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

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

Dans des contextes 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 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/sub\\_landing/files/20110518\\_Surveillance\\_among\\_most\\_at\\_risk.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf)).

Directives opérationnelles pour le suivi et l'évaluation des programmes sur le VIH auprès des professionnels du sexe, des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des personnes transgenres. Chapel Hill (NC) : MEASURE Evaluation, 2011 (<http://www.cpc.unc.edu/measurement/publications/ms-11-49a>).

---

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

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

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

#### Numérateur

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

ou

Le répondant déclare avoir subi un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et avoir reçu un résultat 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	Indéterminé
Quand a eu lieu votre dernier test de dépistage du 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 de 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
  - c. Indéterminé

---

### Fréquence de mesure

Annuelle

---

### Ventilation

**A, C et D** : genre (homme, femme, transgenre).

**A-D** : âge (< 25 et 25 ans et plus)

**A-D** : villes ou autres zones administratives d'importance.

---

### Informations complémentaires requises

Si des données infranationales sont disponibles, veuillez indiquer les données ventilées par zone administrative, ville ou site dans l'espace prévu à cet effet. Vous devez également présenter la version numérique des rapports d'enquête 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 doivent connaître leur statut sérologique et suivre les étapes pour bénéficier de la prévention et des traitements associés afin d'éviter la transmission du virus. Les programmes nationaux visent à ce que 90 % des personnes vivant avec le VIH aient connaissance de leur statut sérologique. La révision de cet indicateur renforce sa signification, en apportant une évaluation plus appropriée des progrès en veillant à ce que les personnes touchées par l'épidémie du VIH fassent l'objet d'un dépistage. En utilisant la période de référence de 12 mois, l'indicateur de dépistage précédent n'a pas pris en compte les personnes vivant avec le VIH depuis longtemps. La nouvelle formule corrige cet aspect.

Dans la mesure où elle n'est pas encore totalement intégrée dans de nombreuses enquêtes, les résultats des données seront limités à court terme. Les participants aux enquêtes ne souhaiteront peut-être pas répondre précisément aux questions sur leur statut sérologique, entraînant une sous-estimation de la couverture de dépistage parmi les personnes vivant avec le VIH.

---

### Informations complémentaires

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://www.who.int/hiv/pub/guidelines/biobehavioral-hiv-survey/fr/>).

---

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

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

Cet indicateur est divisé en cinq sous indicateurs :

- A. Couverture du traitement antirétroviral parmi les professionnels du sexe vivant avec le VIH
- B. Couverture du traitement antirétroviral parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant avec le VIH
- C. Couverture du traitement antirétroviral parmi les personnes qui s'injectent des drogues vivant avec le VIH
- D. Couverture du traitement antirétroviral parmi les personnes transgenres vivant avec le VIH
- E. Couverture du traitement antirétroviral parmi les prisonniers vivant avec le VIH

---

#### Ce qui est mesuré

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

---

#### Fondement

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

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

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

---

#### Numérateur

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

---

#### Dénominateur

Nombre de participants à l'enquête vivant avec le VIH

---

#### Calcul

Numérateur/dénominateur

---

#### Méthode d'évaluation

Enquêtes biocomportementales

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

---

#### Fréquence de mesure

Annuelle

---

#### Ventilation

A, C, D et E : Sexe (homme, femme, transgenre)

A-E : Âge (<25 et 25 ans)

A-E: Villes et autres zones administratives d'importance

---

#### Informations complémentaires requises

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

---

#### Forces et faiblesses

Il s'agit d'un nouvel indicateur qui reconnaît l'importance du traitement antirétroviral et la nécessité d'un accès équitable à ces services. Ce point n'a pas fait partie des questions 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 données concernant la distribution du traitement permettent de mesurer le second des objectifs 90-90-90 et fournissent des informations afin de plaider en faveur d'un accès aux soins équitable pour l'ensemble des communautés de populations clés.

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

---

---

**Informations complémentaires**

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

Outils pour établir et suivre les objectifs de prévention du VIH, de diagnostic, de traitement et de soins auprès des populations clés : complément des directives unifiées de 2014 sur la prévention du VIH, le diagnostic, le traitement et les soins auprès des populations clés. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/kpp-monitoring-tools/en>).

---

## 3.6A Utilisation du préservatif parmi les 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 soumettre 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 et plus)
  - Villes ou autres zones administratives d'importance
- 

### Informations complémentaires requises

Si des données infranationales sont disponibles, veuillez indiquer les données ventilées par zone administrative, ville ou site dans l'espace prévu à cet effet. Vous devez également présenter la version numérique des 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 surestimerait 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.

Dans les précédentes séries de rapports, plusieurs pays ont communiqué l'utilisation du préservatif chez les sous-populations de femmes transgenres dans la section dédiée aux observations de l'outil en ligne du suivi mondial de la lutte contre le sida. Cela démontre que l'information peut être obtenue dans différents contextes.

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

---

---

### Informations complémentaires

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://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/176015/9789242506181\\_fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/176015/9789242506181_fre.pdf?sequence=1)).

Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/192750/9789242508758\\_fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/192750/9789242508758_fre.pdf?sequence=1)).

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://www.who.int/hiv/pub/guidelines/biobehavioral-hiv-survey/fr/>).

---

## 3.6B Utilisation du préservatif parmi les 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 sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Dans ce cas, il convient de calculer et de soumettre l'indicateur pour cette population.

---

### Numérateur

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

---

### Dénominateur

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

---

### Calcul

Numérateur/dénominateur

---

### Méthode d'évaluation

Enquêtes de surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques

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

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

L'identité des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les informations recueillies auprès d'eux doivent rester confidentielles.

---

### Fréquence de mesure

Tous les deux ans

---

### Ventilation

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

### Informations complémentaires requises

Si des données infranationales sont disponibles, veuillez indiquer les données ventilées par zone administrative, ville ou site dans l'espace prévu à cet effet. Vous devez également présenter la version numérique des 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 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>).

Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/192750/9789242508758\\_fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/192750/9789242508758_fre.pdf?sequence=1)).

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://www.who.int/hiv/pub/guidelines/biobehavioral-hiv-survey/fr/>).

---

### 3.6C 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 soumettre 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(e) 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 et plus).
  - Villes ou autres zones administratives d'importance.
- 

#### Informations complémentaires requises

Si des données infranationales sont disponibles, veuillez indiquer les données ventilées par zone administrative, ville ou site dans l'espace prévu à cet effet. Vous devez également présenter la version numérique des 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'ampleur 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 sexuelles et d'utilisation du préservatif parmi les personnes qui s'injectent des drogues, d'une part, et entre celles-ci et l'ensemble de la population, d'autre part. Cet indicateur fournit des informations sur le troisième de ces facteurs. Afin de maximiser l'utilité de ces données, il est recommandé que l'échantillon ayant servi au calcul de cet indicateur soit également utilisé pour le calcul des autres indicateurs se rapportant à ces populations.

---

---

**Informations complémentaires**

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/sites/default/files/INDUIT%20French%208MB.pdf>).

Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/192750/9789242508758\\_fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/192750/9789242508758_fre.pdf?sequence=1)).

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://www.who.int/hiv/pub/guidelines/biobehavioral-hiv-survey/fr/>).

---

### 3.6D 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 soumettre 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 ou femme transgenres)
  - Âge (< 25 et 25 ans et plus)
  - Villes
- 

#### Informations complémentaires requises

Si des données infranationales sont disponibles, veuillez indiquer les données ventilées par zone administrative, ville ou site dans l'espace prévu à cet effet. Vous devez également présenter la version numérique des 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 des deux sexes (y compris des partenaires transgenres), il convient de les interroger sur l'utilisation d'un préservatif avec leurs partenaires féminins, masculins et transgenres. Dans ce cas, les données sur l'utilisation du préservatif doivent toujours être ventilées selon le partenaire (féminin, masculin ou transgenre).

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

Dans les précédentes séries de rapports, plusieurs pays ont communiqué l'utilisation du préservatif chez les sous-populations de femmes transgenres dans la section dédiée aux observations de l'outil en ligne du suivi mondial de la lutte contre le sida. Cela démontre que l'information peut être obtenue dans différents contextes.

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

---

---

**Informations complémentaires**

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>).

Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/192750/9789242508758\\_fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/192750/9789242508758_fre.pdf?sequence=1)).

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://www.who.int/hiv/pub/guidelines/biobehavioral-hiv-survey/fr/>).

---

### 3.7 Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les populations clés (A-D)

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

Cet indicateur est divisé en quatre sous-indicateurs :

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

Chaque sous-indicateur est divisé en deux parties. *Veillez fournir des informations pour les deux parties. Les enquêtes et les données de programmes sont considérées comme complémentaires.*

#### PREMIÈRE PARTIE : Enquêtes de surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques

---

##### Ce qui est mesuré

Personnes au sein des populations clés ayant 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) ?
  - Au cours des trois derniers mois, avez-vous effectué un test de dépistage des infections sexuellement transmissibles ? (Professionnels du sexe, personnes transgenres et hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes)
  - Vous a-t-on remis des aiguilles ou seringues stériles neuves au cours des trois derniers mois ? (Personnes qui s'injectent des drogues)
- 

##### Fréquence de mesure

Annuelle

---

##### Ventilation

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

##### 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

Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Complément aux lignes directrices unifiées de 2014 pour la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1)).

Directives opérationnelles pour le suivi et l'évaluation des programmes sur le VIH auprès des personnes qui s'injectent des drogues. Dans : MEASURE Evaluation [Internet]. Chapel Hill (NC) : MEASURE Evaluation, 2019 (<https://www.measureevaluation.org/resources/tools/hiv-aids/operational-guidelines-for-m-e-of-hiv-programmes-for-people-who-inject-drugs>).

---

## DEUXIÈME PARTIE : Données de programmes

---

### Ce qui est mesuré

- Personnes parmi les populations clés couvertes par les interventions de prévention du VIH destinées à cette population
- 

### 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 parmi une population clé couvertes par les interventions de prévention du VIH destinées à cette population visée

---

### Dénominateur

Nombre de personnes au sein d'une population clé

---

### Calcul

Numérateur/dénominateur

---

### Méthode d'évaluation

*Pour le numérateur* : Nombre de personnes parmi une population clé couvertes par les interventions individuelles de prévention du VIH destinées à cette population **et ce qui suit** :

- Pour les professionnels du sexe, les hommes homosexuels, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transgenres : nombre de préservatifs et lubrifiants distribués.
- Pour les personnes qui s'injectent des drogues : nombre d'aiguilles ou de seringues distribuées.

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

*Pour le dénominateur* : estimation quantitative de la population validée

---

### Fréquence de mesure

Annuelle

---

### Ventilation

Type de prestataires (secteur public, organisations dirigées par des populations clés ou autres entités, comme les organisations privées à but lucratif et à but non lucratif, parmi lesquelles les organisations confessionnelles et les organisations non gouvernementales internationales). Pour plus d'informations, reportez-vous à la page 32.

---

### Forces et faiblesses

Les données de programmes donnent une indication de la mesure dans laquelle les programmes proposent des services à l'échelle nationale. Bien qu'elles reflètent un engagement national à fournir des services aux communautés des populations clés spécifiées, elles ne donnent pas une bonne indication des personnes servies et les données ne peuvent généralement pas être dupliquées. Par ailleurs, l'analyse de deux ensembles de données de programmes distincts ne peut être envisagée que d'un point de vue écologique. Autrement dit, on connaît le nombre de personnes touchées par les programmes et le nombre de préservatifs fournis grâce aux programmes, mais l'on ne peut pas savoir qui, parmi les personnes touchées, a obtenu des préservatifs.

---

### Informations complémentaires requises

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

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

Veuillez indiquer le nombre d'agents de proximité actifs au moment de la déclaration pour chaque population clé.

---

### Informations complémentaires

Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations: supplement to the 2014 consolidated guidelines for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1)).

Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for People who Inject Drugs. Dans : MEASURE Evaluation [Internet]. Chapel Hill (NC) : MEASURE Evaluation, 2019 (<https://www.measureevaluation.org/resources/tools/hiv-aids/operational-guidelines-for-m-e-of-hiv-programmes-for-people-who-inject-drugs>).

---

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

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

### Ce qui est mesuré

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

### Fondement

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

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

### Numérateur

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

### Dénominateur

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

### Calcul

Numérateur/dénominateur

### Méthode d'évaluation

Enquêtes de surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques Les questions suivantes sont posées aux personnes interrogées :

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

Si oui :

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

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

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

### Fréquence de mesure

Tous les deux ans

### Ventilation

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

### Informations complémentaires requises

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

### Forces et faiblesses

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

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



---

### Informations complémentaires

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

Un cadre pour le suivi et l'évaluation des programmes de prévention du VIH auprès des populations les plus exposées. Genève : ONUSIDA, 2007 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/sub\\_landing/files/17\\_Framework\\_ME\\_Prevention\\_Prog\\_MARP\\_E.pdf](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](http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306_Prevention_Guidelines_Towards_Universal_Access_en.pdf)).

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

ONUSIDA, OMS, Measure Evaluation, CDC, USAID, ICASO, ONUDC. Directives opérationnelles pour le suivi et l'évaluation des programmes sur le VIH auprès des professionnels du sexe, des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des personnes transgenres. <https://www.measureevaluation.org/resources/tools/hiv-aids/operational-guidelines-for-monitoring-and-evaluation-of-hiv-programmes-for-sex-workers-men-who-have-sex-with-men-and-transgender-people/operational-guidelines-for-monitoring-and-evaluation-of-hiv-programmes-for-sex-workers-men-who-have-sex-with-men-and-transgender-people>

---

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

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

---

#### Ce qui est mesuré

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

---

#### Fondement

La consommation de drogues injectables est le principal mode de transmission du VIH et représente environ 12 % des infections à VIH dans le monde. La prévention de la transmission du VIH par la consommation de drogues injectables est l'un des défis clés à relever pour réduire le poids du VIH.

Les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues constituent l'un des neuf axes d'intervention de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et de l'ONUSIDA pour la prévention, le traitement et les soins liés au VIH auprès des personnes qui s'injectent des drogues.

Ces programmes ont l'impact le plus important sur la prévention du VIH chez les personnes qui s'injectent des drogues. De nombreuses observations scientifiques attestent leur efficacité dans la prévention de la propagation du VIH.

---

#### Numérateur

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

---

#### Dénominateur

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

---

#### Calcul

Numérateur/dénominateur

---

#### Méthode d'évaluation

*Pour le numérateur* : Données de programmes utilisées pour compter le nombre d'aiguilles et de seringues distribuées.

*Pour le dénominateur* : Nombre estimé de personnes qui s'injectent des drogues dans le pays

---

#### Fréquence de mesure

Tous les deux ans

---

#### Ventilation

- Type de prestataires (secteur public, organisations dirigées par des populations clés ou autres entités, comme les organisations privées à but lucratif et à but non lucratif, parmi lesquelles les organisations confessionnelles et les organisations non gouvernementales internationales). Pour plus d'informations, reportez-vous à la page 32.
- Villes ou autres zones administratives d'importance.

---

#### Informations complémentaires requises

Si des données infranationales sont disponibles, veuillez indiquer les données ventilées par zone administrative, ville ou site dans l'espace prévu à cet effet. Vous devez également présenter la version numérique des rapports d'enquête disponibles 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 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'ONUDC publie des estimations du nombre 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 dédiée 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 à 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

Cet indicateur est parfaitement décrit dans la publication suivante : Organisation mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, ONUSIDA. Guide technique pour la définition d'objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2012 ([https://www.who.int/hiv/pub/idu/idu\\_target\\_setting\\_guide\\_fr.pdf](https://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide_fr.pdf)).

Needle and syringe programmes, dans : who.int [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<http://www.who.int/hiv/topics/idu/needles/en/index.html>).

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

Groupe de travail de l'OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST. Lignes directrices relatives à l'estimation de la taille des populations les plus exposées au VIH. Genève : Organisation mondiale de la Santé et ONUSIDA, 2010 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44599/9789242599589\\_fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44599/9789242599589_fre.pdf?sequence=1)).

Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/192750/9789242508758\\_fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/192750/9789242508758_fre.pdf?sequence=1)).

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://www.who.int/hiv/pub/guidelines/biobehavioral-hiv-survey/fr/>).

---

### 3.10 Couverture du traitement de substitution aux opiacés

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

---

#### Ce qui est mesuré

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

---

#### Fondement

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

---

#### Numérateur

Nombre de personnes qui s'injectent des drogues et sont sous TSO à une date donnée

---

#### Dénominateur

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

---

#### Calcul

Numérateur/dénominateur

---

#### Méthode d'évaluation

*Pour le numérateur* : données de programmes, par exemple les registres de traitement de substitution aux opiacés.

*Pour le dénominateur* : estimations quantitatives du nombre de personnes qui consomment des opioïdes ou des drogues injectables.

Les enquêtes bio comportementales peuvent recueillir ces informations, mais sont souvent faussées par un critère d'inclusion imposant d'être un « injecteur actuel », alors que les personnes sous TSO ne « devraient » plus s'injecter de drogues.

---

#### Fréquence de mesure

Annuelle

---

#### Ventilation

- Genre (homme, femme, transgenre)
- Âge (< 25 et 25 ans et plus)
- Type de prestataires (secteur public, organisations dirigées par des populations clés ou autres entités, comme les organisations privées à but lucratif et à but non lucratif, parmi lesquelles les organisations confessionnelles et les organisations non gouvernementales internationales). Pour plus d'informations, reportez-vous à la page 32.
- Villes ou autres zones administratives d'importance.

---

#### Informations complémentaires requises

Si des données infranationales sont disponibles, veuillez indiquer les données ventilées 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. Vous devez également présenter la version numérique des rapports d'enquête disponibles en utilisant l'outil de téléchargement.

---

#### Forces et faiblesses

L'estimation quantitative de la population utilisée pour le dénominateur doit être appropriée pour le numérateur : les personnes suivant un traitement de substitution aux opiacés ne s'injectent pas toutes des drogues et les personnes qui s'injectent des drogues ne consomment pas toutes des opioïdes ou n'y sont pas toutes dépendantes.

---

#### Informations complémentaires

Organisation mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, ONUSIDA. Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2012 ([http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets\\_universal\\_access/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/index.html)).

Pour voir une liste complète d'indicateurs mondialement reconnus pour les personnes qui s'injectent des drogues, veuillez consulter le lien suivant :

VIH et consommation de drogues par injection. Dans : who.int [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2016 (<https://www.who.int/hiv/topics/idu/fr/>).

---

### 3.11 Syphilis active parmi les professionnels du sexe

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

---

#### Ce qui est mesuré

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

---

#### Fondement

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

---

#### Numérateur

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

---

#### Dénominateur

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

---

#### Calcul

Numérateur/dénominateur

---

#### Méthode d'évaluation

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

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

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

---

#### Ventilation

Sexe (homme, femme, transgenre)

---

#### Forces et faiblesses

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

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

---

#### Informations complémentaires

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

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

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

---

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

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

---

### Ce qui est mesuré

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

---

### Fondement

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

---

### Numérateur

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

---

### Dénominateur

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

---

### Calcul

Numérateur/dénominateur

---

### Méthode d'évaluation

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

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

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

---

### Ventilation

Aucune

---

### Forces et faiblesses

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

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

---

### Informations complémentaires

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

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

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

---

### 3.13 Programmes de prévention du VIH dans les prisons

#### Programmes de prévention et de traitement du VIH proposés 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 détenus présentant une hépatite C ou une co-infection par le VIH et le virus de l'hépatite C

Nombre ou pourcentage de détenus présentant une tuberculose ou une co-infection VIH-TB

---

##### Dénominateur

Ne s'applique pas

---

##### Calcul

Ne s'applique pas

---

##### Méthode d'évaluation

Données des programmes réguliers

---

##### Fréquence de mesure

Annuelle

---

##### Ventilation

Aucune

---

##### Informations complémentaires requises

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

---

##### Forces et faiblesses

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

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

---

##### Informations complémentaires

ONUDC, OIT, PNUD, OMS, ONUSIDA. Prévention du VIH, traitement et soins dans les prises en charge et autres espaces fermés : des mesures d'interventions complètes Vienne : ONUDC, 2013

---

### 3.14 Hépatite virale parmi les populations clés

Prévalence de l'hépatite et de la co-infection par le VIH parmi les populations clés

---

#### Ce qui est mesuré

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

---

#### Fondement

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

---

#### Numérateur

Nombre de personnes au sein d'une population clé qui ont fait l'objet d'un test de détection d'anticorps contre le virus de l'hépatite C s'étant révélé positif

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

et

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

---

#### Dénominateur

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

---

#### Calcul

Numérateur/dénominateur

---

#### Méthode d'évaluation

Enquête de surveillance biologique et comportementale intégrée

---

#### Fréquence de mesure

Tous les deux ans

---

#### Ventilation

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

#### Informations complémentaires requises

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

---

#### Forces et faiblesses

En ce qui concerne la co-infection VIH-hépatite C ou VIH-hépatite B parmi les populations clés, on ne trouve généralement pas d'estimations effectuées à partir de probabilités, bien que des tests de dépistage d'anticorps contre l'hépatite aient été réalisés dans le cadre de plusieurs études bio comportementales. Une meilleure connaissance de la co-infection contribuera à améliorer les programmes de traitement et à augmenter les chances de survie des populations touchées. Le nombre de personnes 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 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/biobehavioral-hiv-survey/fr/>)

---



### 3.15 Personnes recevant un traitement prophylactique préexposition

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

---

#### Ce qui est mesuré

Progrès accomplis dans l'intensification de la PrEP et la réalisation de l'objectif d'accélération afin d'atteindre trois millions de personnes recevant un traitement PrEP d'ici 2020.

---

#### Fondement

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

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

L'OMS recommande que la PrEP 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. L'OMS définit provisoirement un risque important d'infection à VIH comme étant une incidence du VIH d'environ 3/100 personnes-années ou plus en l'absence de PrEP. La mise en œuvre doit être éclairée par des informations locales, y compris le contexte ou les tendances épidémiologiques, la faisabilité et la demande, ainsi que l'évaluation et l'examen de l'environnement local des personnes vivant avec le VIH et des populations clés dans le but de protéger leur sécurité. Les critères de mise en œuvre peuvent varier selon les pays.

---

#### Numérateur

Nombre de personnes qui ont reçu un traitement PrEP par voie orale au moins une fois pendant la période de référence

---

#### Dénominateur

Ne s'applique pas

---

#### Calcul

Ne s'applique pas

---

#### Méthode d'évaluation

Le numérateur est généré en comptant le nombre de personnes qui ont reçu un traitement PrEP par voie orale (au moins une fois au cours de la période de référence (année civile précédente), conformément aux directives nationales ou aux normes OMS/ONUSIDA. Le numérateur ne devrait compter les individus qu'une seule fois - la première fois qu'ils ont reçu un traitement 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, de recherche ou par des moyens privés, mais qui suivent les normes de l'OMS / ONUSIDA, doivent être incluses.

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

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

---

#### Fréquence de mesure

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

---

#### Ventilation

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

#### Informations complémentaires requises

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

---

#### Forces et faiblesses

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

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

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

---

---

**Informations complémentaires**

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

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

---

## Indicateurs sur la circoncision masculine

Les indicateurs 3.16 et 3.17 ne sont requis que dans 16 pays où la prévalence du VIH est élevée, les circoncisions masculines faibles et les épidémies hétérosexuelles généralisées : Afrique du Sud, Botswana, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, République centrafricaine, Rwanda, Soudan du Sud, Swaziland, Ouganda, République unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

### 3.16 Prévalence de la circoncision masculine

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

---

#### Ce qui est mesuré

Progrès réalisés dans la couverture de la circoncision masculine

---

#### Fondement

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

---

#### Numérateur

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

---

#### Dénominateur

Nombre d'hommes interrogés âgés de 15 à 49 ans

---

#### Calcul

Numérateur/dénominateur

---

#### Méthode d'évaluation

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

---

#### Fréquence de mesure

Tous les 3 à 5 ans

---

#### Ventilation

- Âge (15-19, 20-24 et 25-49)
  - Source/Praticien ayant réalisé la circoncision : système de santé officiel ou traditionnel
  - Villes et autres zones administratives d'importance
- 

#### Informations complémentaires requises

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

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

---

#### Informations complémentaires

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

---

### 3.17 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. Dans leurs recommandations, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'ONUSIDA soulignent que la circoncision masculine constitue une intervention efficace dans la prévention du VIH dans les pays et les régions touchés par des épidémies chez les personnes hétérosexuelles où la prévalence du VIH est élevée.

---

#### 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 de programmes, système d'information sanitaire

---

#### Fréquence de mesure

Annuelle

---

#### Ventilation

- Âge (< 1, 1-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 25-49 et 50 ans et plus).
  - Villes ou autres zones administratives d'importance.
- 

#### Informations complémentaires requises

Veillez fournir des données sur les villes pour cet indicateur. Le formulaire de saisie des données comporte un espace permettant 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 celles qui se sont engagées à mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030.

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**

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

---

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

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

---

#### Ce qui est mesuré

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

---

#### Fondement

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

---

#### Numérateur

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

---

#### Dénominateur

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

---

#### Calcul

Numérateur/dénominateur

---

#### Méthode d'évaluation

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

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

---

#### Fréquence de mesure

Tous les 3 à 5 ans

---

#### Ventilation

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

#### Forces et faiblesses

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

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

---

#### Informations complémentaires

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

---

### 3.19 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

Ne s'applique pas.

Ne s'applique pas.

---

#### Calcul

Ne s'applique pas.

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).
- Villes ou autres zones administratives d'importance.

---

#### Informations complémentaires requises

Veillez fournir des données sur les villes pour cet indicateur. Le formulaire de saisie des données comporte un espace permettant 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 celles qui se sont engagées à mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030.

---

#### 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 à 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://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702\\_condoms\\_prevention](https://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702_condoms_prevention)).

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>).

---



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

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

### Ce qui est mesuré

Progrès dans la réduction des attitudes et des politiques discriminatoires

### Fondement

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

### Numérateur

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

### Dénominateur

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

### Calcul

Numérateur/dénominateur

### Méthode d'évaluation

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

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

### Fréquence de mesure

Tous les 3 à 5 ans

### Ventilation

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

### 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](http://www.stigmaindex.org)) et de comparer les résultats obtenus avec les données de l'indicateur couvrant les attitudes discriminatoires.

---

### Informations complémentaires

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

Stangl A, Brady L, Fritz K. Document technique : mesure de la stigmatisation et de la discrimination liée au VIH. STRIVE. Washington DC et Londres : International Center for Research on Women et London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2012 ([http://strive.lshtm.ac.uk/system/files/attachments/STRIVE\\_stigma%20brief-A4.pdf](http://strive.lshtm.ac.uk/system/files/attachments/STRIVE_stigma%20brief-A4.pdf)).

Stangl A, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *J Int AIDS Soc.* 2013 ; 16 (3 Suppl 2) (<http://www.jiasociety.org/index.php/jias/issue/view/1464>).

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

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

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

---

## 4.2 Évitement des services de santé parmi les populations clés en raison de la stigmatisation et de la discrimination (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 santé par les professionnel(le)s du sexe en raison de la stigmatisation et de la discrimination
- B. Évitement des services de santé par les 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 des 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 constitue une violation des droits de l'homme ; elle est prohibée par la législation internationale sur les droits de l'homme et par la plupart des constitutions nationales. Dans le contexte du VIH, la discrimination désigne un traitement injuste ou inique à l'égard d'une personne (soit par actions ou par une absence d'intervention), en raison de son statut VIH présumé ou réel. Ces discriminations augmentent les risques et privent les individus de leurs droits, ce qui a pour effet de nourrir l'épidémie de VIH. La stigmatisation liée au VIH désigne des attitudes, croyances et sentiments négatifs à l'égard des personnes vivant avec le VIH, des groupes associés aux personnes vivant avec le VIH (par exemple, leur famille) et des autres populations clés à haut risque d'infection à VIH, telles que les personnes qui s'injectent des drogues, les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transgenres.

Cet indicateur est important pour mesurer la proportion de membres des populations clés qui ont évité l'accès aux services généraux de santé, au dépistage du VIH, aux soins médicaux contre le VIH et au traitement du VIH par peur de la stigmatisation et de la discrimination. Les raisons connexes pour éviter de tels services peuvent inclure (mais ne sont pas 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 l'atteinte des cibles 90-90-90 parmi les membres des populations clés. Les données de cet indicateur mesurent directement la peur de la stigmatisation ou de la discrimination.

Cet indicateur évalue directement la crainte de la stigmatisation ou de la discrimination, ou la stigmatisation ou discrimination subie. Cet indicateur peut améliorer la compréhension de la stigmatisation et des discriminations induites par le VIH ainsi que les interventions visant à réduire ces dernières : (1) à travers l'évolution du pourcentage d'individus percevant ou subissant une stigmatisation, (2) en permettant des comparaisons entre les administrations nationales, provinciales, régionales et locales et (3) en identifiant les domaines d'action prioritaires.

---

### Numérateur

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

Avez-vous déjà évité (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

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

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

---

### Calcul

Numérateur/dénominateur

---

### Méthode d'évaluation

Enquêtes de surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques

---

---

### Fréquence de mesure

Tous les 2 à 3 ans

---

### Ventilation

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

### Informations complémentaires requises

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

Veillez fournir des données sur les villes pour cet indicateur. Le formulaire de saisie des données comporte un espace prévu afin de fournir des informations concernant la capitale et une ou deux autres villes importantes d'un point de vue épidémiologique, 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

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

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

Stangl A, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? J Int AIDS Soc. 2013; 16 (3 Suppl 2) ([www.jiasociety.org/index.php/jias/issue/view/1464](http://www.jiasociety.org/index.php/jias/issue/view/1464)).

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

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

---

### 4.3 Prévalence de la violence conjugale récente

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

---

#### Ce qui est mesuré

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

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

---

#### Fondement

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

---

#### Numérateur

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

---

#### Dénominateur

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

---

#### Calcul

Numérateur/dénominateur

---

#### Méthode d'évaluation

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

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

---

#### Fréquence de mesure

Tous les 3 à 5 ans

---

#### Ventilation

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

---

#### Explication du numérateur

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

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

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

---

#### Explication du dénominateur

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

---

---

### Forces et faiblesses

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

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

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

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

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

---

### Informations complémentaires

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

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

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

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

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

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

Tous unis avec les femmes, tous unis contre la violence et le VIH. Genève : ONUSIDA, 2014 ([http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/20140312\\_JC2602\\_UniteWithWomen](http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/20140312_JC2602_UniteWithWomen)).

Organisation mondiale de la santé et London School of Hygiene and Tropical Medicine. Prévenir la violence sexuelle ainsi que la violence d'un partenaire intime contre les femmes : prendre des mesures et apporter des preuves. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2010 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564007/en>).

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

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

---

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

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

---

### Ce qui est mesuré

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

---

### Fondement

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

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

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

L'indicateur composite peut être suivi comme mesure de la prévalence de la discrimination liée au VIH dans le secteur de la santé chez les personnes vivant avec le VIH. Cet indicateur pourrait permettre de mieux comprendre les résultats de santé liés au VIH et améliorer les interventions visant à réduire et à atténuer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH rencontrées le long du traitement et des soins en : (a) montrant le changement dans le temps 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.<sup>5</sup>

---

### Dénominateur

Nombre de tous les répondants

---

### Calcul

Numérateur/dénominateur

---

### Méthode d'évaluation

Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH<sup>6</sup>

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).
  - Population clé (identification avec au moins un des groupes de population clés).
  - Groupe d'âge (15-19 ans, 20-24 ans ou 25-49 ans).
  - Durée avec le VIH (0-<1 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 stigmate des personnes vivant avec le VIH, les personnes vivant avec le VIH ont souligné l'importance de mesurer séparément la discrimination subie lors de la recherche de soins VIH et non-VIH. En réponse, la nouvelle version de l'enquête pose des questions sur les expériences de discrimination lors de la recherche de soins VIH et non-VIH (alors que l'enquête initiale ne portait que sur la stigmatisation ressentie lors de la recherche de services de santé en général). Lors de la déclaration de cet indicateur avec les données des enquêtes sur les personnes séropositives au VIH menées avant 2017, il ne sera pas possible de ventiler par type de service de santé recherché.

---

---

### Forces et faiblesses

Cet indicateur mesure directement les expériences de discrimination parmi les personnes vivant avec le VIH qui ont demandé des services de santé.

Les questions recommandées évaluent si des formes spécifiques de discrimination ont été expérimentées dans un contexte de soins de santé. L'expérience de la discrimination peut dépendre du fait que le fournisseur de soins de santé soit au courant du statut VIH de la personne. Compte tenu de cela, la divulgation du statut VIH au prestataire de soins de santé devrait être recueillie chaque fois que possible afin d'aider à interpréter l'indicateur.

En outre, les personnes cherchant des services VIH dans des cliniques spécialisées dans le VIH peuvent rapporter moins d'expériences de discrimination que les personnes qui recherchent des services VIH intégrés dans les services de santé généraux. Ainsi, la saisie du type de clinique est recommandée lorsque cela est possible. Il serait également souhaitable de comparer les résultats de cet indicateur avec les indicateurs 4.1 (Attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH) et 4.2 (Évitement des soins de santé parmi les populations clés) pour une meilleure compréhension de l'environnement de stigmatisation et de la discrimination. Un contexte donné.

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

---

### Informations complémentaires

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

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

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

Confronting discrimination: overcoming HIV-related stigma and discrimination in health-care settings and beyond. Geneva: UNAIDS; 2017 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/confronting-discrimination\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_en.pdf), accessed 21 November 2017).

---



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

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

---

### Ce qui est mesuré

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

---

### Fondement

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

---

### Numérateur

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

---

### Dénominateur

Nombre total de personnes interrogées de 15 à 24 ans

---

### Calcul

Numérateur/dénominateur

---

### Méthode d'évaluation

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

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

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

### Fréquence de mesure

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

---

### Ventilation

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

### 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/What-WeDo/Survey-Types/AIS.cfm>).

---

## 5.2 Planification familiale : demande satisfaite avec des méthodes modernes

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

---

### Ce qui est mesuré

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

---

### Fondement

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

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

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

---

### Numérateur

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

---

### Dénominateur

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

---

### Calcul

Numérateur/dénominateur

---

### Méthode d'évaluation

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

---

### Fréquence de mesure

Tous les 3 à 5 ans

---

### Ventilation

Âge (15-19, 20-24, 25-49 et 15-49)

---

### Explication du numérateur

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

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

---

### Explication du dénominateur

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

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

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

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

---

### Forces et faiblesses

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

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

---

### Informations complémentaires

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

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

---

## 8.1 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

Cet indicateur surveille le budget gouvernemental alloué et exécuté, à destination des programmes de riposte face au VIH, ainsi que les tendances budgétaires perçues à court terme (c'est-à-dire le budget de l'année suivante).

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 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

**Note :** 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. En revanche, en l'absence de budget destiné à la riposte face au VIH, une coordination peut être nécessaire entre les services gouvernementaux chargés des prestations sociales et médicales. 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 1

---

## 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 de chaque boîte de traitement en dollars US 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 achetées 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 achetées 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 2

---

## 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. Huit principaux sous-indicateurs sont reliés à l'engagement 8. Ils sont exposés à l'annexe 3.

D'après les estimations, à la fin de l'année 2018, les ressources nationales et internationales disponibles pour la riposte face au VIH avaient atteint 19 milliards de dollars US (au taux de change de 2016) 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.

Les catégories de dépenses relatives au sida (ASC) et les sous-indicateurs proviennent, en grande majorité, de cadres existants et sont désormais articulés autour des 10 engagements découlant de la Déclaration politique de 2016 sur l'élimination du sida. Les ressources nécessaires dans les pays à revenu faible et intermédiaire ont donné lieu à l'objectif suivant : mobiliser au moins 26,2 milliards de dollars US (au taux de change de 2016) à l'horizon 2020.

---

### 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.

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.
-

---

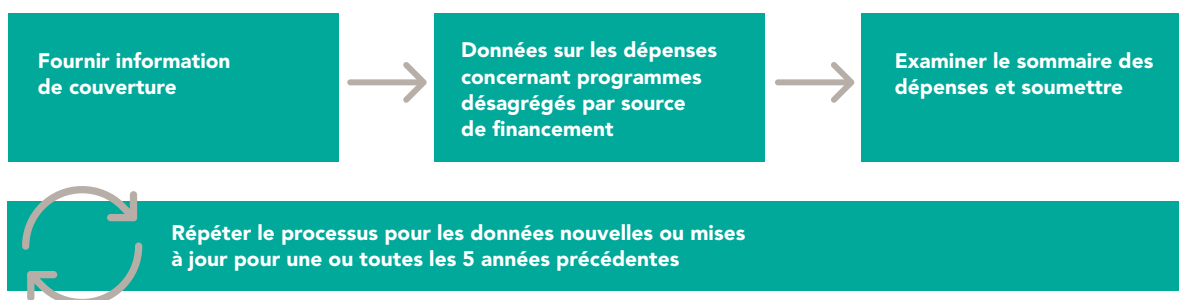
**Note:**

- 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.
  - Les comptes de la santé à l'aide du cadre SHA-2011 avec ventilation complète par maladie tentent de capter des éléments de haut niveau des catégories de dépenses relatives au sida au sein du NASA. Toutefois, en fonction des objectifs d'un exercice de suivi des ressources donné, il se peut que le SHA-2011 ne fournisse pas les informations nécessaires pour renseigner la globalité des dépenses granulaires liées au VIH (ventilées par programme). Les principes rigoureux de calcul des coûts devront peut-être compléter le cadre comptable SHA-2011 pour ventiler la partie VIH des coûts communs encourus par le système.
- 

**Outils de collecte des données**

Les pays établissent leurs rapports sur les dépenses liées au VIH par catégorie de programmes/services principaux et source de financement à l'aide du modèle de la grille de financement national. La liste complète des catégories de programmes VIH figure à l'annexe 2. Les pays qui ont mis en œuvre la méthodologie NASA de manière intégrale et appropriée peuvent simplement utiliser le produit de cet exercice pour remplir le modèle de grille de financement. Les pays qui ont mis en œuvre le système de comptes de la santé SHA-2011 peuvent également remplir les cellules de la grille de financement, notamment en ce qui concerne les sources internationales et, dans certains cas, le financement national privé et public.

---

**Processus de collecte de cet indicateur**

Il est possible de soumettre des données modifiées pour les années précédentes, lorsque ces dernières étaient préliminaires.

---

**Fréquence de mesure**

Chaque année civile ou fiscale. Étant donné que les résultats des exercices comptables peuvent être obtenus après la date limite fixée pour les rapports annuels, les pays peuvent présenter des résultats préliminaires qui seront remplacés par les résultats définitifs lorsqu'ils seront disponibles. Pour cette série de rapports, nous conseillons aux pays de présenter le nombre souhaité d'exercices au cours des cinq dernières années, en indiquant si ces résultats sont préliminaires ou définitifs et s'ils remplacent des rapports précédents. Si les données ont déjà été présentées et n'ont pas été modifiées, il est inutile de les soumettre de nouveau. Les pays qui souhaitent présenter des rapports récemment modifier ou définitifs sur les dépenses antérieures à 2015 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.
- 

**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

Sous-indicateurs	Ventilation	Population cible	Ce qui est mesuré
Total des dépenses liées au VIH	Source de financement ou catégorie de programmes/services	Ne s'applique pas	Toutes les dépenses nationales de santé et autres, liées au VIH et au sida, quelle qu'en soit la source
A. Dépenses liées aux services de dépistage du VIH et de conseil (non ciblés ; produits spécifiques déclarés séparément)	Source de financement	Population générale dans le cadre d'indications précises	<p>Le conseil et le dépistage du VIH désignent tous les services de dépistage du VIH proposés en complément des services de conseil, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>le dépistage du VIH et le conseil à l'initiative du patient ;</li> <li>le dépistage et le conseil proposés par les professionnels de santé ;</li> <li>le dépistage du VIH et le conseil dans le cadre des campagnes, via les services d'assistance et via le dépistage à domicile.</li> </ul> <p>Dépenses directes liées à l'achat de réactifs pour des tests rapides et de laboratoire, à déclarer séparément des autres coûts (selon leur disponibilité).</p>
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	<p>Traitement antirétroviral.</p> <p>Dépenses directes liées à l'achat d'antirétroviraux, à déclarer séparément des autres coûts (selon leur disponibilité).</p> <p>Prix unitaire et volume de produits et d'intrants achetés et distribués.</p>
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	<p>Services de diagnostic liés au suivi clinique du VIH.</p> <p>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).</p>
D. Dépenses liées 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	<p>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.</p> <p>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).</p>
E. Dépenses liées au 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"> <li>Prévention pour les jeunes femmes et les adolescentes (âgées de 10 à 24 ans, exclusivement dans les pays à forte prévalence).</li> <li>Circoncision masculine médicale volontaire (exclusivement dans les pays à forte prévalence).</li> <li>Prophylaxie pré-exposition (PrEP) stratifiée par population clé (homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, professionnel(le)s du sexe, personnes qui s'injectent des drogues, personnes transgenres, prisonniers/détenus, jeunes femmes et adolescentes, et couples sérodiscordants).</li> <li>Préservatifs (non ciblés).</li> <li>Prévention parmi les populations clés (homosexuels 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/détenus).</li> </ul>	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"> <li>Jeunes femmes et adolescentes (âgées de 10 à 24 ans) dans les pays à forte prévalence.</li> <li>Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.</li> <li>Professionnel(le)s du sexe et leurs clients.</li> <li>Personnes qui s'injectent des drogues.</li> <li>Circoncision masculine médicale volontaire.</li> <li>Prophylaxie préexposition (PrEP) stratifiée par population clé.</li> <li>Promotion du préservatif et fourniture de préservatifs auprès de la population générale.</li> </ul> <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>



<p>F. Dépenses liées à la prévention de la transmission verticale du VIH (produits spécifiques à part)</p>	<p>Source de financement</p>	<p>Femmes enceintes et nouveau-nés</p>	<p>Activités destinées à éliminer les nouvelles infections au VIH chez les enfants, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dépistage du VIH chez les femmes enceintes.</li> <li>▪ Couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les femmes enceintes vivant avec le VIH.</li> <li>▪ Traitements antirétroviraux pour les nouveau-nés.</li> <li>▪ Méthodes d'accouchement sûres.</li> <li>▪ Conseil et aide pour l'alimentation maternel et l'allaitement exclusif.</li> </ul> <p><b>Note</b> : 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>
<p>G. Dépenses liées aux facilitateurs sociaux</p>	<p>Source de financement</p>	<p>Ne s'applique pas</p>	<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"> <li>▪ Engagement politique et plaidoyer.</li> <li>▪ Médias de masse.</li> <li>▪ Lois, politiques et pratiques en matière de droit.</li> <li>▪ Mobilisation de la communauté.</li> <li>▪ Réduction de la stigmatisation.</li> <li>▪ Programmes axés sur les droits de l'homme</li> </ul>
<p>H. Dépenses liées aux programmes d'allocations financières (conditionnelles ou non) pour les jeunes femmes et les jeunes filles  (âgées de 10 à 24 ans, dans les pays à forte prévalence)</p>	<p>Source de financement</p>	<p>Les jeunes femmes et les jeunes filles (10-24 ans)</p>	<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 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](mailto: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>).

## 10.1 Co-gestion du traitement de la tuberculose et du VIH

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

---

### Ce qui est mesuré

Progrès accomplis dans la détection et le traitement de la TB chez les personnes vivant avec le VIH

---

### Fondement

La tuberculose est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH, y compris chez les patients sous traitement antirétroviral. Le démarrage rapide d'un traitement contre la tuberculose et d'une thérapie antirétrovirale est essentiel pour réduire la mortalité due à la tuberculose liée au VIH et doit être la première des priorités pour le programme de prise en charge du sida et le programme national de lutte contre la TB. Il est par conséquent très important de calculer le pourcentage de patients séropositifs et atteints de la TB qui bénéficient d'un traitement approprié contre la TB et le VIH.

---

### Numérateur

Nombre de patients nouvellement diagnostiqués séropositifs et en situation de rechute de la tuberculose ayant commencé un traitement contre la TB au cours de la période de référence et qui étaient déjà sous traitement antirétroviral, ou qui ont commencé un traitement antirétroviral pendant le traitement contre la TB au cours de l'année de référence

---

### Dénominateur

Nombre estimatif de cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH

---

### Calcul

Numérateur/dénominateur

---

### Méthode d'évaluation

*Pour le numérateur:* Registres et rapports de traitements antirétroviraux des établissements médicaux ; outils de suivi des programmes. Calculer le nombre total de patients nouvellement diagnostiqués séropositifs et en situation de rechute de la tuberculose ayant commencé un traitement contre la TB (comme rapporté dans le registre de tuberculose) et un traitement antirétroviral, ou ceux qui étaient déjà sous traitement antirétroviral (comme rapporté dans le registre de traitements antirétroviraux). Ces informations doivent être comparées tous les trimestres et tous les ans avec les registres de tuberculose des services de gestion compétents avant d'être consolidées et communiquées.

*Pour le dénominateur:* Données issues des programmes et nombre estimatif de cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH. L'OMS estime tous les ans le nombre de cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH. Les estimations du dénominateur, calculées en fonction des données sur les nouveaux cas et la couverture des traitements antirétroviraux communiquées par les pays, ne sont disponibles qu'en août de l'année de référence et n'ont pas besoin d'être précisées au moment du rapport. Les estimations pour 2017 sont disponibles à l'adresse suivante : <https://www.who.int/tb/country/data/download/en/>.

---

### Fréquence de mesure

Les données doivent être recueillies de façon systématique au niveau des établissements, comparées avec les registres de tuberculose et compilées régulièrement, de préférence tous les mois ou tous les trimestres, et rapportées tous les ans. L'année des dernières données et estimations disponibles doit être indiquée ici.

---

### Ventilation

- Sexe.
  - Âge (<15 et +15 ans).
  - Villes.
- 

### Informations complémentaires requises

Veuillez fournir des données sur les villes pour cet indicateur. Le formulaire de saisie des données comporte un espace prévu afin de fournir des informations concernant la capitale et une ou deux autres villes importantes d'un point de vue épidémiologique, 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

Un dépistage et un traitement adéquats de la TB prolongent la vie des personnes vivant avec le VIH et réduisent le nombre de cas de TB dans les communautés. L'OMS estime tous les ans le nombre de cas de TB parmi les personnes vivant avec le VIH, en fonction des estimations nationales de la prévalence du VIH et de l'incidence de la TB. Toutes les personnes séropositives atteintes de TB doivent recevoir un traitement contre la TB, puis un traitement antirétroviral dans les huit semaines suivant le début du traitement contre la TB, quel que soit leur nombre de CD4. Les patients séropositifs atteints de TB et présentant une immunosuppression sévère (par ex. un nombre de CD4 inférieur à 50 cellules/mm<sup>3</sup>) doivent recevoir un traitement antirétroviral dans les deux semaines suivant le début du traitement contre la TB. Le traitement contre la TB doit être administré conformément aux directives du programme national de lutte contre la TB.

Cet indicateur montre dans quelle mesure la collaboration entre les programmes nationaux de lutte contre le VIH et la TB permet aux personnes séropositives et atteintes de TB d'avoir accès à un traitement adéquat pour les deux maladies. Cet indicateur est toutefois influencé par le faible recours au dépistage du VIH, l'accès limité aux services de soins liés au VIH et aux traitements antirétroviraux, et l'accès limité au diagnostic et au traitement de la TB. Il serait donc préférable d'utiliser des indicateurs distincts pour chacun de ces facteurs dans l'interprétation des résultats de cet indicateur.

Il est important que les personnes dispensant des soins liés au VIH et des traitements antirétroviraux consignent le diagnostic de TB et le traitement prescrit, car ces informations ont des répercussions sur l'éligibilité aux traitements antirétroviraux et le choix du schéma thérapeutique. Il est donc recommandé d'inscrire la date de début du traitement contre la TB dans le registre des traitements antirétroviraux.

---

---

**Informations complémentaires**

Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2012 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44789/1/9789241503006\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44789/1/9789241503006_eng.pdf?ua=1&ua=1)).

Rapport mondial sur la lutte contre la tuberculose 2018. Genève : Organisation mondiale de la santé; 2017 ([http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/en](http://www.who.int/tb/publications/global_report/en)).

Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH : révision 2015. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2015 (<http://www.who.int/tb/publications/monitoring-evaluation-collaborative-tb-hiv/en>).

---

## 10.2 Personnes vivant avec le VIH atteintes d'une tuberculose active

Nombre total de personnes vivant avec le VIH et souffrant d'une tuberculose (TB) active, exprimé en pourcentage 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. En outre, cet indicateur mesure indirectement les efforts visant à détecter rapidement la TB liée 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 proposés par les professionnels de santé chez les patients souffrant d'une TB est de détecter rapidement la TB liée au VIH pour administrer au plus vite un traitement antirétroviral et un traitement contre la TB. Même si l'intensification du dépistage de la TB doit être mise en place pour toutes les personnes 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 enregistrés(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, compter le nombre total de patients vivant avec le VIH ayant débuté un traitement antirétroviral et présentant une TB active.

*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 plus d'informations sur cet indicateur, veuillez consulter 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

- Villes

### Informations complémentaires requises

Veuillez fournir des données sur les villes pour cet indicateur. Le formulaire de saisie des données comporte un espace permettant 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 à l'épidémie de sida d'ici 2030.

### 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/10665/152894/9789242508277\\_fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/152894/9789242508277_fre.pdf?sequence=1)).

### 10.3 Personnes vivant avec le VIH ayant débuté un traitement préventif contre la tuberculose

Nombre de personnes ayant débuté un traitement contre l'infection tuberculeuse latente, exprimé en pourcentage du nombre total de personnes ayant débuté un traitement antirétroviral au cours de la période de référence

---

#### Ce qui est mesuré

Dans quelle mesure les personnes ayant débuté un traitement antirétroviral démarrent également un traitement contre l'infection tuberculeuse latente.

---

#### Fondement

Toutes les personnes suivant 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 adolescents vivant avec le VIH qui ne déclarent aucun des symptômes (toux, fièvre, perte de poids ou sueurs nocturnes) sont peu susceptibles d'avoir une TB active et doivent se voir proposer un traitement préventif contre la TB, c'est-à-dire contre l'infection tuberculeuse latente. De la même façon, les enfants qui n'ont pas de mal à prendre du poids, qui ne toussent pas ou ne présentent pas de fièvre, doivent recevoir ce traitement pour réduire le risque de développer une TB active, qu'ils soient sous traitement antirétroviral ou non.

---

#### Numérateur

Nombre total de personnes vivant avec le VIH ayant débuté un traitement antirétroviral et un traitement contre l'infection tuberculeuse latente au cours de la période de référence.

Veillez également indiquer si possible le nombre total de personnes vivant avec le VIH suivant actuellement un traitement antirétroviral et qui ont débuté un traitement contre l'infection tuberculeuse latente au cours de la période de référence.

---

#### Dénominateur

Nombre total de personnes ayant débuté un traitement antirétroviral au cours de la période de référence. Ce dénominateur doit être le même que le dénominateur de l'indicateur 10.2.

Veillez également indiquer également si possible le nombre total de personnes suivant actuellement un traitement antirétroviral.

---

#### Calcul

Numérateur/dénominateur

---

#### Méthode d'évaluation

Un traitement préventif contre la TB doit être mis en place chez toutes les personnes éligibles, et la date de début du traitement doit être indiquée sur la fiche de soins du VIH/traitement antirétroviral (dans la partie dédiée aux consultations). Les personnes qui acceptent le traitement et reçoivent au moins la première dose doivent être inscrites dans les registres de traitements antirétroviraux (dans la colonne « Mois/année de début de l'isoniazide »).

**Numérateur.** Compter le nombre total de personnes vivant avec le VIH ayant débuté un traitement antirétroviral au cours de la période de référence et ayant démarré un traitement contre l'infection tuberculeuse latente (c'est-à-dire ayant reçu au moins une dose de médicaments contre la TB comme l'isoniazide).

**Dénominateur.** Compter le nombre total de personnes vivant avec le VIH ayant débuté un traitement antirétroviral au cours de la période de référence.

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 antirétroviral peut également tenir un registre des traitements de l'infection tuberculeuse latente, en plus du registre des traitements antirétroviraux. Ce registre peut apporter des informations utiles sur le nombre de patients et de nouveaux patients recevant un traitement contre l'infection tuberculeuse latente et sur le taux d'achèvement des traitements et les effets indésirables.

Pour plus d'informations sur cet indicateur, veuillez consulter l'Annexe xx.

Veillez également indiquer le pourcentage total de personnes vivant avec le VIH suivant actuellement un traitement antirétroviral et ayant débuté un traitement préventif contre la TB au cours de la période de référence :

**Numérateur.** Compter le nombre total de personnes vivant avec le VIH suivant actuellement un traitement antirétroviral et ayant débuté un traitement préventif contre la TB au cours de la période de référence.

**Dénominateur.** Compter le nombre total de personnes vivant avec le VIH suivant actuellement un traitement antirétroviral au cours de la période de référence.

---

#### 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'ONUSIDA tous les ans.

---

#### Ventilation

- Villes
- 

#### Informations complémentaires requises

Veillez fournir des données sur les villes pour cet indicateur. Le formulaire de saisie des données comporte un espace permettant 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 celles qui se sont engagées à mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030.

---

---

**Forces et faiblesses**

Cet indicateur mesure la couverture des traitements préventifs contre la TB chez les personnes ayant débuté un traitement antirétroviral. Il ne comporte cependant pas de points de référence pour déterminer si les performances sont acceptables. L'intensification de cette intervention contribuera à la définition de ces points de référence au niveau national. Dans l'attente de données supplémentaires, cet indicateur n'apporte aucune information sur le nombre de personnes qui respectent ou terminent leur traitement.

---

**Informations complémentaires**

Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH. Révision 2015. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/152894/9789242508277\\_fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/152894/9789242508277_fre.pdf?sequence=1)).

---

## 10.4 Hommes souffrant d'écoulement urétral

Nombre d'hommes ayant souffert d'un écoulement urétral au cours des 12 derniers mois

---

### Ce qui est mesuré

Progrès accomplis dans la réduction des rapports sexuels non protégés chez les hommes.

---

### Fondement

L'écoulement urétral chez les hommes est un syndrome d'infection sexuellement transmissible (IST) généralement causé par la *Neisseria gonorrhoeae* ou la *Chlamydia trachomatis*. Un syndrome d'IST sévère, comme l'écoulement urétral, est un indicateur de rapports sexuels non protégés, et l'écoulement urétral favorise la transmission et l'acquisition du VIH. La surveillance de l'écoulement urétral contribue donc à la surveillance de deuxième génération du VIH en détectant rapidement le risque d'épidémie de VIH par transmission sexuelle et activité sexuelle à haut risque répétée, qui pourrait nécessiter des interventions plus agressives afin de réduire le risque. L'écoulement urétral peut entraîner une infertilité, une cécité et une maladie disséminée. La résistance croissante aux traitements recommandés contre la *Neisseria gonorrhoeae* pourrait rendre cette infection incurable.

---

### Numérateur

Nombre de cas d'écoulement urétral signalés chez des hommes au cours de la période de référence

---

### Dénominateur

Nombre d'hommes de 15 ans et plus

---

### Calcul

Numérateur/dénominateur

---

### Méthode d'évaluation

Systèmes d'information sanitaire classiques

---

### Fréquence de mesure

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

---

### Ventilation

Aucune

---

### Forces et faiblesses

Bien que l'OMS propose une définition mondiale, la véritable définition employée peut varier dans et entre les pays, tout comme les capacités de diagnostic clinique. Même si cet indicateur peut souffrir d'une sous-déclaration, en l'absence de modification de la définition ou de changements majeurs dans les pratiques de dépistage, ces données peuvent généralement être utilisées pour suivre l'évolution dans le temps au sein d'un pays.

Lorsqu'ils communiquent des données sur l'écoulement urétral, il est important que les pays indiquent dans quelle mesure ces données sont jugées représentatives de la population nationale.

Suivre l'évolution du nombre de cas d'écoulement urétral est un moyen de suivre les IST associées au sein d'une population. Bien qu'elles soient utiles dans le cadre du suivi local et national, les données sur l'écoulement vaginal chez les femmes ne sont pas demandées au niveau mondial car, bien souvent, la majorité des cas d'écoulement vaginal ne sont pas dus à des infections sexuellement transmissibles.

Les pays doivent réaliser des évaluations régulières de l'étiologie du syndrome d'écoulement urétral pour comprendre ses principales causes et, par conséquent, le traitement adapté.

Si un pays n'est pas en mesure de renseigner le dénominateur, l'OMS utilisera celui de la Division de la population des Nations Unies.

Étudiez l'évolution dans le temps au sein de groupes comparables.

---

### Informations complémentaires

Stratégies et méthodes de laboratoire pour le renforcement de la surveillance des infections sexuellement transmissibles 2012. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2012 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241504478/en>).

---

## 10.5 Blennorragie chez les hommes

Taux de cas de blennorragie diagnostiqués en laboratoire chez les hommes dans les pays ayant des capacités de diagnostic en laboratoire

---

### Ce qui est mesuré

Progrès accomplis dans la réduction du nombre d'hommes ayant des rapports sexuels non protégés.

---

### Fondement

Une IST aiguë comme la blennorragie est un indicateur de rapports sexuels non protégés et favorise la transmission et l'acquisition du VIH. La surveillance de la blennorragie contribue donc à la surveillance de deuxième génération du VIH en détectant rapidement le risque d'épidémie de VIH par transmission sexuelle et activité sexuelle à haut risque répétée, qui pourrait nécessiter des interventions plus agressives afin de réduire le risque. Par ailleurs, une blennorragie non traitée peut entraîner une maladie inflammatoire pelvienne, une grossesse extra-utérine, une infertilité, une cécité et une maladie disséminée. La résistance croissante aux traitements recommandés pourrait rendre cette infection incurable.

---

### Numérateur

Nombre d'hommes déclarés comme souffrant d'une blennorragie diagnostiquée en laboratoire au cours des 12 derniers mois

---

### Dénominateur

Nombre d'hommes de 15 ans et plus

---

### Calcul

Numérateur/dénominateur

---

### Méthode d'évaluation

Systèmes d'information sanitaire classiques

---

### Ventilation

Aucune

---

### Forces et faiblesses

Bien que l'OMS propose une définition mondiale, la véritable définition employée peut varier dans et entre les pays. Par ailleurs, les capacités de diagnostic peuvent également varier entre et au sein des pays. Même si cet indicateur peut souffrir d'une sous-déclaration, en l'absence de modification de la définition ou de changements majeurs dans les pratiques de dépistage, ces données peuvent généralement être utilisées pour suivre l'évolution dans le temps au sein d'un pays.

---

### Informations complémentaires

Lorsqu'ils communiquent des données sur la blennorragie, il est important que les pays indiquent dans quelle mesure ces données sont représentatives de la population nationale. Bien qu'elles soient utiles dans le cadre du suivi local et national, les données sur la blennorragie chez les femmes ne sont pas demandées au niveau mondial car la plupart des femmes infectées par la *Neisseria gonorrhoeae* sont asymptomatiques et les tests sensibles de diagnostic de la blennorragie chez les femmes ne sont pas largement disponibles dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Les données sur la blennorragie chez les femmes sont donc trop dépendantes des ressources de diagnostic et des pratiques de dépistage pour être suivies de manière appropriée au niveau mondial. Si un pays n'est pas en mesure de renseigner le dénominateur, l'OMS utilisera celui de la Division de la population des Nations Unies.

Stratégies et méthodes de laboratoire pour le renforcement de la surveillance des infections sexuellement transmissibles 2012. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2012 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241504478/en>).

---



## 10.6 Dépistage de l'hépatite C

Proportion de personnes en début de traitement antirétroviral qui ont fait l'objet d'un dépistage du virus de l'hépatite C (VHC)

---

### Ce qui est mesuré

Les tendances de dépistage de l'hépatite C, une intervention cruciale pour évaluer les besoins liés à la gestion de l'hépatite C.

Le dépistage de l'hépatite C fournit des informations sur la prévalence de co-infection au VIH et au VHC, informe les cliniciens si davantage d'évaluations cliniques et laboratoires et de traitement sont nécessaires.

---

### Fondement

Le dépistage de l'hépatite C identifie la co-infection au VIH et au VHC pour adapter le traitement.

---

### Numérateur

Le nombre d'adultes et d'enfants ayant débuté la thérapie antirétrovirale dont les résultats pour l'hépatite C sont positifs durant la période de recensement utilisant la séquence de dépistage d'anticorps anti-VHC suivi d'une réaction de polymérisation en chaîne (PCR) pour ceux qui sont antiVHC positifs.

---

### Dénominateur

Le nombre d'adultes et d'enfants ayant débuté la thérapie antirétrovirale pendant la période de recensement.

---

### Calcul

Numérateur/dénominateur

---

### Méthode d'évaluation

Clinical and/or laboratory records

---

### Fréquence de mesure

Annuelle

---

### Ventilation

- Sexe
  - Âge (<15 et +15 ans)
  - Personnes qui s'injectent des drogues
- 

### Forces et faiblesses

Les patients anti-VHC positifs présentent une preuve sérologique d'infection passée ou actuelle. Les personnes anti-VHC positives doivent être testées pour le VHC ARN (dépiste le VHC circulant dans le sang) afin de différencier les infections passées des infections actuelles qui nécessitent un traitement.

Cet indicateur permet de suivre le progrès des activités de dépistage de l'hépatite C de manière régulière, mais ne reflète pas la proportion globale de personnes co-infectées à VIH et à VHC sous traitement VIH et connaissant leur co-infection à l'hépatite C. Ceci est reflété par l'indicateur C.6 du cadre de suivi et d'évaluation de l'hépatite virale, ventilé par statut VIH.

Cet indicateur correspond à l'indicateur LINK.28 (rév.1) des Lignes directrices unifiées 2015 de l'OMS sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé. La révision entend prendre en compte les personnes débutant une thérapie antirétrovirale, car c'est le meilleur moment pour dépister une co-infection chez les personnes vivant avec le VIH et pour commencer le traitement.

---

## 10.7 Personnes coinfectées VIH et VHC débutant le traitement VHC

Proportion de personnes coinfectées par le VIH et le VHC commençant un traitement contre le VHC

---

### Ce qui est mesuré

Le début d'un traitement VHC pour les personnes coinfectées à VIH et à VHC parmi les personnes bénéficiant de soins pour le VIH.

---

### Fondement

La prévalence de co-infection à VHC est particulièrement élevée parmi les personnes vivant avec le VIH dans la Région européenne de l'OMS en raison de la consommation de drogues injectables. Le traitement pour l'hépatite C des personnes vivant avec le VIH influence la qualité de vie, l'espérance de vie et le taux de mortalité.

---

### Numérateur

Le nombre de personnes ayant une co-infection à VIH et à VHC dont le traitement pour le VHC débute durant une période donnée (par exemple 12 mois).

---

### Dénominateur

Le nombre de personnes ayant une co-infection à VIH et à VHC bénéficiant de soins pour le VIH durant une période donnée (par exemple 12 mois).

---

### Calcul

Numérateur/dénominateur

---

### Méthode d'évaluation

Le numérateur et le dénominateur sont calculés à partir de rapports cliniques issus d'établissements de santé fournissant un traitement et des soins pour le VIH.

---

### Fréquence de mesure

Annuelle

---

### Ventilation

Personnes qui s'injectent des drogues

---

### Forces et faiblesses

Cet indicateur permet de suivre l'accès au traitement de l'hépatite C pour les personnes vivant avec le VIH coinfectées à VHC. Sa faiblesse est qu'il ne reflète qu'une seule année d'activité. Pour décrire l'effet cumulé de personnes coinfectées à VIH et à VHC débutant le traitement, il faut compiler des données cumulatives sur les personnes débutant le traitement et prendre en compte les personnes nouvellement infectées et réinfectées au VHC dans le dénominateur.

---

### Informations complémentaires

Cet indicateur correspond à l'indicateur C.7b du cadre de suivi et d'évaluation de l'hépatite virale 2016 de l'OMS, ventilé par statut VIH.

---

## 10.8 Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant avec le VIH

Proportion de femmes vivant avec le VIH ayant déclaré avoir subi un dépistage du cancer du col de l'utérus à l'aide d'une des méthodes suivantes : inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA), frottis cervico-vaginal (test de Pap) ou test du papillomavirus humain (HPV)

---

### Ce qui est mesuré

Proportion de femmes vivant avec le VIH ayant subi un dépistage du cancer du col de l'utérus.

---

### Fondement

Avec près de 570 000 cas et 311 000 décès dans le monde en 2018, le cancer du col de l'utérus est le quatrième cancer le plus diagnostiqué et la quatrième cause de décès lié à un cancer chez les femmes. Il est le deuxième type de cancer le plus fréquent chez les femmes vivant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Dans les pays à revenu élevé, des programmes permettent de dépister les femmes afin d'identifier la plupart des lésions précancéreuses à des stades où elles peuvent être facilement traitées et soignées. La couverture élevée de dépistage chez les femmes et de traitement des lésions précancéreuses détectées par le dépistage peut garantir une faible incidence de cas de cancers du col de l'utérus invasifs dans les pays à revenu élevé.

Les femmes vivant avec le VIH ont plus de risques que les femmes séronégatives de développer un cancer du col de l'utérus et de contracter un cancer invasif. Le cancer du col de l'utérus invasif est une maladie déterminante du sida et le cancer le plus fréquent chez les femmes vivant avec le VIH. Par rapport aux femmes séronégatives, les femmes vivant avec le VIH sont jusqu'à cinq fois plus à risque de contracter un cancer du col de l'utérus invasif. C'est pourquoi il est important de dépister les femmes vivant avec le VIH. Le dépistage peut permettre d'éviter jusqu'à 80 % des cas de cancer du col de l'utérus dans ces pays.

---

### Numérateur

Nombre de femmes vivant avec le VIH ayant déclaré avoir subi un dépistage du cancer du col de l'utérus à l'aide de l'une des méthodes suivantes : IVA, frottis cervico-vaginal ou test HPV

---

### Dénominateur

Toutes les femmes répondant à l'enquête vivant avec le VIH

---

### Calcul

Numérateur/dénominateur

---

### Méthode d'évaluation

- Des enquêtes réalisées auprès de la population représentatives à l'échelle du pays.
  - Données de programmes : si vous ne connaissez pas le nombre de femmes vivant avec le VIH (âgées de 30 à 49 ans) ayant déjà subi un test de dépistage du cancer du col de l'utérus, vous pouvez également indiquer le nombre de femmes dont le test de dépistage s'est révélé positif au VIH parmi toutes les femmes ayant subi un dépistage du cancer du col de l'utérus.
- 

### Fréquence de mesure

La collecte de données doit être réalisée au moins tous les cinq ans

---

### Ventilation

- Âge (15-29 ans, 30-49 ans).
  - Dépistage effectué au cours de l'année précédente.
- 

### Forces et faiblesses

Parmi les limitations éventuelles : le parti pris de l'autodéclaration, notamment en supposant par erreur qu'un examen pelvien était un dépistage du cancer du col de l'utérus, et la validité limitée des instruments d'enquête.

---

### Informations complémentaires

Suivi de la déclaration politique de la réunion de haut-niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, 66<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la santé de l'OMS, WHA66.10, Organisation mondiale de la Santé ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_R10-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-fr.pdf)).

Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2013 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1)).

Noncommunicable diseases global monitoring framework: indicator definitions and specifications. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2014 ([http://www.who.int/nmh/ncd-tools/indicators/GMF\\_Indicator\\_Definitions\\_Version\\_NOV2014.pdf](http://www.who.int/nmh/ncd-tools/indicators/GMF_Indicator_Definitions_Version_NOV2014.pdf)).

Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre L, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;0:1-31.

Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2013 ([https://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening\\_and\\_treatment\\_of\\_precancerous\\_lesions/fr](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/fr)).

La lutte contre le cancer du col de l'utérus : guide des pratiques essentielles. 2<sup>e</sup> éd. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2014 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254713/9789242548952-fre.pdf?sequence=1>).

---

# Directives pour remplir l’outil provisoire de suivi des politiques et des engagements nationaux en 2020

---

## 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 2018 au travers de l’outil provisoire de suivi des politiques et des engagements nationaux (NCPI), et en 2019 avec le NCPI définitif. Le NCPI est une composante à part entière des rapports mondiaux sur le suivi de la lutte contre le sida. 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 réponses données permettent de suivre directement ou de mettre en contexte les progrès réalisés en vue de réaliser les dix engagements visant à accélérer la riposte et les objectifs élargis pour mettre fin à l’épidémie de sida d’ici 2030.

Le NCPI doit être rempli et soumis tous les deux ans dans le cadre des rapports mondiaux sur le suivi de la lutte contre le sida. Ce calendrier 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.

Un nouveau questionnaire NCPI, accompagné de la procédure de réalisation suggérée, a été intégré dans les rapports mondiaux sur le suivi de la lutte contre le sida pour la première fois en 2017 après un examen consultatif approfondi. Pour le rapport provisoire de 2020, la formulation de certaines questions a été améliorée sur la base de l’expérience des rapports 2017, 2018 et 2019.

## Structure du NCPI

Le NCPI se divise en 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 concernées par le rapport, seule une partie des questions issues de la partie A est incluse dans le NCPI provisoire.

Les questions posées dans le NCPI provisoire s’articulent autour des dix engagements visant à accélérer la riposte et des objectifs élargis pour mettre fin à l’épidémie du sida d’ici 2030.<sup>7</sup>

## 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 de réalisation de rapports mondiaux sur le suivi de la lutte contre le sida.

Comme les questions de la partie B du NCPI – auxquelles doivent répondre la société civile, les communautés et les autres partenaires non gouvernementaux concernés – ne sont pas incluses dans le NCPI provisoire, les pays sont invités à impliquer la société civile et les communautés dans le processus global de suivi mondial de la lutte contre le sida.

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 réalise la cartographie des parties prenantes dans le but de sélectionner systématiquement les intervenants.

Cette 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. Elle permet également de garantir que les rapports rendent compte de divers points de vue. Impliquer un large éventail de parties prenantes peut aider à interpréter les données qualitatives ou potentiellement ambiguës.

La liste de toutes les personnes ou entités susceptibles de fournir des informations ou d'apporter un éclairage sur les questions posées dans le questionnaire peut être établie à partir des connaissances des membres du groupe de travail et 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 :

- Nom.
- Coordonnées.

- Organisation.
- Rôle dans l'organisation.
- 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 : afin de 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, le cas échéant. Les personnes référentes pour le questionnaire, ou le(s) consultant(s) recruté(s) pour fournir un appui dans le cadre du processus, coordonnent la mise 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 du NCPI peut transmettre un résumé des réponses collectées aux parties prenantes afin que celles-ci apportent des éclaircissements sur l'origine des 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.

La version PDF du questionnaire est disponible sur le site Internet de l'ONUSIDA et peut également être téléchargée via l'en-tête du NCPI dans la liste des indicateurs, sur l'outil d'élaboration de rapports en ligne pour le suivi mondial de la lutte contre le sida (<https://aidsreportingtool.unaids.org/>).

5. La personne référente pour le rapport mondial sur le suivi de la lutte contre le sida 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 sur le suivi de la lutte contre le sida, 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.

Le questionnaire étant assez long, il est conseillé de ne pas aborder les réponses à toutes les questions durant l'atelier national de validation, mais d'axer la discussion sur les questions importantes relevées lors de la collecte de données et du processus d'examen préalables, et d'aborder plus généralement 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 sur le suivi de la lutte contre le sida à partir des observations formulées avant et pendant la consultation, et terminer les résumés narratifs pour chaque domaine d'engagement.
9. Soumettre les réponses du NCPI accompagnées d'autres éléments du rapport mondial sur le suivi de la lutte contre le sida au plus tard le 31 mars 2020.

10. Répondre aux requêtes effectuées via l'outil en ligne durant le processus de validation des données.

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.

### **Mise en œuvre et utilisation des données issues du 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 sur le suivi de la lutte contre le sida. 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 la planification stratégique nationale.

À l'échelle internationale, ces informations permettront également de suivre la progression des dix engagements visant à accélérer la riposte et des objectifs élargis, ou de mettre en contexte les données quantitatives collectées au travers des indicateurs du suivi mondial de la lutte contre le sida, ainsi qu'à orienter 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 également 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 peuvent choisir de télécharger ces réponses dans l'outil d'élaboration de rapports en ligne du suivi mondial de la lutte contre le sida en 2020. Les réponses pourront ensuite être mises à jour ou être à nouveau soumises si aucun changement n'a été effectué.

### **Définitions**

Vous devez tenir compte des définitions suivantes des termes clés inclus dans le questionnaire pour répondre aux questions. Une application uniforme de ces définitions au fil du temps et dans tous les pays ne peut qu'améliorer la comparabilité des données et les analyses des tendances. Les termes définis dans la liste ci-dessous sont signalés par un astérisque (\*) dans le questionnaire.

**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.

**Mécanismes de responsabilisation de la communauté dans le cadre des programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.** Il peut s'agir des mécanismes suivants :

- **Fiches d'évaluation citoyenne.** Elles correspondent à des enquêtes à grande échelle portant sur l'opinion des utilisateurs afin de plaider en faveur d'une responsabilisation accrue du public.
- **Tableaux de bord communautaires.** Il s'agit de réunions organisées pour les communautés et le personnel de santé visant à évaluer la qualité des services et à développer a posteriori des plans d'actions correctives une fois le consensus établi.
- **Méthode COPE (client-oriented, provider-efficient).** Ce complément au programme d'amélioration de la qualité des établissements de santé implique le personnel de santé dans la collecte d'informations auprès des communautés environnantes.

- **Qualité définie par le partenariat.** À l'aide d'une médiation extérieure, le personnel de santé et la communauté définissent et examinent la qualité, déterminent les priorités, et élaborent et mettent en place un plan d'action.
- **Assurance qualité axée sur le patient.** Ce processus implique de mener des entretiens à la sortie de l'établissement tous les 3 à 6 mois auprès de 50 à 100 patients, de collecter des données, de déterminer les priorités, d'élaborer des plans d'actions et d'afficher les résultats.
- **Évaluation rapide et participative des pairs pour déterminer les actions à venir.** Il s'agit d'évaluer rapidement la qualité à l'aide de liste de contrôle, de déterminer les priorités dans les problèmes identifiés, de diffuser les résultats et d'élaborer un plan d'actions correctives. Les données des communautés sont collectées par le biais d'entretiens avec les patients et de groupes de discussions masculins et féminins au cours desquels la qualité est évaluée d'après des indicateurs spécifiques.
- **Supervision d'assistance intégrée.** Des visites sur site sont effectuées chaque trimestre par une équipe incluant des représentants des communautés. Parmi les méthodes employées, on retrouve les entretiens avec les patients et les listes de contrôle.
- **Comités de santé.** Ces comités locaux comprennent des membres de la communauté et sont chargés de surveiller la qualité des services. Certains effectuent des visites périodiques ; d'autres ont un planning de suivi plus formel.

**Violations graves ou systématiques des droits humains.** Le terme « grave » indique une violation sérieuse, flagrante et répétée des droits humains. Une violation des droits à la vie ou à l'intégrité physique peut constituer une violation grave des droits humains. « Systématique » fait référence au nombre de personnes touchées et à la fréquence. Cette notion implique des schémas de violations et non un cas isolé.

**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.<sup>8</sup>

**Violence sexiste.** Il s'agit d'une violence qui établit, maintient ou tente de réaffirmer des rapports de force inégaux fondés sur le genre. Elle englobe les actes qui infligent des tourments ou des souffrances d'ordre physique, psychologique ou sexuel, la menace de tels actes, la contrainte ou les autres privations de liberté.<sup>9</sup>

**Indicateurs sexospécifiques.** Ces indicateurs aident à comprendre les inégalités de genre et les inégalités en tant que déterminant social de la santé. Ils sont utilisés pour mesurer la situation actuelle des femmes ou des hommes par rapport à une norme spécifique ou en comparaison avec un autre groupe de référence, comme le pourcentage de filles inscrites dans les écoles primaires par rapport aux garçons. Ils permettent également de mesurer et de suivre les inégalités dans l'accès aux services de santé (par exemple l'écart dans la proportion de femmes et d'hommes ayant accès à un traitement antirétroviral), ainsi que les résultats des actions menées pour réduire les inégalités de genre au fil du temps.<sup>10</sup>

**Évolution favorable des inégalités de genre.** Ces approches visant à faire évoluer les inégalités de genre encouragent l'esprit critique en matière de préjugés et de normes sexistes. Elles comprennent des moyens permettant de transformer les normes préjudiciables en normes équitables, afin de favoriser des relations de pouvoir équilibrées entre les femmes et les hommes et entre les femmes et les autres membres de la communauté. Elles défendent les droits et la dignité des femmes, luttent contre la répartition inégale des ressources et l'attribution des tâches entre hommes et femmes, et prennent en compte les besoins spécifiques des femmes et des hommes. De telles approches peuvent être mises en œuvre séparément pour les femmes et les filles et pour les hommes et les garçons. Néanmoins, elles sont de plus en plus appliquées en même temps et de manière transgénérationnelle aux femmes et aux filles ainsi qu'aux hommes et aux garçons, de façon



simultanée ou coordonnée, afin de lutter contre les normes préjudiciables basées sur le genre et les relations de pouvoir inégales qui peuvent concerner toute la communauté.<sup>11</sup>

**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.

**Inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (NRTI) :** Classe de médicaments antiviraux 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.<sup>12</sup>

**Protection sociale :** Elle désigne « 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, 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. »<sup>13,14</sup> 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.<sup>15</sup>

**Stabilisé suivant un traitement antirétroviral :** L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit les personnes stabilisées suivant un traitement antirétroviral selon les critères suivants : en traitement depuis au moins un an, pas de maladie ou de grossesse en cours, compréhension de la nécessité d'un traitement tout au long de la vie, et preuves du succès du traitement (deux mesures consécutives de charge virale inférieures à 1 000 copies/mL). Pour les recommandations de prestation de services, un critère additionnel est l'absence de réaction négative aux médicaments nécessitant un suivi régulier.<sup>16</sup>

**Rupture de stock.** Il s'agit d'une rupture non programmée du stock d'un produit médical.

**Test systématique de la charge virale :** Le suivi systématique de la charge virale peut être réalisé au bout de 6 mois et 12 mois, puis tous les 12 mois si le patient est stabilisé suivant un traitement antirétroviral.<sup>17</sup>

# NCPI intérimaire

---

## Acronymes et abréviations

<b>3TC</b>	lamivudine
<b>ABC</b>	abacavir
<b>AZT</b>	zidovudine
<b>DTG</b>	dolutégravir
<b>EFV</b>	éfavirenz
<b>FTC</b>	emtricitabine
<b>LPV/r</b>	lopinavir boosté par ritonavir
<b>NNRTI</b>	inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse
<b>NRTI</b>	inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>PrEP</b>	prophylaxie préexposition
<b>RPR</b>	réagine plasmatique rapide
<b>TDF</b>	ténofovir disoproxil fumarate
<b>TPHA</b>	test d'hémagglutination passive de Treponema pallidum
<b>TPPA</b>	test d'agglutination passive de Treponema pallidum
<b>VDRL</b>	laboratoire de recherche sur les maladies vénériennes

\* Les termes signalés par un astérisque (\*) sont définis dans les directives relatives au NCPI.

1. Garantir que 30 millions de personnes vivant avec le VIH ont accès au traitement en atteignant les objectifs 90-90-90 d'ici 2020.

- S'engager à atteindre les objectifs 90-90-90.
- S'attaquer aux réglementations, aux politiques et aux pratiques empêchant l'accès à des médicaments génériques sûrs, efficaces et abordables, aux diagnostics et aux technologies médicales liées, notamment en garantissant l'utilisation exhaustive des assouplissements de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC), et en renforçant les capacités régionales et locales pour développer, fabriquer et distribuer des produits médicaux abordables et de qualité.

---

## Dépistage du VIH

---

1. 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
- Dépistage et accompagnement dans les communautés
- Dépistage à domicile
- Dépistage par un prestataire non professionnel
- Autotests de dépistage
- Notification assistée du partenaire/dépistage index
- Dépistage basé sur les réseaux sociaux
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

2. Votre pays a-t-il adopté les recommandations de 2019 de l'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

3. Votre pays a-t-il adopté ou intégré l'autodépistage du VIH dans le cadre d'une politique ou d'un plan national?

- Oui
- Non

3.1 Si oui, l'autodépistage du VIH est-il mis en œuvre?

- Oui, entièrement mise en œuvre
- Non, mais il est en cours d'expérimentation
- Non, il n'est pas en cours d'expérimentation ou mis en œuvre

3.2 Si « non », une politique nationale relative à l'autodépistage du VIH est-elle en cours d'élaboration?

- Oui
- Non

3.2a Si vous répondez oui à la question 3.2, veuillez indiquer l'année à laquelle il est prévu d'intégrer l'autodépistage:

- Pas d'année prévue
  - 2020
  - 2021
  - 2022
  - 2023
-

---

**4. Votre pays a-t-il intégré la notification assistée du partenaire dans sa politique nationale?**

- Oui  
 Non

**4.1 Si non, est-il prévu d'intégrer la notification assistée du partenaire dans la politique nationale?**

- Oui  
 Non

**4.1a Si oui, veuillez indiquer l'année à laquelle il est prévu d'intégrer la notification assistée du partenaire:**

- Pas d'année prévue  
 2020  
 2021  
 2022  
 2023

---

**5. 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?**

- Oui  
 Non

**5.1 Si oui, qu'incluent-elles ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)**

- Des actions rationalisées (amélioration de la mise en relation, de la divulgation, du suivi)  
 Des stratégies de soutien par les pairs et d'orientation des patients  
 Des stratégies d'amélioration de la qualité  
 Numération des CD4 dans les établissements de santé  
 Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

---

**Traitement antirétroviral**

---

**6. Votre pays a-t-il adopté les recommandations de l'OMS mises à jour en 2018 intitulées Lignes directrices unifiées relatives à l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH pour ses directives nationales?:**

- Oui, l'adaptation est terminée  
 Oui, l'adaptation est en cours  
 Non  
 Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

Veuillez importer une copie de tous les documents disponibles et mis à jour relatifs aux directives nationales.

---

**7. Quel est le seuil de CD4 recommandé pour débiter un traitement antirétroviral chez les adultes et les adolescents asymptomatiques, selon les directives du ministère de la Santé (MS)?**

- Pas de seuil, traitement pour tous indépendamment de la numération de CD4  
 ≤ 500 cellules/mm<sup>3</sup>  
 ≤ 350 cellules/mm<sup>3</sup>  
 Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

**7.1 Si la politique de traitement se fait indépendamment de la numération de CD4, à quel stade en est sa mise en œuvre?:**

- Mise en œuvre dans peu (< 50 %) d'établissements de prise en charge  
 Mise en œuvre dans de nombreux (50-95 %) établissements de prise en charge  
 Mise en œuvre dans tout le pays (> 95 % des établissements de prise en charge)  
 Pas mis en œuvre  
 Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

**7.2 Si votre pays n'a pas encore adopté une politique de traitement pour tous en accord avec les Lignes directrices unifiées relatives à l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH de l'OMS (2016), est-il prévu d'adopter et de mettre en œuvre une politique de traitement pour tous?**

- Oui  
 Non

**7.2a Si oui, veuillez indiquer l'année à laquelle il est prévu de mettre en œuvre la politique de traitement pour tous:**

- Pas d'année prévue  
 2020  
 2021  
 2022  
 2023
-

---

**8. Votre pays a-t-il adopté les Recommandations relatives à une mise sous traitement antirétroviral rapide de l'OMS (2017)?**

- Oui, la mise sous traitement s'effectue dans les sept jours suivants le diagnostic
- Non
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

---

**9. Votre pays dispose-t-il d'une politique qui offre la possibilité de démarrer le traitement antirétroviral le jour même du diagnostic?**

- Oui
- Non

**9.1 Si votre pays a une politique de démarrage rapide et/ou de démarrage le jour même, quel est l'état d'avancement de la mise en œuvre?**

- Mise en œuvre dans peu (< 50 %) d'établissements de prise en charge
- Mise en œuvre dans de nombreux (50-95 %) établissements de prise en charge
- Mise en œuvre dans tout le pays (> 95 % des établissements de prise en charge)
- Pas mis en œuvre
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

---

**10. Le test de numération des CD4 est-il disponible pour l'évaluation immunologique?**

- Oui
- Non

**10.1 Si oui, où est-il disponible?**

- Établissement de santé
- Laboratoire de l'établissement
- Laboratoire centralisé
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

**10.2 Si oui, quel est le pourcentage d'établissements (estimé) dans lesquels les patients ont accès au test 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) : \_\_\_\_\_

---

**11. 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

---

**12. 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

**12.1 Si oui, veuillez indiquer les stratégies utilisées pour soutenir l'administration de traitements antirétroviraux dans les communautés :**

\_\_\_\_\_

---

**13. Les traitements antirétroviraux sont-ils administrés au sein des communautés (en dehors des établissements de santé, par exemple) auprès des personnes stabilisées suivant un traitement antirétroviral dans votre pays ?**

- Oui
- Non

**13.1 Si oui, cette politique est mise en œuvre :**

- À l'échelle nationale ?
- À l'échelle régionale ?
- Sur des sites pilotes ?
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

---

**14. Votre pays a-t-il établi une politique nationale relative à la fréquence des consultations pour les personnes stabilisées suivant un traitement antirétroviral\* ?**

- Oui  
 Non

**14.1 Si oui, veuillez préciser la fréquence des consultations définie par la politique nationale :**

- Une fois par mois  
 Tous les 3 mois  
 Tous les 6 mois  
 Tous les 12 mois
- 

**15. Votre pays a-t-il établi une politique nationale relative à la fréquence à laquelle les personnes stabilisées suivant un traitement antirétroviral doivent récupérer leurs médicaments antirétroviraux ?**

- Oui  
 Non

**15.1 Si oui, veuillez préciser la fréquence à laquelle les personnes doivent récupérer leurs médicaments antirétroviraux définie par la politique nationale :**

- Une fois par mois  
 Tous les 3 mois  
 Tous les 6 mois  
 Tous les 12 mois
- 

**16. Veuillez préciser les critères nationaux pour être considéré comme un « patient perdu de vue » (ou donnez la définition de ce terme). Par exemple, un patient perdu de vue peut être défini comme un patient n'ayant pas obtenu ses médicaments antirétroviraux dans les quatre semaines suivant le dernier rendez-vous manqué au cours duquel il devait récupérer ses médicaments.**

\_\_\_\_\_

---

**17. Votre pays a-t-il adopté les recommandations de l'OMS de 2017 proposant un ensemble de mesures en faveur de tous les patients présentant une infection à VIH à un stade avancé (définie par l'OMS comme une numération de CD4 inférieure à 200 cellules) ?**

- Oui, complètement adopté  
 Oui, en partie adopté  
 Non

**17.1 Si oui, dans quelle mesure ces recommandations sont-elles mises en œuvre ?**

- Mise en œuvre dans peu (< 50 %) d'établissements de prise en charge  
 Mise en œuvre dans de nombreux (50-95 %) établissements de prise en charge  
 Mise en œuvre dans tout le pays (> 95 % des établissements de prise en charge)  
 Pas mis en œuvre  
 Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- 

**18. 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  
 Les prestataires de traitements antirétroviraux administrent les traitements contre la tuberculose dans le cadre des traitements antirétroviraux  
 Les prestataires de services de santé pour les mères, les nouveau-nés et les enfants administrent les traitements antirétroviraux dans les centres de santé maternelle, néonatale et infantile (CSMNI)  
 Une évaluation nutritionnelle, un accompagnement et une prise en charge sont proposés aux personnes vivant avec le VIH souffrant de malnutrition  
 Les traitements antirétroviraux sont administrés 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  
 Accompagnement des patients  
 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) : \_\_\_\_\_
-

---

19. 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

19.1 Si oui, les montants sont-ils formellement définis ou pas ?

a) Dépistage du VIH

- Formel  
 Informel

b) Administration de la PrEP

- Formel  
 Informel

c) Rendez-vous dans un établissement de soins primaires

- Formel  
 Informel

d) Cartes des patients

- Formel  
 Informel

e) Services de diagnostic (incluant le test de la charge virale)

- Formel  
 Informel

f) Administration d'un traitement du VIH (c.-à-d. des médicaments antirétroviraux)

- Formel  
 Informel

---

## Traitements antirétroviraux

### Adultes et adolescents

20. Conformément aux recommandations des directives de traitement 2019 de l'OMS, l'association de médicaments antirétroviraux TDF + 3TC ou (FTC) + DTG est-elle le premier choix pour le début du traitement dans vos directives nationales dans les cas suivants ? :

a) Adultes et adolescents

- Oui  
 Non

ai. 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 (préciser) : \_\_\_\_\_

aii. Si non, existe-t-il un plan en 2020 pour adopter l'association de médicaments antirétroviraux TDF + 3TC ou (FTC) + DTG en première intention pour le début du traitement ?

- Oui  
 Non

b) Femmes en âge de procréer ?

- Oui  
 Non

bi. 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 (préciser) : \_\_\_\_\_
-

---

bii. Si non, existe-t-il un plan en 2020 pour adopter l'association de médicaments antirétroviraux TDF + 3TC ou (FTC) + DTG en première intention pour le début du traitement ?

- Oui  
 Non

c) Femmes enceintes et/ou allaitantes

- Oui  
 Non

ci. 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 (préciser) : \_\_\_\_\_

cii. Si non, existe-t-il un plan en 2020 pour adopter l'association de médicaments antirétroviraux TDF + 3TC ou (FTC) + DTG en première intention pour le début du traitement ?

- Oui  
 Non
- 

21. Le DTG est-il indiqué comme traitement antirétroviral de première intention dans votre pays ?

- Oui, le DTG a été introduit dans les directives nationales, mais l'approvisionnement n'a pas encore été entrepris  
 Oui, le DTG a été introduit dans les directives nationales, et l'approvisionnement a été entrepris  
 Non
- 

22. Votre pays privilégie-t-il les associations de médicaments antirétroviraux à dose fixe (ADF) 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 + un autre médicament  
 Non  
 Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- 

23. Dans les directives nationales, le traitement à base de DTG est-il le traitement antirétroviral de deuxième intention privilégié pour les adultes et les adolescents vivant avec le VIH ?

- Oui  
 Non  
 Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- 

#### Enfants

---

24. Dans les directives nationales, les traitements à base de LPV/r sont-ils privilégiés pour traiter tous les nourrissons et tous les enfants pesant moins de 20 kg et vivant avec le VIH ?

- Oui, pour tous  
 Non, mais recommandé uniquement pour les nourrissons exposés à l'inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (NNRTI)  
 Pas recommandé
- 

25. Le traitement à base de DTG est-il privilégié en première intention chez les enfants pesant moins de 20 kg ?

- Oui  
 Non  
 Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- 

26. Dans les directives nationales, quel est le NRTI 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) : \_\_\_\_\_
- 

27. Le traitement à base de DTG est-il recommandé en deuxième intention chez les enfants pesant au moins 20 kg ?

- Oui  
 Non  
 Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
-



---

28. Le traitement à base de LPV/r (ou ATVr) est-il recommandé en deuxième ligne chez les enfants pesant moins de 20 kg et sur lesquels le traitement à base de NNRTI est inefficace ?

- Oui  
 Non  
 Autre (veuillez préciser)

---

29. Le traitement à base de RAL est-il recommandé en deuxième ligne chez les enfants pesant moins de 20 kg et sur lesquels le traitement à base d'inhibiteurs de protéases est inefficace ?

- Oui  
 Non  
 Autre (veuillez préciser)

---

### Charge virale

---

30. Veuillez préciser le seuil mesuré à partir duquel la suppression de la charge virale chez un individu est considérée comme une réussite selon les directives nationales relatives au traitement :

- <1 000 copies/ml  
 <400 copies/ml  
 <200 copies/ml  
 <50 copies/ml  
 Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

---

31. 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 ?

a) Pour les adultes et les adolescents

- Oui  
 Non

ai) Si oui, dans quelle mesure cette recommandation est-elle mise en œuvre ?

- Mise en œuvre dans peu (< 50 %) d'établissements de prise en charge  
 Mise en œuvre dans de nombreux (50-95 %) établissements de prise en charge  
 Mise en œuvre dans tout le pays (> 95 % des établissements de prise en charge)  
 Pas mis en œuvre  
 Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

aii) Si non, le test ciblé de la charge virale est-il disponible ?

- Oui  
 Non

b) Pour les enfants

- Oui  
 Non

bi) Si oui, dans quelle mesure cette recommandation est-elle mise en œuvre ?

- Mise en œuvre dans peu (< 50 %) d'établissements de prise en charge  
 Mise en œuvre dans de nombreux (50-95 %) établissements de prise en charge  
 Mise en œuvre dans tout le pays (> 95 % des établissements de prise en charge)  
 Pas mise en œuvre  
 Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

bii) Si non, le test ciblé de la charge virale est-il disponible ?

- Oui  
 Non

---

32. Les tests de la charge virale sont-ils disponibles dans tous les centres de santé de votre pays ?

- Oui  
 Non
-

---

**33. 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) : \_\_\_\_\_

**33.1 Si oui, dans quelle mesure cette recommandation est-elle mise en œuvre ?**

- Entièrement  
 Partiellement  
 Pas mis en œuvre
- 

**34. Votre pays a-t-il une politique nationale donnant la priorité à des populations données (p. ex. les femmes enceintes, les nourrissons, les adolescents) pour le test de la charge virale ?**

- Oui  
 Non

**34.1 Si oui, pour quelle population le test de la charge virale est-il prioritaire (sélectionnez 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-< 10 ans)  
 Adolescents (10-19 ans)  
 Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- 

#### Pharmacorésistance du VIH et suivi de la toxicité<sup>18</sup>

---

**35. Votre pays a-t-il mis en place un plan d'action national pour surveiller la pharmacorésistance du VIH ?**

- Oui  
 Non

**35a. Si oui, veuillez préciser les années concernées par ce plan : \_\_\_\_\_**

---

**36. 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'OMS suivants ?**

- a) Enquêtes sur la pharmacorésistance au prétraitement (PDR)<sup>19</sup>**  
 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

**a.i. Si oui, veuillez préciser :**

Année de la dernière enquête sur la pharmacorésistance prétraitement : \_\_\_\_\_

**b) Enquêtes sur la pharmacorésistance acquise chez l'adulte<sup>20</sup>**

- 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

**b.i. Si oui, veuillez préciser :**

Année de la dernière enquête : \_\_\_\_\_

**c) 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
- 

<sup>18</sup> 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](mailto:hiv-aids@who.int). Pour plus d'informations, consultez : <http://www.who.int/hiv/topics/drugresistance/hiv-drug-resistance-database/en>.

<sup>19</sup> Pour plus d'informations, consultez : Surveillance de la résistance du VIH aux antirétroviraux chez les adultes qui commencent un traitement antirétroviral. Genève : OMS, 2014 ([https://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/pretreatment\\_drugresistance/fr/](https://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/pretreatment_drugresistance/fr/), consulté le 22 octobre 2019).

<sup>20</sup> Pour plus d'informations, consultez : Surveillance de la résistance du VIH aux antirétroviraux chez les adultes sous traitement antirétroviral. Genève : OMS, 2014 ([https://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/acquired\\_drugresistance/fr/](https://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/acquired_drugresistance/fr/), consulté le 22 octobre 2019).

---

**c.i. Si oui, veuillez préciser :**  
Année de la dernière enquête : \_\_\_\_\_

**d) Pharmacorésistance du VIH chez le nourrisson (< 18 mois) par le biais du diagnostic précoce chez les nourrissons<sup>21</sup>**

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

**d.i. Si oui, veuillez préciser :**  
Année de la dernière enquête : \_\_\_\_\_

**e) Enquête ou suivi régulier des résultats des centres médicaux à l'aide des indicateurs d'alerte précoce de la pharmacorésistance du VIH**

Oui

Non

**e.i. Si oui, veuillez préciser :**

Dernière année de suivi : \_\_\_\_\_

Nombre de centres médicaux suivis : \_\_\_\_\_

**e.ii. Les indicateurs d'alerte précoce 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

---

**37. 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

---

**38. À l'exception des méthodes de pharmacovigilance passives, votre pays surveille-t-il systématiquement la toxicité des médicaments antirétroviraux ?**

Oui

Non

**38.1 Si oui, quelles sont les méthodes utilisées (cochez toutes les réponses pertinentes) ? :**

Suivi systématique de la toxicité dans le cadre du système S&E national

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

---

**39. Des méthodes de suivi de la toxicité ont-elles été mises en œuvre pour surveiller les effets indésirables du DTG ?**

Oui

Non

**39.1 Si oui, quelles sont les méthodes utilisées (cochez toutes les réponses pertinentes) ? :**

Suivi systématique de la toxicité dans le cadre du système S&E national

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

**39.2 Si oui à la question 41.1, 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

---

<sup>21</sup> Pour plus d'informations, consultez : Pharmacorésistance du VIH. Dans : Organisation mondiale de la Santé : Thèmes de santé [site Internet]. Genève : OMS, 2018 (<https://www.who.int/hiv/topics/drugresistance/fr/>, consulté le 22 octobre 2019).

---

## Observance et maintien du traitement

---

**40. Votre pays a-t-il établi des politiques et/ou des stratégies nationales visant à favoriser l'observance des traitements ?**

- Oui
- Non

**40.1 Si oui, comprennent-elles (cochez toutes les réponses pertinentes) ? :**

- Pairs-éducateurs
  - SMS
  - Dispositifs de rappel
  - Thérapies cognitivo-comportementales
  - Formations aux aptitudes comportementales/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) : \_\_\_\_\_
- 

**41. L'un des services d'accompagnement pour l'observance des traitements est-il mise en oeuvre dans votre pays (cochez toutes les réponses pertinentes) ?**

- Pairs-éducateurs
  - SMS
  - Dispositifs de rappel
  - Thérapies cognitivo-comportementales
  - Formations aux aptitudes comportementales/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) : \_\_\_\_\_
- 

**42. Votre pays a-t-il établi des politiques et/ou des stratégies nationales visant à favoriser la rétention des traitements antirétroviraux ?**

- Oui
- Non

**42.1 Si oui, comprennent-elles (cochez toutes les réponses pertinentes) ? :**

- Interventions dans les communautés
  - Clubs d'observance et stratégies de soutien par les pairs
  - Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- 

**43. L'un des services d'accompagnement de rétention 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) : \_\_\_\_\_
- 

**44. 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
-

2. Mettre fin aux nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici 2020 et garantir l'accès au traitement du VIH à 1,6 million d'enfants d'ici 2018.

---

### Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

---

45. 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

45.1 Si oui, veuillez préciser la ou les périodes au cours desquelles le dépistage complémentaire est effectué (cochez toutes les réponses pertinentes) :

- Au cours de la grossesse  
 À l'accouchement  
 Pendant la période post-partum/d'allaitement

---

46. Votre pays a-t-il mis en place un plan d'action national pour mettre fin à la transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME) ?

- Oui  
 Non

46.1 Si oui, veuillez préciser :

- Taux de transmission mère-enfant visé : \_\_\_\_\_  
 Année : \_\_\_\_\_  
 Objectif(s) d'élimination (tels que le nombre de cas/population) : \_\_\_\_\_  
 Année : \_\_\_\_\_

---

47. Quel est le traitement actuellement recommandé dans votre pays pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant, conformément aux directives du ministère de la Santé <sup>22</sup> :

- Traitement à vie pour toutes les femmes enceintes et/ou allaitantes  
 Traitement antirétroviral uniquement au cours de la grossesse et/ou de l'allaitement  
 Autre (veuillez préciser le traitement) : \_\_\_\_\_

47.1 Si votre pays applique une politique de traitement pour toutes les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH, dans quelle mesure celle-ci est-elle mise en œuvre ?

- Mise en œuvre dans un petit nombre (< 50 %) de centres de santé maternelle et infantile  
 Mise en œuvre dans un grand nombre (> 50-95 %) de centres de santé maternelle et infantile  
 Mise en œuvre dans tout le pays (> 95 % des centres de santé maternelle et infantile)  
 Pas mis en œuvre  
 Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

---

48. Quel est le traitement antirétroviral de première intention actuellement recommandé dans votre pays pour les femmes enceintes et les femmes qui allaitent vivant avec le VIH ?

- TDF/3TC(FTC)/EFV  
 TDF/3TC/DTG  
 Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

---

49. Quel est le traitement actuellement recommandé dans votre pays pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant pour les nourrissons exposés au VIH ?

- a) Veuillez préciser le traitement prophylactique administré aux nourrissons : \_\_\_\_\_  
b) Durée recommandée du traitement : \_\_\_\_\_

49.1 Plusieurs traitements sont-ils recommandés pour les nourrissons à risque élevé ?

- Oui  
 Non

a) Si oui, veuillez préciser les traitements : \_\_\_\_\_

---

<sup>22</sup> Dans les pays où l'allaitement n'est pas recommandé pour les femmes vivant avec le VIH, cliquez sur cette réponse si elle s'applique aux femmes enceintes uniquement.

---

**50. 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

**50.1 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
- 

**51. 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) : \_\_\_\_\_
- 

**52. 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
- 

**53. La transmission verticale du VIH est-elle criminalisée dans votre pays ?**

- Oui
  - Non
- 

### Élimination de la transmission de la syphilis de la mère à l'enfant

---

**54. Votre pays a-t-il mis en place un plan d'action national pour éliminer la transmission de la syphilis de la mère à l'enfant ?**

- Oui, intégré à une initiative de lutte contre le VIH ou toute autre action visant à éliminer la transmission
  - Oui, indépendant (non intégré aux actions de lutte contre le VIH ou toute autre action visant à éliminer la transmission)
  - Pas de plan national
- 

**55. Votre pays a-t-il établi une politique nationale relative au dépistage systématique de la syphilis chez les femmes enceintes ?**

- Oui
- Non

**55.1 Si oui, quels sont les tests utilisés ?**

- Tests non tréponémiques en laboratoire (p. ex. RPR/VDRL)
  - Tests tréponémiques en laboratoire (p. ex. TPPA, TPHA)
  - Tests tréponémiques de dépistage rapide de la syphilis (par ex. Bioline, Determine, Chembio, etc.)
  - Doubles tests de dépistage rapide du VIH/de la syphilis
- 

### Diagnostic précoce chez le nourrisson

---

**56. D'après vos directives nationales, quel est l'âge recommandé pour le dépistage des enfants exposés au VIH au moyen du test d'amplification des acides nucléiques (cochez toutes les réponses pertinentes) ?**

- À la naissance
  - 4 à 6 semaines
  - 2 mois
  - 6 mois
  - 9 mois
  - 12 mois
  - 18 mois
  - 24 mois
-

- 
57. D'après vos directives nationales, quel est l'âge recommandé pour le dépistage des enfants exposés au VIH par détection des anticorps (cochez toutes les réponses pertinentes) ? :
- 9 mois
  - 12 mois
  - 18 mois
  - 24 mois

- 
58. En plus des services de prévention de la transmission mère-enfant, 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
  - Cliniques de traitement de la tuberculose
  - Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

- 
59. Votre pays a-t-il mis en place une politique visant à fournir les tests d'amplification des acides nucléiques pour les nourrissons exposés au VIH (diagnostic précoce chez le nourrisson, tests d'amplification des acides nucléiques) à la naissance ?
- Oui
  - Non

- 
60. Les nourrissons exposés au VIH sont-ils systématiquement dépistés à neuf mois dans votre pays ?
- Oui
  - Non

- 
61. Les enfants exposés au VIH sont-ils systématiquement dépistés à 18 mois ou trois mois après l'arrêt de l'allaitement, la date la plus tardive étant retenue ?
- Oui
  - Non

- 
62. Votre pays a-t-il adopté une politique ou des recommandations relatives au diagnostic précoce chez les nourrissons dans les centres de santé ?
- Oui
  - Non

- 62.1 Si oui, cette politique est mise en œuvre :
- Dans peu (< 50 %) d'établissements
  - Dans de nombreux (> 50-95 %) établissements
  - Dans tout le pays (> 95 %)
  - Pas mis en œuvre
  - Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

---

### Engagement communautaire dans la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

- 
63. Dans votre pays, combien d'établissements de santé proposent des services de prévention de la transmission mère-enfant ? \_\_\_\_\_

- 63.1 Combien d'établissements de santé proposant des services de prévention de la transmission mère-enfant ont mis en œuvre des mécanismes de responsabilisation\* de la communauté ? \_\_\_\_\_

- 
64. Des actions ciblées tenant compte des questions suivantes relatives aux droits humains sont-elles mises en œuvre dans le cadre des programmes de prévention de la transmission mère-enfant (cochez toutes les réponses pertinentes) ?
- Consentement volontaire et éclairé comme unique condition pour le dépistage et/ou le traitement du VIH
  - Consentement volontaire et éclairé comme unique condition pour l'avortement, la contraception et/ou la stérilisation des femmes vivant avec le VIH
  - Confidentialité et respect de la vie privée
  - Prévention des violations graves ou systématiques des droits humains\* dans le cadre des programmes de prévention de la transmission mère-enfant
  - Vérifications préalables pour faire face aux violations graves ou systématiques des droits humains dans le cadre des programmes de prévention de la transmission mère-enfant
-

---

**65. Une réunion nationale visant à examiner les progrès réalisés dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant a-t-elle eu lieu au cours des 12 derniers mois ?**

- Oui  
 Non

**65.1 Si oui :**

**a) La communauté et la société civile étaient-elles représentées à la réunion d'examen nationale ?**

- Oui  
 Non

**b) Les femmes vivant avec le VIH étaient-elles représentées à la réunion d'examen nationale ?**

- Oui  
 Non

**c) La communauté et la société civile ont-elles eu la possibilité de faire part de leurs opinions ?**

- Oui  
 Non

**d) L'analyse de la communauté et de la société civile a-t-elle été communiquée de manière systématique ?**

- Oui  
 Non

**e) L'analyse de la communauté et de la société civile a-t-elle été documentée et diffusée à la suite de la réunion ?**

- Oui  
 Non

**f) Dans votre pays, 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 mère-enfant ?**

- Oui  
 Non
- 

### Traitement antirétroviral des enfants

---

**66. Les directives nationales recommandent-elles le traitement de tous les nourrissons et enfants vivant avec le VIH, indépendamment de leurs symptômes ?**

- Traitement pour tous, indépendamment de l'âge  
 Oui, traitement pour tous pour les enfants âgés de moins de 10 ans  
 Oui, traitement pour tous pour les enfants âgés de moins de 5 ans  
 Oui, traitement pour tous pour les enfants âgés de moins de 2 ans  
 Oui, traitement pour tous pour les enfants âgés de moins de 1 an  
 Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

**66.1 Dans quelle mesure la politique de traitement pour tous indépendamment de l'âge est-elle mise en œuvre dans votre pays ?**

- Mise en œuvre dans peu (< 50 %) d'établissements de prise en charge  
 Mis en œuvre dans de nombreux (50-95 %) établissements de prise en charge  
 Mise en œuvre dans tout le pays (> 95 % des établissements de prise en charge)  
 Pas mis en œuvre  
 Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- 

**67. 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
- 

**68. 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
-



---

**69. 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

---

**70. 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) : \_\_\_\_\_
-

3. Assurer l'accès aux options de prévention combinée, dont la prophylaxie préexposition (PrEP), la circoncision masculine médicale volontaire (VMMC), la réduction des risques et les préservatifs pour au moins 90 % de la population, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes dans les pays à forte prévalence et les populations clés (les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les professionnels du sexe et leurs clients, les personnes qui s'injectent des drogues et les prisonniers).

- Garantir l'accès à des services complets de prévention de l'infection à VIH pour 90 % des personnes présentant un risque d'infection à VIH, notamment les professionnels du sexe et leurs clients, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les personnes qui s'injectent des drogues et les prisonniers.
- Faire bénéficier 3 millions de personnes de la PrEP d'ici 2020.
- Atteindre 25 millions d'hommes avec la VMMC dans les pays à incidence élevée d'ici 2020.
- Distribuer 20 milliards de préservatifs par an d'ici 2020 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

---

#### Participation des populations clés à la riposte nationale

---

71. Dans votre pays, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes participent-ils\* à l'élaboration de politiques, de directives et de stratégies nationales relatives à leur santé ?

- Oui  
 Non

72. Dans votre pays, les professionnels du sexe participent-ils\* à l'élaboration de politiques, de directives et de stratégies nationales relatives à leur santé ?

- Oui  
 Non

73. 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

74. 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

75. 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

---

#### Prophylaxie préexposition

---

76. Les recommandations de l'OMS relatives à la PrEP par voie orale ont-elles été adoptées dans les directives nationales de votre pays ?

- Oui, les recommandations relatives à la PrEP ont été adoptées et mises en œuvre  
 Oui, les recommandations relatives à la PrEP ont été adoptées mais ne sont pas encore mises en œuvre  
 Non, les recommandations n'ont pas été adoptées

76.1 Si les recommandations de l'OMS relatives à la PrEP par voie orale n'ont pas encore été adoptées dans les directives nationales, est-il prévu de les adopter ?

- Oui  
 Non

76.1a Si oui, veuillez préciser l'année durant laquelle il est prévu d'adopter les recommandations relatives à la PrEP:

- Pas d'année prévue  
 2020  
 2021  
 2022  
 2023  
 Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
-

---

**76.2 Si des directives nationales relatives à la PrEP ont été élaborées, veuillez préciser les populations concernées :**

- Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- Professionnels du sexe
- Personnes qui s'injectent des drogues
- Personnes transgenres
- Couples sérodifférents
- Jeunes femmes (15 à 24 ans)
- Prisonniers
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

**76.3 Si des directives nationales sur la PrEP ont été élaborées, qui dispose de l'autorité pour prescrire la 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) : \_\_\_\_\_

**76.4 Si des directives nationales relatives à la PrEP n'ont pas été élaborées, veuillez en indiquer les raisons (cochez toutes les réponses pertinentes) :**

- Aucun groupe de population dans lequel la prévalence du VIH est suffisamment élevée (conformément aux directives de l'OMS) n'a été identifié
- Il ne s'agit pas d'une priorité de financement
- Les médicaments ne sont pas disponibles dans le pays
- Les moyens techniques ne sont pas suffisants pour mettre en œuvre la PrEP
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

**76.5 La PrEP est-elle disponible par le biais d'un des éléments suivants dans votre pays (cochez toutes les réponses pertinentes) ?**

- Recherche (dont les études pilotes et les projets expérimentaux)
- Établissements publics
- Fournisseurs privés
- Internet
- Établissements scolaires
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

---

**Préservatifs**

**77. Les besoins nationaux en préservatifs ont-ils fait l'objet d'une estimation ?**

- Oui
- Non

**77.1 Si oui, quel est le nombre estimé de préservatifs nécessaires ? \_\_\_\_\_**

**77.2 Si oui, pour quelle année vaut l'estimation du nombre de préservatifs nécessaires ? \_\_\_\_\_**

**77.3 Si oui, quelle a été la méthode utilisée pour estimer le nombre de préservatifs nécessaires ?**

- 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) : \_\_\_\_\_

---

**78. Y a-t-il eu des ruptures de stock de préservatifs\* au cours des 12 derniers mois ?**

**a) Ruptures de stock nationales**

- Oui
- Non

**b) Ruptures de stock locales**

- Oui
  - Non
-

4. Faire disparaître les inégalités de genre et mettre fin à toute forme de violence et de discrimination envers les femmes et les filles, les personnes vivant avec le VIH et les populations clés d'ici 2020.

- Garantir aux femmes l'accès universel à des services de santé sexuelle et reproductive abordables et de qualité, dont les services liés au VIH.
- Faire disparaître la stigmatisation et la discrimination liées au VIH au sein des établissements de santé d'ici à 2020.
- Réexaminer et réformer les lois accentuant les stigmatisations et les discriminations, notamment l'âge de consentement, la non-divulgence du statut VIH, l'exposition et la transmission, les restrictions de voyages et le dépistage obligatoire.

5. S'assurer que 90 % des jeunes possèdent les compétences, les connaissances et la capacité de se protéger du VIH et aient accès à des services de santé sexuelle et reproductive d'ici 2020 afin de réduire le nombre de nouvelles infections à VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes en deçà de 100 000 par an.

**79. 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

**79.1 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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Groupe de coordination de la société civile représentant les populations les plus touchées par le VIH	<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. S'assurer que 75 % des personnes vivant avec le VIH touchées par le VIH ou présentant un risque d'infection bénéficient d'une protection sociale tenant compte du VIH d'ici 2020.

---

**80. Existe-t-il dans votre pays une stratégie, une politique ou un cadre de protection sociale approuvé\* ?**

- Oui, et celui-ci/celle-ci est mis en œuvre
- Oui, et celui-ci/celle-ci n'est pas mis en œuvre
- Non

**80.1 Si oui :**

**a) Fait-il/elle référence au VIH ?**

- Oui
- Non

**b) Reconnaît-il/elle les personnes vivant avec le VIH comme des bénéficiaires clés ?**

- Oui
- Non

**c) Reconnaît-il/elle les populations clés (professionnels du sexe, hommes homosexuels 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

**c.i. Si oui, quelles sont les populations clés reconnues comme des bénéficiaires clés (cochez toutes les réponses pertinentes) ? :**

- Professionnels du sexe
- Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- Personnes transgenres
- Personnes qui s'injectent des drogues
- Prisonniers

**d) Reconnaît-il/elle les adolescentes et les jeunes femmes comme des bénéficiaires clés ?**

- Oui
- Non

**e) Reconnaît-il/elle les enfants touchés par le VIH comme des bénéficiaires clés ?**

- Oui
- Non

**f) Reconnaît-il/elle les familles touchées par le VIH comme des bénéficiaires clés ?**

- Oui
- Non

**g) Tient-il/elle compte de la question des soins liés au VIH non rémunérés ?**

- Oui
  - Non
- 

**81. 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
- 

**82. 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
-

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

---

**83. Existe-t-il au moins l'une des garanties suivantes dans les lois, les réglementations et les politiques assurant le fonctionnement des organisations de la société civile (OSC) ou des organisations communautaires (OC) dans votre pays ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)**

- L'inscription d'OSC œuvrant pour la lutte contre le VIH est possible
  - L'inscription d'OSC/OC travaillant avec les populations clés est possible
  - Des services liés au VIH peuvent être proposés par des OSC/OC
  - Des services peuvent être proposés aux populations clés par des OSC/OC
  - Les exigences en matière de rapports pour les OSC/OC proposant des services liés au VIH sont simplifiées
  - Il n'existe aucune garantie dans les lois, les réglementations et les politiques assurant le fonctionnement des OSC/OC dans le pays
  - Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- 

**84. Existe-t-il des lois, des politiques ou des réglementations autorisant l'accès au financement pour les OSC/OC ?**

- Contrats sociaux ou autres mécanismes permettant le financement des services proposés par les communautés provenant de fonds nationaux
  - Provenant de bailleurs de fonds internationaux
  - Provenant de fonds nationaux et de bailleurs de fonds internationaux
  - Exigeant que le gouvernement finance les OSC/OC à hauteur d'un certain pourcentage
  - Il n'existe aucune loi, politique ou réglementation autorisant l'accès au financement pour les OSC/OC
  - Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
-

8. Garantir une augmentation des investissements en faveur du VIH pour atteindre 26 milliards de dollars d'ici 2020, dont un quart pour la prévention du VIH et 6 % pour les accélérateurs sociaux.

9. Responsabiliser les personnes vivant avec le VIH, les personnes touchées par le VIH et les personnes présentant un risque d'infection, afin qu'elles connaissent leurs droits, aient accès à des services judiciaires et des services d'assistance juridique, dans le but de prévenir et de lutter contre les violations des droits humains.

---

**85. Votre pays a-t-il mis en place des programmes de formation aux droits humains et aux cadres juridiques de non-discrimination au regard du VIH destinés aux groupes suivants ?**

**a) Pour la police et les autres représentants des forces de l'ordre**

- Oui, à l'échelle nationale
- Oui, à l'échelle infranationale
- Oui, de manière ponctuelle
- Oui, à petite échelle
- Non

**b) Pour le personnel judiciaire**

- Oui, à l'échelle nationale
- Oui, à l'échelle infranationale
- Oui, de manière ponctuelle
- Oui, à petite échelle
- Non

**c) Pour les élus (législateurs/parlementaires)**

- Oui, à l'échelle nationale
- Oui, à l'échelle infranationale
- Oui, de manière ponctuelle
- Oui, à petite échelle
- Non

**d) Pour le personnel de santé**

- Oui, à l'échelle nationale
- Oui, à l'échelle infranationale
- Oui, de manière ponctuelle
- Oui, à petite échelle
- Non

---

**86. Votre pays a-t-il mis en place des programmes de formation pour la prévention des violences faites aux femmes et des violences sexistes destinés aux groupes suivants ?**

**a) Pour la police et les autres représentants des forces de l'ordre**

- Oui, à l'échelle nationale
- Oui, à l'échelle infranationale
- Oui, de manière ponctuelle
- Oui, à petite échelle
- Non

**b) Pour le personnel judiciaire**

- Oui, à l'échelle nationale
- Oui, à l'échelle infranationale
- Oui, de manière ponctuelle
- Oui, à petite échelle
- Non

**c) Pour les élus (législateurs/parlementaires)**

- Oui, à l'échelle nationale
  - Oui, à l'échelle infranationale
  - Oui, de manière ponctuelle
  - Oui, à petite échelle
  - Non
-

---

**d) Pour le personnel de santé**

- Oui, à l'échelle nationale
- Oui, à l'échelle infranationale
- Oui, de manière ponctuelle
- Oui, à petite échelle
- Non

---

**87. L'organisation de ces formations et/ou activités de renforcement des capacités est-elle entravée par l'un des éléments suivants ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)**

- Manque d'engagement politique
  - Manque de financement
  - Manque de capacité pour effectuer les formations
  - Obstacles empêchant le public cible d'accéder à ces formations ou ces activités de renforcement des capacités
-



10. Mettre un terme au cloisonnement de la lutte contre le sida par le biais de systèmes axés sur les populations pour améliorer la couverture de santé universelle, notamment le traitement pour la tuberculose, le cancer du col de l'utérus et les hépatites B et C.

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

- 
- 88. Le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus sont-ils recommandés pour les femmes vivant avec le VIH dans :**
- 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
- b. Le plan stratégique national régissant la riposte au sida ?**
- Oui
- Non
- c. Les directives nationales sur le traitement du VIH ?**
- Oui
- Non
- 

- 89. 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 parmi les personnes vivant avec le VIH
- Contrôle de l'infection tuberculeuse dans les établissements de santé proposant des services liés au VIH
- Prophylaxie à base de cotrimoxazole
- Dépistage de l'hépatite B et prise en charge dans les centres médicaux administrant des traitements antirétroviraux
- 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
- Traitement contre l'hépatite C (antiviraux à action directe) proposé dans les centres médicaux administrant des traitements antirétroviraux
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- 

### Infections sexuellement transmissibles

---

- 90. Votre pays a-t-il établi des directives ou des recommandations nationales relatives aux infections sexuellement transmissibles (IST) ?**
- Oui
- Non
- 90.1 Si oui, en quelle année ont-elles été mises à jour pour la dernière fois ? \_\_\_\_\_**
- 

- 91. 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
- 

- 92. Votre pays procède-t-il à un suivi de la résistance gonococcique ?**
- Oui, tous les ans
- Oui, moins d'une fois par an
- Non
- 

- 93. Votre définition nationale de la syphilis congénitale inclut-elle les mortinaissances ?**
- Oui
- Non
-

---

## Stratégie

---

**94. Votre pays a-t-il élaboré une stratégie ou une politique nationale visant à orienter la riposte au sida ?**

- Oui, une stratégie ou une politique indépendante dédiée au sida
- Oui, une stratégie ou une politique de santé qui intègre la riposte au sida
- Non
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

**94.1 Si oui, la stratégie ou la politique nationale dédiée au sida a-t-elle été révisée au cours des deux dernières années ?**

- Oui
- Non

**94.2 Si oui, la stratégie ou la politique nationale visant à orienter la riposte au sida implique-t-elle explicitement les populations clés ou les groupes vulnérables suivants (cochez toutes les réponses pertinentes) ? :**

- Populations adolescentes clés
- Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- Détenus dans les prisons et dans d'autres centres de détention
- Personnes qui s'injectent des drogues
- Professionnels du sexe (hommes et femmes)
- Personnes transgenres
- Personnes non déplacées touchées par des urgences humanitaires
- Réfugiés
- Personnes déplacées internes
- Migrants et demandeurs d'asile

**94.3 Si oui, cette stratégie ou cette politique nationale visant à orienter la riposte au sida (cochez toutes les réponses pertinentes) :**

- Inclut spécifiquement des plans ou activités tenant compte des besoins des populations clés
- Inclut spécifiquement des plans ou activités tenant compte des besoins des jeunes femmes et des filles
- Repose sur les données les plus récentes relatives à l'épidémie nationale du VIH et la progression de la riposte
- Intègre des données issues d'un processus multisectoriel, dont les différents secteurs publics et les partenaires non gouvernementaux

**94.4 Si oui, la stratégie ou la politique nationale visant à orienter la riposte au sida inclut-elle des mesures de réduction des inégalités de genre\*, dont des mesures ciblant les liens entre la violence sexiste et le VIH ?**

- Oui
- Non

**94.4.a Si oui, la stratégie ou la politique nationale visant à orienter la riposte au sida comprend-elle un budget dédié à la mise en œuvre des mesures de réduction des inégalités de genre\* ?**

- Oui
- Non
- 

## Suivi et évaluation

---

**95. Votre pays a-t-il élaboré une stratégie ou un plan national de suivi et d'évaluation du VIH ?**

- Oui, un plan ou une stratégie de suivi et d'évaluation du VIH indépendante
- Oui, le suivi et l'évaluation du VIH sont intégrés dans un plan ou une stratégie de suivi et d'évaluation plus large dédiée à la santé
- Non
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

**95.1 Si oui, ce plan ou cette stratégie a-t-il été mis à jour au cours des deux dernières années ?**

- Oui
- Non

**95.2 Si oui, inclut-il des indicateurs sexospécifiques\* ?**

- Oui
- Non
-

---

## Système d'information

---

**96. Votre pays dispose-t-il d'un système d'information sanitaire fonctionnant sous forme électronique, sous forme papier ou les deux ?**

- Oui, sous forme électronique
- Oui, sous forme papier
- Oui, les deux
- Pas de système d'information sanitaire opérationnel

**96.2 Si un système d'information sanitaire existe, les résultats des tests de la charge virale des patients sont-ils systématiquement intégrés à celui-ci ?**

- Oui, complètement
- Oui, partiellement
- Non

**96.3 Les données relatives à la cascade de traitement sont-elles intégrées au système d'information sanitaire à l'échelle locale ?**

- Oui, complètement
  - Oui, partiellement
  - Non
- 

## Surveillance

---

**97. Le pays réalise-t-il une surveillance sentinelle auprès des populations clés suivantes ?**

Population	Surveillance sentinelle effectuée	À quelle fréquence est-elle effectuée (en années) ?	En quelle année a eu lieu la dernière enquête ?	Dans combien d'établissements la surveillance a-t-elle été effectuée ?
Professionnels du sexe	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Personnes qui s'injectent des drogues	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Personnes transgenres	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Détenus dans les prisons et dans d'autres centres de détention	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Autre (veuillez préciser) : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

---

**98. Votre pays utilise-t-il des données recueillies auprès des patientes des cliniques prénatales sur le nombre de femmes dont le test de dépistage s'est révélé positif et le nombre de femmes ayant déjà été diagnostiquées séropositives pour surveiller les tendances dans la prévalence du VIH ?**

- Oui
  - Non
-

---

## Systèmes de suivi des patients

---

99. Le pays a-t-il mis à jour les indicateurs et les outils du système de suivi des patients conformément aux recommandations de 2017 de l'OMS intitulées Lignes directrices unifiées sur le suivi des patients infectés par le VIH et la surveillance des cas selon une approche centrée sur la personne ?

- Oui, complètement  
 Oui, partiellement  
 Non  
 Je ne sais pas

Quel est le pourcentage d'établissements de santé qui possèdent des systèmes électroniques pour l'enregistrement de données longitudinales sur les patients (p. ex., dossiers médicaux électroniques) ? \_\_\_\_\_

---

## Codes d'identification uniques pour les patients

---

100. Le pays dispose-t-il d'une méthode permettant d'identifier et d'éliminer les informations de santé en double pour les patients au sein des cliniques et entre celles-ci (par exemple relier des dossiers à l'aide d'identificateurs uniques et/ou de renseignements personnels identifiables (y compris des données biométriques) pour les services suivants?

---

	Procédé d'identification et d'élimination de doublons renseignements sur la santé	Si oui, veuillez préciser comment les données sont liées
Services de traitement	<input type="checkbox"/> Oui, harmonisé à l'échelle nationale <input type="checkbox"/> Oui, mais varie d'une région à l'autre <input type="checkbox"/> Oui, mais varie d'une région à l'autre <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Identifiant personnel unique national <input type="checkbox"/> Identificateur exclusif spécifique du VIH <input type="checkbox"/> Combinaison de données personnelles recueillies de façon routinière informations d'identification <input type="checkbox"/> Biométrie <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____
Services d'essais	<input type="checkbox"/> Oui, harmonisé à l'échelle nationale <input type="checkbox"/> Oui, mais varie d'une région à l'autre <input type="checkbox"/> Oui, mais varie d'une région à l'autre <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Identifiant personnel unique national <input type="checkbox"/> Identificateur exclusif spécifique du VIH <input type="checkbox"/> Combinaison de données personnelles recueillies de façon routinière informations d'identification <input type="checkbox"/> Biométrie <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____
Services de laboratoire	<input type="checkbox"/> Oui, harmonisé à l'échelle nationale <input type="checkbox"/> Oui, mais varie d'une région à l'autre <input type="checkbox"/> Oui, mais varie d'une région à l'autre <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Identifiant personnel unique national <input type="checkbox"/> Identificateur exclusif spécifique du VIH <input type="checkbox"/> Combinaison de données personnelles recueillies de façon routinière informations d'identification <input type="checkbox"/> Biométrie <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____
<b>Des services de prévention du VIH conçus pour n'importe quel groupe de population clé afin de suivre l'adoption de la prévention combinée.</b>		
Hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	<input type="checkbox"/> Oui, harmonisé à l'échelle nationale <input type="checkbox"/> Oui, mais varie d'une région à l'autre <input type="checkbox"/> Oui, mais varie d'une région à l'autre <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Identifiant personnel unique national <input type="checkbox"/> Identificateur exclusif spécifique du VIH <input type="checkbox"/> Combinaison de données personnelles recueillies de façon routinière informations d'identification <input type="checkbox"/> Biométrie <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____
Professionnels du sexe	<input type="checkbox"/> Oui, harmonisé à l'échelle nationale <input type="checkbox"/> Oui, mais varie d'une région à l'autre <input type="checkbox"/> Oui, mais varie d'une région à l'autre <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Identifiant personnel unique national <input type="checkbox"/> Identificateur exclusif spécifique du VIH <input type="checkbox"/> Combinaison de données personnelles recueillies de façon routinière informations d'identification <input type="checkbox"/> Biométrie <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____

---

Personnes transgenres	<input type="checkbox"/> Oui, harmonisé à l'échelle nationale <input type="checkbox"/> Oui, mais varie d'une région à l'autre <input type="checkbox"/> Oui, mais varie d'une région à l'autre <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Identifiant personnel unique national <input type="checkbox"/> Identificateur exclusif spécifique du VIH <input type="checkbox"/> Combinaison de données personnelles recueillies de façon routinière informations d'identification <input type="checkbox"/> Biométrie <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser)_____
Les personnes qui s'injectent des drogues	<input type="checkbox"/> Oui, harmonisé à l'échelle nationale <input type="checkbox"/> Oui, mais varie d'une région à l'autre <input type="checkbox"/> Oui, mais varie d'une région à l'autre <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Identifiant personnel unique national <input type="checkbox"/> Identificateur exclusif spécifique du VIH <input type="checkbox"/> Combinaison de données personnelles recueillies de façon routinière informations d'identification <input type="checkbox"/> Biométrie <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser)_____
Autre (veuillez préciser)	<input type="checkbox"/> Oui, harmonisé à l'échelle nationale <input type="checkbox"/> Oui, mais varie d'une région à l'autre <input type="checkbox"/> Oui, mais varie d'une région à l'autre <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Identifiant personnel unique national <input type="checkbox"/> Identificateur exclusif spécifique du VIH <input type="checkbox"/> Combinaison de données personnelles recueillies de façon routinière informations d'identification <input type="checkbox"/> Biométrie <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser)_____

### Surveillance des cas

101. Dans votre pays, la loi exige-t-elle le signalement des cas de séropositivité ?

- Oui  
 Non

102. Le pays dispose-t-il d'un système de surveillance\* des cas de VIH ?

- Oui  
 Non

102.1 Si oui, les événements sentinelles suivants sont-ils signalés ? :

a) Diagnostic

- Oui  
 Non

b) Résultat de la première numération des lymphocytes CD4 au moment du dépistage

- Oui  
 Non

c) Début du traitement antirétroviral

- Oui  
 Non

d) Résultats du premier test de la charge virale et des tests de suivi

- Oui  
 Non

e) Décès

- Oui  
 Non

**103. De quelle source sont issues les données relatives au nombre de personnes ayant connaissance de leur statut sérologique disponibles pour l'indicateur 1.1 pour 2018 ?**

- Surveillance des cas de séropositivité
  - Modélisation
  - Aucune donnée disponible
  - Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- 

**104. De quelle source sont issues les données relatives au nombre de personnes vivant avec le VIH et suivant un traitement antirétroviral pour l'indicateur 1.2 pour 2018 ?**

- Données des programmes, d'abord déclarées dans leur ensemble
  - Données des programmes, d'abord déclarées au moyen d'identifiants
  - Estimations nationales issues des résultats d'enquêtes effectuées auprès de la population
  - Estimations nationales issues du suivi des cohortes représentatives à l'échelle nationale
  - Aucune donnée disponible
  - Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- 

**105. 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

**105.1 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 1.2 ?**

- Oui
  - Non
- 

**106. De quelle source sont issues les données relatives au nombre de personnes vivant avec le VIH dont la charge virale est supprimée pour l'indicateur 1.4 pour 2018 ?**

- Données des programmes de routine et agrégées issues des systèmes des laboratoires
  - Données issues des systèmes de surveillance des cas
  - Enquête
  - Aucune donnée disponible
  - Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_
- 

## TB/VIH

---

**107. Les actions suivantes sont-elles recommandées pour les personnes vivant avec le VIH dans les stratégies nationales, les politiques, les plans ou les directives relatifs à la tuberculose et/ou au VIH ?**

**a) Dépistage de la tuberculose**

- Oui
- Non

**b) Traitement préventif de la tuberculose**

- Oui
  - Non
- 

**108. Votre pays a-t-il adopté la dernière politique de l'OMS en date de 2015 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 ?**

- Oui
  - Non
-

---

109. Parmi les traitements suivants, quels sont ceux qui sont recommandés dans les directives nationales en traitement préventif de la tuberculose (cochez toutes les réponses pertinentes) ? :

a) Adultes 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 hebdomadaire 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 : (préciser)

ai. 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 hebdomadaire 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 : (préciser)

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 hebdomadaire par rifapentine et isoniazide (3HP)
- 3 mois de traitement quotidien par rifampicine et isoniazide (3RH)
- Autre : (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

bi. 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 hebdomadaire par rifapentine et isoniazide (3HP)
- 3 mois de traitement quotidien par rifampicine et isoniazide (3RH)
- Autre : (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

---

110. Dans les directives nationales, les actions suivantes sont-elles requises avant de commencer un traitement préventif de la tuberculose ?

a) Test dermatologique à la tuberculine ou test de détection de l'interféron gamma (IGRA)

- Oui pour tous
- Non
- Uniquement si disponible

b) Rayons X

- Oui pour tous
- Non
- Uniquement si disponible

---

111. Au cours de la dernière période de reporting, y a-t-il eu une rupture de stock sur :

a) L'isoniazide

- Oui, au niveau national
- Oui, au niveau local
- Non

b) La vitamine B6

- Oui, au niveau national
  - Oui, au niveau local
  - Non
-

---

**c) Autres médicaments de traitement préventif de la tuberculose recommandés au niveau national**

- Oui, au niveau national  
 Oui, au niveau local  
 Non

**ci. Si oui, veuillez préciser les médicaments concernés :** \_\_\_\_\_

---

**112. À quel stade en est l'intégration des services HIV/TB suivants ?**

**a) Les diagnostics moléculaires rapides recommandés par l'OMS (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) : \_\_\_\_\_

**b) Personnes vivant avec le VIH ayant reçu des médicaments antirétroviraux contre la tuberculose 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) : \_\_\_\_\_

**c) Le traitement antirétroviral est mis en œuvre par le même professionnel de santé que celui qui fournit le traitement contre la tuberculose 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) : \_\_\_\_\_

**d) Le traitement antirétroviral intégré au traitement contre la tuberculose 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) : \_\_\_\_\_
- 

**Assurance maladie universelle**

---

**113. Votre pays est-il en voie d'adopter un système d'assurance santé universel?**

- Oui  
 Non

**113.1 Si non, votre pays s'orienté-t-il vers un régime d'assurance maladie universelle?**

- Oui  
 Non

**113.2 Si oui, les prestations prévues comprennent-elles les éléments suivants?**

**a) ARV**

- Oui  
 Non

**b) PrEP**

- Oui  
 Non
-



# Annexe 1.

## Bibliographie sélective

---

1. 12 components monitoring and evaluation system assessment: guidelines to support preparation, implementation and follow-up activities. Genève : ONUSIDA, 2010 (<http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance> [en anglais]).
2. 12 components monitoring and evaluation system strengthening tool. Genève : ONUSIDA, 2010 (<http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance> [en anglais]).
3. Glossary: monitoring and evaluation terms. Genève : ONUSIDA, 2011 (<http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance> [en anglais]).
4. Guidance on capacity building for HIV monitoring and evaluation. Genève : ONUSIDA, 2010 (<http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance> [en anglais]).
5. Indicator standards: operational guidelines for selecting indicators for the HIV response. Genève : ONUSIDA, 2010 (<http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance> [en anglais]).
6. A national evaluation agenda for HIV. Genève : ONUSIDA, 2010 (<http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance> [en anglais]).
7. An introduction to triangulation. Genève : ONUSIDA, 2010 (<http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance> [en anglais]).
8. An introduction to indicators. Genève : ONUSIDA, 2010 (<http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance> [en anglais]).
9. Basic terminology and frameworks for monitoring and evaluation. Genève : ONUSIDA, 2010 (<http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance> [en anglais]).
10. Organizing framework for a functional national HIV monitoring and evaluation system. Genève : ONUSIDA, 2008 (<http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance> [en anglais]).
11. Communities at the centre. Geneva: UNAIDS; 2019 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2019-global-AIDS-update\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-global-AIDS-update_en.pdf)).
12. Strategic guidance for evaluating HIV prevention programmes. Genève : ONUSIDA, 2010 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/sub\\_landing/files/12\\_7\\_MERG\\_Guidance\\_Evaluating%20HIV\\_PreventionProgrammes.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/12_7_MERG_Guidance_Evaluating%20HIV_PreventionProgrammes.pdf) [en anglais]).
13. Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2015 (<https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/fr>).
14. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. 2e éd. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2016. (<http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en> [en anglais]).
15. Ligne directrice unifiée sur la santé et les droits des femmes vivant avec le VIH en matière sexuelle et reproductive. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2017 ([https://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender\\_rights/Ex-Summ-srhr-women-hiv/fr/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/Ex-Summ-srhr-women-hiv/fr/)).
16. La situation des enfants dans le monde 2019. New York : UNICEF, 2019 (<https://www.unicef.org/french/sowc2016/>).
17. Segone M, ed. Country-led monitoring and evaluation systems: better evidence, better policies, better development results. New York : UNICEF, 2009 (<http://mics.unicef.org/>).

## 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 gouvernementaux 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) :						

1 Veuillez exprimer le volume en nombre de boîtes acheté et le prix unitaire dans la devise locale.

2 Le nombre de boîtes acheté doit être fourni pour chaque lot d'achat du protocole / de la formule thérapeutique.

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 Le nombre de patients par protocole thérapeutique est recueilli dans le cadre de l'enquête de l'OMS sur les traitements et le diagnostic du sida, utilisation des antirétroviraux et des technologies de laboratoire. Ce chiffre est également recueilli via la mise en œuvre des directives en lien avec l'OMS, disponibles 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 2020 présente un ensemble de programmes et services principaux, en fonction de la source de financement. Seuls ont été modifiés le format de la collecte et la cartographie des engagements dans le cadre de la Déclaration politique de 2016 sur la fin de l'épidémie de sida, par rapport au contenu de la grille (voir le tableau 1).

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 prophylaxie préexposition (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.

## Tableau 1.

Engagements adoptés lors de la Réunion de haut niveau de 2016 en ce qui concerne les catégories de programmes, et cartographie dans la grille de financement du cycle 2020 de suivi mondial de la lutte contre le sida

Engagements en matière d'accélération en vue d'éliminer le sida d'ici 2030	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 2020 : totalité des initiatives
<b>Engagement 1.</b> Garantir l'accès au traitement aux 30 millions de personnes vivant avec le VIH grâce à l'atteinte des objectifs 90-90-90 d'ici 2020	1	Traitement, soins et accompagnement (sous-total)
<b>Engagement 2.</b> Éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici 2020 et garantir l'accès au traitement du VIH à 1,6 million d'enfants d'ici 2018	2	Prévention de la transmission verticale du VIH (sous-total)
<b>Engagement 3.</b> Assurer l'accès aux options de la prévention combinée, parmi lesquelles la prophylaxie préexposition, la circoncision masculine médicale volontaire, la réduction des risques et les préservatifs, à au moins 90 % des personnes d'ici 2020, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes dans les pays à forte prévalence et les populations clés, c'est-à-dire les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les professionnels du sexe et leurs clients, les personnes qui s'injectent des drogues et les prisonniers	3	Prévention (sous-total)
<b>Engagement 8.</b> Garantir l'augmentation des investissements liés au VIH à hauteur de 26 milliards de dollars américains d'ici 2020, dont un quart pour la prévention du VIH et 6 % pour les facilitateurs sociaux		
<b>Engagement 4.</b> Éliminer les inégalités entre les sexes et mettre fin à toutes les formes de violence et de discrimination envers les femmes et les filles, les personnes vivant avec le VIH et les populations clés d'ici 2020	4	Programmes sexospécifiques
<b>Engagement 5.</b> S'assurer que 90 % des jeunes possèdent les compétences, les connaissances et la capacité de se protéger du VIH et disposent d'un accès à des services de santé sexuelle et reproductive d'ici 2020 afin de réduire à moins de 100 000 personnes par an le nombre de nouvelles infections à VIH parmi les adolescentes et les jeunes femmes	5	Programmes destinés aux enfants et adolescents
<b>Engagement 6.</b> S'assurer que 75 % des personnes vivant avec le VIH, affectés par le VIH ou à risque bénéficient de la protection sociale incluant le VIH d'ici 2020	6	Protection sociale
<b>Engagement 7.</b> Garantir la gestion par la communauté d'au moins 30 % des services fournis d'ici 2020	7	Mobilisation de la communauté
<b>Engagement 8.</b> Garantir l'augmentation des investissements liés au VIH à hauteur de 26 milliards de dollars américains d'ici 2020, dont un quart pour la prévention du VIH et 6 % pour les facilitateurs sociaux	8	Gouvernance et pérennité (sous-total)
<b>Engagement 9.</b> Responsabiliser les personnes vivant avec le VIH, à risque ou bien affectées par le VIH afin qu'elles connaissent leurs droits, aient accès à la justice et à des services juridiques afin de prévenir et lutter contre les violations des droits de l'homme	9	Facilitateurs essentiels (sous-total)
<b>Engagement 10.</b> S'engager à sortir le sida de l'isolement par le biais de systèmes centrés sur les populations afin d'améliorer la couverture de santé universelle, notamment le traitement pour la tuberculose, le cancer du col de l'utérus et les hépatites B et C	10	Co-infection TB-VIH, diagnostic et traitement (sous-total)

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 2) 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, 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 2

Liste des programmes et services de lutte contre le VIH figurant dans la grille de financement national

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 2020 : ensemble des interventions	Catégories de programmes du suivi mondial de la lutte contre le sida en 2020 : principaux sous-indicateurs
<b>1 Traitement, soins et accompagnement (sous-total)</b>		
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), 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	
<b>2 Prévention de la transmission verticale du VIH (sous-total)</b>		
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	

### 3 Prévention : cinq piliers de la prévention uniquement (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)	Prophylaxie préexposition (PrEP) stratifiée par population clé.
3.3.1.	PrEP pour les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Prophylaxie préexposition (PrEP) stratifiée par population clé.
3.3.2.	PrEP pour les professionnel(le)s du sexe	Prophylaxie préexposition (PrEP) stratifiée par population clé.
3.3.3.	PrEP pour les personnes qui s'injectent des drogues	Prophylaxie préexposition (PrEP) stratifiée par population clé.
3.3.4.	PrEP pour les personnes transgenres	Prophylaxie préexposition (PrEP) stratifiée par population clé.
3.3.5.	PrEP pour les populations clés	Prophylaxie préexposition (PrEP) stratifiée par population clé.
3.3.6.	PrEP pour les jeunes femmes et les adolescentes dans les pays à forte prévalence	Prophylaxie préexposition (PrEP) stratifiée par population clé.
3.3.7.	Prophylaxie préexposition (PrEP) pour les couples sérodiscordants	Prophylaxie préexposition (PrEP) stratifiée par population clé.
3.4	Circoncision masculine médicale volontaire (CMMV) dans les pays à forte prévalence	Circoncision masculine médicale volontaire (CMMV).
3.5	Prévention, promotion du dépistage et mise en relation avec des programmes de soins pour les homosexuels 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 par type	
3.98	Prévention (cinq piliers) 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

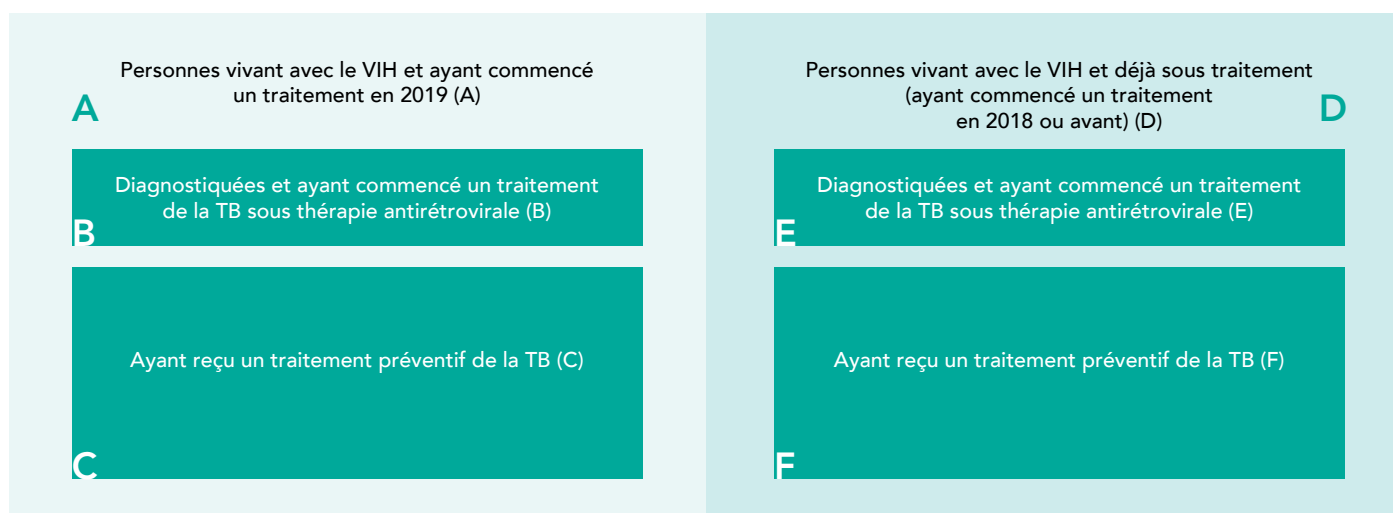
#### 5 Programmes destinés aux enfants et adolescents

#### 6 Protection sociale

#### 7 Mobilisation de la communauté

<b>8 Gouvernance et pérennité (sous-total)</b>		
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	
<b>9 Facilitateurs sociaux essentiels (sous-total)</b>		
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	
<b>10 Co-infection TB-VIH, diagnostic et traitement (sous-total)</b>		
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	
<b>11.99</b>	<b>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)</b>	<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: Directives supplémentaires sur la construction des indicateurs de suivi mondial de la lutte contre le sida sur le VIH et la tuberculose (indicateurs GAM 10.1–10.3)



**Indicateur 10.1** : 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 =  $(B + E) / \text{nombre estimé}$

**Note** : le numérateur de l'indicateur 10.1 doit être égal au nombre de patients séropositifs ayant nouvellement contracté une TB ou présentant une rechute de la TB et ayant commencé ou continué un traitement antirétroviral comme rapporté par le programme national de lutte contre la TB auprès de l'OMS (indicateur de TB 2.29). Veuillez aligner les données avec le programme national de lutte contre la tuberculose.

**Indicateur 10.2** : pourcentage de personnes vivant avec le VIH et ayant développé une TB active parmi les personnes vivant avec le VIH nouvellement mises sous traitement du VIH =  $B/A$

**Remarque** : le numérateur pour l'indicateur 10.1 sera supérieur à celui pour l'indicateur 10.2.

**Indicateur 10.3** : pourcentage de personnes vivant avec le VIH nouvellement mises sous traitement du VIH et ayant débuté un traitement préventif de la tuberculose =  $C/A$

Pourcentage de personnes vivant avec le VIH suivant un traitement du VIH et ayant débuté un traitement préventif de la tuberculose =  $(C + F) / (A + D)$





Copyright © 2019  
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)  
Tous droits réservés.

Les termes employés dans le présent document et la présentation des données qui y figurent ne reflètent en aucun cas l'expression d'une opinion, quelle qu'elle soit, de l'ONUSIDA concernant le statut légal d'un pays, territoire, d'une ville ou zone ou celui de ses autorités, ou concernant la délimitation de ses frontières ou limites. L'ONUSIDA ne garantit pas que l'information contenue dans la présente publication est complète et correcte et ne pourra être tenu pour responsable des dommages éventuels résultant de son utilisation.

ONUSIDA/JC2976





**ONUSIDA**  
**Programme commun des**  
**Nations Unies sur le VIH/SIDA**

20 avenue Appia  
1211 Genève 27  
Suisse

+41 22 791 3666

[unaids.org](http://unaids.org)