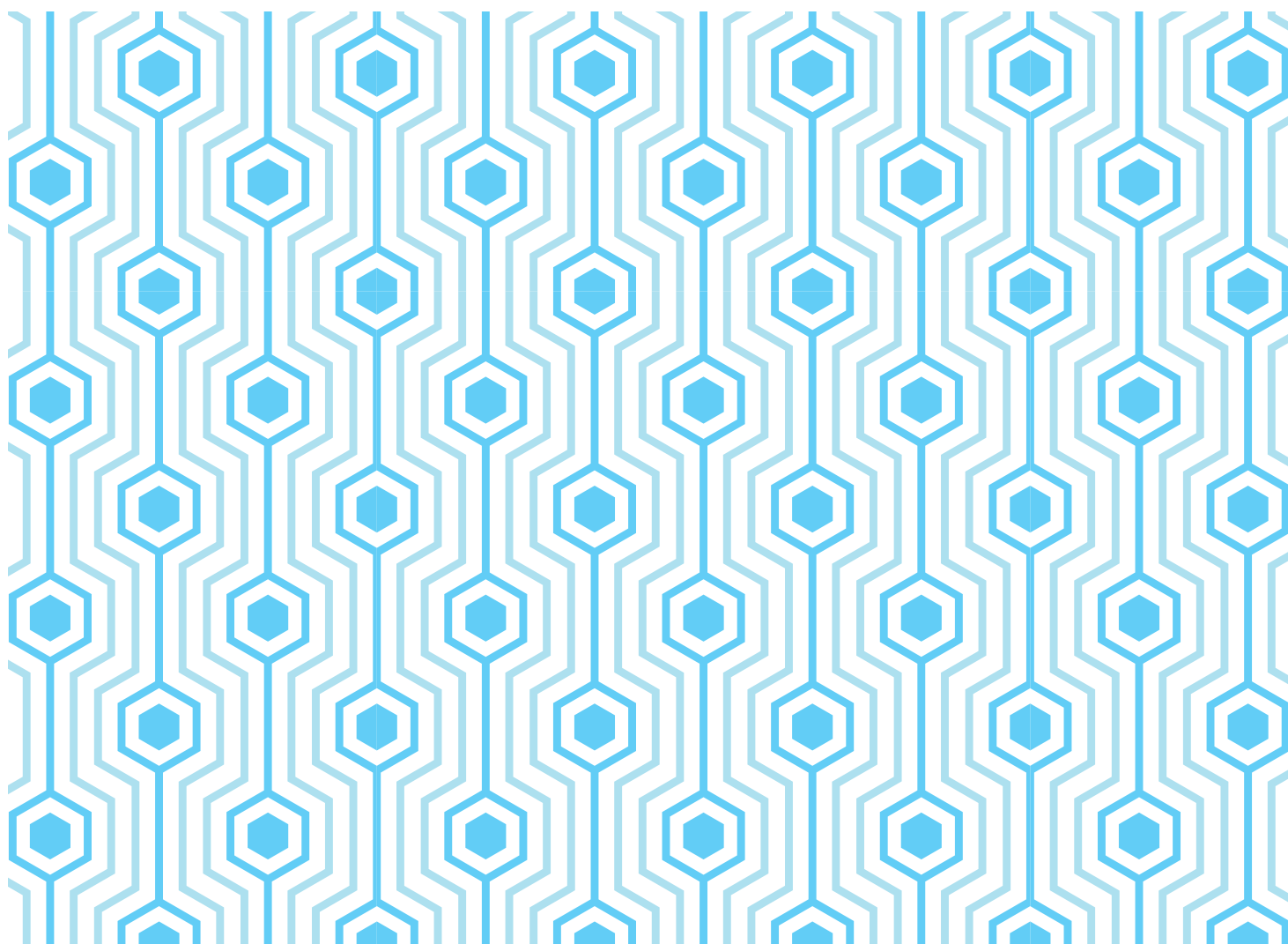


Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida 2019

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



Contenus

Résumé des indicateurs pour le suivi mondial de la lutte contre le sida	5
Acronymes et abréviations	9
Introduction	10
Objet et contexte	10
Fondement du cadre de suivi global de la lutte contre le sida	11
Historique des rapports	13
Format des rapports	14
Les indicateurs nationaux pour les pays à revenu élevé	16
Construction des indicateurs nationaux	17
Outils de mesures et source des données	17
Mise en œuvre du suivi au niveau national	17
Numérateurs et dénominateurs	19
Désagréger les données, en particulier par sexe et âge	19
Données sous-nationales ou décentralisées	21
Données issues d'enquêtes récentes et représentatives	21
Interprétation et analyse	22
Rôle de la société civile	23
Contenu du rapport	24
Orientations pour la soumission des données	24
Reporting tool and submitting data	24
Processus de rapportage des données nationales : action nécessaire	25
Processus de validation des données pour 2019	27
Résumé des modifications apportées aux indicateurs dans le rapportage 2019	29
Soumission des données des villes prioritaires	31
Soumission des données par groupes d'âge détaillés	32

Prière d'utiliser le site Web du suivi mondial de la lutte contre le sida (aidsreportingtool.unaids.org) pour soumettre vos données avant le 1er avril 2019.

Les estimations VIH modélisées à l'aide du logiciel Spectrum mis à jour doivent être reçues au plus tard le 1er avril 2019.

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

1.1	Personnes vivant avec le VIH et connaissant leur statut sérologique	38
1.2	Personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral	40
1.3	Rétention sous traitement antirétroviral à 12 mois	42
1.4	Personnes vivant avec le VIH dont la charge virale a été supprimée	44
1.5	Diagnostic tardif du VIH	47
1.6	Rupture de stock de médicaments antirétroviraux	48
1.7	Mortalité due au sida	50
1.8	Volume de dépistage et dépistage positif du VIH	51

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	53
2.2	Transmission mère-enfant du VIH	55
2.3	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH	57
2.4	Syphilis chez les femmes enceintes	60
2.5	Taux de syphilis congénitale (naissances vivantes et mortinaissances)	63
2.6	Dépistage du VIH chez les femmes enceintes	64

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

3.1	Incidence du VIH	66
3.2	Estimations de la taille des populations clés (A-E)	68
3.3	Prévalence du VIH parmi les populations clés (A-E)	69
3.4	Test VIH parmi les populations clés (A-D)	71
3.5	Couverture du traitement antirétroviral parmi les personnes vivant avec le VIH au sein des populations clés (A-E)	73
3.6A	Utilisation du préservatif parmi les professionnels du sexe	75
3.6B	Utilisation du préservatif parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	77
3.6C	Utilisation du préservatif parmi les personnes qui s'injectent des drogues	79

3.6D Utilisation du préservatif parmi les personnes transgenres	81
3.7 Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les populations clés (A-D)	83
3.8 Pratiques d'injections à moindre risque parmi les personnes qui s'injectent des drogues	85
3.9 Aiguilles et seringues distribuées par personne qui s'injecte des drogues	87
3.10 Couverture de la thérapie de substitution aux opiacés	89
3.11 Syphilis active parmi les professionnels du sexe	90
3.12 Syphilis active parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	91
3.13 Programmes de prévention du VIH dans les prisons	92
3.14 Hépatite virale parmi les populations clés	93
3.15 Personnes recevant un traitement prophylactique préexposition	94
3.16 Prévalence de la circoncision masculine	96
3.17 Nombre d'hommes annuellement circoncis volontairement	97
3.18 Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque	98

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	99
4.2 Évitement des services de santé parmi les populations clés en raison de la stigmatisation et de la discrimination (A-D)	101
4.3 Prévalence de la violence conjugale récente	103
4.4 Expérience de la discrimination liée au VIH dans les établissements de soins de santé	105

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	107
5.2 Planification familiale : demande satisfaite avec des méthodes modernes	108

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

8.1 Dépenses totales de lutte contre le VIH 110

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

10.1 Co-gestion du traitement de la tuberculose et du VIH 114

10.2 Personnes vivant avec le VIH atteintes d'une tuberculose active
116

10.3 Personnes vivant avec le VIH ayant débuté un traitement préventif
de la tuberculose 118

10.4 Hommes souffrant d'écoulement urétral 120

10.5 Blennorragie chez les hommes 121

10.6 Dépistage de l'hépatite B 122

10.7 Personnes présentant une co-infection VIH/VHB qui reçoivent un
traitement combiné 123

10.8 Dépistage de l'hépatite C 124

10.9 Personnes coinfectedes VIH et VHC débutant le traitement VHC125

10.10 Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes vivant
avec le VIH 126

Directives pour remplir l'outil de suivi des politiques et des engagements
nationaux (NCPI) 127

NCPI 134

Annexe 1. Bibliographie sélective 190

Annexe 2. Grille nationale de financement pour l'indicateur 8 : Dépenses
totales de lutte contre le sida 191

Annexe 3. Volumes et prix unitaires des produits achetés et distribués 198

Annexe 4. Niveaux escomptés du budget national réservé au VIH 199

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) 200

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 Rétention sous traitement ARV à 12 mois
- ➔ 1.4 Personnes vivant avec le VIH dont la charge virale a été supprimée
- ➔ 1.5 Diagnostic tardif du VIH
- ➔ 1.6 Rupture de stock de médicaments antirétroviraux
- ➔ 1.7 Mortalité due au sida
- ➔ 1.8 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.

Engagements politiques et instrument de politique (NCPI) intérimaire

ENGAGEMENT 2: Éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici 2020 et garantir l'accès au traitement du VIH à 1,6 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 l'association de mesures de prévention, parmi lesquelles la prophylaxie préexposition, la circoncision masculine volontaire médicale, la réduction des risques et les préservatifs, à au moins 90 % des personnes d'ici 2020, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes dans les pays à forte prévalence et les populations clés, c'est-à-dire les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les professionnels du sexe et leurs clients, les personnes qui s'injectent des drogues et les prisonniers

.....

➔ 3.1 Incidence du VIH

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

- ➔ 3.2 Estimations de la taille des populations clés
- ➔ 3.3 Prévalence du VIH parmi les populations clés
 - 3.3A Prévalence du VIH parmi les travailleurs du sexe
 - 3.3B Prévalence du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
 - 3.3C Prévalence du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues
 - 3.3D Prévalence du VIH parmi les personnes transsexuelles
 - 3.3E Prévalence du VIH parmi les prisonniers

- ➔ 3.4 Test du VIH parmi les populations clés
 - 3.4A Test du VIH parmi les professionnels du sexe
 - 3.4B Test du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
 - 3.4C Test du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues
 - 3.4D Test du VIH parmi les personnes transsexuelles

- ➔ 3.5 Couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les personnes vivant avec le VIH au sein des populations clés
 - 3.5A Couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les professionnels du sexe vivant avec le VIH
 - 3.5B Couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant avec le VIH
 - 3.5C Couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les personnes qui s'injectent des drogues vivant avec le VIH
 - 3.5D Couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les personnes transsexuelles vivant avec le VIH
 - 3.5E Couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les prisonniers vivant avec le VIH

- ➔ 3.6 Utilisation du préservatif parmi les populations clés
 - 3.6A Utilisation du préservatif chez les professionnels du sexe
 - 3.6B Utilisation du préservatif chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

- 3.6C Utilisation du préservatif chez les personnes qui s'injectent des drogues
- 3.6D Utilisation du préservatif parmi les personnes transgenres

- ➔ 3.7 Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les populations clés
 - 3.7A Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les professionnels du sexe
 - 3.7B Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
 - 3.7C Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues
 - 3.7D Couverture des programmes de prévention du VIH parmi les personnes transsexuelles

Personnes qui s'injectent des drogues

- ➔ 3.8 Pratiques d'injection sans risques parmi les personnes qui s'injectent des drogues
- ➔ 3.9 Aiguilles et seringues distribuées par personnes qui s'injectent des drogues
- ➔ 3.10 Couverture de la thérapie de substitution aux opiacés

Professionnels du sexe

- ➔ 3.11 Syphilis active chez les professionnels du sexe

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

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

Prisonniers

- ➔ 3.13 Programmes de prévention du VIH dans les prisons

Hépatite virale

- ➔ 3.14 Hépatite virale parmi les populations clés

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

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

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

- ➔ 3.16 Prévalence de la circoncision masculine
- ➔ 3.17 Nombre annuel d'hommes circoncis volontairement

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

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

Nombres de préservatifs distribués (NCPI)

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 professionnels 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 transgenre 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-divulgaration 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 facilitateurs sociaux

- ➔ 8.1 Dépenses totales de la lutte contre le VIH

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

- 8.1A Dépenses pour le dépistage et le conseil en matière de VIH
- 8.1B Dépenses pour la thérapie antirétrovirale
- 8.1C Dépenses pour le suivi spécifique en laboratoire du VIH
- 8.1D Dépenses liées à la TB et au VIH

- 8.1E Dépenses liées aux cinq piliers de l'association de mesures de prévention
- 8.1F Dépenses liées à la prévention de la transmission mère enfant du VIH
- 8.1G Dépenses liées aux acteurs sociaux
- 8.1H Dépenses concernant les transferts d'espèces pour les jeunes femmes et les jeunes filles

ENGAGEMENT 9:

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

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 nouvellement prises en charge pour des soins liés au VIH et qui souffrent d'une tuberculose active

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

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

Hépatites B et C

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

Cancer du col de l'utérus

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

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

Vaccination contre le cancer du col de l'utérus

Acronymes et abréviations

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

Introduction

Objet et contexte

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

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

Les États membres avaient adopté à l'unanimité la Déclaration d'engagement de 2001 lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies la même année.

Celle-ci reflétait le consensus mondial reposant sur un cadre d'action pour atteindre l'Objectif 6 de développement du Millénaire visant à enrayer la propagation du VIH/sida et à inverser la tendance à l'horizon 2015. Elle reconnaissait la nécessité de mener une action plurisectorielle et d'agir à la fois à l'échelle mondiale, régionale et nationale afin d'éviter de nouvelles infections à VIH, d'étendre l'accès aux soins de santé et d'atténuer l'impact de l'épidémie. La Déclaration politique 2006 reconnaissait le besoin urgent de proposer un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH. La Déclaration politique de 2011 dressait dix objectifs visant à intensifier les efforts pour éradiquer le VIH et le sida. La Déclaration politique de 2016 sur la fin du sida se concentre sur les cinq prochaines années avec un accent particulier sur

la période des objectifs de développement durable jusqu'en 2030 et à venir et une attention plus forte sur l'intégration de la riposte mondiale contre le VIH dans le programme plus vaste du développement.

Bien que des gouvernements aient adopté la Déclaration politique de 2016 sur la fin du sida, la vision va bien au-delà du domaine étatique pour atteindre l'industrie privée et les syndicats, les organisations professionnelles, 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 2019 est le second qui suit la transition entre les objectifs du millénaire pour le développement et les objectifs de développement durable. C'est également la seconde année où sont consignés les résultats du cadre de suivi de l'évolution du VIH pour la période 2016 à 2020. L'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'ONUSIDA et leurs partenaires se sont associés afin de rassembler les directives unifiées concernant les informations stratégiques sur le VIH dans le domaine de la santé, qui ont alimenté les directives associées aux rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde.¹

Dans les précédentes séries de rapport, les pays ont été encouragés à intégrer des indicateurs dans leurs efforts de surveillance continue. Ces indicateurs sont conçus afin de les aider à évaluer la situation de leur riposte nationale ainsi que leurs progrès pour atteindre les objectifs nationaux en matière de lutte contre le VIH. Ils contribuent également à mieux comprendre la riposte mondiale à l'épidémie du VIH, notamment les progrès réalisés pour atteindre les objectifs mondiaux présentés dans la Déclaration politique de 2016 sur la fin du sida et les objectifs de développement durable.²

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

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

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

- **Réduction des contraintes de suivi.** L'ensemble des indicateurs est désormais réduit et contient moins de questionnaires séparés (sous-indicateurs et sources de données) ; il inclut des indicateurs pour le suivi et les rapports relatifs à la riposte contre le VIH du secteur de la santé (auparavant nommés indicateurs d'accès universel) et ils respectent également les indicateurs de développement durable, simplifiant la collecte des données pour chaque pays. Les descriptions des indicateurs dans ce guide remplacent celles des directives précédentes, et incluent notamment la liste

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 (<http://who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/en>, consulté le 31 octobre 2018).

² Fast-Track Commitments to End AIDS by 2030 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/fast-track-commitments_en.pdf, consulté le 31 octobre 2018)

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.

de référence mondiale des 100 indicateurs clés de santé⁴ ainsi que les directives unifiées de 2015 pour les informations stratégiques sur le VIH dans le domaine de la santé de l'OMS.^{3, 4} Afin de répondre pleinement aux conditions de rédaction des rapports associés aux dix engagements vers une accélération de la riposte, les indicateurs sont ventilés selon l'âge, le sexe, la zone géographique et, le cas échéant, par population clé.

- **De meilleures fonctionnalités de programmation pour les pays.** Du fait de leur ventilation, de leurs sources et de la granularité géographique, notamment à l'échelle d'une ville, les indicateurs peuvent résumer la diversité de la situation dans un pays et identifier les domaines où les programmes peuvent avoir la plus grande influence. Le suivi des données de programmes constitue également une option pour les indicateurs sélectionnés.
- **Connaître l'épidémie et réaffecter des ressources.** Les estimations épidémiologiques progressent nettement chaque année et elles sont de plus en plus utilisées à l'échelle sous-nationale avec des données de programmation servant à évaluer la couverture et les gaps des services. Cela permet un investissement efficace.

- **Un ensemble cohérent.** L'ensemble des indicateurs a été conçu de telle sorte qu'ils ne sont pas indépendants mais se complètent afin d'offrir une vue d'ensemble plus large de la riposte au sida dans le contexte d'un pays donné.
- **Une approche innovante et progressive.** Afin d'offrir une future flexibilité, une option a été envisagée afin de communiquer les rapports à l'aide de sources de données (différents types d'études et de données de programmation) dans les indicateurs sélectionnés. La collecte de données pilotée par les communautés sous diverses formes, telles que les médias sociaux ou des applications de rencontre, pourrait compléter les données recueillies pour les indicateurs et fournir un aperçu approfondi de la situation.

³ Global reference list of 100 core health indicators. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en>, accessed 31 October 2018).

⁴ Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/en/>, accessed 31 October 2018).

Historique des rapports

Pour suivre les diverses déclarations politiques, l'ONUSIDA a collecté des rapports de suivi national auprès des États membres, tous les deux ans à partir de 2004 et tous les ans depuis 2012. Le taux de réponse a augmenté passant de 102 États membres (53 %) en 2004 à 185 (96 %) en 2012. Ce chiffre est sensiblement resté le même depuis 2012 et, en 2018, 173 États membres (90 %) ont transmis leurs rapports (Figure 1 et Figure 2).

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

Des rapports descriptifs non publiés sur la situation nationale de la série de rapports de 2018 sont disponibles sur :

<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2018countries>.

Figure 1

Tendances des taux de réponse, 2004–2018

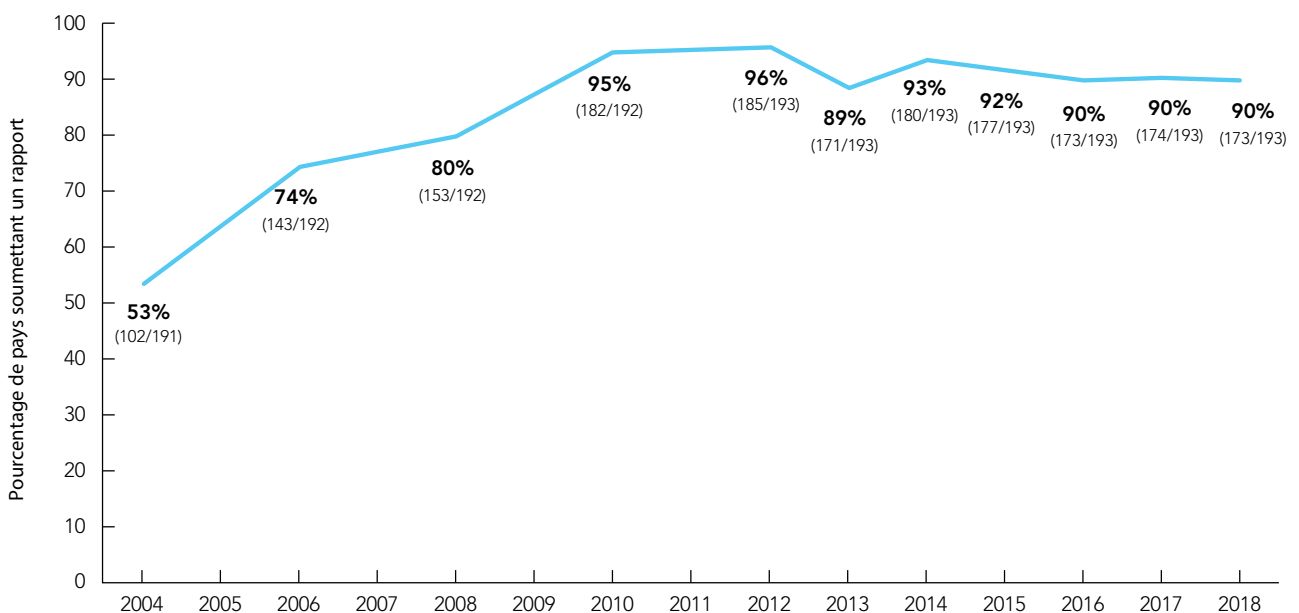
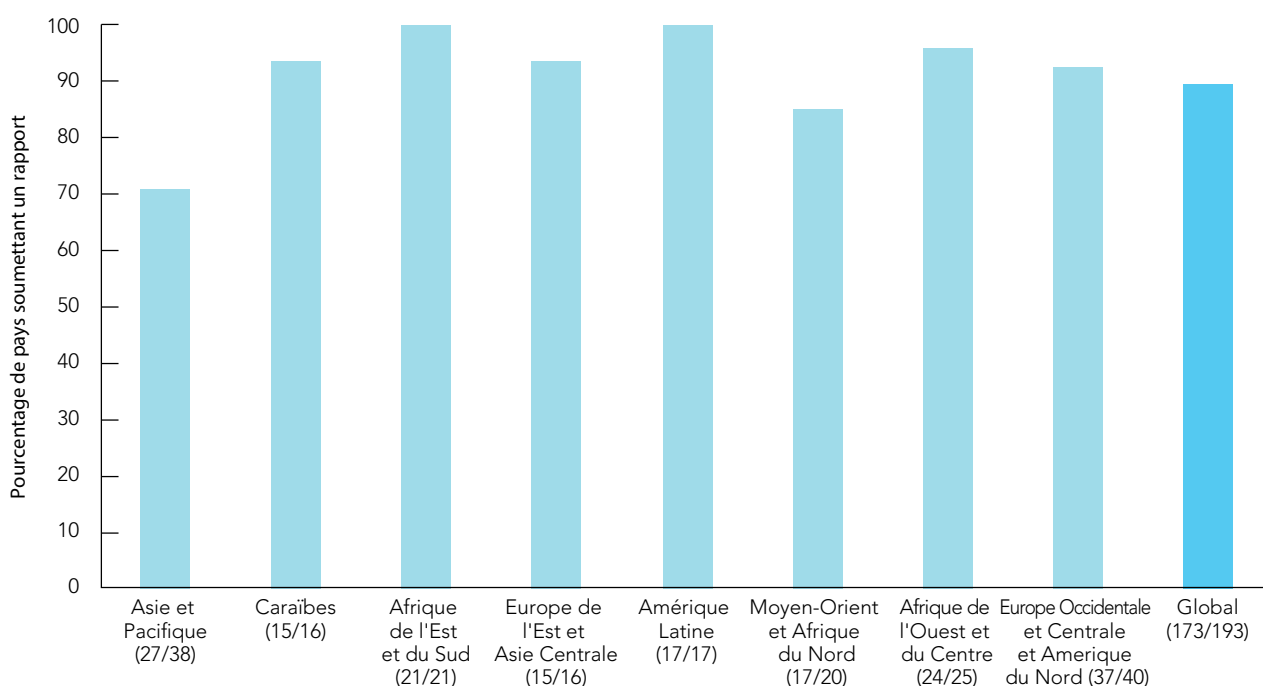


Figure 2

Proportion de pays ayant soumis des rapports dans le cycle 2018 du Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida



Veillez noter que des corrections ou des mises à jour concernant les données associées aux indicateurs après validation sont disponibles sur AIDSInfo et ne sont pas nécessairement reprises dans les rapports descriptifs.

Format des rapports

Les rapports 2019 demandent la soumission des indicateurs et de l'outil de suivi des politiques et des engagements nationaux (NCPI). Dans le cadre de la préparation des rapports mondiaux sur le suivi de la lutte contre le sida, les pays sont invités à soumettre un rapport narratif. L'outil de rapportage en ligne inclut un modèle destiné à la rédaction d'un rapport descriptif

constitué d'un narratif pour chaque engagement vers une accélération de la riposte. Cependant, les pays peuvent également soumettre des rapports nationaux récents sur l'épidémiologie du VIH la réponse nationale au cas où de tels rapports existent.

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

Les données des indicateurs des rapports de suivi mondial de la lutte contre le sida doivent être soumises via le site internet dédié (<https://aidsreportingtool.unaids.org>) afin d'améliorer la qualité et l'exhaustivité des informations et de faciliter le traitement et l'analyse à l'échelle nationale, régionale et mondiale.

La date limite pour la saisie et la validation des données sur le site est le 1er avril 2019.

Les indicateurs de suivi mondial de la lutte contre le sida sont importants pour deux raisons. En premier lieu, ils peuvent aider chaque pays à évaluer l'efficacité de sa riposte nationale ; ensuite, lorsque des données de plusieurs pays sont analysées collectivement, les indicateurs peuvent fournir des informations essentielles sur l'efficacité de la riposte à une plus grande échelle et servir de base pour les analyses des progrès réalisés au niveau régional et mondial. Cette démarche donne également un aperçu des ripostes nationales des autres pays.

Les changements apportés dans cette série de rapports comparés à celle de 2018 sont résumés pages 29 à 32.

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

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

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

L'ONUSIDA recommande vivement aux pays d'intégrer ces indicateurs dans leurs systèmes de suivi et d'évaluation. Si un pays utilise un autre indicateur afin

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

Ces directives définissent intégralement tous les indicateurs utilisés dans le cadre des rapports de suivi mondial de la lutte contre le sida.

Les indicateurs nationaux pour les pays à revenu élevé

En adoptant la Déclaration politique de 2016 sur la fin du sida, les pays à revenu élevé se sont engagés à fournir des rapports sur les progrès de la riposte nationale au VIH. Ces états utilisent parfois des systèmes

d'informations complexes et une variété de sources de données qui peuvent rendre délicat le calcul d'un indicateur national unique. Cependant, cela n'élimine pas pour autant la nécessité d'obtenir des données des pays à revenu élevé pour le suivi des progrès mondiaux réalisés en vue d'atteindre les objectifs de la Déclaration politique de 2016 sur la fin du sida. Les pays de l'Union européenne (EU) et de l'Espace économique européen (EEE) ont utilisé des voies innovantes pour relier plus étroitement les systèmes de suivi mondiaux du VIH aux contextes régionaux.

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

Mise en œuvre du suivi au niveau national

Construction des indicateurs nationaux

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

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

Une source majeure pour générer les dénominateurs est le logiciel 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.⁵

En 2019, 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 1er avril 2019. Les équipes nationales recevront les informations concernant le processus d'estimation 2019 en novembre 2018.

Comme pour les années précédentes, les pays auront la possibilité d'importer les estimations de Spectrum dans l'outil de rapportage en ligne du suivi mondial de la lutte contre le sida pour certains indicateurs, leur évitant ainsi de les saisir dans l'outil de rapportage en ligne. À partir de 2018, les pays dont la population dépasse 250 000 habitants doivent saisir de nombreuses données ventilées par sexe et par âge pour les indicateurs 1.1, 1.2 et 1.4 dans Spectrum, et ces données seront importées dans l'outil de suivi mondial de la lutte contre le sida. Voir plus d'instructions à la page 33.

Limites d'incertitudes autour des estimations de l'ONUSIDA⁶

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

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

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

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

⁵ Spectrum/EPP [website]. Genève : ONUSIDA ; 2018 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/spectrum-epp>).

⁶ Publié pour la première fois dans : Un long chemin reste à parcourir : combler les écarts, rompre les barrières, réparer les injustices. Genève : ONUSIDA ; 2018 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/miles-to-go_en.pdf, consulté le 1er novembre 2018).

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

Les organisations de la société civile constituent des acteurs majeurs 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.

Numérateurs et dénominateurs

À chaque indicateur correspondent des instructions détaillées mesurant les ripostes nationales. La plupart des indicateurs à l'échelle nationale utilisent des numérateurs et des dénominateurs pour calculer les pourcentages

qui mesurent la situation d'une riposte nationale. Les pays sont fortement encouragés à prêter une attention particulière aux dates concernant les données spécifiques lors du calcul d'un indicateur. Recueillir des données utilisées pour le numérateur et le dénominateur à des moments différents compromettra la précision et la validité de ces informations.

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

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

Désagréger les données, en particulier par sexe et âge

Une des leçons essentielles à retenir des séries précédentes de rapports est l'importance de collecter des données ventilées : de les répartir par exemple, selon le sexe et

l'âge et en le fournissant pour des populations clés 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.⁷ Les données épidémiologiques ventilées selon le sexe et l'âge ainsi que les indicateurs comportementaux peuvent apporter des informations sur la dynamique entre les sexes. Les ministères concernés sont invités à revoir leurs systèmes d'informations, les enquêtes et autres instruments servant à la collecte de renseignements afin de garantir la saisie de données ventilées à l'échelle sous-nationale, notamment au niveau des installations et des projets. Des efforts particuliers seront probablement nécessaires pour suivre des données ventilées jusqu'au niveau national. En outre, le secteur privé et/ou les organisations de la société civile impliqués dans la lutte d'un pays contre le sida doivent être informés de l'importance d'obtenir des données ventilées et de faire de la collecte, la diffusion et l'analyse des données une priorité dans leurs opérations en cours.

L'outil d'élaboration du Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida ([https:// aidsreportingtool.unaids.org](https://aidsreportingtool.unaids.org)) identifie clairement les données ventilées nécessaires pour rapporter fidèlement le numérateur et

le dénominateur de chaque indicateur (consulter la sous-section précédente sur les numérateurs et dénominateurs pour des informations complémentaires). D'une manière générale, et le cas échéant, toutes les données doivent être ventilées selon le sexe et l'âge. Par ailleurs, les indicateurs pour les populations clés doivent être fournis pour chaque population pour laquelle ils sont disponibles. Si collecter des données ventilées s'avère difficile, il est possible d'introduire des données partielles.

Lorsqu'il est difficile d'obtenir des données ventilées, les données nécessaires au calcul des indicateurs de base peuvent être extraites d'ensembles de données plus vastes, dont la source peut varier d'un pays à l'autre. Les pays sont invités à solliciter une assistance technique auprès du système des Nations unies (notamment auprès des bureaux nationaux de l'ONUSIDA, de l'OMS et 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 sont à même de fournir de précieuses données primaires ou secondaires spécialement pour les populations clés.

Les états sont invités à préciser dans les champs de commentaires de chaque indicateur toutes les informations complémentaires disponibles provenant d'autres sources, notamment qualitatives et quantitatives recueillies par la société civile, qui reflètent les dimensions sexospécifiques des indicateurs. Ces données permettront d'obtenir une analyse circonstancielle plus exhaustive des indicateurs, sous l'angle de la sexospécificité (genre).

⁷ World Health Organization, UNAIDS. A tool for strengthening gender-sensitive national HIV and sexual and reproductive health (SRH) monitoring and evaluation systems. Geneva: WHO; 2016.

Données sous-nationales ou décentralisées

De nombreux pays améliorent l'utilisation des données à l'échelle sous-nationale afin d'aider tous les partenaires à mieux appréhender la distribution géographique de l'épidémie et la riposte au sein de chaque communauté. En 2015, le rapport de la journée mondiale du sida de l'ONUSIDA donnait des exemples sur la manière dont des pays se concentraient sur des populations et des lieux spécifiques pour accélérer leurs ripostes respectives au VIH.⁸

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

L'outil permet également aux utilisateurs de soumettre des indicateurs supplémentaires sur les villes prioritaires afin d'évaluer les progrès de la riposte au sida dans les villes, en mettant l'accent sur les villes fortement touchées ou celles participant à la Stratégie d'accélération qui se sont engagées à mettre fin au sida d'ici 2030.

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 qu'elles soient affinées, les pays pourraient ne pas être en mesure de confirmer la représentativité des échantillons utilisés concernant les populations clés sondées et exposées à un risque élevé de VIH. Il est donc conseillé d'utiliser les enquêtes les plus récentes couvrant les populations clés qui ont été examinées et approuvées par des experts techniques locaux, tels que des groupes de travail dédiés au suivi et à l'évaluation ou des conseils nationaux de la recherche. Les états sont encouragés à communiquer toutes les enquêtes récentes de qualité relatives aux populations clés, en indiquant le site, le numérateur, le dénominateur et la taille de l'échantillon dans l'outil d'élaboration en ligne du Rapport sur le 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. Consulter la page XX pour de plus amples détails. Certains pays disposant d'estimations empiriques à l'échelle nationale sur la taille

⁸ On the Fast-Track to end AIDS by 2030: focus on locations and populations. Geneva: UNAIDS; 2015 (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/FocusLocationPopulation>, accessed 1 November 2018).

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 peut le faire dans les champs destinés aux commentaires.

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

Interprétation et analyse

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

Les sections consacrées aux forces et aux faiblesses de chaque indicateur ont pour but d'améliorer la précision et la cohérence des données soumises à l'ONUSIDA. D'autres aspects traités dans la présente rubrique apportent des informations complémentaires sur la valeur d'un indicateur particulier. Cette section souligne

également la présence de différences d'un pays à un autre sur des questions aussi diverses que le rapport entre coûts et revenus locaux, des normes de qualité ou encore des schémas de traitement.

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

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

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

Rôle de la société civile

La société civile joue un rôle primordial dans la riposte à l'épidémie de sida dans les pays du monde entier. Le large éventail d'experts présents au sein des organisations de la société civile en 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, les comités nationaux sur le sida ou leurs équivalents doivent solliciter des informations de la part de l'ensemble de la société civile et notamment des ONG, des réseaux de personnes vivant avec le VIH, des organisations confessionnelles, des femmes, des jeunes, des syndicats et des organisations communautaires, pour la rédaction de leurs rapports d'activité nationaux sous-jacents à 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, en particulier sur les personnes vivant avec le virus, car elle se fait l'écho de nombreuses voix et représente diverses perspectives, qui s'avèrent être de précieux outils pour le suivi et l'évaluation de la riposte au VIH du pays.

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

et commenter les données avant leur finalisation et soumission. Le rapport envoyé à l'ONUSIDA doit être largement diffusé de manière à ce que la société civile dispose d'un accès facilité.

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

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

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

Contenu du rapport

En 2019, les pays doivent soumettre des données pour tous les indicateurs nationaux qui s'appliquent à leur riposte au VIH. Les gouvernements ont donc pour mission d'élaborer un rapport pertinent avec l'aide de la société civile et, le cas échéant, des partenaires du développement. Les procédures exposées dans ce manuel sont destinées à la collecte et au calcul des informations nécessaires pour chaque indicateur.

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

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

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

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

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

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

Orientations pour la soumission des données

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

Reporting tool and submitting data

Les données relatives aux indicateurs, le NCPI ainsi que les résumés narratifs des données pour chaque engagement ou les rapports narratifs nationaux disponibles doivent être saisis en ligne et soumis au plus tard le 1^{er} avril 2019. Si les points focaux doivent mettre à jour les données importées sur Spectrum après cette date, ils doivent 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 1^{er} avril et le 1^{er} mai.

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

Les rapporteurs nationaux peuvent accéder à l'outil de rapport en ligne en utilisant les mêmes droits d'accès que ceux utilisés lors de la précédente série de rapports d'activité. Les nouveaux rapporteurs nationaux devront créer un nom d'utilisateur et un mot de passe. Sur la base des communications officielles avec chaque pays, un seul éditeur est initialement désigné. Le rapporteur national peut néanmoins étendre ces droits à d'autres rapporteurs s'il le souhaite. Les éditeurs peuvent ajouter des données ou modifier celles déjà saisies. Comme pour les années précédentes, le rapporteur national peut également autoriser d'autres personnes à accéder aux données, afin de permettre une plus vaste consultation nationale. Ces personnes peuvent uniquement consulter les informations soumises et ne peuvent en aucun cas les modifier. Les modalités détaillées d'utilisation de l'outil en ligne sont accessibles via les e-didacticiels de la page Rapport de suivi mondial de la lutte contre le sida (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knownyourresponse/globalaidsprogressreporting>).

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

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

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

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

Les données de Spectrum peuvent être importées directement à partir du fichier CSV fourni par l'équipe nationale d'estimation VIH. L'ONUSIDA comparera les données finales afin de s'assurer que le même fichier utilisé dans le 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.

Processus de rapportage des données nationales : action nécessaire

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

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

1. Identifier un point focal national chargé d'accéder à cet outil et soumettre le nom de cette personne ainsi que ses coordonnées à l'ONUSIDA via AIDSreporting@unaids.org avant le **1^{er} février 2019**.
2. Recenser les données requises conformément au plan stratégique national et aux présentes directives du GAM.
3. Identifier les points focaux chargés de coordonner le remplissage des parties A (autorité nationale) et B (représentants de la société civile) et du NCPI.
4. Développer et diffuser un plan de collecte de données relatives aux indicateurs des rapports de suivi mondial de la lutte contre le sida et au NCPI, incluant notamment un calendrier ainsi que les rôles du comité national sur le sida, ou de son équivalent, d'autres agences gouvernementales, de la société civile et d'autres partenaires pertinents.
5. Recenser les outils appropriés pour la collecte de données ainsi que les sources pour chaque élément du rapport, notamment :
 - La rencontre de l'équipe nationale d'estimation concernant le VIH.
 - L'alignement du calendrier de collecte de données avec :
 - Ceux destinés à d'autres démarches de collecte, notamment le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial), le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) et des agences des Nations Unies.
 - Le calendrier pour l'ajout de données à l'échelle nationale concernant les indicateurs basés sur les infrastructures.
6. Recueillir et rassembler les données en collaboration avec les organisations partenaires issues du gouvernement, de la société civile et de la communauté internationale, notamment :
 - Établir des protocoles pour le traitement et la gestion des données :
 - Nettoyer et valider les données élémentaires.
 - Utiliser une base de données pour l'analyse et la publication des résultats.
 - Vérification des données.
 - Remplir les parties A et B du NCPI (consulter ci-dessous pour davantage de précisions).
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 dans le Rapport sur le 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 et la politique en matière de sida (NCPI), en collaboration avec les organisations partenaires issues du gouvernement, de la société civile et de la communauté internationale afin d'identifier les écarts, les défis et les prochaines étapes pour atteindre chacun des 10 engagements visant à accélérer la riposte et les objectifs élargis afin de mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030, tout en parvenant à des

consensus pour la soumission du rapport d'activités. Saisir ensuite les résultats résumés de cette analyse par engagement dans la section destinée au rapport narratif de l'outil dédié en ligne.

11. Envoyer les données saisies sur la base des conclusions de l'atelier de consultation.
12. Télécharger le fichier final Spectrum dans le dossier des estimations nationales avant ou à la date limite du **1^{er} avril 2019**.
13. Soumettre toutes les données relatives aux indicateurs, les réponses au NCPI ainsi que des résumés narratifs par engagements nationaux, avant ou à la date limite du **1^{er} avril 2019**.
14. Répondre sans délai aux demandes d'éclaircissements de l'ONUSIDA, l'OMS ou l'UNICEF relatives à la soumission des rapports qui seront postés sur l'outil de rapportage en ligne par les points focaux ou envoyés par email aux points focaux nationaux du GAM depuis l'adresse AIDSreporting@unaids.org.

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

Processus de validation des données pour 2019

Une fois que les états ont saisi leur Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida dans l'outil de rapport

en ligne, l'ONUSIDA, avec l'aide de l'UNICEF et de l'OMS étudiera les données publiées, pour :

- Assister les pays dans la vérification d'éventuelles erreurs pendant le processus de saisie des données.
- Vérifier que les données transmises correspondent aux définitions des indicateurs conformément aux directives mondiales 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. Dans ce but, il est essentiel de pouvoir comparer les données entre les différents pays et de veiller à ce qu'elles répondent aux définitions mondialement convenues des indicateurs utilisés dans le cadre du suivi des engagements politiques mondiaux en matière de lutte contre le sida.

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

Seules les nouvelles données fournies par les pays seront intégrées à la version finalisée du Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida 2019. Les informations transmises par un pays dans le cadre d'une série précédente de rapports ne seront donc pas prises en compte. Dans le cas où des données préalablement enregistrées ont fait l'objet de modifications, il est toujours possible d'actualiser l'ensemble des données d'un indicateur de l'année concernée afin de refléter les valeurs correctes.

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

La validation des données se fait en plusieurs étapes.

- L'UNICEF et l'ONUSIDA feront la correspondance des bases de données d'enquête
- Les points focaux pour les sièges de l'ONUSIDA, de l'OMS et de l'UNICEF effectuent une analyse préliminaire et notent des requêtes préliminaires
- Les équipes 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 avec les données d'enquêtes disponibles : numérateurs, dénominateurs et données ventilées.
- Vérifier l'année de l'enquête et les dates de collecte des données saisies dans l'outil de rapports en ligne.

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

Pour les indicateurs dont les dénominateurs sont fondés sur des estimations

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

Les commentaires de chaque pays sont revus pour chaque indicateur.

Notes de validation complémentaire par indicateur

Estimations de la taille de la population

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

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

- Vérifier 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.
- Examiner les résultats de toutes les évaluations de la qualité des données et ajuster si nécessaire le nombre en excluant les personnes décédées, celles ayant émigré ou celles ne suivant plus de traitement et ne recevant plus aucun traitement ailleurs dans le pays.

Résumé des modifications apportées aux indicateurs dans le rapportage 2019

Le rapportage 2019 nécessite la soumission des données sur les indicateurs ainsi que sur le NCPI. 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 mondial au moyen d'une consultation virtuelle en octobre 2018. Un indicateur ont été ajouté.

Les changements dans le cadre du rapportage 2019 sont résumés ci-dessous :

- Un indicateur à été ajouté pour suivre les tendances dans le nombre de tests de dépistage effectués et de l'efficacité des services de dépistage du VIH pour toucher les personnes séropositives :
 - 1.8 Volume de dépistage et dépistage positif du VIH
- Des indications supplémentaires sur la construction d'indicateurs 10.1-10.3 ont été ajoutées en annexe.
- Huit indicateurs ont été modifiés pour le rapport de cette année :
 - 1.1 Personnes vivant avec le VIH et qui connaissent leur statut sérologique.
 - o 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 âge et par sexe dans Spectrum. Les résultats dans l'outil en ligne de suivi mondial de la lutte contre le sida seront mis à jour une fois le fichier d'estimations nationales finalisé.

- o Les questions décrivant la façon dont les données sont collectées et validées pour cet indicateur ont été déplacées dans le NCPI.
- o Les pays effectuant des enquêtes nationales sur la population sont invités à utiliser un modèle soutenu par l'ONUSIDA correspondant au modèle Spectrum pour estimer le premier 90 (indicateur 1.1). L'application est disponible ici : NOM.
- 1.2 Personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral.
 - o À partir de 2019, les pays dont la population est supérieure à 250 000 habitants devront présenter cet indicateur selon de larges données ventilées par âge et par sexe dans Spectrum. Les résultats dans l'outil en ligne de suivi mondial de la lutte contre le sida seront mis à jour une fois le fichier d'estimations nationales finalisé.
 - o Les questions décrivant la façon dont les données sont collectées et validées pour cet indicateur ont été déplacées dans le NCPI.
- 1.4 Personnes vivant avec le VIH dont la charge virale est supprimée.
 - o À partir de 2019, les pays dont la population est supérieure à 250 000 habitants devront présenter cet indicateur selon de larges données ventilées par âge et par sexe dans Spectrum. Les résultats dans l'outil en ligne de suivi mondial de la lutte contre le sida seront mis à jour une fois le fichier d'estimations nationales finalisé.
 - o Les questions décrivant la façon dont les données sont collectées et validées pour cet indicateur ont été déplacées dans le NCPI.
- 1.7 Mortalité liée au sida.
 - o Une ventilation du nombre de personnes décédées de causes relatives au sida selon qu'elles suivaient ou non un programme de traitement antirétroviral a été ajoutée.
- 2.3 Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.
 - o Les catégories par lesquelles le numérateur doit être ventilé ont été simplifiées.
 - o Des exemples courants de schémas thérapeutiques antirétroviraux pour les options B + et B ont été mis à jour.
- 3.10 Couverture des traitements de substitution aux opioïdes
 - o Une option permettant de fournir des données ventilées par prestataire de services (gouvernement, communauté) a été ajoutée.
- 3.15 Personnes recevant un traitement prophylactique préexposition (PrEP).
 - o Prisoners have been added as a key population for disaggregation.
- 8.1 Dépenses totales liées au VIH.
 - o Comme lors des précédentes séries de rapportage, les dépenses liées au VIH, ventilées par catégorie de programme et par sources de financement, sont indiquées dans le modèle de matrice de financement national. La matrice reste presque la même, puisque la classification des catégories de programmes VIH continue d'être alignée sur les engagements de la Déclaration politique de 2016 sur la fin

du sida, avec l'ajout de catégories pour rendre compte des dépenses non classées ailleurs. La définition des sous-indicateurs de base et des métadonnées associées est fournie dans le guide ; l'annexe 2 fournit une gamme complète de catégories de programmes VIH.

- Une nouvelle matrice est incluse depuis 2018 pour saisir les volumes et les prix unitaires des produits antirétroviraux. Une option permettant d'inclure des associations de schémas thérapeutiques non prises en compte par le compte-rendu à l'heure actuelle 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.

Soumission des données des villes prioritaires

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

À la fin de l'année 2018, plus de 250 municipalités ont signé la Déclaration de Paris sur les villes d'accélération de la réponse au VIH : mettre un terme à l'épidémie de sida, s'engager à lutter contre les disparités importantes en matière d'accès aux services de base, de justice sociale et d'opportunités économiques, et ainsi atteindre les objectifs d'accélération pour mettre un terme à l'épidémie de sida d'ici 2030.

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

- La sélection des villes : les États sont invités à transmettre des données pour un nombre choisi d'indicateurs (présentés ci-dessous) pour la capitale et une ou deux villes clés de haute pertinence d'un point de vue épidémiologique : par exemple, celles les plus touchées par le virus ou qui se sont engagées à mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030.
- Les indicateurs pour lesquels des données à l'échelle des villes sont nécessaires incluent : 1.1–1.4, 2.3, 2.6, 3.1–3.5, 3.6A–D, 3.8–3.10, 3.15–3.17, 4.2 et 10.1–10.3.
- Il est fortement conseillé que les parties prenantes des villes puissent être consultées lorsque des données sont collectées dans le cadre de la transmission d'un rapport.

Soumission des données par groupes d'âge détaillés

Notre compréhension de l'épidémie de VIH peut être améliorée en transmettant des données ventilées par groupes d'âge détaillés. 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.

Indicateurs : les indicateurs pour lesquels des données ventilées par âge sont demandées sont les indicateurs 1.1, 1.2 et 1.4.

Prisonniers

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

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

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

Résumé des changements apportés à l'outil de rapportage en ligne dans le cadre du rapport 2019

Pour les rapports de 2019, les pays auront l'opportunité d'importer les données de Spectrum dans l'outil de reportage en ligne. De plus, il y aura un résultat analytique des données ventilées par sexe rapportées, et un résultat analytique des données rapportées en général. Une fonctionnalité sera également incluse dans l'outil en ligne qui facilitera la rédaction du rapport narratif.

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

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

En 2018, un nouveau processus a été introduit dans l'outil de Reportage en ligne du suivi mondial de la lutte contre le sida, permettant aux équipes nationales des pays respectifs d'exporter leurs résultats issus de Spectrum dans un fichier CSV que le point focal du suivi mondial de la lutte contre le sida peut importer dans l'outil de rapportage en ligne du suivi mondial de la lutte contre le sida. Cette étape permet de réduire la saisie des données requise d'une part et les chances d'erreurs d'autre part, et d'améliorer la cohérence des données entre les deux systèmes. En 2019, les données pour les indicateurs 1.1, 1.2 et 1.4 seront déclarées dans Spectrum puis importées dans l'outil en ligne de suivi mondial de la lutte contre le sida pour les pays dont la population dépasse 250 000 habitants.

Un outil simple pour exporter les estimations de Spectrum nécessaire pour le suivi mondial de la lutte contre le sida, qui peut alors être importé dans l'outil de rapportage 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 devraient être importées dans l'outil de rapportage 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 au 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.

Notes générales sur le processus :

- Avant le processus d'importation, le point focal du suivi mondial de la lutte contre le sida doit cocher la case indiquant les indicateurs qui devraient être importés (**utiliser les estimations de Spectrum**). Toutes les données déjà entrées pour les indicateurs seront écrasées avec les données de Spectrum.
- La ventilation détaillée par âge n'est pas obligatoire dans Spectrum. Le point focal du suivi mondial de la lutte contre le sida doit examiner les pages de saisie pour les indicateurs 1.1 (Personnes vivant avec

Dates*	Activité	Partie responsable
décembre–mars	Mettre à jour le fichier Spectrum et le faire réviser par 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 le 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
1 ^{er} avril	Soumettre les données de suivi mondial de la lutte contre le sida	Point focal du suivi mondial de la lutte contre le sida
1 ^{er} avril	Envoyer le fichier Spectrum final à l'ONUSIDA	Équipe nationale d'estimations
1 ^{er} –30 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
20–30 avril	Mettre à jour le fichier CSV Spectrum importé si nécessaire	Point focal du suivi mondial de la lutte contre le sida
1 ^{er} mai	Envoyer le résumé des estimations au coordonnateur du CNLS pour approbation	Équipe mondiale d'estimations
1 ^{er} –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.

le VIH et qui connaissent leur statut sérologique), 1.2 (personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral) et 1.4 (Personnes vivant avec le VIH dont la charge virale est supprimée) après l'importation de Spectrum pour saisir des données supplémentaires ventilées par âge et des données décentralisées (sous-nationales), si disponibles.

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

1. Ouvrir le Logiciel Spectrum, mais n'ouvrez pas votre fichier pays.
2. Sélectionnez **Outils** à partir des onglets en haut de la page.
3. Sélectionnez **Plus d'outils** et sous Outils SIDA, sélectionnez **GAM**.
4. Spectrum ouvrira une boîte de dialogue qui vous permet de sélectionner votre fichier national (ou des fichiers sous-nationaux, si disponibles).
5. Sélectionnez **Définir le nom de fichier Résultat GAM** et donnez au fichier un nom clair qui reflète le nom du fichier Spectrum.
6. Veillez à vous rappeler où vous enregistrez le fichier CSV.
7. Envoyez le fichier CSV à votre point focal 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.

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 Reportage 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 **Importation**.
5. Le système répertorie toutes les données d'indicateurs qui ont été mises à jour par le processus d'importation. Vous pouvez imprimer la liste en cliquant sur **Imprimer** au bas de la page.
6. Cliquez sur **Fermer** pour revenir aux écrans de saisie des données des indicateurs.

Les indicateurs qui peuvent être importés de Spectrum incluent :

- 1.1 Personnes vivant avec le VIH et qui connaissent leur statut sérologique (pour 2011–2018).
- 1.2 Personnes vivant avec le VIH sous thérapie antirétrovirale (pour 2011–2018).
- 1.4 Personnes vivant avec le VIH dont la charge virale est supprimée (pour 2011–2018).
 - Par âge et par sexe.
- 1.7 mortalité due au sida pour 100 000 (pour 2011–2018).
 - Tous, < 5, 5 – 14, 15 + par sexe.
- 2.2 Taux de transmission mère – enfant du VIH (pour 2011–2018).

- 2.3 Prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH (pour 2011–2018).
 - Régimes et couverture.
- 3.1 Incidence du VIH pour une population de 1 000 non infectée (pour 2011–2018).
 - 0–99+, 15–49, 15–24, 50+ par sexe.
 - Tous les âges, <15 ans

Les estimations de la taille des populations clés et la prévalence du VIH parmi les populations clés (indicateurs 3.2 et 3.3) ne seront importées que pour les pays à épidémie concentrée qui ont utilisé les Ensembles d'estimations et de projections (EPP) pour estimer l'incidence dans le Spectrum. Ces indicateurs ne remplaceront pas ceux qui ont été saisis dans le suivi mondial de la lutte contre le sida, mais ils seront affichés pour comparaison sur la page de saisie de données.

- 3.2 Estimations de la taille des populations clés (pour les pays utilisant des épidémies concentrées dans EPP et à des fins de comparaison seulement) (pour 2011–2018).
 - Pour toutes les populations clés disponibles.
- 3.3 Prévalence du VIH chez les populations clés (pour les pays utilisant des épidémies concentrées dans EPP et à des fins de comparaison seulement) (pour 2011–2018).
 - Pour toutes les populations clés disponibles.

Résultat analytique du suivi mondial de la lutte contre le sida : mesure du rapportage des données désagrégées par genre

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

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

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

Calcul : Numérateur/dénominateur.

Source : Résultat analytique dans l'outil de rapportage en ligne du suivi mondial de la lutte contre le sida.

Explication du numérateur et du dénominateur :

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

Dénominateur : Le nombre d'indicateurs pour lesquels la ventilation par genre est recommandée dans les lignes directrices du suivi mondial de la lutte contre le sida pour l'année de rapportage et pour lesquels le pays a indiqué qu'ils étaient pertinents et pour lesquels de nouvelles données étaient disponibles.*

**Exclusion des indicateurs clés des populations*

Production du rapport narratif dans l’Outil de rapportage en ligne du suivi mondial de la lutte contre le sida

Depuis 2018, une nouvelle fonctionnalité de l’outil de rapportage en ligne facilite les contrôles de la qualité des données et la production du rapport narratif. Pour chaque indicateur, un graphique affiche les données saisies pour les rapports de cette année et, dans certains

cas, aussi pour les cycles de rapports précédents afin de montrer les tendances au fil du temps. Les pays auront la possibilité de sélectionner ces chiffres dans l’outil en ligne, les commenter et les sauvegarder directement dans le rapport narratif avec leurs commentaires.

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

Indicateurs pour le suivi 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 qui connaissent leur statut sérologique à la fin de la période couverte par le rapport

Ce qui est mesuré

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

Fondement

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

Cette mesure constitue l'un des 10 indicateurs mondiaux présentés dans les directives unifiées sur les informations stratégiques de l'OMS 2015 concernant le VIH dans le secteur de la santé et elle permet de suivre le premier objectif des objectifs 90-90-90 : à savoir que 90 % 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 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 et par sexe dans Spectrum. Les résultats seront importés dans l'outil en ligne de suivi mondial de la lutte contre le sida une fois le fichier d'estimations nationales finalisé. Le rapportage sur les groupes d'âge et de sexe détaillés sera toujours effectué au moyen de l'outil de rapportage de suivi mondial de la lutte contre le sida.

Méthode d'évaluation

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

1. Estimations directes 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 création de rapports de tous les centres de santé qui proposent des services de tests de confirmation, de traitement et de soins du VIH est en place depuis au moins 2013 et les personnes décédées, celles perdues de vue ou celles qui ont émigré sont supprimées. Les pays doivent veiller à ce que les délais soient ajustés en incluant un nombre approximatif de personnes diagnostiquées mais non déclarées au cours de l'année calendaire.

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 ayant des données relatives aux nouveaux diagnostics du VIH et au décompte de CD4 ou aux décès dus au sida issues des registres vitaux, le nombre de personnes connaissant leur statut sérologique peut être obtenu en utilisant l'outil d'ajustement de CSAVR (surveillance des cas et registres vitaux) 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 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 NOM (insérer le lien vers l'application « Shiny »). Les utilisateurs de NOM pourront obtenir des renseignements et spécifications plus détaillés en suivant ce lien, notamment sur les données nécessaires.

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 d'enquêtes n'ayant pas été modifiées au fil du temps depuis la réalisation des enquêtes ne doivent pas être rapportées.

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

Sur l'estimation de la connaissance du statut parmi les enfants pour les estimations modélisées. Dans la mesure où les enquêtes menées auprès des foyers sont souvent limitées aux personnes en âge de procréer (15 à 49 ans), il peut s'avérer nécessaire d'établir une estimation séparée afin de connaître l'état sérologique vis-à-vis du VIH chez les enfants (0 à 14 ans) à l'aide de données issues de programme (p. ex. : le nombre d'enfants sous traitement, tel que reporté pour l'indicateur 1.2, sur le nombre total estimé d'enfants). Lorsque la couverture des traitements antirétroviraux chez les enfants est utilisée, elle représente la mesure la plus prudente de connaissance du statut parmi cette population. Pour obtenir l'estimation totale du pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique, il convient de faire une moyenne des estimations en fonction de l'âge et de les pondérer d'après le nombre d'enfants et d'adultes (séparément) vivant avec le virus. L'ONUSIDA accompagnera les pays dans la réalisation de ces calculs, si nécessaires.

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 et sexe détaillés : <1 an, 1-4 ans, 5-9 ans et 10-14 ans pour les enfants et 15-19 ans, 20-24 ans, 25-49 ans et 50+ ans par sexe (hommes et femmes) pour les adultes ; par genre (homme, femme, autre genre) pour les adultes.
- Villes et autres zones administratives d'importance

Informations complémentaires requises

Veillez fournir des données décentralisées (sous-nationale) ou sur les villes pour cet indicateur. L'outil de rapportage de suivi mondial de la lutte contre le sida apporte 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 au sida d'ici 2030.

Forces et faiblesses

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

La surveillance basée sur l'étude de cas fournit des mesures de connaissance raisonnables du statut du VIH 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 centres proposant des tests de dépistage du VIH.
- Des mécanismes pour éviter que les individus soient dédoublés en étant enregistrés plusieurs fois ou à partir de plusieurs infrastructures.
- Le suivi des personnes est suffisamment opérationnel pour identifier si elles sont toujours en vie à l'opposé si elles sont décédées ou sont sorties du pays.

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

- Le dédoublement de déclaration de cas n'a pas eu lieu (surestimation).
- Des décès ou l'émigration de personnes diagnostiquées et enregistrées séropositives n'ont pas été supprimés du système (surestimation).
- La déclaration de cas n'est pas une routine des centres de dépistage avec des moyens de confirmer les résultats (sous-estimation).

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

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

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

1.2 Personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral

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

Ce qui est mesuré

Il mesure les progrès accomplis dans l'administration d'un traitement antirétroviral à toutes les personnes vivant avec le VIH.

Fondement

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

Le pourcentage d'adultes et d'enfants recevant un traitement antirétroviral parmi l'ensemble des adultes et enfants vivant avec le VIH constitue un point de référence pour le suivi à long terme des objectifs internationaux et la comparaison des progrès entre les pays. Il s'agit de l'un des 10 indicateurs mondiaux figurant dans les lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé 2015 de l'OMS.

Cet indicateur permet aussi de suivre les progrès accomplis vers le second des objectifs 90-90-90 qui vise à ce que 90 % de personnes vivant avec le VIH aient accès à un traitement antirétroviral d'ici 2020.

Numérateur

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

Dénominateur

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

Nombre de personnes vivant avec le VIH et qui connaissent 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 dans Spectrum. Les résultats seront importés dans l'outil en ligne de suivi mondial de la lutte contre le sida une fois le fichier national finalisé. Le rapportage sur les groupes d'âge et de sexe détaillés sera toujours effectué au moyen de l'outil de rapportage de suivi mondial de la lutte contre le sida.

Méthode d'évaluation

Pour le numérateur. Le numérateur est généré en calculant le nombre d'adultes et d'enfants qui suivent un traitement antirétroviral à la fin de la période de référence. Le numéro doit inclure les personnes sous traitement antirétroviral dans le secteur privé si ces données sont disponibles.

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

Le calcul doit prendre en compte les femmes enceintes séropositives sous traitement antirétroviral à vie. Les femmes prenant des médicaments antirétroviraux pour éviter la transmission mère-enfant et la prophylaxie post-exposition (p. ex. : option B) ne doivent pas être incluses dans le calcul.

Le calcul ne doit pas prendre en compte les personnes qui ont arrêté de prendre le traitement, qui sont décédées ou qui ont émigré dans un autre pays, ou bien encore celles dont le suivi a été perdu dans le centre de soin pendant cette période. Des protocoles doivent être mis en place pour éviter une double comptabilisation des personnes entre les centres de soins ou au fil du temps, et pour garantir que les données issues des centres soient enregistrées en temps voulu.

Important : 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 du programme 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 du programme, 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 programme 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 qui connaissent leur statut sérologique, 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.
- Tel que disponible. Désagrégation par âge et sexe détaillés : <1 an, 1-4 ans, 5-9 ans et 10-14 ans pour les enfants ; et 15-19 ans, 20-24 ans, 25-49 ans et 50 ans et plus selon le sexe (hommes et femmes) pour les adultes ; par genre (homme, femme, autre genre) pour les adultes.
- Villes et autres zones administratives d'importance.
- Nombres de personnes qui commencent un traitement antirétroviral pendant l'année du rapport en cours (ces données doivent être disponibles à partir des mêmes sources que le nombre total de personnes recevant un traitement).

Informations complémentaires requises

Les pays dont la population est inférieure à 250 000 habitants et qui rapportent leurs données par le biais du GAM doivent fournir des informations sur la source des données relatives aux traitements. Les options sont les suivantes :

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

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

Tous les pays doivent fournir des données infranationales (le cas échéant) 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 au sida d'ici 2030. La page de saisie des données comporte un espace prévu à cet effet. Vous pouvez également soumettre la version numérique des rapports correspondants en utilisant l'outil de téléchargement.

Forces et faiblesses

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

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

Informations complémentaires

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

1.3 Rétention sous traitement antirétroviral à 12 mois

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

Ce qui est mesuré

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

Fondement

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

Numérateur

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

Dénominateur

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

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

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

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

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

Fréquence de mesure

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

Ventilation

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

Informations complémentaires requises

Le cas échéant, 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.

Explication du numérateur

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

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

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

Nonobstant, les patients décédés, qui ont abandonné le traitement ou qui ont été perdus de vue 12 mois après le début du traitement ne sont pas inclus dans le numérateur. Par exemple, les patients ayant commencé le traitement antirétroviral en mai 2017 et qui sont décédés, ont été perdus de vue (et ne sont jamais revenus) ou ont abandonné le traitement (et ne l'ont pas repris) entre mai 2017 et mai 2018, ne sont donc plus sous traitement antirétroviral 12 mois plus tard (soit mai 2018) et ne sont pas inclus dans le numérateur. Cependant, une personne qui a commencé à recevoir un traitement antirétroviral en mai 2017 et qui a raté un rendez-vous en juin 2017 mais qui est enregistrée comme suivant un traitement antirétroviral en mai 2018 (correspondant au 12^{ème} mois) doit être prise en compte dans le numérateur. Ce qui importe est que le patient qui a commencé le traitement antirétroviral en mai 2017 soit enregistré comme étant en vie et toujours sous traitement 12 mois plus tard, indépendamment de ce qui s'est passé entre-temps.

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

Explication du dénominateur

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

Par exemple, la période correspondant aux rapports (du 1^{er} janvier jusqu'au 31 décembre 2018) comprendra toute personne sous traitement antirétroviral pour la durée de 12 mois correspondant au 1^{er} janvier au 31 décembre 2016. Cela vaut aussi bien pour les personnes toujours en traitement, que celles décédées, qui ont arrêté la thérapie ou sont perdues de vue le 12^{ème} mois.

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

Forces et faiblesses

Cet indicateur sous-estime la survie réelle puisqu'une partie des patients ayant arrêté leur traitement ou déclarés comme perdus de vue seront encore en vie. C'est le nombre de personnes qui sont en vie et recevant traitement antirétroviral (pour qui le traitement antirétroviral est maintenu) dans une cohorte de traitement qui est représenté ici.

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

Informations complémentaires

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

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

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 (OMS, 2016). Les personnes présentant des résultats de test de charge virale en dessous du seuil devraient être prises en compte comme ayant des charges virales supprimées.

Fondement

La suppression virale parmi les personnes vivant avec le VIH est l'un des 10 indicateurs mondiaux dans les lignes directrices unifiées de 2015 de l'OMS sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé. Cet indicateur permet également d'évaluer le troisième et dernier « objectif 90 » de l'ONUSIDA : faire en sorte que 90 % des personnes sous traitement antirétroviral voient leur charge virale supprimée d'ici 2020.

Numérateur

Nombre de personnes vivant avec le VIH dont la charge virale a été supprimée au cours de la période de référence ($\leq 1\ 000$ 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 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 groupes d'âge et de sexe détaillés 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 proportion de ceux avec 50 copies / ml ou plus et moins de 1000 copies / ml est faible, donc aucun ajustement supplémentaire n'est requis.

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 PHIA) ; 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 réel ou estimé de personnes dont la charge virale est supprimée au cours de la période considérée (voir la section intitulée « Déclaration du nombre réel ou estimé de personnes à l'échelle nationale qui ont une charge virale supprimée » pour plus d'informations).

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

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

Pour le dénominateur. Les modèles d'estimation tels que Spectrum sont la source préférée pour le nombre de personnes vivant avec le VIH. 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.

Déclaration du nombre réel ou estimé de personnes à l'échelle nationale qui ont une charge virale supprimée

L'utilisation du nombre réel ou du nombre estimé de personnes dont la charge virale a été supprimée dépend du niveau de couverture des tests de la charge virale. En conséquence, le calcul du nombre de personnes effectuant un test annuel de la charge virale de routine parmi celles qui suivent un traitement doit être saisi par tous les pays.

Pour les pays dans lesquels la couverture des tests de la charge virale est supérieure ou égale à 90 %, le nombre réel de personnes ayant des charges virales supprimées parmi ceux sous traitement et vivant avec le VIH doit être signalé. Ceci suppose que la charge virale des personnes qui suivent un traitement et dont les résultats des tests de la charge virale ne sont pas connus n'est pas encore supprimée.

Pour les pays dans lesquels la couverture des tests de la charge virale se situe entre 50 et 90 %, le nombre estimé de personnes dont la charge virale est supprimée doivent être signalés. Pour obtenir cette estimation, l'ONUSIDA recommande que la proportion de personnes dont la charge virale est supprimée parmi les personnes testées soit multipliée par le nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral, lorsque la suppression de la charge virale parmi la population non testée est supposée être la même que chez la population testée.

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 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.

Important : Les pays qui ont entrepris des évaluations ou des revues de la qualité des données afin de déterminer dans quelle mesure les établissements de soins peuvent indiquer avec précision le nombre de personnes ayant une charge virale supprimée pendant les périodes de rapportage doivent ajuster les données du numérateur du programme pour tenir compte de ces incohérences. L'ONUSIDA travaillera avec les pays pour convenir d'un ensemble de meilleures pratiques spécifiques au pays pour l'ajustement des données de programme.

2. Recent nationally-representative population surveys

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 suppriment naturellement le virus et qui ne suivent pas de traitement seront incluses.

Remarque : Les pays qui utilisent des données d'enquête doivent toujours indiquer le nombre de personnes sous traitement ayant subi des tests de charge virale de routine au cours de la période considérée.

Pour le dénominateur. Les modèles d'estimation tels que Spectrum sont la source préférée pour le nombre de personnes vivant avec le VIH. 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.

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

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

Remarque : Les pays qui utilisent des données d'enquête doivent toujours indiquer le nombre de personnes sous traitement ayant subi des tests de charge virale de routine au cours de la période considérée.

Pour le dénominateur. Les modèles d'estimation tels que Spectrum sont la source préférée pour le nombre de personnes vivant avec le VIH. 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 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 GAM 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. En plus de cet indicateur, les pays collectant des données sur la rétention et la suppression de la charge virale à 12 mois au sein des cohortes peuvent trouver utile de trianguler ces différentes mesures pour décrire l'impact d'une thérapie antirétrovirale efficace.

Malgré l'importance de l'indicateur, il peut être difficile de le surveiller avec précision à l'aide des données de programme actuellement disponibles. Premièrement, étant donné que la capacité de surveillance de la charge virale est étendue mais reste limitée dans les pays à faible revenu, les estimations de la suppression de la charge virale parmi la population testée peuvent ne pas être représentatives de la population non testée. C'est particulièrement le cas si la proportion de personnes qui commencent un nouveau traitement est élevée ou si la mise à l'échelle des tests est biaisée vers des sites plus performants ou moins performants. En supposant que les niveaux de suppression de la charge virale sont les mêmes dans la population testée et non testée, les progrès vers les cibles 90-90-90 peuvent être surestimés.

Un deuxième défi découlant des données de programme actuellement disponibles est que les tests de charge virale peuvent être effectués de manière sélective pour déterminer quand initier un traitement ou pour identifier d'éventuels échecs thérapeutiques. Les données fournies par les tests de charge virale chez les personnes soupçonnées d'échec 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 non routiniers.

Un troisième défi dans l'utilisation des données de programme de routine est que les données de test de charge virale ne sont rapportées que pour le sous-groupe de personnes sous traitement antirétroviral. Cela peut sous-estimer la suppression globale au niveau de la population puisque les personnes qui suppriment naturellement le virus ne seront pas incluses dans le numérateur. L'ONUSIDA étudie les données disponibles issues des cohortes et des enquêtes démographiques pour mieux quantifier et ajuster cette valeur finale lorsqu'il rend compte des progrès accomplis à l'échelle mondiale et régionale vers l'indicateur 1.4.

Informations complémentaires

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

Lignes directrices consolidées sur l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention des infections à VIH. Recommandations pour une approche de la santé publique — deuxième édition. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2016 (<http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en>).

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

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

1.5 Diagnostic tardif du VIH

Pourcentage et nombre d'adultes et d'enfants nouvellement diagnostiqués séropositifs dont la première numération des lymphocytes CD4 est inférieure à 200 cellules/mm³ et <350 cellules/mm³ 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/mm³ 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/mm³ 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 / mm³ et les personnes vivant avec le VIH dont le nombre initial de lymphocytes CD4 était inférieur à 350 cellules / mm³ au cours de la période considérée. Le rapportage sur le nombre de personnes ayant un nombre de lymphocytes CD4 inférieur à 350 cellules / mm³ doit également inclure celles dont le nombre de lymphocytes CD4 est inférieur à 200 cellules / mm³.

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.

1.6 Rupture de stock de médicaments antirétroviraux

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

Ce qui est mesuré

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

Fondement

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

Numérateur

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

Dénominateur

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

Calcul

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).

1.7 Mortalité due au sida

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

Ce qui est mesuré

Impacts des programmes de prévention, soins et traitement du VIH

Fondement

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

Numérateur

Nombre de décès dus au sida 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).

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

1.8 Volume de dépistage et dépistage positif du VIH

Le 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 calendrier

Ce qui est mesuré

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

En plus des activités liées au suivi du programme, les volumes de dépistage et le taux de positivité annuels sont enregistrés dans le modèle de l'ONUSIDA pour suivre les progrès accomplis au regard du premier objectif 90 (pourcentage de personnes vivant avec le VIH et qui 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.

Veuillez 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.

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

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- 0–14 ans pour les enfants et 15 ans et plus par sexe (hommes et femmes) pour les adultes.
- Modalité de dépistage.
 - Déclarations des services de dépistage du VIH à l'échelle communautaire :
 - dépistage mobile (p. ex. : camionnettes ou centres de dépistage temporaires) ;
 - centres CDV (pas au sein d'un établissement de santé) ; et
 - autre dépistage communautaire.
 - Dépistage dans les établissements de santé :
 - dépistage proposé par les professionnels de santé dans les cliniques et les services d'urgence ;
 - cliniques prénatales (dont le travail et l'accouchement) ;
 - centres CDV (au sein d'un établissement de santé) ; et
 - 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 déduplicer 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.

Étant donné l'évolution des systèmes d'informations relatives au VIH, il sera essentiel d'être en mesure de ventiler les tests par historique des dépistages précédents (p. ex. : les personnes n'ayant jamais été dépistées ou dont le dernier résultat était séronégatif et les personnes qui connaissent déjà leur séropositivité et cherchent ou demandent un test de confirmation). Au cours des prochaines années, cet indicateur pourrait être étendu pour demander cette information afin de mieux comprendre les schémas de dépistage et l'efficacité des 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. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164716/1/9789241508759_eng.pdf?ua=1).

2.1 Diagnostic infantile précoce

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

Ce qui est mesuré

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

Fondement

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

Numérateur

Nombre de nourrissons qui ont subi un test de dépistage dans les deux mois qui suivent la naissance au cours de la période considérée. Les nourrissons ayant subi un test ne doivent être comptabilisés qu'une seule fois. 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 : un modèle d'estimation, comme le logiciel Spectrum, en utilisant le résultat, c'est-à-dire le nombre de femmes enceintes ayant besoin de services de prévention de la transmission mère-enfant, en tant que mesure alternative ; ou, si les projections Spectrum ne sont pas disponibles, en multipliant le nombre total de femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois (qui peut être obtenu à partir des estimations des naissances de l'agence nationale de statistique ou des estimations de la Division de la population de l'ONU) par la dernière estimation nationale de la prévalence de VIH chez les femmes enceintes (disponible à partir de la surveillance sentinelle du VIH dans les ANC et des ajustements nécessaires liés à la couverture des enquêtes ANC).

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

Forces et faiblesses

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

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

La ventilation par résultat du dépistage ne peut pas être utilisée comme mesure alternative pour le taux mondial de transmission mère-enfant. Si la couverture du diagnostic précoce des nourrissons à l'échelle nationale ou la couverture 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.

Autres informations

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 GAM 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 PTME.

Informations complémentaires

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

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

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

2.2 Transmission mère-enfant du VIH

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

Ce qui est mesuré

Comparé aux valeurs antérieures, cet indicateur montre l'impact de l'accès des femmes aux médicaments antirétroviraux (ARV) afin de réduire la transmission mère-enfant du VIH.

Fondement

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

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

Numérateur

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

Dénominateur

Nombre estimé d'enfants nés de femmes vivant avec le VIH 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 séropositives recevant différents traitements antirétroviraux avant et pendant l'accouchement (péri partum) par catégorie de CD4 de la mère ;
- la proportion de femmes et d'enfants recevant des médicaments antirétroviraux après l'accouchement (post-partum) par catégorie de CD4 de la mère ;
- le pourcentage de nourrissons non allaités dans les programmes de PTME selon l'âge de l'enfant ;
- la probabilité de transmission mère-enfant du VIH en fonction des différentes catégories de traitements antirétroviraux et de la façon dont le nourrisson est alimenté.
- Le nombre estimé de femmes vivant avec le VIH qui ont accouché.

L'estimation du taux de transmission national 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 pour les enfants de 0 à 14 ans par le nombre de femmes ayant besoin de services de PTME.

Il n'y a pas suffisamment d'informations disponibles sur les autres modes de transmission du VIH aux enfants pour les inclure dans 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 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 programmatiques 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 PTME (ou bien qui l'ont abandonné).

Forces et faiblesses

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

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

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

Informations complémentaires

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

2.3 Prévention de la transmission mère-enfant du VIH

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

Ce qui est mesuré

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

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

Fondement

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

Numérateur

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

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 démarré un traitement antirétroviral.

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

Fréquence de mesure

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

Ventilation

- Villes et autres zones administratives d'importance
- Le numérateur doit être ventilé au travers 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 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.

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	Plus de précisions	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"> Traitement antirétroviral débuté pendant la grossesse en cours Traitement antirétroviral débuté avant la grossesse en cours 	<p>Un schéma thérapeutique composé de trois médicaments conçus pour administrer un traitement antirétroviral à vie :</p> <ol style="list-style-type: none"> Nombre de femmes enceintes séropositives identifiées pendant la période de référence qui ont débuté un traitement antirétroviral à vie. Nombre de femmes enceintes séropositives identifiées pendant la période de référence qui prenaient déjà un traitement antirétroviral lors de leur première consultation dans une clinique prénatale. <p>Si une femme commence un traitement antirétroviral à vie pendant le travail, elle doit être comptabilisée dans la catégorie 1.</p> <p>Si le nombre de femmes recevant un traitement antirétroviral n'est pas disponible au moment où elles ont commencé, le nombre peut être inclus dans la cellule intitulée « nombre total de femmes enceintes recevant un traitement antirétroviral à vie ».</p> <p>3. Si un autre traitement n'incluant pas un traitement à vie a été administré, veuillez saisir cet autre traitement (via une des options ci-dessous) ainsi que le nombre de femmes ayant reçu ce traitement.</p>	<p>Schéma thérapeutique national type, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> TDF + 3TC + EFV.
<p>Prophylaxie maternelle basée sur la trithérapie antirétrovirale (composante prophylactique de l'option B de l'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 le service sanitaire a recours à l'option B.</p>	<ul style="list-style-type: none"> TDF + 3TC + EFV. AZT + 3TC + EFV. AZT + 3TC + LPV/r.
<p>AZT maternelle (composante prophylactique de l'option A de l'OMS au cours de la grossesse et de l'accouchement)</p>	<p>Un traitement prophylactique qui utilise l'AZT (ou un autre inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse (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 le service sanitaire a recours à l'option A.</p>	<ul style="list-style-type: none"> AZT à n'importe quel moment avant le travail + NVP intra partum AZT à n'importe quel moment avant le travail + NVP intra partum + AZT/3TC post-partum pendant 7 jours
<p>Dose unique de névirapine (sd-NVP) administrée à la mère pendant la grossesse ou durant l'accouchement</p>	<ul style="list-style-type: none"> Compter cela si la névirapine est le seul traitement administré à une femme enceinte séropositive pendant la grossesse, le travail ou l'accouchement. <p>Ne pas comptabiliser comme dose unique de névirapine si :</p> <ul style="list-style-type: none"> La névirapine est administrée dans le cadre de l'option A pendant la grossesse. Une femme enceinte séropositive débute l'option A, B ou B+ pendant le travail et l'accouchement 	<ul style="list-style-type: none"> NVP à dose unique pour la mère uniquement au début du travail NVP à dose unique + AZT/3TC pendant 7 jours uniquement NVP à dose unique pour la mère au début du travail et NVP à dose unique pour le nouveau-né uniquement

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 (GAM)

1. Traitement antirétroviral débuté pendant la grossesse en cours

Spectrum

années précédentes.

Option B + : la thérapie antirétrovirale a débuté pendant la grossesse actuelle (elle est répartie entre les femmes qui ont commencé les traitements antirétroviraux moins de quatre semaines avant l'accouchement et les femmes qui commencent plus de quatre semaines avant l'accouchement)

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

Ou 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 2006 de l'OMS. Spectrum exige des données sur les précédents traitements. Cette catégorie est maintenue pour décrire les traitements administrés les |

Explication du dénominateur

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

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

Forces et faiblesses

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

Informations complémentaires

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

Publications sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant (<http://www.who.int/hiv/pub/mtct/en>).

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

2.4 Syphilis chez les femmes enceintes

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

Ce qui est mesuré

- A. Couverture du dépistage de la syphilis parmi les femmes enceintes bénéficiant de services de consultations prénatales
- B. Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant de consultations prénatales présentant une sérologie positive pour la syphilis
- C. Pourcentage de femmes consultant pour des soins 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 réagiques (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 réagins. 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 ayant un statut VIH connu

Ce qui est mesuré

Couverture de la première étape de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME). Une couverture élevée permet l'initiation précoce des soins et des traitements pour les mères séropositives. Le nombre total de femmes séropositives identifiées fournit le nombre de femmes enceintes séropositives pour démarrer une cascade de PTME basée sur les établissements.

Fondement

Le risque de transmission de la mère à l'enfant peut être considérablement réduit en fournissant des médicaments antirétroviraux (ARV) à la mère pendant la grossesse et l'accouchement, soit en traitement à vie ou en prophylaxie, avec une prophylaxie antirétrovirale pour le nourrisson et des médicaments antirétroviraux pour la mère ou l'enfant pendant l'allaitement (le cas échéant), et en encourageant des pratiques d'accouchement sûres et une alimentation plus sûre du nourrisson.

Les données seront utilisées des manières suivantes : (a) pour suivre les progrès vers les objectifs mondiaux et nationaux pour éliminer la PTME ; (b) informer la politique et la planification stratégique ; (c) pour le plaidoyer ; et (d) tirer parti des ressources pour une mise à l'échelle accélérée. Il aidera à mesurer les tendances de la couverture de la prophylaxie antirétrovirale et du traitement antirétroviral et, une fois ventilé par type de régime, permettra d'évaluer les progrès accomplis dans la mise en œuvre de schémas thérapeutiques et de traitements antirétroviraux plus efficaces.

Numérateur

Nombre de femmes enceintes fréquentant les centres de consultations prénatales et/ou accouchant dans un établissement de santé et ayant subi un test de dépistage du VIH pendant la grossesse, ou qui avaient déjà connaissance de leur séropositivité.

Dénominateur

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

Dénominateur de programme : nombre de femmes enceintes fréquentant les centres de soins prénataux et ayant accouché dans un établissement de santé au cours des 12 derniers mois.

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

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

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

Dénominateur établissements de soins : données de programme tels que les registres des centres de soins prénataux ou les registres de travail et d'accouchement.

Fréquence de mesure

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

Ventilation

Statut sérologique / résultats du test de dépistage du VIH :

- Infection à VIH connue avant l'admission dans un centre de soins prénataux.
 - Dépistage positif dans un centre de soins prénataux au cours de la grossesse actuelle.
 - Dépistage négatif dans un centre de soins prénataux au cours de la grossesse actuelle. Dans le cas de dépistages répétés, ce résultat doit être celui du dernier test effectué.
 - Villes (facultatif).
 - Femmes enceintes qui consomment des drogues injectables.
-

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 centre de soins prénataux 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 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 les plus touchées par le VIH ou qui se sont engagées à mettre fin au 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

Guide mondial sur les critères et processus 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/bitstream/10665/112858/1/9789241505888_eng.pdf?ua=1)

3.1 Incidence du VIH

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

Ce qui est mesuré

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

Fondement

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

Numérateur

Nombre de nouvelles infections pendant la période de référence

Dénominateur

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

Calcul

Taux : (Numérateur x 1000) / dénominateur

Méthode d'évaluation

Les méthodes de calcul du taux d'incidence peuvent varier en fonction du contexte de l'épidémie et on distingue généralement les méthodes directes et les méthodes indirectes. Bien qu'il soit préférable, le calcul direct à l'échelle de la population s'avère souvent difficile à effectuer. De sorte que, la plupart, pour ne pas dire la totalité des pays s'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-diagnostic, il est possible que le nombre de cas récemment déclarés ne reflète pas le taux réel de nouvelles infections. Ces informations peuvent néanmoins être utiles pour trianguler ou confirmer les résultats, en particulier lorsqu'elles sont combinées aux tests permettant de déterminer si une infection à VIH est récente.

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

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

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

Informations complémentaires requises

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

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

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

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).

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, ONUSIDA ; 2011.

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

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

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

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

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

Informations complémentaires requises

A–E: Si des données infranationales sont disponibles, veuillez indiquer les données de ventilation par zone administrative, ville ou site dans l'espace prévu à cet effet. 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).

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

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

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

Cet indicateur est divisé en quatre sous-indicateurs :

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

Ce qui est mesuré

Les progrès en matière de services de dépistage du VIH à des membres des populations clés

Fondement

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

Numérateur

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

ou

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

		Résultat du dernier test 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 qui ont répondu à la question 1 ci-dessous

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

1. Connaissez-vous votre statut sérologique à partir d'un test de dépistage du VIH ?
 - a. Non, je n'ai jamais fait de test de dépistage
 - b. Oui, j'ai fait un test de dépistage
 2. Si oui, quand a eu lieu le dernier test ?
 - a. 6 mois
 - b. 6 à 12 mois
 - c. Plus de 12 mois
 3. Quel a été le résultat de votre dernier test :
 - a. Positif
 - b. Négatif
 - c. Indéterminé.
-

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

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

A–D : Âge (<25 et 25 ans)

A–D : Villes et autres zones administratives d'importance

Informations complémentaires requises

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

Forces et faiblesses

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

Informations complémentaires

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/>)

3.5 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 professionnels du sexe

Pourcentage de professionnels du sexe indiquant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client.

Ce qui est mesuré

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

Fondement

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

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

Numérateur

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

Dénominateur

Nombre de professionnels du sexe qui ont indiqué avoir eu un rapport sexuel payant au cours des 12 derniers mois

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Enquêtes de surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques

La question suivante est posée aux personnes interrogées : avez-vous utilisé un préservatif avec le dernier client avec lequel vous avez eu un rapport sexuel ? Dès que cela est possible, les données concernant les professionnels du sexe doivent être recueillies par l'intermédiaire ou avec des organisations de

la société civile qui ont collaboré étroitement auprès de cette population sur le terrain. L'accès aux professionnels du sexe et les données qu'ils confient doivent rester confidentiels et être protégés.

Fréquence de mesure

Tous les deux ans

Ventilation

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

Informations complémentaires requises

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

Forces et faiblesses

Les préservatifs sont le plus efficaces lorsqu'ils sont utilisés systématiquement plutôt qu'occasionnellement. L'indicateur actuel 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 réservée aux observations.

Les enquêtes sur les professionnel(le)s du sexe peuvent se révéler difficiles. Il est donc possible que les données obtenues ne soient pas fondées sur un échantillon national représentatif des populations clés à haut risque 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 réservée aux observations de l'outil électronique d'enregistrement du Rapport sur le 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

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

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

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

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

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

Ce qui est mesuré

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

Fondement

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

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

Numérateur

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

Dénominateur

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

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Enquêtes de surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques

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

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

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

Fréquence de mesure

Tous les deux ans

Ventilation

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

Informations complémentaires requises

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

Forces et faiblesses

L'utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel anal avec un partenaire (quel qu'il soit) fournit une bonne indication des niveaux et des tendances générales des rapports sexuels protégés et non protégés parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Cet indicateur ne fournit aucune indication sur d'éventuels comportements à risque avec des partenaires féminins parmi les hommes ayant des rapports sexuels tant avec des hommes qu'avec des femmes. Dans les pays où les hommes de la sous-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 réservée aux observations.

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

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

Informations complémentaires

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

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

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

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

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

Ce qui est mesuré

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

Fondement

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

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

Numérateur

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

Dénominateur

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

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Enquêtes de surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques Les questions suivantes sont posées aux personnes qui s'injectent des drogues :

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

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

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

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

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

Fréquence de mesure

Tous les deux ans

Ventilation

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

Informations complémentaires requises

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

Forces et faiblesses

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

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

Informations complémentaires

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

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

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

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

3.6D Utilisation du préservatif parmi les personnes transgenres

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

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

Numérateur

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

Dénominateur

Nombre de personnes transgenres interrogées

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Enquêtes de surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques

La question suivante est posée aux personnes interrogées :

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

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

Fréquence de mesure

Tous les deux ans

Ventilation

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

Informations complémentaires requises

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

Forces et faiblesses

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

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

Les enquêtes sur les personnes transgenres peuvent se révéler difficiles. Il est donc possible que les données obtenues ne soient pas fondées sur un échantillon national représentatif des populations clés à haut risque 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.

Dans les précédentes séries de rapports, plusieurs pays ont communiqué l'utilisation du préservatif chez les sous-populations de femmes transgenres dans la section réservée aux observations de l'outil électronique d'enregistrement du Rapport sur le 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

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

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

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

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

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

Cet indicateur est divisé en quatre sous-indicateurs :

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

Ce qui est mesuré

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

Fondement

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

Numérateur

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

Dénominateur

Nombre de personnes interrogées au sein d'une population clé

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

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

Enquêtes de surveillance comportementale et autres enquêtes spécifiques

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

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

Données des programmes

Nombre de professionnel(les) du sexe couvert(e)s par des interventions de prévention du VIH individuelles et/ou par petit groupe, conçues pour cette population cible, et nombre de préservatifs distribués aux professionnel(les) du sexe

Nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ou des personnes transgenres couverts par des interventions de prévention du VIH individuelles et/ou par petit groupe, conçues pour cette population cible, et nombre de préservatifs avec lubrifiant distribués aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Nombre de personnes qui s'injectent des drogues couvertes par des interventions de prévention du VIH individuelles et/ou par petit groupe, conçues pour cette population cible, et nombre d'aiguilles ou de seringues distribuées aux personnes qui s'injectent des drogues

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

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

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

Forces et faiblesses

Les données des enquêtes permettent de mesurer l'utilisation individuelle de plusieurs services d'intervention. Cet indicateur raccourcit la période de référence parce que les populations doivent avoir accès aux services régulièrement et les comportements à risque doivent être réguliers. Les faiblesses associées aux données des enquêtes ont trait au biais d'échantillonnage ou biais méthodologique et à la couverture géographique limitée de l'information.

Les données des programmes donnent une indication de la mesure dans laquelle les programmes proposent des services à l'échelle nationale. Elles reflètent un engagement national à fournir des services aux communautés des populations clés spécifiées. Elles ne donnent pas une bonne indication des personnes servies. Les données ne peuvent généralement pas être dédoublées. Par ailleurs, l'analyse de deux ensembles de données programmatiques distincts ne peut être envisagée que d'un point de vue écologique. Autrement dit, nous pouvons voir le nombre de personnes contactées par les programmes et le nombre de préservatifs fournis par les programmes, mais nous ne pouvons pas savoir qui, parmi les personnes contactées, a reçu des préservatifs.

Informations complémentaires requises

Les sites de prestation de services spécialement conçus pour une ou plusieurs populations clés témoignent de l'engagement à fournir des services contextuels aux communautés qui sont souvent stigmatisées. Veuillez indiquer le nombre total de ces sites et le nombre total de zones administratives de premier niveau (par exemple, état/province/oblast) ou de second niveau (par exemple, comté/district) ayant au moins un service et le nombre total dans le pays. Par exemple, le pays A déclare avoir 10 programmes de distribution d'aiguilles et seringues couvrant cinq provinces. Il y a sept provinces dans le pays A. Si vous le savez, veuillez indiquer si le site est exploité par le programme national (gouvernement) ou la communauté (société civile ou ONG).

Informations complémentaires

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

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

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

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

Ce qui est mesuré

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

Fondement

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

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

Numérateur

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

Dénominateur

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

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

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

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

Si oui :

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

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

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

Fréquence de mesure

Tous les deux ans

Ventilation

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

Informations complémentaires requises

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

Forces et faiblesses

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

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

Informations complémentaires

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

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

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

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

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

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

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

Ce qui est mesuré

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

Fondement

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

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

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

Numérateur

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

Dénominateur

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

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Données des programmes utilisées pour compter le nombre d'aiguilles et de seringues distribuées (numérateur) Estimation du nombre de personnes qui s'injectent des drogues dans le pays (dénominateur)

Fréquence de mesure

Tous les deux ans

Ventilation

Villes et autres zones administratives d'importance

Informations complémentaires requises

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

Forces et faiblesses

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

L'estimation du nombre de personnes qui s'injectent des drogues à l'échelon national présente plusieurs difficultés. Il existe de multiples définitions des personnes qui s'injectent des drogues et les estimations de leur nombre peuvent fortement varier. L'ONUSIDA publie des estimations de la taille des populations de personnes qui s'injectent des drogues dans le Rapport mondial sur les drogues. Ces estimations peuvent être utilisées. Si vous jugez que celles-ci ne peuvent pas être utilisées, veuillez en expliquer la raison dans la section réservée aux observations.

Les pays qui ont légalisé la vente de seringues et d'aiguilles sans ordonnance peuvent donner l'impression de présenter une couverture artificiellement faible avec cet indicateur.

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

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

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

Informations complémentaires

Une description complète de cet indicateur figure dans le document suivant : OMS, 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).

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

Efficacité de la programmation de seringues et d'aiguilles stériles dans la diminution du VIH/SIDA parmi les personnes qui s'injectent des drogues. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2004 (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/e4a-needle/en/index.html>).

ONUSDC, Programme mondial d'évaluation de l'abus de drogues. Estimer la prévalence : méthodes indirectes pour l'estimation de l'ampleur du problème de drogue. Vienne : ONUDC, 2003 (<https://www.unodc.org/documents/GAP/GAP%20Toolkit%20Module%202%20Final%20ENGLISH%2002-60052.pdf>).

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

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

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

Groupe de travail OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH / sida et des IST. Directives sur l'estimation de la taille des populations les plus exposées au risque de VIH. Genève : Organisation mondiale de la santé et ONUSIDA, 2010 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/2011_Estimating_Populations_en.pdf).

Groupe de travail OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH / sida et des IST. Lignes directrices relatives aux populations les plus exposées au VIH. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf).

3.10 Couverture de la thérapie de substitution aux opiacés

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

Ce qui est mesuré

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

Fondement

Le TSO représente un engagement contre la dépendance aux opiacés afin de réduire la fréquence d'injection, de préférence à zéro. Il s'agit de l'outil de santé publique le plus efficace, 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 opiacés qui s'injectent des drogues dans le pays

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

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

Pour le dénominateur : estimations de taille des 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

- 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 ainsi que la source (gouvernement ou communauté) 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

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

Informations complémentaires

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

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

3.11 Syphilis active parmi les professionnels du sexe

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

Ce qui est mesuré

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

Fondement

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

Numérateur

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

Dénominateur

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

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

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

Comment mesurer. L'approche traditionnelle pour déterminer la séroprévalence consiste à pratiquer un test de dépistage non tréponémique qui mesure les anticorps 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 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, consulté le 15 novembre 2016).

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

Indicateurs sur la circoncision masculine

Les indicateurs 3.16 et 3.17 ne sont requis que dans 16 pays où la prévalence du VIH est élevée, les circoncisions masculines faibles et les épidémies hétérosexuelles généralisées : Afrique du Sud, Botswana, Éthiopie, Kenya,

Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, République centrafricaine, Rwanda, Soudan du Sud, Swaziland, Ouganda, République unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe

3.16 Prévalence de la circoncision masculine

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

Ce qui est mesuré

Progrès réalisés dans la couverture de la circoncision masculine

Fondement

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

Numérateur

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

Dénominateur

Nombre d'hommes interrogés âgés de 15 à 49 ans

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

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

Fréquence de mesure

Tous les 3 à 5 ans

Ventilation

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

Informations complémentaires requises

Veuillez fournir des données sur les villes pour cet indicateur. Le formulaire de saisie des données comporte un espace prévu afin de fournir des informations concernant la capitale et une ou deux autres villes importantes d'un point de vue épidémiologique, 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 ONUSIDA ; 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598262_eng.pdf).

3.17 Nombre d'hommes annuellement circoncis volontairement

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

Ce qui est mesuré

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

Fondement

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

Numérateur

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

Dénominateur

Ne s'applique pas

Calcul

Ne s'applique pas

Méthode d'évaluation

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

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

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

Informations complémentaires requises

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

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

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

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

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

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

Informations complémentaires

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

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

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

Ce qui est mesuré

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

Fondement

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

Numérateur

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

Dénominateur

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

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

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

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

Fréquence de mesure

Tous les 3 à 5 ans

Ventilation

- Sexe
- Âge (15-19, 20-24 et 25-49)

Forces et faiblesses

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

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

Informations complémentaires

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

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

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

Ce qui est mesuré

Progrès dans la réduction des attitudes et des politiques discriminatoires

Fondement

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

Numérateur

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

Dénominateur

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

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

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

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

Fréquence de mesure

Tous les 3 à 5 ans

Ventilation

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

Explication du numérateur

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

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

Forces et faiblesses

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

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

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

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

Informations complémentaires

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

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

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

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

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

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

4.2 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 de 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 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) accédé le 21 novembre 2017.

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

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

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

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

4.3 Prévalence de la violence conjugale récente

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

Ce qui est mesuré

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

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

Fondement

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

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 :

- SL'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).

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

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

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

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

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

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

Ce qui est mesuré

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

Fondement

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

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

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

L'indicateur composite peut être suivi comme mesure de la prévalence de la discrimination liée au VIH dans le secteur de la santé chez les personnes vivant avec le VIH. Cet indicateur pourrait permettre de mieux comprendre les résultats de santé liés au VIH et améliorer les interventions visant à réduire et à atténuer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH rencontrées le long du traitement et des soins en : (a) montrant le changement dans le temps 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.¹¹

Dénominateur

Nombre de tous les répondants

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH¹²

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).
-

¹¹ La tranche d'âge minimale actuellement couverte par la plupart des enquêtes DHS est de 15 à 49 ans, mais cette tranche d'âge n'est pas prescriptive.

¹² Pour plus d'informations sur l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, consulter <http://www.stigmaindex.org/>.

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

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

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

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

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

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

Ce qui est mesuré

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

Fondement

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

Numérateur

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

Dénominateur

Nombre total de personnes interrogées de 15 à 24 ans

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

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

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

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

Fréquence de mesure

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

Ventilation

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

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 Dépenses totales de lutte contre le VIH

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

Ce qui est mesuré

Flux de financement des programmes/services nationaux liés au VIH et dépenses engagées par ces derniers, par source et par catégorie, de façon standardisée et comparable. Les dépenses liées au VIH par programme ou service qui sont déclarées ici doivent être cohérentes avec le nombre de personnes ayant utilisé les services qui est déclaré ailleurs.

Fondement

Le montant total des ressources financières internationales et nationales pour les ripostes au VIH dans les pays à revenus faibles et intermédiaires a atteint 19.1 milliards de dollars en 2016, selon les estimations. Pour atteindre les objectifs nationaux et mondiaux, il faut intensifier les efforts, augmenter les ressources et accroître l'efficacité des programmes afin de fournir les services de prévention, de traitement et de soins nécessaires pour réduire l'incidence du VIH et prolonger des vies.

Il est essentiel de trouver des sources de financement durables à long terme, notamment en mobilisant des ressources à l'échelon national, afin de pérenniser les résultats obtenus et continuer à progresser. Cela étant, on ne peut combler le déficit de financement et continuer à allouer des ressources de manière efficace qu'en évaluant et en gérant les ressources disponibles et leur utilisation.

La quantification des flux de financement et des dépenses est utile pour savoir qui bénéficie des programmes VIH et pour déterminer l'état actuel des allocations pour les programmes/services liés au VIH dans le cadre du ciblage des populations clés ou d'autres populations spécifiques.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

G. Dépenses liées aux accélérateurs sociaux

H. Dépenses liées aux transferts d'argent pour les jeunes femmes et les jeunes filles (10-24 ans, pays à forte prévalence, budgets affectés au VIH)

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

Numérateur

Ne s'applique pas

Dénominateur

Ne s'applique pas

Type de données

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

Calcul

Application des principes de comptabilité sociale et établissement des coûts. Les règles, cadres et principes sont décrits dans les manuels et directives spécifiques (liens indiqués ci-dessous).

Le calcul de chaque service/programme ou sous-indicateur peut présenter des caractéristiques individuelles afin d'assurer une bonne comptabilisation de toutes les composantes (par exemple, les coûts directs et partagés des prestations de services) et pour éviter un double comptage ; ces calculs peuvent être différents selon la source de financement et les modalités des prestations de services (voire selon le prestataire de services). Des indications supplémentaires sont disponibles dans les directives et manuels respectifs indiqués à la fin de la présente section.

La quantification est limitée aux dépenses nationales, volumes de médicaments achetés et distribués ventilés par dépenses engagées avec des fonds d'aide au développement international et les dépenses engagées avec des fonds publics ou privés.

Certaines exigences régissent la collecte et la qualité des données pour assurer la fiabilité et la validité des indicateurs à des fins de crédibilité.

Le rapprochement des estimations descendantes (à partir des sources de financement) et ascendantes (à partir du calcul des coûts des prestations de services) assure la meilleure évaluation des dépenses nationales liées au VIH.

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

Compte tenu de la possibilité d'écarts conséquents entre les budgets alloués et les dépenses réelles, il n'est pas recommandé d'utiliser l'analyse budgétaire comme seule base pour renseigner les dépenses nationales totales liées au VIH.

Il convient de valider les dépenses financées par des sources internationales, des sources de financement nationales et des agents de financement, en concertation avec toutes les parties prenantes.

Méthode d'évaluation

Primaire :

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

Alternatif :

- Système de comptes de la santé (SHA) 2011

Note:

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

Outils de collecte de données

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

Fréquence de mesure

Chaque année civile ou fiscale. Étant donné que les résultats définitifs des exercices comptables peuvent être obtenus après la date limite fixée pour les rapports annuels, les pays peuvent présenter des résultats préliminaires qui seront remplacés par les résultats définitifs lorsqu'ils seront disponibles. Pour cette série de rapports, nous conseillons aux pays de présenter jusqu'à cinq années de résultats, en indiquant s'ils sont préliminaires ou définitifs et s'ils remplacent des rapports précédents. Si les données ont déjà été présentées et n'ont pas été modifiées, il est inutile de les soumettre de nouveau. Les pays qui souhaitent présenter des rapports plus récents sur les dépenses antérieures à 2010 sont invités à contacter l'équipe de l'ONUSIDA pour obtenir de l'aide à cet effet.

Ventilation

- Source de financement
- Catégories de programmes dédiés à la riposte au VIH et au sida
- Pour certains sous-indicateurs, les pays sont invités à rapporter les dépenses sur les produits les plus importants dans le cadre de ces programmes
- (par exemple, les antirétroviraux dans le sous-indicateur sur les traitements antirétroviraux) séparément des autres dépenses directes et indirectes (prestations de services, etc.).
- Les médicaments et intrants, les prix unitaires et les volumes doivent être déclarés par source de financement dans le tableau correspondant.

Forces et faiblesses

Les pays qui ont mis en œuvre la méthodologie NASA de manière intégrale et appropriée peuvent utiliser le produit de cet exercice pour remplir le modèle. Cependant, les évaluations NASA sont laborieuses (et peuvent se révéler relativement coûteuses) ; leur mise au point prend du temps et elles utilisent une combinaison de techniques de comptabilisation et de calcul des coûts. Par conséquent, les estimations de coûts ne sont pas des données certifiées telles qu'imposées par certains principes comptables. Les estimations finales des pays doivent être validées par toutes les parties prenantes et triangulées pour accroître leur fiabilité et leur validité.

Les pays qui ont mis en œuvre un exercice annuel SHA-2011 doivent s'assurer que les clés de répartition utilisées pour estimer les dépenses au titre de la riposte au VIH liées à l'utilisation du système de santé sont à jour et permettent de produire des données granulaires pour les sources nationales. Il se peut que ce processus n'utilise pas de données certifiées telles qu'imposées par certains principes comptables. Les pays qui viennent de mettre en œuvre le processus des comptes de santé à répartition complète doivent valider les résultats avec d'autres sources existantes et toutes les parties prenantes pour accroître la fiabilité et la validité des estimations, en particulier le niveau global, la duplication potentielle et les dépenses importantes non comptabilisées. Les dépenses autres que les dépenses de santé doivent être ajoutées. La mise en œuvre des comptes de santé nécessite une planification à moyen ou long terme, consomme beaucoup de ressources et dépend de la coordination entre les comptables de la santé et les responsables des programmes.

Les pays qui utilisent l'analyse budgétaire doivent vérifier si les budgets alloués ont été dépensés comme prévu et compléter les estimations pour les dépenses non engagées sur un budget alloué.

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

Ce qui est mesuré	Ventilation	Population cible	Ce qui est mesuré
8.1. Dépenses totales liées à la lutte contre le VIH	Source de financement, catégorie de programmes/services	Non applicable	Toutes les dépenses nationales de santé et autres, liées au VIH et au sida, quelle qu'en soit la source.
A. Dépenses liées aux services de dépistage du VIH et de conseil (non ciblés ; produits spécifiques déclarés séparément)	Source de financement	Population générale en vertu d'indications spécifiques	Les services de dépistage du VIH et de conseil désignent tous les services impliquant un service de dépistage du VIH accompagné d'un service de conseil, notamment les services de dépistage du VIH et de conseil fournis à la demande des patients, proposés par les professionnels de santé, ou proposés dans le cadre d'une campagne ou de services de proximité ou à domicile. Dépenses directes liées à l'achat de réactifs pour des tests rapides et de laboratoire (à déclarer séparément des autres coûts selon leur disponibilité)
B. Dépenses liées aux traitements antirétroviraux (adultes et enfants ; produits spécifiques déclarés séparément)	Source de financement, adultes et enfants (âgés de moins de 15 ans)	Personnes vivant avec le VIH	Thérapie antirétrovirale. Dépenses directes liées à l'achat d'antirétroviraux (à déclarer séparément des autres coûts selon leur disponibilité). Prix unitaire et volumes de produits et d'intrants achetés et distribués
C. Dépenses liées au suivi des laboratoires en rapport avec le VIH (produits spécifiques déclarés)	Source de financement	Personnes vivant avec le VIH et sous traitement antirétroviral	Services de diagnostic liés au suivi clinique du VIH. Dépenses directes liées à l'achat de réactifs pour la numération des cellules CD4+ et la quantification de la charge virale en laboratoire (à déclarer séparément des autres coûts selon leur disponibilité).
D. Dépenses liées au VIH et TB (produits spécifiques déclarés séparément)	Source de financement	Personnes vivant avec le VIH et personnes vivant avec la tuberculose	Examens, suivi clinique, services de laboratoire connexes, traitement et prévention de la tuberculose (y compris l'isoniazide et les médicaments pour le traitement de la tuberculose active), ainsi que le dépistage des patients des centres de traitement de la tuberculose et orientation vers les services de dépistage du VIH et de soins cliniques. Dépenses directes liées à l'achat de médicaments pour le traitement et la prévention de la tuberculose (y compris l'isoniazide et les médicaments pour le traitement de la tuberculose active), déclarées séparément des autres coûts de produits et services selon leur disponibilité.

<p>E. Dépenses liées au cinq piliers de la prévention combinée (produits spécifiques séparément)</p>	<p>Source de financement, cinq piliers de la prévention combinée:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévention pour les jeunes femmes et les adolescentes (10-24 ans, exclusivement dans les pays à forte prévalence) ▪ Circoncision masculine volontaire médicalisée (exclusivement dans les pays à forte prévalence) ▪ Prophylaxie préexposition (PrEP) stratifiée par population clé (homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, professionnel(le)s du sexe, personnes qui s'injectent des drogues, personnes transgenres, détenus, jeunes femmes et filles adolescentes, couples sérodiscordants) ▪ Préservatifs (non ciblés) ▪ Prévention parmi les populations clé (homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, professionnel(le)s du sexe et leurs clients, personnes qui s'injectent des drogues, personnes transgenres, détenus) 	<p>Population générale, populations clés</p>	<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 matrice nationale de financement 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 jeunes femmes et aux adolescentes (10-24 ans) dans les pays à forte prévalence, aux homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des professionnel(le)s du sexe et à leurs clients, personnes qui s'injectent des drogues, la circoncision volontaire masculine médicalisée, la prophylaxie préexposition (PrEP) stratifiée par population clé, ainsi que la promotion des préservatifs et leur distribution pour la population générale.</p> <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 séparément)</p>	<p>Source de financement</p>	<p>Femmes enceintes et nouveau-nés</p>	<p>Activités visant à éliminer les nouvelles infections à chez les enfants, notamment : dépistage du VIH pour les femmes enceintes, traitement antirétroviral pour les femmes enceintes vivant avec le VIH et prophylaxie spécifiques antirétrovirale pour les nouveau-nés, pratiques d'accouchement à moindre risque ; services d'aide et de conseil en matière de nutrition maternelle et d'allaitement au sein exclusif.</p> <p>Note : si une femme vivant avec le VIH est placée sous traitement antirétroviral avant qu'elle n'apprenne qu'elle est enceinte, le traitement antirétroviral doit être inclus en tant que traitement antirétroviral pour adulte.</p>
<p>G. Dépenses liées aux facilitateurs sociaux</p>	<p>Source de financement</p>	<p>Non applicable</p>	<p>Activités de soutien dans la mise en œuvre de programmes de base tels que définis dans le Cadre d'investissement de l'ONUSIDA, comprenant les programmes axés sur l'engagement politique et le plaidoyer, les médias, les lois, politiques et pratiques juridiques, la mobilisation communautaire, la réduction de la stigmatisation et les droits de l'homme.</p>
<p>H. Dépenses liées aux transferts pour les jeunes femmes et les jeunes filles (10-24 ans, pays à forte prévalence, budgets réservés au VIH)</p>	<p>Source de financement</p>	<p>Les jeunes femmes et les jeunes filles (10-24 ans)</p>	<p>Toutes les dépenses liées aux transferts d'argent 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

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

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

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

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

Health Expenditures by Diseases and Conditions (HEDIC). Statistical working papers. Eurostat. 2016. Disponible sur : <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-statistical-working-papers/-/KS-TC-16-008>

10.1 Co-gestion du traitement de la tuberculose et du VIH

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

Ce qui est mesuré

Progrès accomplis dans la détection et le traitement de la TB chez les personnes vivant avec le VIH

Fondement

La tuberculose est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH, y compris chez les patients sous traitement antirétroviral. 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/mm³) doivent recevoir un traitement antirétroviral dans les deux semaines suivant le début du traitement contre la TB. Le traitement contre la TB doit être administré conformément aux directives du programme national de lutte contre la TB.

Cet indicateur montre dans quelle mesure la collaboration entre les programmes nationaux de lutte contre le VIH et la TB permet aux personnes séropositives et atteintes de TB d'avoir accès à un traitement adéquat pour les deux maladies. Cet indicateur est toutefois influencé par le faible recours au dépistage du VIH, l'accès limité aux services de soins liés au VIH et aux traitements antirétroviraux, et l'accès limité au diagnostic et au traitement de la TB. Il serait donc préférable d'utiliser des indicateurs distincts pour chacun de ces facteurs dans l'interprétation des résultats de cet indicateur.

Il est important que les personnes dispensant des soins liés au VIH et des traitements antirétroviraux consignent le diagnostic de TB et le traitement prescrit, car ces informations ont des répercussions sur l'éligibilité aux traitements antirétroviraux et le choix du schéma thérapeutique. Il est donc recommandé d'inscrire la date de début du traitement contre la TB dans le registre des traitements antirétroviraux.

Informations complémentaires

Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44789/1/9789241503006_eng.pdf?ua=1&ua=1).

Rapport mondial sur la lutte contre la tuberculose 2018. Genève : Organisation mondiale de la santé; 2017 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/en).

Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH : révision 2015. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2015 (<http://www.who.int/tb/publications/monitoring-evaluation-collaborative-tb-hiv/en>).

10.2 Personnes vivant avec le VIH atteintes d'une tuberculose active

Nombre total de personnes vivant avec le VIH et souffrant d'une tuberculose (TB) active, exprimé en pourcentage des nouveaux patients pris en charge pour les soins liés au VIH (pré-traitement antirétroviral et traitement antirétroviral) au cours de la période de référence

Ce qui est mesuré

Nombre de cas de TB active chez les nouveaux patients pris en charge pour des soins liés au VIH et, indirectement, efforts pour détecter la tuberculose associée au VIH précoce.

Fondement

Le principal objectif de l'intensification du dépistage de la TB dans le cadre des soins liés au VIH et des services de dépistage du VIH et de conseils proposés par les professionnels de santé chez les patients souffrant d'une TB est de détecter rapidement la TB liée au VIH pour administrer au plus vite un traitement antirétroviral et un traitement contre la TB. Même si l'intensification du dépistage de la TB doit être mise en place pour toutes les personnes séropositives à chaque consultation dans un établissement de soins et de traitement du VIH, elle est particulièrement importante au moment de la prise en charge, car le risque de TB non détectée est plus élevé chez les nouveaux patients pris en charge que parmi ceux qui sont déjà sous traitement antirétroviral. Par ailleurs, il est possible que les nouveaux patients séropositifs pris en charge soient moins conscients des symptômes de la TB et de la nécessité de la détecter et de la traiter au plus vite, et qu'ils ne consultent donc pas pour des symptômes généraux ou propres à la TB. L'intensification du dépistage de la TB offre l'occasion de sensibiliser les personnes vivant avec le VIH et de détecter rapidement la TB. Toutes les personnes séropositives chez qui on détecte une TB doivent recevoir un traitement contre la TB immédiatement et un traitement antirétroviral dans les huit semaines qui suivent, si elles ne sont pas déjà sous traitement antirétroviral.

Numérateur

Nombre total de personnes vivant avec le VIH nouvellement prises en charge et souffrant d'une TB active pendant la période de référence

Dénominateur

Nombre total de patients nouvellement pris en charge pour des soins liés au VIH pendant la période de référence, enregistrés en pré-traitement antirétroviral et traitement antirétroviral

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Le résultat de l'examen des personnes séropositives présentant des symptômes de TB doit être consigné sur les fiches de soins du VIH/traitements antirétroviraux (dans la colonne « examens » de la partie réservée aux consultations) et dans les registres de pré-traitements antirétroviraux et de traitements antirétroviraux (respectivement dans les parties réservées au suivi mensuel et au suivi trimestriel). De la même façon, les patients souffrant de TB qui sont diagnostiqués séropositifs doivent être pris en charge rapidement pour le VIH et leur TB doit être indiquée sur leur fiche et dans les registres de traitements antirétroviraux.

Pour le numérateur. À la fin de la période de référence, compter le nombre total de nouveaux patients pris en charge pour des soins liés au VIH (pré-traitement antirétroviral et traitement antirétroviral) qui présentent une TB active.

Pour le dénominateur. Compter le nombre total de nouveaux patients pris en charge pour des soins liés au VIH, c'est-à-dire pour un pré-traitement antirétroviral ou un traitement antirétroviral, pendant la période de référence. Il convient d'éviter de compter deux fois les personnes figurant à la fois dans les registres de pré-traitements antirétroviraux et les registres de traitements antirétroviraux. Par ailleurs, les informations sur la TB figurant dans les registres de pré-traitements antirétroviraux et les registres de traitements antirétroviraux doivent être mises à jour et comparées aux registres TB des services de gestion compétents avant d'être consolidées et communiquées au niveau supérieur.

Pour plus d'informations sur l'indicateur, consulter l'Annexe X.

Fréquence de mesure

Les données doivent être consignées tous les jours et rapportées au niveau national ou sous-national (décentralisé) dans le cadre des rapports trimestriels. Les données doivent également être communiquées à l'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 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'analyse de l'évolution de la TB chez les nouveaux patients séropositifs pris en charge pendant une période donnée peut apporter des informations utiles sur le nombre de cas de TB et l'efficacité des efforts entrepris pour détecter et traiter rapidement la TB liée au VIH.

Cet indicateur risque de sous-estimer le nombre réel de cas de TB liée au VIH car il peut exclure les personnes dépistées par le biais des services de dépistage du VIH et de conseil proposé par les professionnels de santé mais qui ne reçoivent pas de soins pour le VIH, ou celles qui présentent des formes de TB disséminées, qui restent asymptomatiques ou qui n'ont pas bénéficié des dépistages réguliers de la TB. Un indicateur élevé peut signifier que le taux de TB est important ou que les programmes de dépistage du VIH et de la TB sont efficaces, tandis qu'un indicateur faible peut refléter l'inefficacité des programmes de dépistage du VIH et de la TB ou l'efficacité des efforts de contrôle de la TB. Il convient donc de faire preuve de prudence dans l'interprétation du résultat.

Informations complémentaires

Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH : révision 2015. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2015 (<http://www.who.int/tb/publications/monitoring-evaluation-collaborative-tb-hiv/en>).

10.3 Personnes vivant avec le VIH ayant débuté un traitement préventif de la tuberculose

Nombre de personnes ayant débuté un traitement de l'infection tuberculeuse latente, exprimé en pourcentage du nombre total de personnes nouvellement prises en charge pour des soins liés au VIH au cours de la période de référence

Ce qui est mesuré

Proportion dans laquelle les personnes vivant avec le VIH nouvellement prises en charge pour des soins liés au VIH commencent un traitement contre l'infection à tuberculose latente.

Fondement

Toutes les personnes recevant des soins liés au VIH doivent faire l'objet d'un dépistage de la TB à chaque consultation, à l'aide d'un algorithme clinique recommandé par l'OMS. Les adultes et les adolescents vivant avec le VIH qui ne déclarent aucun des symptômes (toux, fièvre, perte de poids ou sueurs nocturnes) sont peu susceptibles d'avoir une TB active et doivent se voir proposer un traitement de prévention de la TB, c'est-à-dire un traitement de l'infection tuberculeuse latente. De la même façon, les enfants qui n'ont pas de mal à prendre du poids, qui ne toussent pas et qui n'ont pas de fièvre doivent recevoir ce traitement pour éviter de développer une TB active, qu'ils soient sous traitement antirétroviral ou non.

Numérateur

Nombre total de nouveaux patients pris en charge pour des soins liés au VIH qui ont débuté un traitement de l'infection tuberculeuse latente pendant la période de référence

Si vous ne disposez pas de données sur les personnes nouvellement prises en charge pour des soins liés au VIH ayant débuté un traitement antituberculeux préventif, saisissez les données pour les personnes qui commencent un traitement contre l'infection tuberculeuse latente parmi toutes les personnes vivant avec le VIH qui sont actuellement enrôlées pour des soins du VIH.

Dénominateur

Nombre total de nouveaux patients pris en charge pour des soins liés au VIH, c'est-à-dire pour un pré-traitement antirétroviral ou un traitement antirétroviral, pendant la période de référence. Ce dénominateur doit être le même que le dénominateur de l'indicateur 10.2.

Si vous ne disposez pas de données sur les personnes nouvellement prises en charge pour des soins liés au VIH ayant débuté un traitement antituberculeux préventif, saisissez le nombre de personnes vivant avec le VIH qui sont actuellement prises en charge pour des soins liés au VIH.

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Un traitement de prévention de la TB doit être mis en place chez toutes les personnes éligibles et la date de début du traitement doit être indiquée sur la fiche de soins du VIH/traitement antirétroviral (dans la partie réservée aux consultations). Les personnes qui acceptent le traitement et reçoivent au moins la première dose doivent être inscrites dans les registres de pré-traitements antirétroviraux et les registres de traitements antirétroviraux (dans la colonne « mois/année de début de l'isoniazide »).

Numérateur. Compter le nombre total de nouveaux patients pris en charge pour des soins liés au VIH pendant la période de référence qui ont débuté un traitement de l'infection tuberculeuse latente, c'est-à-dire qui ont reçu au moins une dose de médicaments contre la TB comme l'isoniazide.

Dénominateur. Compter le nombre total de nouveaux patients séropositifs pris en charge pour un pré-traitement antirétroviral ou un traitement antirétroviral pendant la période de référence.

À des fins de planification et de gestion des médicaments, il est nécessaire de recueillir des informations plus détaillées, en plus de celles ci-dessus. Un registre de pharmacie peut être utilisé pour noter si le patient est présent aux consultations et vient chercher ses médicaments. L'établissement administrant le traitement antirétroviral peut également tenir un registre des traitements de l'infection tuberculeuse latente, en plus du registre des traitements antirétroviraux. Ce registre peut apporter des informations utiles sur le nombre de patients et de nouveaux patients recevant un traitement de l'infection tuberculeuse latente et sur le taux d'achèvement des traitements et les effets indésirables.

Pour plus d'informations sur l'indicateur, consulter l'Annexe X.

Si vous ne disposez pas de données sur les personnes nouvellement prises en charge pour des soins liés au VIH ayant débuté un traitement antituberculeux préventif :

Pour le numérateur : compter le nombre total de personnes vivant avec le VIH actuellement prises en charge pour des soins liés au VIH et ayant débuté un traitement antituberculeux préventif pendant la période de référence.

Pour le dénominateur : compter le nombre total de personnes vivant avec le VIH actuellement prises en charge pour des soins liés au VIH pendant 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

Forces et faiblesses

Cet indicateur mesure la couverture des traitements de prévention de la TB chez les nouveaux patients pris en charge pour des soins liés au VIH. Il ne comporte cependant pas de points de référence pour déterminer si les performances sont acceptables. L'intensification de cette intervention contribuera à la définition de ces points de référence au niveau national. Dans l'attente de données supplémentaires, cet indicateur n'apporte aucune information sur le nombre de personnes qui respectent ou terminent leur traitement.

Informations complémentaires

Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH : révision 2015. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2015 (<http://www.who.int/tb/publications/monitoring-evaluation-collaborative-tb-hiv/en>).

10.4 Hommes souffrant d'écoulement urétral

Nombre d'hommes ayant souffert d'un écoulement urétral au cours des 12 derniers mois

Ce qui est mesuré

Progrès accomplis dans la réduction des rapports sexuels non protégés chez les hommes.

Fondement

L'écoulement urétral chez les hommes est un syndrome d'infection sexuellement transmissible (IST) généralement causé par la *Neisseria gonorrhoeae* ou la *Chlamydia trachomatis*. Un syndrome d'IST sévère, comme l'écoulement urétral, est un indicateur de rapports sexuels non protégés, et l'écoulement urétral favorise la transmission et l'acquisition du VIH. La surveillance de l'écoulement urétral contribue donc à la surveillance de deuxième génération du VIH en détectant rapidement le risque d'épidémie de VIH par transmission sexuelle et activité sexuelle à haut risque répétée, qui pourrait nécessiter des interventions plus agressives afin de réduire le risque. L'écoulement urétral peut entraîner une infertilité, une cécité et une maladie disséminée. La résistance croissante aux traitements recommandés contre la *Neisseria gonorrhoeae* pourrait rendre cette infection incurable.

Numérateur

Nombre de cas d'écoulement urétral signalés chez des hommes au cours de la période de référence

Dénominateur

Nombre d'hommes de 15 ans et plus

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Systèmes d'information sanitaire classiques

Fréquence de mesure

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

Ventilation

Aucune

Forces et faiblesses

Bien que l'OMS propose une définition mondiale, la véritable définition employée peut varier dans et entre les pays, tout comme les capacités de diagnostic clinique. Même si cet indicateur peut souffrir d'une sous-déclaration, en l'absence de modification de la définition ou de changements majeurs dans les pratiques de dépistage, ces données peuvent généralement être utilisées pour suivre l'évolution dans le temps au sein d'un pays.

Lorsqu'ils communiquent des données sur l'écoulement urétral, il est important que les pays indiquent dans quelle mesure ces données sont jugées représentatives de la population nationale.

Suivre l'évolution du nombre de cas d'écoulement urétral est un moyen de suivre les IST associées au sein d'une population. Bien qu'elles soient utiles dans le cadre du suivi local et national, les données sur l'écoulement vaginal chez les femmes ne sont pas demandées au niveau mondial car, bien souvent, la majorité des cas d'écoulement vaginal ne sont pas dus à des infections sexuellement transmissibles.

Les pays doivent réaliser des évaluations régulières de l'étiologie du syndrome d'écoulement urétral pour comprendre ses principales causes et, par conséquent, le traitement adapté.

Si un pays n'est pas en mesure de renseigner le dénominateur, l'OMS utilisera celui de la Division de la population des Nations Unies.

Étudiez l'évolution dans le temps au sein de groupes comparables.

Informations complémentaires

Stratégies et méthodes de laboratoire pour le renforcement de la surveillance des infections sexuellement transmissibles 2012. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2012 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241504478/en>).

10.5 Blennorragie chez les hommes

Taux de cas de blennorragie diagnostiqués en laboratoire chez les hommes dans les pays ayant des capacités de diagnostic en laboratoire

Ce qui est mesuré

Progrès accomplis dans la réduction du nombre d'hommes ayant des rapports sexuels non protégés.

Fondement

Une IST aiguë comme la blennorragie est un indicateur de rapports sexuels non protégés et favorise la transmission et l'acquisition du VIH. La surveillance de la blennorragie contribue donc à la surveillance de deuxième génération du VIH en détectant rapidement le risque d'épidémie de VIH par transmission sexuelle et activité sexuelle à haut risque répétée, qui pourrait nécessiter des interventions plus agressives afin de réduire le risque. Par ailleurs, une blennorragie non traitée peut entraîner une maladie inflammatoire pelvienne, une grossesse extra-utérine, une infertilité, une cécité et une maladie disséminée. La résistance croissante aux traitements recommandés pourrait rendre cette infection incurable.

Numérateur

Nombre d'hommes déclarés comme souffrant d'une blennorragie diagnostiquée en laboratoire au cours des 12 derniers mois

Dénominateur

Nombre d'hommes de 15 ans et plus

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Systèmes d'information sanitaire classiques

Ventilation

Aucune

Forces et faiblesses

Bien que l'OMS propose une définition mondiale, la véritable définition employée peut varier dans et entre les pays. Par ailleurs, les capacités de diagnostic peuvent également varier entre et au sein des pays. Même si cet indicateur peut souffrir d'une sous-déclaration, en l'absence de modification de la définition ou de changements majeurs dans les pratiques de dépistage, ces données peuvent généralement être utilisées pour suivre l'évolution dans le temps au sein d'un pays.

Informations complémentaires

Lorsqu'ils communiquent des données sur la blennorragie, il est important que les pays indiquent dans quelle mesure ces données sont représentatives de la population nationale. Bien qu'elles soient utiles dans le cadre du suivi local et national, les données sur la blennorragie chez les femmes ne sont pas demandées au niveau mondial car la plupart des femmes infectées par la *Neisseria gonorrhoeae* sont asymptomatiques et les tests sensibles de diagnostic de la blennorragie chez les femmes ne sont pas largement disponibles dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Les données sur la blennorragie chez les femmes sont donc trop dépendantes des ressources de diagnostic et des pratiques de dépistage pour être suivies de manière appropriée au niveau mondial. Si un pays n'est pas en mesure de renseigner le dénominateur, l'OMS utilisera celui de la Division de la population des Nations Unies.

Stratégies et méthodes de laboratoire pour le renforcement de la surveillance des infections sexuellement transmissibles 2012. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2012 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241504478/en>).

10.6 Dépistage de l'hépatite B

Proportion de personnes en début de traitement antirétroviral qui ont fait l'objet d'un dépistage de l'hépatite B

Ce qui est mesuré

Évolution du dépistage de l'hépatite B chez les patients en début de traitement antirétroviral, une intervention essentielle pour s'assurer qu'ils reçoivent une association médicamenteuse traitant l'hépatite B.

La présence de l'antigène de surface de l'hépatite B (AgHBs) révèle une infection chronique par le virus de l'hépatite B (VHB). La connaissance de la co-infection VIH/hépatite B permet de prescrire des médicaments antirétroviraux efficaces contre le virus de l'hépatite B (VHB) et l'infection à VIH.

Fondement

Le dépistage de l'hépatite B permet d'identifier les co-infections afin d'adapter les traitements.

Numérateur

Nombre de personnes en début de traitement antirétroviral qui ont fait l'objet d'un dépistage de l'hépatite B au moyen de tests AgHBs au cours de la période de référence

Dénominateur

Nombre de personnes ayant commencé un traitement antirétroviral au cours de la période de référence

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Rapports cliniques et/ou de laboratoire

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

- Sexe
- Âge (<15 et +15 ans)
- Personnes qui s'injectent des drogues

Forces et faiblesses

Cet indicateur évalue les progrès des activités de dépistage de l'hépatite B de façon régulière mais ne permet pas de connaître la proportion globale des personnes recevant des soins liés au VIH et présentant une co-infection VIH/VHB qui ont connaissance de cette co-infection. Pour cela, il convient de se référer à l'indicateur C.6 du cadre de suivi et d'évaluation des hépatites virales (OMS, 2016), ventilé en fonction du statut sérologique VIH.

Cet indicateur correspond à l'indicateur LINK.27 (Rev.1) des Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé 2015 de l'OMS. Cette révision comprenait l'examen des personnes commençant un traitement antirétroviral, car c'est le meilleur moment pour effectuer un test de dépistage d'une co-infection chez les personnes vivant avec le VIH pour commencer un traitement.

10.7 Personnes présentant une co-infection VIH/VHB qui reçoivent un traitement combiné

Proportion de personnes infectées coinfectées VIH et VHB qui reçoivent un traitement combiné

Ce qui est mesuré

Proportion de personnes infectées par le virus de l'hépatite B (VHB) et le VIH qui reçoivent des médicaments antirétroviraux efficaces contre les deux virus

Fondement

Les personnes vivant avec le VIH sont souvent également infectées par le VHB. La prévalence de cette co-infection est particulièrement élevée dans les régions Afrique et Europe de l'OMS, respectivement en raison de la transmission pendant l'enfance et de la consommation de drogues par injection. Le traitement de l'hépatite B chez les personnes vivant avec le VIH a un impact sur la qualité de vie, l'espérance de vie et la mortalité. Certains antirétroviraux sont efficaces contre le VIH et le VHB, ce qui simplifie le traitement des personnes co-infectées.

Numérateur

Nombre de personnes présentant une co-infection VIH/VHB qui reçoivent des antirétroviraux efficaces contre les deux virus pendant la période de référence

Dénominateur

Nombre de personnes présentant une co-infection VIH/VHB diagnostiquée qui reçoivent des soins liés au VIH pendant la période de référence (12 mois)

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Le numérateur et le dénominateur sont calculés à partir des registres cliniques des établissements médicaux qui proposent des soins et traitements du VIH.

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

Personnes qui s'injectent des drogues

Informations complémentaires requises

Cet indicateur correspond à l'indicateur C.7a du cadre de suivi et d'évaluation des hépatites virales, ventilé en fonction du statut sérologique VIH.

Si cet indicateur n'est calculé que pour une sous-catégorie d'établissements, indiquez la source des informations, la taille de l'échantillon et si les informations sont représentatives de tous les établissements proposant des soins et traitements du VIH.

Forces et faiblesses

Cet indicateur est facile à calculer. Les traitements contre le VIH et le VHB étant des traitements à vie, l'indicateur est une mesure de la couverture, comme pour le traitement du VIH.

10.8 Dépistage de l'hépatite C

Proportion de personnes en début de traitement antirétroviral qui ont fait l'objet d'un dépistage du virus de l'hépatite C (VHC)

Ce qui est mesuré

Les tendances de dépistage de l'hépatite C, une intervention cruciale pour évaluer les besoins liés à la gestion de l'hépatite C.

Le dépistage de l'hépatite C fournit des informations sur la prévalence de co-infection au VIH et au VHC, informe les cliniciens si davantage d'évaluations cliniques et laboratoires et de traitement sont nécessaires.

Fondement

Le dépistage de l'hépatite C identifie la co-infection au VIH et au VHC pour adapter le traitement.

Numérateur

Le nombre d'adultes et d'enfants ayant débuté la thérapie antirétrovirale dont les résultats pour l'hépatite C sont positifs durant la période de recensement utilisant la séquence de dépistage d'anticorps anti-VHC suivi d'une réaction de polymérisation en chaîne (PCR) pour ceux qui sont 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.

10.9 Personnes coinfectées VIH et VHC débutant le traitement VHC

Proportion de personnes coinfectées par le VIH et le VHC commençant un traitement contre le VHC

Ce qui est mesuré

Le début d'un traitement VHC pour les personnes coinfectées à VIH et à VHC parmi les personnes bénéficiant de soins pour le VIH.

Fondement

La prévalence de co-infection à VHC est particulièrement élevée parmi les personnes vivant avec le VIH dans la Région européenne de l'OMS en raison de la consommation de drogues injectables. Le traitement pour l'hépatite C des personnes vivant avec le VIH influence la qualité de vie, l'espérance de vie et le taux de mortalité.

Numérateur

Le nombre de personnes ayant une co-infection à VIH et à VHC dont le traitement pour le VHC débute durant une période donnée (par exemple 12 mois).

Dénominateur

Le nombre de personnes ayant une co-infection à VIH et à VHC bénéficiant de soins pour le VIH durant une période donnée (par exemple 12 mois).

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

Le numérateur et le dénominateur sont calculés à partir de rapports cliniques issus d'établissements de santé fournissant un traitement et des soins pour le VIH.

Fréquence de mesure

Annuelle

Ventilation

Personnes qui s'injectent des drogues

Forces et faiblesses

Cet indicateur permet de suivre l'accès au traitement de l'hépatite C pour les personnes vivant avec le VIH coinfectées à VHC. Sa faiblesse est qu'il ne reflète qu'une seule année d'activité. Pour décrire l'effet cumulé de personnes coinfectées à VIH et à VHC débutant le traitement, il faut compiler des données cumulatives sur les personnes débutant le traitement et prendre en compte les personnes nouvellement infectées et réinfectées au VHC dans le dénominateur.

Informations complémentaires

Cet indicateur correspond à l'indicateur C.7b du cadre de suivi et d'évaluation de l'hépatite virale 2016 de l'OMS, ventilé par statut VIH.

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

Proportion de femmes vivant avec le VIH (âgées de 30 à 49 ans) ayant déclaré avoir été dépistées pour le cancer du col de l'utérus grâce à l'une des méthodes suivantes : inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA), frottis cervical (test de Pap) ou test du virus du papillome humain (VPH)

Ce qui est mesuré

La proportion de femmes vivant avec le VIH ayant été dépistées pour le cancer du col de l'utérus

Fondement

Le cancer du col de l'utérus est le deuxième type de cancer le plus commun chez les femmes vivant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, avec une estimation de 530 000 nouveaux cas en 2012 (ce qui représente 84 % des nouveaux cas dans le monde). Dans les pays à revenu élevé, des programmes permettent de dépister les femmes afin d'identifier la plupart des lésions précancéreuses à des stades où elles peuvent être facilement traitées et soignées. L'atteinte d'une couverture élevée de dépistage des femmes et de traitement des lésions précancéreuses détectées par le dépistage peut garantir une faible incidence de cas de cancer du col de l'utérus invasifs dans les pays à revenu élevé.

Les femmes vivant avec le VIH ont plus de risques que les femmes séronégatives d'être atteintes du cancer du col de l'utérus et de contracter un cancer invasif. Le cancer du col de l'utérus invasif est une maladie déterminante du sida. C'est pour cela qu'il est important de dépister les femmes vivant avec le VIH. Cela permet de prévenir jusqu'à 80 % de cas de cancer du col de l'utérus dans ces pays.

Numérateur

Le nombre de femmes vivant avec le VIH de 30 à 49 ans ayant déclaré avoir été dépistées pour le cancer du col de l'utérus grâce à l'une des méthodes suivantes : IVA, test de Pap ou test VPH.

Dénominateur

Toutes les femmes vivant avec le VIH de 30 à 49 ans.

Calcul

Numérateur/dénominateur

Méthode d'évaluation

- Enquêtes démographiques représentatives au niveau national
- Données programmiques : Si vous n'avez pas le nombre de femmes vivant avec le VIH (âgées de 30 à 49 ans) qui ont déjà subi un test de dépistage du cancer du col de l'utérus, vous pouvez également fournir le nombre de femmes testées positives pour le VIH parmi toutes les femmes (âgées de 30-49 ans) qui ont subi un dépistage du cancer du col de l'utérus.

Fréquence de mesure

La collecte de données doit être réalisée au moins tous les cinq ans.

Ventilation

- Âge (30-49 ans ou selon les directives nationales)
- Lieu de résidence (urbain ou rural)

Forces et faiblesses

Parmi les limitations éventuelles : le parti pris de l'auto déclaration, notamment en supposant par erreur qu'un examen pelvien était un test du cancer du col de l'utérus, et la validité limitée des instruments d'enquête.

Informations complémentaires

Suivi de la déclaration politique de la réunion de haut-niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, 66^e Assemblée mondiale de la Santé de l'OMS, WHA66.10, Organisation mondiale de la santé (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-en.pdf)

Cadre mondial de suivi pour les maladies non transmissibles : définitions des indicateurs et spécifications. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2014 (http://www.who.int/nmh/ncd-tools/indicators/GMF_Indicator_Definitions_Version_NOV2014.pdf).

Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C et al. Globocan 2012. Estimation de l'incidence de cas de cancer, du taux de mortalité et de la prévalence dans le monde en 2012. Lyon : Centre international de recherche sur le cancer ; 2012 (IARC CancerBase No. 11 ; <http://globocan.iarc.fr/>).

Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2013 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/fr/).

Directives pour remplir l’outil de suivi des politiques et des engagements nationaux (NCPI)

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, et notamment en 2017 au travers de l’outil de suivi des politiques et des engagements nationaux (NCPI), et en 2018 avec le NCPI provisoire. Le NCPI est une composante à part entière des rapports mondiaux sur le suivi de la lutte contre le sida (GAM). Il vise à mesurer les progrès en matière d’élaboration et de mise en œuvre des politiques, des stratégies et des lois relatives à la riposte au VIH, via :

- La promotion de la consultation et du dialogue entre les parties prenantes clés à l’échelle nationale, en particulier les gouvernements et les sociétés civiles, 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 barrières, 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 est à remplir et à soumettre dans le cadre des rapports mondiaux sur le suivi de la lutte contre le sida tous les deux ans. 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 être rempli et soumis dans le cadre des rapports mondiaux sur le suivi de la lutte contre le sida 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 pour la première fois en 2017 après un examen consultatif approfondi. Pour les rapports de 2019, la formulation de certaines questions a été améliorée sur la base des expériences passées avec les rapports 2017 et 2018.

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 et les autres partenaires non gouvernementaux impliqués dans la riposte nationale au sida.

Les questions posées dans les deux parties 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 2030.¹¹

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.

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 qui coordonnera la finalisation de la partie A (par un représentant du programme national de lutte contre le sida ou équivalent) et de la partie B (par un représentant de la société civile).

3. Un groupe de travail consacré au NCPI procède à un exercice de cartographie des parties prenantes dans le but de sélectionner systématiquement les intervenants pour les parties A et B.

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 :

- Le ministère de la Santé ou son équivalent.
- Le ministère de l'Éducation ou son équivalent.
- Le ministère de la Condition féminine ou son équivalent.
- Le ministère de la Justice ou son équivalent.
- Le ministère du Commerce ou son équivalent.
- Des représentants des personnes vivant avec le VIH, notamment des femmes et des jeunes vivant avec le VIH.
- Des représentants des divers groupes de populations clés.
- Des organisations bilatérales et multilatérales impliquées dans la riposte au VIH.
- D'autres organisations non gouvernementales ou fondations impliquées dans la riposte au VIH.

¹¹ Fast-Track commitments to end AIDS by 2030. Genève : ONUSIDA, 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/fast-track-commitments_en.pdf [en anglais], consulté le 24 octobre 2018).

- 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, 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 les parties A et B, ou le(s) consultant(s) recruté(s) pour fournir un appui dans le cadre du processus, coordonnent les mises en relation avec les parties prenantes identifiées, notamment par le biais d'entretiens en personne, par téléphone ou par courrier électronique, afin de leur transmettre les questions relevant de leur domaine d'expertise et de collecter leurs réponses.

Dans la mesure du possible, il est conseillé d'envoyer la même question à plusieurs parties prenantes spécialistes du domaine. S'il y a des écarts entre les réponses, le coordinateur chargé de la partie du questionnaire peut transmettre un résumé des 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.

Les réponses aux questions des parties A et B ne doivent pas nécessairement être identiques, mais il peut être utile d'identifier les réponses similaires ou divergentes afin d'en discuter pendant la consultation.

La version PDF du questionnaire (parties A et B) 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 (<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 questionnaire peut être partagée avec les parties prenantes en leur attribuant des droits de consultation dans l'outil d'élaboration de rapports en ligne ou en leur transmettant au format PDF. Pour télécharger le questionnaire au format PDF, cliquez sur « Imprimer tout 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 :
 - Examiner les réponses aux questions sélectionnées.
 - 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.
 - 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 GAM à partir des observations formulées avant et pendant la consultation, et terminer les résumés narratifs pour chaque domaine d'engagement.
9. Soumettre les réponses accompagnées d'autres éléments du rapport mondial sur le suivi de la lutte contre le sida au plus tard le 31 mars 2019.
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 complèteront 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 l'état 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 les objectifs élargis, ou de mettre en contexte les données quantitatives collectées au travers des indicateurs GAM, ainsi qu'à orienter les stratégies et les rapports mondiaux. Les réponses de chaque pays seront compilées pour générer des valeurs régionales et mondiales. Ces informations seront également disponibles sur AIDSInfo.

Données préalablement complétées à partir de bases de données externes

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 2019. 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.

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 :

- *Des 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.
- *Des 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.

Participation. Une participation active et éclairée dans l'élaboration, la mise en place, le suivi et l'évaluation de toutes les décisions, les politiques et les 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.¹²

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.

Lois antidiscriminatoires. Les lois ou dispositions antidiscriminatoires incluent l'interdiction de la discrimination en matière d'emploi fondée sur l'orientation sexuelle, l'interdiction constitutionnelle de la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle, les autres dispositions non discriminatoires précisant une orientation sexuelle, l'interdiction de toute incitation à la haine fondée sur l'orientation sexuelle et la considération des crimes haineux fondés sur l'orientation sexuelle en tant que circonstance aggravante.

Protection sociale. Elle est définie comme « toutes les initiatives publiques et privées qui assurent des transferts de revenu ou de consommation vers les personnes pauvres, protègent les personnes vulnérables contre les menaces pesant sur leurs moyens de subsistance, et améliorent le statut social et les droits des populations marginalisées, et visent à réduire la fragilité économique et sociale des groupes pauvres, vulnérables et marginalisés. »^{13, 14} 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.¹⁵

Violence conjugale. La violence entre conjoints, au sein de la famille, entre membres du même foyer ou dans des relations interpersonnelles, y compris la violence d'un

¹² Sander G. HIV, HCV, TB and harm reduction in prisons: human rights, minimum standards and monitoring at the European and international levels. Londres : Harm Reduction International, 2016 (https://www.hri.global/files/2016/02/10/HRI_PrisonProjectReport_FINAL.pdf [en anglais], consulté le 24 octobre 2018).

¹³ Note d'orientation sur la protection sociale et le VIH. Genève : ONUSIDA, 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2014unaidsguidancenote_HIVandsocialprotection_en.pdf [en anglais], consulté le 24 octobre 2018).

¹⁴ Devereux S, Sabates-Wheeler R. Transformative social protection. Brighton : Institute of Development Studies, 2004 (https://www.unicef.org/socialpolicy/files/Transformative_Social_Protection.pdf [en anglais], consulté le 29 octobre 2018).

¹⁵ Note d'orientation sur la protection sociale et le VIH. Genève : ONUSIDA, 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2014unaidsguidancenote_HIVandsocialprotection_en.pdf [en anglais], consulté le 24 octobre 2018).

partenaire intime, est soumise à des sanctions pénales ou a pour conséquence des mesures de protection contre la violence conjugale.¹⁶

Violence conjugale. La violence conjugale se définit comme un « comportement dans une relation intime qui cause un préjudice physique, sexuel ou psychologique, notamment des actes d'agression physique, de coercition sexuelle, de violence psychologique et de comportements dominateurs. »¹⁷

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 autres privations de liberté.¹⁸

Enseignement de compétences essentielles en matière au VIH et de sexualité. Il s'agit d'une approche relative à l'enseignement de la sexualité adaptée à l'âge et à la culture visant à apporter des informations scientifiques précises, réalistes et dénuées de jugement de valeur.¹⁹

Normes internationales en matière d'éducation sexuelle. Les cadres de référence normalisés pour les programmes scolaires d'éducation sexuelle permettent de garantir la qualité, notamment de l'enseignement concernant : (1) les compétences psychosociales générales (telles que la prise de décision, la communication et la négociation) ; (2) la santé sexuelle et reproductive et l'éducation sexuelle (telle que la croissance et le développement humain, les relations, la santé reproductive, les violences sexuelles et la transmission des infections sexuellement transmissibles) ; et (3) la prévention et la transmission du VIH.²⁰

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.

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 et 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 être respectées par tous dans la communauté.²¹

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

¹⁶ Women, business and the law – methodology. Dans : Banque mondiale [site Internet]. Washington DC : Banque mondiale, 2016 (<http://wbl.worldbank.org/methodology> [en anglais], consulté le 29 octobre 2018).

¹⁷ Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1 [en anglais], consulté le 24 octobre 2018).

¹⁸ Guide de terminologie de l'ONUSIDA de 2015. Genève : ONUSIDA, 2015 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_fr.pdf, consulté le 24 octobre 2018).

¹⁹ UNESCO, ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, OMS. Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle. Volume I. Paris : UNESCO, 2009.

²⁰ Éducation sexuelle complète : nouveaux éléments d'information, enseignements et pratiques : une étude mondiale. Paris : ONUSIDA, 2015 (<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000247010>, consulté le 24 octobre 2018).

²¹ OMS, ONUSIDA. 16 ideas for addressing violence against women in the context of HIV epidemic: a programming tool. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2013 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw_hiv_epidemic/en [en anglais], consulté le 24 octobre 2018).

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.²²

Assouplissements de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) : L'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC), conclu sous l'égide de l'Organisation mondiale du commerce, concède certaines facilités aux pays à revenu faible et intermédiaire en matière de protection des brevets pharmaceutiques. L'ADPIC est l'un des

trois accords principaux de l'Organisation mondiale du commerce (OMC). Il impose à tous les États membres de l'OMC d'assurer un niveau de protection minimal pour divers types de propriété intellectuelle, notamment les brevets des médicaments essentiels (comme les médicaments antirétroviraux). L'ADPIC comprend certains assouplissements et garanties en matière de santé publique, tels que des licences obligatoires, qui peuvent être utilisées pour élargir l'accès aux médicaments essentiels. Les pays les moins avancés ont été dispensés de l'obligation d'accorder des brevets pharmaceutiques jusqu'au 1er janvier 2016. Pour plus d'informations, consulter https://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/27-trips.pdf (en anglais).

Rupture de stock. Il s'agit d'une rupture non programmée du stock d'un produit médical.

²² OMS, ONUSIDA. A tool for strengthening gender-sensitive national HIV and sexual and reproductive (SRH) monitoring and evaluation systems. Genève : ONUSIDA, 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/tool-SRH-monitoring-eval-systems_en.pdf [en anglais], consulté le 24 octobre 2018).

NCPI

Abréviations et acronymes

3TC	lamivudine
ABC	abacavir
ADPIC	Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce
ATV/r	atazanavir boosté par ritonavir
AZT	zidovudine
d4T	stavudine
DTG	dolutégravir
EFV	éfavirenz
FTC	emtricitabine
INNTI	inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse
INTI	inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse
LGBTI	lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et intersexués
LPV/r	lopinavir boosté par ritonavir
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	organisation non gouvernementale
PPrE	prophylaxie préexposition
RCP	réaction en chaîne par polymérase
RPR	réagine plasmatique rapide
TDF	ténofovir disoproxil fumarate
TPHA	<i>Treponema pallidum</i> haemagglutination assay
TPPA	<i>Treponema pallidum</i> particle agglutination assay
VDRL	Laboratoire de recherche sur les maladies vénériennes

Outil de suivi des politiques et des engagements nationaux : partie A

* Les termes signalés par un astérisque (*) sont définis dans les directives relatives à l'outil de suivi des politiques et des engagements nationaux.

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
- Autodépistage
- Notification assistée du partenaire/dépistage index
- Autre (veuillez préciser) : _____

2. Votre pays a-t-il adapté les recommandations de 2015 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 mis 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
 - 2019
 - 2020
 - 2021
 - 2022
-

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 vous répondez « oui » à la question 4.1, veuillez indiquer l'année à laquelle il est prévu d'intégrer la notification assistée du partenaire :

- Pas d'année prévue
 2019
 2020
 2021
 2022

5. Votre pays a-t-il établi une politique précisant que le dépistage du VIH sera proposé :

- Gratuitement pour tous ?
 Gratuitement pour certains ?
 Moyennant un certain coût ?

6. Existe-t-il une loi, une réglementation ou une politique précisant que le dépistage du VIH :

a) Est obligatoire avant le mariage ?

- Oui
 Non

b) Est obligatoire pour obtenir un permis de travail ou de séjour ?

- Oui
 Non

c) Est obligatoire pour certaines populations ?

- Oui
 Non

c.i. Si oui, veuillez préciser ces populations : _____

7. 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

7.1 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

8. Votre pays a-t-il adapté 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.

9. 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/mm³
- ≤ 350 cellules/mm³
- Autre (veuillez préciser) : _____

9.1 Dans quelle mesure la politique de traitement pour tous indépendamment de la numération de CD4 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) : _____

9.2 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

9.2a 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
 - 2019
 - 2020
 - 2021
 - 2022
-

10. Votre pays a-t-il adopté les *Recommandations relatives à une mise sous traitement antirétroviral rapide* de l'OMS (2017) ?

- Non
 - Oui, la mise sous traitement s'effectue dans les sept jours suivant le diagnostic
 - Autre (veuillez préciser) : _____
-

11. Votre pays offre-t-il la possibilité de démarrer le traitement antirétroviral le jour même du diagnostic ?

- Non
 - Oui
-

12. Votre pays utilise-t-il la numération des CD4 dans les centres de santé ?

- Oui
 - Non
-

13. Dans votre pays, quel est le pourcentage (estimé) d'établissements de santé primaires ayant accès à une forme quelconque de numération des cellules CD4 pour leurs patients, sur place ou dans un autre établissement ?

_____ %

14. Le traitement antirétroviral proposé par le personnel infirmier est-il autorisé dans votre pays pour l'une ou plusieurs des populations suivantes ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

- Adultes (hommes, femmes et personnes transgenres), hors femmes enceintes
- Femmes enceintes
- Adolescents (10 à 19 ans)
- Enfants de moins de 10 ans
- Aucune des populations ci-dessus

15. Votre pays a-t-il établi une politique nationale visant à promouvoir l'administration de traitements antirétroviraux dans les communautés (en dehors des établissements de santé, par exemple) ?

- Oui
- Non

15.1 Si « oui », veuillez indiquer les stratégies utilisées pour appuyer l'administration de traitements antirétroviraux dans les communautés :

16. 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

16.1 Si « oui », cette stratégie est-elle mise en œuvre :

- À l'échelle nationale ?
- À l'échelle régionale ?
- Sur des sites pilotes ?
- Autre (veuillez préciser) : _____

17. 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

18. Votre pays a-t-il établi une politique nationale relative à la fréquence des consultations pour les personnes stabilisées suivant un traitement antirétroviral ?

- Non
- Oui

18.1 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

19. 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

19.1 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
-

20. 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 est 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 :

21. 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

21.1 Si « oui », dans quelle mesure ces recommandations sont-elles mises en œuvre ?

- Mises en œuvre dans peu (< 50 %) d'établissements de prise en charge
 Mises en œuvre dans de nombreux (> 50 %) établissements de prise en charge
 Mises en œuvre dans tout le pays
 Pas mises en œuvre
 Autre (veuillez préciser) : _____

22. 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) : _____

Traitements antirétroviraux

Adultes et adolescents

23. D'après les directives nationales, l'association TDF/3TC ou (FTC)/EFV est-elle privilégiée pour la mise en place d'un traitement antirétroviral de première intention chez :

a) Les adultes et adolescents ?

- Oui
 Non
 Autre (veuillez préciser) : _____

b) Les femmes enceintes ?

- Oui
 Non
 Autre (veuillez préciser) : _____

24. Le dolutégravir (DTG) est-il indiqué comme traitement antirétroviral de première intention dans votre pays ?

- Oui, le DTG sera introduit dans les directives nationales en 2019
 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

25. **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) : _____

26. **D'après les directives nationales, l'association AZT/3TC (ou FTC)/ATV/r (ou LPV/r) est-elle le traitement antirétroviral de deuxième intention privilégié pour les adultes et les adolescents vivant avec le VIH ?**

- Oui
- Non
- Autre (veuillez préciser) : _____

Children

27. **Quel est l'inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse (INTI) privilégié pour débiter un traitement chez les enfants de moins de trois ans vivant avec le VIH ?**

- Abacavir (ABC)
- Zidovudine (AZT)
- Stavudine (d4T)
- Autre (veuillez préciser) : _____

28. **D'après les directives nationales, les traitements à base de LPV/r sont-ils privilégiés pour traiter tous les nourrissons et les enfants de moins de 36 mois vivant avec le VIH (indépendamment de l'exposition aux INNTI) ?**

- Oui, pour tous
- Non, mais recommandés pour les nourrissons exposés aux INNTI uniquement
- Pas recommandés

29. **L'éfavirenz (EFV) est-il l'INNTI privilégié pour mettre en place un traitement chez les enfants de trois ans et plus ?**

- Oui
- Non
- Autre (veuillez préciser) : _____

30. **D'après les directives nationales, quel est l'INTI de base recommandé pour mettre en place un traitement chez les enfants de 3 à 10 ans ?**

- TDF + 3TC (ou FTC)
- AZT + 3TC (ou FTC)
- ABC + 3TC (ou FTC)
- Autre (veuillez préciser) : _____

31. **D'après les directives nationales, quel est l'INTI de base recommandé pour mettre en place un traitement chez les adolescents de plus de 35 kg et âgés d'au moins 10 ans ?**

- TDF + 3TC (ou FTC)
- AZT + 3TC (ou FTC)
- ABC + 3TC (ou FTC)
- Autre (veuillez préciser) : _____

Viral load

32. **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) : _____

33. 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, entièrement mise en œuvre
- Oui, partiellement mise en œuvre
- Oui, mais pas mise en œuvre
- Non, tests ciblés de la charge virale uniquement
- Pas de politique relative au test de la charge virale

b) Pour les enfants

- Oui, entièrement mise en œuvre
- Oui, partiellement mise en œuvre
- Oui, mais pas mise en œuvre
- Non, tests ciblés de la charge virale uniquement
- Pas de politique relative au test de la charge virale

33.1 Si votre pays a établi une politique nationale relative au test systématique de la charge virale, à quelle fréquence est-il recommandé d'effectuer ces tests ?

- Tous les ans
- Occasionnellement
- Les deux
- Autre (veuillez préciser) : _____

34. Où les tests de la charge virale sont-ils actuellement disponibles dans votre pays ?

- Disponibles dans les centres spécialisés uniquement
- Disponibles dans les établissements proposant des traitements antirétroviraux, sur place ou dans un autre établissement
- Autre (veuillez préciser) : _____

34.1 Si les tests de la charge virale sont disponibles dans les établissements proposant des traitements antirétroviraux de votre pays, veuillez donner une estimation du pourcentage d'établissements concernés :

_____ %

35. Les tests de la charge virale sont-ils disponibles dans tous les centres de santé de votre pays ?

- Oui
- Non

36. 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) : _____

36.1 Si « oui », dans quelle mesure cette recommandation est-elle mise en œuvre ?

- Entièrement
- Partiellement
- Pas mise en œuvre

37. Votre pays a-t-il une politique nationale donnant la priorité à des populations et/ou des situations données (c.à-d. les femmes enceintes, les nourrissons, les adolescents) pour les tests de la charge virale ?

- Oui
- Non

37.1 Si « oui », cette politique est-elle mise en œuvre :

- Dans tout le pays ?
 - Dans un grand nombre d'établissements ?
 - Dans un petit nombre d'établissements ?
-

Pharmacorésistance du VIH et suivi de la toxicité²⁴

38. Votre pays a-t-il mis en place un plan d'action national pour surveiller la pharmacorésistance du VIH ?

- Oui
 Non

38a. Si « oui », veuillez préciser les années concernées par ce plan : _____

39. 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 prétraitement²⁵

- 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'adulte²⁶

- 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

c.i. Non, et il n'est pas prévu de réaliser cette enquête cette année

- Année de la dernière enquête : _____

d) Pharmacorésistance du VIH chez le nourrisson (< 18 mois) par le biais du diagnostic précoce chez les nourrissons²⁷

- 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 sur ou suivi régulier des résultats des centres médicaux en utilisant les 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
-

²⁴ 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 des ministères de la Santé et des programmes de traitement antirétroviral peuvent en demander l'accès en contactant hiv-aids@who.int. Pour plus d'informations, consultez : <https://www.who.int/hiv/topics/drugresistance/hiv-drug-resistance-database/en/> (en anglais).

²⁵ 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/, consulté le 24 octobre 2018).

²⁶ 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/, consulté le 24 octobre 2018).

²⁷ 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 24 octobre 2018).

40. À l'exception des méthodes de pharmacovigilance passives, votre pays surveille-t-il systématiquement la toxicité des médicaments antirétroviraux ?

- Oui
 Non

40.1 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
 Registre des grossesses et surveillance des malformations congénitales

41. Des méthodes de suivi de la toxicité ont-elles été mises en œuvre pour surveiller les effets indésirables du dolutégravir ?

- Oui
 Non

41.1 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
 Registre des grossesses et surveillance des malformations congénitales

41.2 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 dolutégravir ?

- Oui
 Non

Observance et maintien du traitement

42. Votre pays a-t-il établi des politiques et/ou des stratégies nationales visant à favoriser l'observance des traitements ?

- Oui
 Non

42.1 Si « oui », comprennent-elles (cochez toutes les réponses pertinentes) :

- Des pairs-conseillers ?
 Des SMS ?
 Des dispositifs de rappel ?
 Des thérapies cognitivo-comportementales ?
 Des formations aux aptitudes comportementales/à l'observance thérapeutique ?
 Des associations à dose fixe et des traitements en une seule prise quotidienne ?
 Une prise en charge individualisée ?
 Une orientation par les pairs ?
 Autre (veuillez préciser) : _____

43. Votre pays a-t-il établi des politiques et/ou des stratégies nationales visant à favoriser le maintien des traitements antirétroviraux ?

- Oui
 Non

43.1 Si « oui », comprennent-elles (cochez toutes les réponses pertinentes) :

- Des interventions dans les communautés ?
 Des clubs d'observance et des stratégies de soutien par les pairs ?
 Autre (veuillez préciser) : _____
-

44. L'un des services d'accompagnement pour l'observance des traitements est-il disponible dans votre pays ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

- Pairs-conseillers
- SMS
- Dispositifs de rappel
- 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) : _____

45. 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

ADPIC

46. Quels sont les assouplissements en lien avec la santé publique de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC)* qui ont été intégrés à la législation nationale sur la propriété industrielle et/ou intellectuelle, et ont été utilisés pour élargir l'accès aux produits liés aux VIH et/ou à d'autres produits médicaux ?

Assouplissements de l'ADPIC en lien avec la santé publique	Sont-ils intégrés à la législation nationale sur la propriété industrielle/intellectuelle ?	Si oui, quelle est la dernière année au cours de laquelle ils ont été utilisés ?	Si oui, pour quel produit ont-ils été utilisés ?
Épuisement des droits (importation parallèle) (article 6)	Oui / Non		
Objets brevetables (article 27)	Oui / Non		
Exception d'utilisation à des fins de recherche et d'expérimentation (article 30)	Oui / Non		
Exception réglementaire (disposition « Bolar ») (article 30)	Oui / Non		
Obtention de licences obligatoires (article 31)	Oui / Non		
Utilisation publique, non commerciale (utilisation gouvernementale) (article 31)	Oui / Non		
Étendue de la protection des données issues des tests pharmaceutiques (article 39.3)	Oui / Non		
Droit de la concurrence (article 40)	Oui / Non		
Périodes de transition (articles 65.2, 65.4 et 66.1)	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

47. 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

47.1 Si « oui », veuillez préciser la/les période(s) au cours de laquelle/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
-

48. 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

48.1 Si « oui », veuillez préciser :

- Taux de transmission mère-enfant visé : _____
 Année : _____
 Objectif(s) d'élimination (tels que le nombre de cas/population) : _____
 Année : _____
-

49. 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 ?²⁸

- 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) : _____

49.1 Si votre pays applique une politique de traitement pour toutes les femmes enceintes et les femmes qui allaitent 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 mise en œuvre
 Autre (veuillez préciser) : _____
-

50. What is the current nationally recommended first-line antiretroviral therapy regimen for pregnant and breastfeeding women living with HIV:

- TDF/3TC(FTC)/EFV
 Other (please specify): _____
-

51. 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 : _____
-

²⁸ Dans les pays où l'allaitement n'est pas recommandé pour les femmes vivant avec le VIH, cochez cette réponse si elle s'applique aux femmes enceintes uniquement.

52. Votre pays a-t-il des recommandations nationales concernant l'alimentation des nourrissons exposés au VIH ?

- Oui, allaitement
- Oui, substituts du lait maternel
- Oui, les deux sont recommandés, selon le choix personnel ou le contexte
- Non

52.1 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
-

53. Un soutien alimentaire et nutritionnel est-il intégré aux programmes de PTME dans votre pays ?

- 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) : _____
-

54. 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
-

55. La transmission verticale du VIH est-elle criminalisée dans votre pays ?

- Oui
 - Non
-

Elimination of mother-to-child transmission of syphilis

56. 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
-

57. Votre pays a-t-il établi une politique nationale relative au dépistage systématique de la syphilis chez les femmes enceintes ?

- Oui
- Non

57.1 Si « oui », quelles sont les méthodes utilisées ?

- 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

58. D'après vos directives nationales, quel est l'âge recommandé pour le dépistage du VIH chez les nourrissons ?
(Cochez toutes les réponses pertinentes)

- À la naissance
- 4 à 6 semaines
- 2 mois
- 6 mois
- 9 mois
- 12 mois
- 18 mois
- 24 mois

59. En plus des services de PTME, 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
- Autre (veuillez préciser) : _____

60. 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

61. Les nourrissons exposés au VIH subissent-ils un test de détection des anticorps anti-VIH à neuf mois dans votre pays ?

- Oui
- Non

62. Votre pays a-t-il mis en place une politique relative au dépistage des anticorps anti-VIH à 18 mois ou au dernier test de détection des anticorps anti-VIH trois mois après l'arrêt de l'allaitement ?

- Oui, à 18 mois
- Oui, dernier test de détection des anticorps anti-VIH trois mois après l'arrêt de l'allaitement
- Non

63. 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

63.1 Si « oui », cette politique ou ces recommandations sont-elles mises en œuvre :

- Dans peu (< 50 %) d'établissements ?
- Dans de nombreux (> 50 %) établissements ?
- Dans tout le pays ?
- Pas mises en œuvre
- Autre (veuillez préciser) : _____

Engagement communautaire dans la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

64. Dans votre pays, combien d'établissements de santé proposent des services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) ? _____

64.1 Combien d'établissements de santé proposant des services de PTME ont mis en œuvre des mécanismes de responsabilisation* de la communauté ? _____

65. Des actions ciblées tenant compte des questions relatives aux droits humains suivantes sont-elles mises en œuvre dans le cadre des programmes de PTME ? (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 PTME
- Vérifications préalables pour faire face aux violations graves ou systématiques des droits humains dans le cadre des programmes de PTME

66. Une réunion nationale visant à examiner les progrès réalisés dans le cadre de la PTME a-t-elle eu lieu au cours des douze derniers mois ?

- Oui
- Non

66.1 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 PTME ?

- Oui
- Non

Traitement antirétroviral des enfants

67. 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 d'un an
- Autre (veuillez préciser) : _____

67.1 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
 - 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) : _____
-

68. 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

69. 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

70. Les cohortes d'enfants suivant un traitement antirétroviral sont-elles suivies (c.-à-d. s'assurer 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

71. 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, la circoncision masculine médicale volontaire, la réduction des risques et les préservatifs à 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 de prévention de l'infection à VIH complets à 90 % des personnes présentant un risque d'infection à VIH, notamment les professionnels du sexe et leurs clients, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les personnes qui s'injectent des drogues et les prisonniers.
- Faire bénéficier 3 millions de personnes de la prophylaxie préexposition d'ici 2020.
- Pratiquer une circoncision masculine médicale volontaire sur 25 millions d'hommes dans les pays à forte prévalence d'ici 2020.
- Distribuer 20 milliards de préservatifs par an d'ici 2020 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Législation

72. Les personnes transgenres sont-elles criminalisées et/ou poursuivies en justice dans votre pays ?

- Criminalisées et poursuivies en justice
- Criminalisées
- Poursuivies en justice
- Ni criminalisées ni poursuivies en justice

73. Le travestisme est-il criminalisé dans votre pays ?

- Oui
- Oui, dans certaines régions du pays uniquement
- Oui, dans certaines circonstances uniquement
- Non

74. Le commerce du sexe est-il criminalisé dans votre pays ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

- La vente de services sexuels est criminalisée
- L'achat de services sexuels est criminalisé
- Les activités connexes à la vente de services sexuels sont criminalisées
- Les activités connexes à l'achat de services sexuels sont criminalisées
- Tirer profit de l'organisation ou de la gestion de services sexuels est criminalisé
- Autre réglementation répressive et/ou administrative sur le commerce du sexe
- Le commerce du sexe n'est soumis à aucune réglementation répressive ni criminalisé
- La question est examinée/varie à l'échelle infranationale

75. Votre pays a-t-il adopté une loi criminalisant les rapports sexuels entre personnes de même sexe ?

- Oui, la peine de mort
 - Oui, l'emprisonnement (14 ans – à vie)
 - Oui, l'emprisonnement (14 ans maximum)
 - Oui, mais pas de peine spécifique
 - Pas de loi spécifique
 - Les lois pénalisant les rapports sexuels entre personnes de même sexe ont été abolies ou n'ont jamais existé
-

76. Votre pays a-t-il conservé la peine de mort dans la loi pour les personnes condamnées pour des délits liés à la drogue, qu'elle soit appliquée ou non ?

- Oui
 Non

76.1 Si « oui », dans quelle mesure est-elle appliquée ?

- Fortement appliquée (la peine de mort et/ou l'exécution des personnes condamnées pour des délits liés à la drogue sont fréquentes et font partie du système pénal)
 Peu appliquée (des personnes condamnées pour des délits liés à la drogue ont été exécutées au cours des dernières années, mais ces peines sont relativement rares en pratique)
 Appliquée de manière symbolique (la peine de mort pour les délits liés à la drogue est inscrite dans la loi, mais les personnes condamnées ne sont pas exécutées)
 Données insuffisantes pour savoir si la peine de mort est fortement ou peu appliquée, ou bien si elle est appliquée de manière symbolique dans le pays

77. La détention ou la consommation de drogues pour usage personnel constituent-elles un délit dans votre pays ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

- La loi autorise la détention d'une certaine quantité de drogues
 La détention ou la consommation de drogues constituent une infraction
 La détention ou la consommation de drogues ne constituent pas une infraction
 La détention de drogues pour usage personnel constitue une infraction
 La détention de drogues pour usage personnel ne constitue pas une infraction
 Non

78. Dans votre pays, les personnes qui consomment des drogues sont-elles obligatoirement placées en détention ?

- Oui
 Non

79. En dehors de la criminalisation, votre pays a-t-il adopté d'autres lois punitives affectant les personnes lesbiennes, homosexuelles, bisexuelles, transgenres et intersexuées (LGBTI) ?

- Oui, des lois autorisant la « propagande »
 Oui, des lois faisant appel aux mœurs ou des normes religieuses qui limitent la liberté d'expression et d'association des personnes lesbiennes, homosexuelles, bisexuelles, transgenres et intersexuées
 Oui, autre (veuillez préciser) : _____
 Non

Protections juridiques des populations clés

80. Votre pays dispose-t-il de l'une des protections juridiques suivantes pour les personnes transgenres ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

- Interdiction constitutionnelle de toute discrimination fondée sur le genre
 Interdiction constitutionnelle de toute discrimination fondée sur la diversité des genres
 Interdiction constitutionnelle de toute discrimination fondée sur quelque motif qu'il soit
 Interdiction de toute discrimination en matière d'emploi fondée sur la diversité des genres
 Un troisième genre est reconnu juridiquement
 Autres dispositions non discriminatoires précisant la diversité des genres
 Non

81. Votre pays dispose-t-il de l'une des protections juridiques suivantes pour les professionnels du sexe ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

- Interdiction constitutionnelle de toute discrimination fondée sur la profession
 Interdiction constitutionnelle de toute discrimination fondée sur quelque motif qu'il soit
 Le commerce du sexe est reconnu comme une profession
 Autres dispositions non discriminatoires spécifiant le commerce du sexe
 Non
-

82. Votre pays a-t-il adopté une loi ou d'autres dispositions relatives à la protection contre la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

- Interdiction constitutionnelle de toute discrimination fondée sur l'orientation sexuelle
- Interdiction constitutionnelle de toute discrimination fondée sur le genre
- Interdiction constitutionnelle de toute discrimination fondée sur quelque motif qu'il soit
- Les crimes haineux fondés sur l'orientation sexuelle sont considérés comme des circonstances aggravantes
- L'incitation à la haine fondée sur l'orientation sexuelle est interdite
- Interdiction de toute discrimination en matière d'emploi fondée sur l'orientation sexuelle
- Autres dispositions non discriminatoires spécifiant l'orientation sexuelle
- Non

83. Votre pays a-t-il adopté une loi antidiscriminatoire* ou d'autres dispositions spécifiques pour les personnes consommant des drogues ?

- Oui
- Non

84. Les politiques nationales favorisent-elles explicitement la réduction des risques ?

- Oui
- Non

84.1 Si « oui », ces politiques prennent-elles en considération les besoins spécifiques des femmes qui s'injectent des drogues ?

- Oui
- Non

Prévention du VIH chez les professionnels du sexe

85. Votre pays a-t-il élaboré une stratégie de prévention nationale visant à réduire le nombre de nouvelles infections chez les professionnels du sexe, et à proposer des services aux professionnels du sexe et à leurs clients ?

- Oui
- Non

85.1 Si « oui », cette stratégie nationale comprend-elle (cochez toutes les réponses pertinentes) :

- La responsabilisation des communautés et le renforcement des capacités pour les organisations de professionnels du sexe ?
- La sensibilisation et l'accès à des services pour les professionnels du sexe et leurs clients au sein des communautés ?
- La distribution de préservatifs aux professionnels du sexe et à leurs clients ?
- Des services cliniques destinés aux professionnels du sexe et à leurs clients ?
- Des services d'assistance juridique pour les professionnels du sexe ?
- Des actions pour lutter contre la violence sexiste ?
- Des actions pour réduire la stigmatisation et la discrimination dans le domaine de la santé ?

85.2 Existe-t-il des procédures opérationnelles standard nationales ou des directives nationales détaillées pour les organisations mettant en œuvre des programmes de prévention du VIH chez les professionnels du sexe ?

- Oui, les procédures opérationnelles standard nationales doivent être appliquées par toutes les organisations
- Non, les procédures opérationnelles standard ne doivent être appliquées que par les organisations mettant en œuvre des programmes spécifiques
- Non, chaque organisation dispose de ses propres procédures

86. Votre pays a-t-il établi des objectifs nationaux de prévention du VIH chez les professionnels du sexe et leurs clients à atteindre d'ici 2020 ?

- Oui
- Non

86.1 Si « oui », quels sont les objectifs nationaux de prévention chez les professionnels du sexe et leurs clients à atteindre d'ici 2020 ?

- a)** Nombre annuel de nouvelles infections à VIH parmi les professionnels du sexe et leurs clients : _____
- b)** Pourcentage de professionnels du sexe et de leurs clients bénéficiant de services de prévention du VIH :
 - Professionnels du sexe : _____
 - Clients : _____

Prévention du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

87. Votre pays a-t-il élaboré une stratégie de prévention nationale visant à réduire le nombre de nouvelles infections chez les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et à leur offrir des services ?

- Oui
 Non

87.1 Si « oui », cette stratégie nationale inclut-elle pour les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (cochez toutes les réponses pertinentes) :

- La responsabilisation des communautés et le renforcement des capacités pour les organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ?
 La sensibilisation et l'accès à des services au sein des communautés ?
 La distribution de préservatifs et de lubrifiants pouvant être utilisés avec les préservatifs ?
 Des services de prévention, de dépistage et de traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) ?
 Des services cliniques ?
 Un soutien psychologique et/ou des services liés à la santé mentale ?
 Des services d'assistance juridique ?
 Des actions pour lutter contre l'homophobie ?
 Des actions pour réduire la stigmatisation et la discrimination ?

87.2 Existe-t-il des procédures opérationnelles standard nationales ou des directives nationales détaillées pour les organisations mettant en œuvre des programmes de prévention du VIH chez les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ?

- Oui, les procédures opérationnelles standard nationales doivent être appliquées par toutes les organisations
 Non, les procédures opérationnelles standard ne doivent être appliquées que par les organisations mettant en œuvre des programmes spécifiques
 Non, chaque organisation dispose de ses propres procédures

88. Votre pays a-t-il établi des objectifs nationaux de prévention du VIH chez les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à atteindre d'ici 2020 ?

- Oui
 Non

88.1 Si « oui », quels sont les objectifs nationaux de prévention chez les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à atteindre d'ici 2020 ?

- a) Nombre annuel de nouvelles infections à VIH parmi les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : _____
- b) Pourcentage d'hommes homosexuels et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes bénéficiant de programmes de prévention : _____

Prévention du VIH pour les personnes qui s'injectent des drogues

89. D'après les politiques nationales, les personnes qui s'injectent des drogues sont-elles autorisées à bénéficier d'un traitement antirétroviral ?

- Oui
 Non

90. Existe-t-il des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues dans votre pays ?

- Oui
 Non, pas du tout
 Non, mais il est possible d'acheter légalement des aiguilles et des seringues sans ordonnance en pharmacie

91. La détention d'aiguilles ou de seringues sans ordonnance peut-elle être utilisée comme élément de preuve de consommation de drogues ou comme motif d'arrestation dans votre pays ?

- Oui
 Non
-

92. Votre pays a-t-il mis en œuvre des programmes de traitement de substitution aux opiacés (TSO) ?

- Oui
 Non

93. En dehors des traitements de substitution aux opiacés, votre pays a-t-il mis en œuvre d'autres initiatives de traitements contre la toxicomanie ?

- Oui
 Non

93.1 Si « oui », ces initiatives ciblent-elles :

- La dépendance aux opiacés ?
 La dépendance à d'autres drogues non opiacées ?

94. La naloxone (utilisée pour inverser les effets de l'overdose aux opiacés) est-elle distribuée au sein des communautés dans votre pays ?

- Oui
 Non

95. Existe-t-il des espaces/salles d'injection sécurisés ?

- Oui
 Non

95.1 Si « oui », veuillez préciser :

Nombre d'espaces/salles : _____

Nombre de bénéficiaires : _____

Services de prévention du VIH pour les prisonniers

96. Existe-t-il des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues dans les prisons de votre pays ?

- Oui
 Non

97. Votre pays a-t-il mis en œuvre des programmes de traitement de substitution aux opiacés (TSO) dans ses prisons ?

- Oui
 Non

98. Les prisonniers ont-ils accès à des préservatifs et des lubrifiants dans votre pays ?

- Oui
 Non

99. Les tests de dépistage du VIH dans les prisons de votre pays sont-ils :

a) Effectués avec le consentement éclairé des prisonniers ?

- Oui
 Non

b) Systématiquement proposés à l'arrivée et/ou à la sortie ?

- Oui
 Non

c) Gratuits ?

- Oui
 Non
-

-
- d) Confidentiels ?**
 Oui
 Non
- e) Disponibles à tout moment pendant la détention ?**
 Oui
 Non
- f) Accompagnés d'informations pertinentes et accessibles ?**
 Oui
 Non
- g) Accompagnés de services de conseil confidentiels avant et après le test ?**
 Oui
 Non
- h) Accessibles à tous les prisonniers sans distinction ?**
 Oui
 Non
- h.i. Si « non », quels sont les prisonniers qui ne peuvent en bénéficier ? _____**
-

- 100. Dans votre pays, les prisonniers vivant avec le VIH ont-ils tous accès à un traitement antirétroviral ?**
 Oui
 Non
-

Prévention du VIH chez les adolescentes, les jeunes femmes et leurs partenaires masculins dans les communautés dans lesquelles la prévalence du VIH est élevée

- 101. Votre pays a-t-il élaboré une stratégie de prévention nationale visant à réduire le nombre de nouvelles infections chez les adolescentes, les jeunes femmes et leurs partenaires masculins dans les communautés dans lesquelles la prévalence du VIH est élevée ?**
 Oui
 Non
 Ne s'applique pas
- 101.1 Si « oui », cette stratégie nationale comprend-elle (cochez toutes les réponses pertinentes) :**
 La sensibilisation au sein des communautés ?
 La promotion et la distribution de préservatifs destinées en particulier à ces populations au sein des communautés ?
 Des services de santé adaptés aux jeunes ?
 Des campagnes de prévention du VIH au sein des écoles (dans le cadre ou en plus de l'éducation sexuelle) ?
 Des interventions par le biais de nouveaux supports ?
 La responsabilisation économique ou relative au soutien social ?
-

- 102. Votre pays a-t-il établi des objectifs nationaux de prévention du VIH chez les adolescentes, les jeunes femmes et leurs partenaires masculins dans les communautés dans lesquelles la prévalence du VIH est élevée ?**
 Oui
 Non

- 102.1 Si « oui », quels sont les objectifs nationaux de prévention chez les adolescentes, les jeunes femmes et leurs partenaires masculins à atteindre d'ici 2020 ?**
- a) Nombre annuel de nouvelles infections à VIH parmi les adolescentes et les jeunes femmes de 15 à 29 ans (veuillez indiquer le nombre) :**

- b) Pourcentage d'adolescentes, de jeunes femmes et de leurs partenaires masculins dans les communautés dans lesquelles la prévalence du VIH est élevée bénéficiant des services de prévention du VIH :**
 Jeunes femmes (entre 15 et 29 ans, veuillez indiquer le pourcentage) : _____
 Partenaires masculins (entre 20 et 34 ans, veuillez indiquer le pourcentage) : _____
-

Participation des populations clés à la riposte nationale

103. 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
-

104. 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
-

105. 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
-

106. 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
-

107. 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
-

Services pour les personnes en situation d'urgence humanitaire

108. Les services suivants sont-ils accessibles aux personnes en situation d'urgence humanitaire dans votre pays ? (Ces personnes incluent toutes les personnes en situation d'urgence, notamment, mais sans s'y limiter, les personnes non déplacées, les réfugiés et les demandeurs d'asile, les personnes déplacées internes et les migrants.)

a) Dépistage du VIH et accompagnement

- Oui
 Non
 Ne s'applique pas

b) Prévention de la transmission mère-enfant

- Oui
 Non
 Ne s'applique pas

c) Traitement du VIH

- Oui
 Non
 Ne s'applique pas

d) Dépistage et traitement de la tuberculose

- Oui
 Non
 Ne s'applique pas

e) Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles

- Oui
 Non
 Ne s'applique pas
-

-
- f) Services destinés aux populations clés**
- Oui
- Non
- Ne s'applique pas
- g) Services destinés aux victimes de violence sexuelle et sexiste***
- Oui
- Non
- Ne s'applique pas
- h) Soutien alimentaire et nutritionnel**
- Oui
- Non
- Ne s'applique pas
-

Prophylaxie préexposition (PrEP)

- 109. 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
- 109.1 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
- 109.1 a Si « oui », veuillez préciser l'année durant laquelle il est prévu d'adopter les recommandations relatives à la PrEP :**
- Pas d'année prévue
- 2019
- 2020
- 2021
- 2022
- Autre (veuillez préciser) : _____
- 109.2 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) : _____
- 109.3 Si des directives nationales relatives à la PrEP ont été élaborées, les professionnels de santé bénéficient-ils d'un programme de formation à la PrEP ?**
- Oui
- Non
- 109.4 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) : _____
-

109.5 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) : _____
-

Circoncision masculine médicale volontaire (CMMV)

Veuillez noter que ces questions sont uniquement destinées aux 16 pays ayant une forte prévalence du VIH, des faibles taux de circoncision masculine et des épidémies généralisées chez les personnes hétérosexuelles : Afrique du Sud, Botswana, eSwatini, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Ouganda, République centrafricaine, République unie de Tanzanie, Rwanda, Soudan du Sud, Zambie et Zimbabwe.

110. Votre pays a-t-il élaboré une stratégie nationale relative à la circoncision masculine médicale volontaire ?

- Oui
- Non

110.1 Si « oui », cible-t-elle une tranche d'âge spécifique ?

- Oui, elle cible une tranche d'âge spécifique (veuillez préciser) : _____
- Pas de tranche d'âge spécifique

110.1.a Si la stratégie nationale de CMMV cible une tranche d'âge spécifique, un objectif du nombre d'hommes à atteindre dans cette tranche d'âge a-t-il été défini ?

- Oui
- Non

110.1.a.i. Si « oui », veuillez préciser :

- Nombre ou proportion d'hommes visés dans cette tranche d'âge : _____
- Année cible : _____

110.2 Si « oui », cette stratégie nationale inclut-elle l'une des recommandations suivantes ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

- Recommandations relatives à l'obtention du consentement éclairé des patients
 - Recommandations relatives à la constitution des dossiers des patients, dont les formulaires de consentement éclairé, en vue de garantir le secret professionnel
 - Recommandations relatives aux moyens d'éviter la contrainte
 - Aucune des recommandations ci-dessus
-

111. Quelles sont les méthodes de circoncision masculine médicale recommandées/approuvées par le programme national ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

- Méthodes chirurgicales conventionnelles (plastie de Duhamel, circoncision avec pinces, résection du manchon)
 - Méthode avec dispositif préqualifié approuvée par l'OMS
-

112. Dans votre pays, la circoncision masculine médicale volontaire est-elle proposée :

- Gratuitement ?
 - Gratuitement pour certains hommes ?
 - Aux frais du patient ?
 - Aux frais partagés entre le patient et le programme ?
-

Préservatifs

113. Votre pays a-t-il élaboré une stratégie ou un plan relatif aux préservatifs ?

- Oui
 - Non
-

113.1 Si « oui », la stratégie ou le plan national relatifs aux préservatifs prend-il explicitement en compte le besoin de programmes de distribution de préservatifs ciblés pour l'une des populations suivantes ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

- Personnes vivant avec le VIH
- Professionnels du sexe (hommes et femmes)
- Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- Personnes qui s'injectent des drogues
- Adolescents (15 à 24 ans)
- Personnes vivant avec des infections sexuellement transmissibles (IST)
- Prisonniers
- Grand public

113.2 Si « oui », la stratégie ou le plan national relatif aux préservatifs comprend-il (cochez toutes les réponses pertinentes) :

- Une distribution gratuite de préservatifs aux populations clés ?
- Une subvention pour la commercialisation des préservatifs ?
- Des ventes effectuées par le secteur privé ?
- Une promotion des préservatifs par le biais des médias de masse ?
- Une promotion des préservatifs dans les établissements (secondaires) ?
- Une distribution des préservatifs dans les établissements (secondaires) ?
- Une promotion des préservatifs par le biais de la sensibilisation des communautés dans lesquelles la prévalence du VIH est élevée

114. Les besoins nationaux en préservatifs ont-ils fait l'objet d'une estimation ?

- Oui
- Non

114.1 Si « oui », quel est le nombre estimé de préservatifs nécessaires ? _____

114.2 Si « oui », pour quelle année vaut l'estimation du nombre de préservatifs nécessaires ? _____

114.3 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) : _____

115. Dans votre pays, un individu peut-il être poursuivi en justice ou puni par la loi pour possession de préservatifs ?

- Oui
- Non

116. Votre pays a-t-il fixé des limites d'âge pour l'accès aux préservatifs ?

- Oui
- Non

117. Dans votre pays, y a-t-il des restrictions sur la distribution de préservatifs dans les lieux publics ?

- Oui (veuillez préciser) : _____
 - Non
-

118. Existe-t-il une politique ou des recommandations relatives à la promotion et à la distribution de préservatifs effectuées par les professionnels (c.-à-d. les professionnels de santé donnant activement des conseils en matière de préservatifs et distribuant des préservatifs) ?

- Oui, pour toutes les personnes en âge de procréer se rendant dans un établissement de santé
- Oui, pour toutes les populations clés et les autres personnes présentant un risque élevé d'infection à VIH
- Oui, pour tous les jeunes sexuellement actifs
- Oui, pour toutes les personnes bénéficiant de services de dépistage du VIH
- Oui, pour toutes les personnes bénéficiant d'une contraception hormonale ou d'une autre contraception
- Oui, pour tous les couples sérodifférents
- Pas de recommandations

119. 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

120. Combien de préservatifs et de lubrifiants ont été distribués (c'est-à-dire ayant quitté les entrepôts centraux ou régionaux pour une distribution ultérieure) au cours de la dernière année civile par type de fournisseur ?

a) Préservatifs masculins

Total : _____
Public : _____
Privé : _____
ONG : _____

b) Préservatifs féminins

Total : _____
Public : _____
Privé : _____
ONG : _____

c) Lubrifiants

Total : _____
Public : _____
Privé : _____
ONG : _____

4. 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.

- Ensure universal access to quality and affordable sexual and reproductive health-care services, including HIV services, for women.
- Eliminate HIV-related stigma and discrimination in health-care settings by 2020.
- Review and reform laws that reinforce stigma and discrimination, including on age of consent, HIV non-disclosure, exposure and transmission, travel restrictions and mandatory testing.

Violence

121. Votre pays a-t-il élaboré un plan ou une stratégie nationale visant à lutter contre la violence sexiste* et les violences faites aux femmes et tenant compte des problématiques liées au VIH ?

- Oui
 Non
-

122. Votre pays a-t-il adopté une législation particulière concernant la violence conjugale* ?

- Oui
 Non

122.1 Si « oui », que couvre cette législation ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

- Violence physique
 Violence sexuelle
 Violence psychologique
 Violence émotionnelle
 Violence économique
 Criminalisation explicite du viol conjugal
 Protection des ex-épouses
 Protection des partenaires intimes non mariés
-

123. Parmi les dispositions suivantes liées à la violence conjugale*, lesquelles ont été mises en œuvre dans votre pays ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

- Injonctions judiciaires pour assurer la protection et la sécurité des victimes
 Parquets spécialisés dans l'application des lois
 Services de protection pour les victimes de violence conjugale, tels que des services juridiques ou des refuges
 Services pour les personnes commettant les actes de violence
 Autre (veuillez préciser) : _____
-

124. Votre pays prévoit-il des sanctions pénales spécifiques à la violence conjugale* ?

- Oui
 Non

124.1 Si « oui », des poursuites ont-elles abouti au cours des deux dernières années ?

- Oui
 Non

124.2 Si « non », le fait que la violence se soit produite au sein du foyer donne-t-il lieu à des sanctions pénales spécifiques ou à un examen du tribunal si le droit pénal général est appliqué ?

- Oui
 Non
-

125. Votre pays a-t-il mis en place l'une des propositions suivantes pour protéger les populations clés et les personnes vivant avec le VIH contre la violence ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

- Droit pénal général interdisant la violence
- Dispositions juridiques spécifiques interdisant la violence fondée sur la séropositivité ou sur l'appartenance à une population clé
- Programmes de lutte contre la violence perpétrée par un partenaire intime*
- Programmes de lutte contre la violence sur le lieu de travail
- Actions de lutte contre les violences policières
- Actions de lutte contre la torture et le mauvais traitement en prison

126. Votre pays dispose-t-il de centres de prestation de services proposant un accompagnement et des soins médicaux et psychologiques aux hommes et aux femmes ayant été victimes d'un viol ou d'inceste, conformément aux recommandations de 2013 de l'OMS intitulées *Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes* ?

a) Soutien direct ou « premiers secours psychologiques »

- Oui
- Non

b) Contraception d'urgence pour les femmes ayant recours aux services

- Oui
- Non

c) Avortement médicalisé pour une femme tombée enceinte suite à un viol, conformément à la législation nationale

- Oui
- Non

d) Prophylaxie post-exposition pour les infections sexuellement transmissibles et le VIH (dans les 72 heures suivant l'agression sexuelle), le cas échéant

- Oui
- Non

Stigmatisation et discrimination²⁹

127. Votre pays a-t-il adopté des lois et/ou des politiques exigeant que les établissements de santé (spécifiquement ou dans le cadre de lois/politiques plus larges pour les prestataires de services) proposent des soins de qualité et en temps voulu à toutes les personnes, indépendamment de leur genre, leur nationalité, leur âge, leur handicap, leur origine ethnique, leur orientation sexuelle, leur religion, leur langue, leur situation socio-économique, leur statut sérologique ou tout autre état de santé, ou du fait qu'elles vendent des services sexuels, consomment des drogues, vivent en prison ou toute autre raison ?

- Oui, des politiques existent, mais elles ne sont pas mises en œuvre de manière systématique
- Oui, des politiques existent et sont mises en œuvre de manière systématique
- Non, aucune politique n'existe

128. Votre pays a-t-il mis en place des actions visant à renforcer les compétences du personnel de santé en matière de droits humains pour lutter contre la stigmatisation, la discrimination et les violences sexistes ?

- Oui, à l'échelle du pays*
- Oui, de manière ponctuelle
- Oui, à petite échelle
- Non

129. Votre pays a-t-il adopté des lois criminalisant la transmission du VIH, la non-divulgence de la séropositivité ou l'exposition à la transmission du VIH ?

- Oui
- Non, mais le droit pénal général prévoit des poursuites
- Non

²⁹ Les données sur l'existence de lois ou de politiques limitant l'entrée, la présence et/ou le séjour des personnes vivant avec le VIH sont collectées séparément par l'ONUSIDA.

Consentement des parents/du tuteur et de l'époux pour l'accès aux services

130. Votre pays a-t-il adopté des lois exigeant le consentement préalable des parents/du tuteur pour l'accès des adolescents à des moyens de contraception, dont les préservatifs ?

- Oui, pour les adolescents de moins de 18 ans
- Oui, pour les adolescents de moins de 16 ans
- Oui, pour les adolescents de moins de 14 ans
- Oui, pour les adolescents de 12 ans ou moins
- Non

130.1 Si « oui », existe-t-il une procédure permettant aux adolescents d'être considérés comme suffisamment matures pour accéder à des moyens de contraception (dont les préservatifs) sans obtenir le consentement préalable des parents/du tuteur ?

- Oui
 - Non
-

131. Votre pays a-t-il adopté des lois exigeant le consentement préalable des parents/du tuteur pour l'accès des adolescents au dépistage du VIH et la réception de leurs résultats ?

- Oui, pour les adolescents de moins de 18 ans
- Oui, pour les adolescents de moins de 16 ans
- Oui, pour les adolescents de moins de 14 ans
- Non

131.1 Si « oui », existe-t-il une procédure permettant aux adolescents d'être considérés comme suffisamment matures pour accéder au dépistage du VIH et recevoir leurs résultats sans obtenir le consentement préalable des parents/du tuteur ?

- Oui
 - Non
-

132. Votre pays a-t-il adopté des lois exigeant le consentement préalable des parents pour l'accès des adolescents au traitement du VIH ?

- Oui, pour les adolescents de moins de 18 ans
- Oui, pour les adolescents de moins de 16 ans
- Oui, pour les adolescents de moins de 14 ans
- Non

132.1 Si « oui », existe-t-il une procédure permettant aux adolescents d'être considérés comme suffisamment matures pour accéder au traitement du VIH sans obtenir le consentement préalable des parents/du tuteur ?

- Oui
 - Non
-

133. Votre pays a-t-il adopté des lois exigeant le consentement de l'époux pour l'accès des femmes mariées aux services de santé sexuelle ou reproductive ?

- Oui
 - Non
-

134. Votre pays a-t-il adopté des lois exigeant le consentement de l'époux pour l'accès des femmes mariées au dépistage du VIH ?

- Oui
 - Non
-

5. S'assurer que 90 % des jeunes possèdent les compétences, les connaissances et la capacité de se protéger du VIH et aient accès à des services de santé sexuelle et reproductive d'ici 2020 afin de réduire le nombre de nouvelles infections à VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes en deçà de 100 000 par an.

135. Votre pays a-t-il établi des politiques éducatives orientant l'enseignement de compétences essentielles en matière au VIH et de sexualité*, conformément aux normes internationales*, dans :

a) Les écoles primaires ?

- Oui
 Non

a.i. Si « oui », quel est le pourcentage d'écoles primaires ayant mis en œuvre l'ensemble de ces politiques ?

- 76-100 %
 51-75 %
 26-50 %
 0-25 %

b) Les écoles secondaires ?

- Oui
 Non

b.i. Si « oui », quel est le pourcentage d'écoles secondaires ayant mis en œuvre l'ensemble de ces politiques ?

- 76-100 %
 51-75 %
 26-50 %
 0-25 %

c) La formation des enseignants ?

- Oui
 Non

136. 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

136.1 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	Oui / Non	Oui / 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	Oui / Non	Oui / Non
Organisme national de coordination de la lutte contre le SIDA ou équivalent, à représentation large et multisectorielle	Oui / Non	Oui / Non
Instance de coordination nationale du Fonds mondial	Oui / Non	Oui / Non
Groupe de coordination de la société civile représentant les populations les plus touchées par le VIH	Oui / Non	Oui / Non
Organes consultatifs communautaires pour les hôpitaux, les centres médicaux et/ou les projets de recherche	Oui / Non	Oui / Non
Autre (veuillez préciser) : _____	Oui / Non	Oui / 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.

137. Existe-t-il dans votre pays une stratégie, une politique ou un cadre de protection sociale approuvé* ?

- Oui, et celui-ci/celle-ci est mise en œuvre
 Oui, et celui-ci/celle-ci n'est pas mise en œuvre
 Non

137.1 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

138. 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

139. 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.

140. 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) : _____
-

141. 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.

142. Y a-t-il eu, au cours de ces deux dernières années, des programmes de formation et/ou de renforcement des capacités destinés aux personnes vivant avec le VIH et aux populations clés visant à les informer et à les sensibiliser sur leurs droits (relatifs au VIH) dans votre pays ?

- Oui, à l'échelle nationale
- Oui, à l'échelle infranationale
- Oui, de manière ponctuelle
- Oui, à petite échelle
- Non

143. 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

144. 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
-

145. 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
-

146. Votre pays a-t-il adopté des lois interdisant toute discrimination fondée sur la séropositivité ?

- Oui, il existe des garanties constitutionnelles ou juridiques protégeant spécifiquement la séropositivité
 - Oui, il existe des garanties constitutionnelles ou juridiques protégeant contre toute discrimination fondée sur la séropositivité dans un autre cadre (comme la santé, le handicap ou autre)
 - Non
-

147. Votre gouvernement a-t-il mis en place des mécanismes pour enregistrer et examiner les plaintes pour discrimination liée au VIH (fondée sur la séropositivité perçue et/ou l'appartenance à une population clé), tels que (mais sans s'y limiter) une institution spécialisée dans les droits humains, un médiateur, un tribunal ou une commission ?

- Oui, veuillez préciser : _____
 - Non
-

148. Votre pays a-t-il mis en place l'un des mécanismes de responsabilisation suivants pour lutter contre la discrimination et les violations des droits humains dans les établissements de santé ?

- Procédure de plainte
 - Mécanismes de recours
 - Procédures ou systèmes pour préserver et respecter la vie privée ou le droit à la confidentialité des patients
-

149. Votre pays a-t-il mis en place l'un des dispositifs de contrôle et de mise en application des droits humains suivants ?

a) Existence d'institutions nationales indépendantes pour la promotion et la protection des droits humains, dont des commissions relatives aux droits humains, des commissions de réformes juridiques, des observateurs et des médiateurs, qui traitent les questions liées au VIH au sein de leur travail

- Oui
 Non

b) Contrôle de la mise en œuvre des conclusions et des recommandations issues des organes de surveillance de l'application des traités et de l'EPU

- Oui
 Non
-

150. Votre pays a-t-il mis en place des mécanismes pour promouvoir l'accessibilité des services juridiques ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

- Oui, il existe des systèmes d'aide juridique pour bénéficier d'une assistance sociale liée au VIH
 Oui, des services juridiques sont proposés gratuitement par des cabinets d'avocats privés
 Oui, des services juridiques sont proposés par des centres d'assistance juridique (universitaires)
 Oui, il existe des assistants juridiques communautaires
 Oui, autre (veuillez préciser) : _____
 Non
-

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

151. Dans quelle mesure les établissements de santé intègrent-ils les services liés au VIH à d'autres services de santé dans votre pays ?

Services	Niveau d'intégration		
	Complètement intégrés dans tous les établissements de santé	Intégrés dans certains établissements de santé	Proposés séparément
a) Dépistage du VIH et accompagnement intégrés aux services de santé sexuelle et reproductive			
b) Traitement et prise en charge du VIH intégrés aux services de santé sexuelle et reproductive			
c) Dépistage du VIH et accompagnement intégrés aux services liés à la tuberculose			
d) Dépistage de la tuberculose intégré aux services liés au VIH			
e) Traitement antirétroviral intégré au traitement contre la tuberculose			
f) Traitement antirétroviral intégré au traitement contre l'hépatite C			
g) Dépistage du VIH et accompagnement intégrés aux services liés aux maladies chroniques non transmissibles			
h) Traitement antirétroviral intégré aux services liés aux maladies chroniques non transmissibles			
i) Dépistage du VIH et accompagnement intégrés aux services de soins généraux en ambulatoire			
j) Traitement antirétroviral intégré aux services de soins généraux en ambulatoire			
k) Détection et réduction des violences intégrées aux services liés au VIH			
l) Dépistage du VIH et accompagnement intégrés aux services de dépistage et de traitement du cancer du col de l'utérus			
m) Dépistage du cancer du col de l'utérus intégré aux services liés au VIH			
n) PTME intégrée aux soins prénatals/à la santé maternelle et infantile			
o) Prise en charge et traitement du VIH intégrés au soutien nutritionnel			
p) Dépistage du VIH intégré aux services de santé infantile (dont le suivi de la croissance, la nutrition et la vaccination)			
q) Traitement du VIH intégré aux services de santé infantile (dont le suivi de la croissance, la nutrition et la vaccination)			
r) Services liés au VIH intégrés aux services de réduction des risques			

-
- 152. 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
-

- 153. 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 (IST)

- 154. Votre pays a-t-il établi des directives ou des recommandations nationales relatives au traitement des IST ?**
- Oui
- Non

154.1 Si « oui », en quelle année ont-elles été mises à jour pour la dernière fois ? _____

- 155. 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
-

- 156. Votre pays procède-t-il à un suivi de la résistance gonococcique ?**
- Oui, tous les ans
- Oui, moins d'une fois par an
- Non
-

- 157. Votre définition nationale de la syphilis congénitale inclut-elle les mortinaissances ?**
- Oui
- Non
-

Stratégie

158. 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) : _____

158.1 Si « oui », la stratégie ou la politique nationale dédiée au sida a-t-elle été révisée au cours des deux dernières années ?

- Oui
- Non

158.2 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

158.3 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 relatives à l'épidémie nationale du VIH et la progression de la riposte les plus récentes
- Intègre des données issues d'un processus multisectoriel, dont les différents secteurs publics et les partenaires non gouvernementaux

158.4 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

158.4. 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

159. 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) : _____

159.1 Si « oui », ce plan ou cette stratégie a-t-elle été mise à jour au cours des deux dernières années ?

- Oui
- Non

159.2 Si « oui », inclut-il/elle des indicateurs sexospécifiques* ?

- Oui
 - Non
-

Système d'information sanitaire

160. Votre pays collecte-t-il systématiquement des données sur la prestation de services liés au VIH dans un système d'information sanitaire ?

- Il n'existe aucun système pour la collecte systématique des données sur la prestation de services liés au VIH
 - Il existe de multiples systèmes d'information non uniformisés ou parallèles gérés par différentes entités qui fonctionnent séparément
 - Il existe un système d'information, ou un ensemble uniformisé de systèmes d'information complémentaires du secteur public, incluant des indicateurs spécifiques sur la prestation de services liés au VIH pour la réalisation de rapports nationaux
 - Il existe un système d'information, ou un ensemble uniformisé de systèmes d'information complémentaires, comprenant des systèmes d'information sanitaire communautaires et des indicateurs spécifiques sur la prestation de services liés au VIH pour la réalisation de rapports nationaux
-

161. 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
-

161.1 Si vous répondez « oui, les deux » à la question ci-dessus, quel est le pourcentage approximatif des éléments suivants actuellement enregistrés dans le système national d'information sanitaire électronique ?

- Établissements de santé proposant des services liés au VIH : _____
 - Cohorte nationale de traitement du VIH (c.-à-d. tous les patients suivant un traitement antirétroviral) : _____
-

161.2 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
-

161.3 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

162. 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

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Personnes qui s'injectent des drogues

Personnes transgenres

Détenus dans les prisons et dans d'autres centres de détention

Autre (veuillez préciser) : _____

163. 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

164. 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
-

Codes d'identification uniques pour les patients

165. Votre pays a-t-il une méthode pour identifier et supprimer les informations en double pour les patients au sein des centres de santé et entre les différents services (comme l'association des dossiers à des identifiants uniques et/ou à des informations personnelles permettant d'identifier le patient, dont les données biométriques) pour les services suivants ?

a) Pour les services de traitement

- Oui
 Non

b) Pour les services de dépistage

- Oui
 Non

c) Pour les services de prévention du VIH destinés aux populations clés en vue de suivre le recours à la prévention combinée (c.-à-d. la mise en relation de la sensibilisation avec la distribution de préservatifs et/ou avec les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues ou d'autres services)

- Oui
 Non

c.i. Si « oui », quelles sont les populations clés concernées ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

- Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
 Professionnels du sexe
 Personnes transgenres
 Personnes qui s'injectent des drogues
 Autre (veuillez préciser) : _____

d) Pour les services des laboratoires

- Oui
 Non

165.1 Si vous répondez « oui » à la question 165a ou 165b :

a) Les données sont associées au patient au moyen d'un identifiant personnel unique national (IPUN), tel que le numéro d'identification national, le numéro d'assurance-maladie, le numéro de passeport ou le numéro de sécurité sociale

- Oui
 Non

b) Les données sont associées au patient au moyen d'un identifiant national unique spécifique au VIH

- Oui
 Non
-

c) Les données sont associées au patient au moyen d'un ensemble d'informations permettant l'identification personnelle collectées systématiquement, telles que le prénom, le nom et la date de naissance

- Oui
 Non

d) Les données sont associées au patient au moyen des données biométriques (notamment l'empreinte digitale ou l'iris)

- Oui
 Non

e) D'autres méthodes sont utilisées pour associer les données aux patients (veuillez préciser) : _____

Signalement des cas

166. Dans votre pays, la loi exige-t-elle le signalement des cas de séropositivité ?

- Oui
 Non

166.1 Si vous répondez « oui » à la question 166, votre pays impose-t-il de signaler les événements sentinelles ultérieurs relatifs aux cas de séropositivité existants, tels que la date et le résultat de la première numération des lymphocytes CD4, la date de début du traitement antirétroviral, et les dates et résultats des tests de la charge virale ?

- Oui
 Non

166.2 Si vous répondez « oui » à la question 166 et qu'un système d'information sanitaire existe, la surveillance basée sur les cas est-elle incluse dans le système d'information sanitaire ?

- Oui
 Non
-

Mortalité

167. Votre pays exige-t-il le signalement de tout décès au système d'enregistrement des faits d'état civil et de statistiques vitales au moyen d'un formulaire normalisé de déclaration des décès qui inclut la cause du décès ?

- Oui
 Non

167.1 Si « oui » et si un système de signalement des cas existe, les données individuelles sur les décès déclarés peuvent-elles être :

a) Associées au système national de signalement des cas de séropositivité ?

- Oui
 Non

b) Déclarées directement dans le système national de signalement des cas de séropositivité ?

- Oui
 Non
-

90-90-90

168. 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) : _____

168.1 Si les données sont issues de la surveillance des cas de séropositivité, en quelle année a débuté le signalement national des cas ?

- Avant 2008
 Entre 2009 et 2013
 Après 2013
-

169. 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) : _____

170. 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

170.1 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

171. 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) : _____
-

Outil de suivi des politiques et des engagements nationaux : partie B

* Les termes signalés par un astérisque (*) sont définis dans les directives relatives à l’outil de suivi des politiques et des engagements nationaux.

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.

1. Votre pays fournit-il ou effectue-t-il un dépistage obligatoire (ou imposé) du VIH sous quelque forme que ce soit ?

- Non
- Oui (veuillez préciser à quel moment le dépistage obligatoire a lieu et les groupes concernés) : _____

2. Où les tests de la charge virale sont-ils disponibles dans votre pays ?

- Disponibles dans les centres spécialisés uniquement
- Disponibles dans les établissements proposant des traitements antirétroviraux, sur place ou dans un autre établissement
- Autre (veuillez préciser) : _____

3. L’un des services d’accompagnement au maintien est-il disponible dans votre pays ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

- Interventions dans les communautés
- Clubs d’observance et stratégies de soutien par les pairs
- Autre (veuillez préciser) : _____

4. Are any of the following adherence support services available in your country (please select all that apply):

- Peer counsellors
- Text messages
- Use of reminder devices
- Cognitive behavioural therapy
- Behavioural skills training/medication adherence training
- Fixed-dose combinations and once-daily regimens
- Case management
- Peer navigation
- Other (please specify): _____
-

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.

5. Dans votre pays, combien d'établissements de santé proposent des services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) ? _____

6. Combien d'établissements de santé proposant des services de PTME ont mis en œuvre des mécanismes de responsabilisation* de la communauté ? _____

7. Une réunion nationale visant à examiner les progrès réalisés dans le cadre de la PTME a-t-elle eu lieu au cours des douze derniers mois ?

Oui

Non

7.1 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 à 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

8. 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 PTME ?

- Oui
- Non

9. Dans votre pays, existe-t-il des rapports ou des documents sur l'un des éléments suivants dans le cadre des programmes de PTME ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

- Dépistage et/ou traitement du VIH obligatoires ou forcés
- Manque de consentement éclairé, volontaire et obtenu au préalable
- Avortement, contraception et/ou stérilisation forcés
- Manque de confidentialité et d'intimité
- Autres violations graves ou systématiques des droits humains* (veuillez préciser) : _____

9.1 S'il existe des rapports sur ces situations dans votre pays, le gouvernement procède-t-il aux vérifications préalables avant d'intervenir ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

3. Assurer l'accès aux options de prévention combinée, dont la prophylaxie préexposition, la circoncision masculine médicale volontaire, la réduction des risques et les préservatifs à 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 de prévention de l'infection à VIH complets à 90 % des personnes présentant un risque d'infection à VIH, notamment les professionnels du sexe et leurs clients, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les personnes qui s'injectent des drogues et les prisonniers.
- Faire bénéficier 3 millions de personnes de la prophylaxie préexposition d'ici 2020.
- Pratiquer une circoncision masculine médicale volontaire sur 25 millions d'hommes dans les pays à forte prévalence d'ici 2020.
- Distribuer 20 milliards de préservatifs par an d'ici 2020 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Application des lois

10. La détention d'aiguilles/seringues sans ordonnance peut-elle être utilisée comme élément de preuve de consommation de drogues ou comme motif d'arrestation dans votre pays ?

- Oui
 Non

11. Dans votre pays, des personnes transgenres ont-elles été arrêtées ou poursuivies au cours des trois dernières années pour avoir exprimé d'une manière ou d'une autre leur identité de genre ?

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

12. Dans votre pays, des professionnels du sexe ont-ils été arrêtés ou poursuivis au cours des trois dernières années pour avoir vendu des services sexuels ?

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

13. Dans votre pays, des personnes ont-elles été arrêtées ou poursuivies au cours des trois dernières années pour avoir eu des rapports sexuels consentis avec une personne du même sexe ?

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

14. Dans votre pays, des personnes ont-elles été arrêtées ou poursuivies au cours des trois dernières années pour avoir consommé des drogues ?

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

Protections juridiques des populations clés

15. Votre pays dispose-t-il de l'une des protections juridiques suivantes pour les personnes transgenres ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

- Interdiction constitutionnelle de toute discrimination fondée sur le genre
 Interdiction constitutionnelle de toute discrimination fondée sur la diversité des genres
 Interdiction constitutionnelle de toute discrimination fondée sur quelque motif qu'il soit
 Interdiction de toute discrimination en matière d'emploi fondée sur la diversité des genres
 Un troisième genre est reconnu juridiquement
 Autres dispositions non discriminatoires précisant la diversité des genres
 Non
-

16. Votre pays dispose-t-il de l'une des protections juridiques suivantes pour les professionnels du sexe ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

- Interdiction constitutionnelle de toute discrimination fondée sur la profession
- Interdiction constitutionnelle de toute discrimination fondée sur quelque motif qu'il soit
- Le commerce du sexe est reconnu comme une profession
- Autres dispositions non discriminatoires spécifiant le commerce du sexe
- Non

17. Votre pays a-t-il adopté une loi ou d'autres dispositions relatives à la protection contre la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

- Interdiction constitutionnelle de toute discrimination fondée sur l'orientation sexuelle
- Interdiction constitutionnelle de toute discrimination fondée sur le genre
- Interdiction constitutionnelle de toute discrimination fondée sur quelque motif qu'il soit
- Les crimes haineux fondés sur l'orientation sexuelle sont considérés comme des circonstances aggravantes
- L'incitation à la haine fondée sur l'orientation sexuelle est interdite
- Interdiction de toute discrimination en matière d'emploi fondée sur l'orientation sexuelle
- Autres dispositions non discriminatoires spécifiant l'orientation sexuelle
- Non

18. Votre pays a-t-il adopté une loi antidiscriminatoire* ou d'autres dispositions spécifiques pour les personnes consommant des drogues ?

- Oui
- Non

Services de prévention du VIH chez les personnes qui s'injectent des drogues

19. Existe-t-il des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues dans votre pays ?

- Oui
- Non, pas du tout
- Non, mais il est possible d'acheter légalement des aiguilles et des seringues sans ordonnance en pharmacie

20. La naxolone (utilisée pour inverser les effets de l'overdose aux opiacés) est-elle distribuée au sein des communautés dans votre pays ?

- Oui
- Non

21. Votre pays a-t-il mis en œuvre des programmes de traitement de substitution aux opiacés (TSO) ?

- Oui
- Non

Services de prévention du VIH dans les prisons

22. Existe-t-il des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues dans les prisons de votre pays ?

- Oui
- Non

23. Votre pays a-t-il mis en œuvre des programmes de traitement de substitution aux opiacés (TSO) dans ses prisons ?

- Oui
- Non

24. Les prisonniers ont-ils accès à des préservatifs et des lubrifiants dans votre pays ?

- Oui
 - Non
-

25. Dans votre pays, les prisonniers vivant avec le VIH ont-ils tous accès à un traitement antirétroviral ?

- Oui
 Non
-

26. Les tests de dépistage du VIH dans les prisons de votre pays sont-ils :

a) Effectués avec le consentement éclairé des prisonniers ?

- Oui
 Non

b) Systématiquement proposés à l'arrivée et/ou à la sortie ?

- Oui
 Non

c) Gratuits ?

- Oui
 Non

d) Confidentiels ?

- Oui
 Non

e) Disponibles à tout moment pendant la détention ?

- Oui
 Non

f) Accompagnés d'informations pertinentes et accessibles ?

- Oui
 Non

g) Accompagnés de services de conseil confidentiels avant et après le test ?

- Oui
 Non

h) Accessibles à tous les prisonniers sans distinction ?

- Oui
 Non

Si « non », quels sont les prisonniers qui ne peuvent en bénéficier (veuillez préciser) : _____

Participation

27. Dans votre pays, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes participent-ils* à l'élaboration de politiques, de directives et/ou de stratégies nationales relatives à leur santé ?

- Oui
 Non
-

28. 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
-

29. 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
-

30. 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

31. 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 (PrEP)

32. La prophylaxie préexposition (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

33. L'un des obstacles suivants limite-t-il l'accès à la PrEP dans votre pays ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

- La détention de médicaments prophylactiques peut être utilisée comme preuve de commerce du sexe ou d'autres activités sexuelles criminalisées
 La PrEP est proposée uniquement dans des établissements centralisés
 La PrEP est proposée uniquement dans des établissements spécialisés dans le traitement du VIH
 Coûts élevés des services de PrEP à la charge du patient
-

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.
- Examiner et réformer les lois accentuant la stigmatisation et la discrimination, notamment celles relatives à l'âge de consentement, à la non-divulgaration de la séropositivité, à l'exposition et à la transmission, aux restrictions de voyage et au dépistage obligatoire.

34. Parmi les dispositions suivantes liées à la violence conjugale*, lesquelles ont été mises en œuvre dans votre pays ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

- Injonctions judiciaires pour assurer la protection et la sécurité des victimes
- Parquets spécialisés pour l'application des lois
- Services de protection pour les victimes de violence conjugale, tels que des services juridiques ou des refuges
- Services pour les personnes commettant les actes de violence
- Autre (veuillez préciser) : _____

35. Votre pays a-t-il mis en place l'une des propositions suivantes pour protéger les populations clés et les personnes vivant avec le VIH contre la violence ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

- Droit pénal général interdisant la violence
- Dispositions juridiques spécifiques interdisant la violence fondée sur la séropositivité ou sur l'appartenance à une population clé
- Programmes de lutte contre la violence perpétrée par un partenaire intime*
- Programmes de lutte contre la violence sur le lieu de travail
- Actions de lutte contre les violences policières
- Actions de lutte contre la torture et le mauvais traitement en prison

36. Votre pays dispose-t-il de centres de prestation de services qui proposent un accompagnement et des soins médicaux et psychologiques pour les hommes et les femmes ayant été victimes d'un viol ou d'inceste conformément aux recommandations de 2013 de l'OMS intitulées *Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes* ?

a) Soutien direct ou « premiers secours psychologiques »

- Oui
- Non

b) Contraception d'urgence pour les femmes qui ont recours aux services dans les cinq jours suivant le viol

- Oui
- Non

c) Avortement médicalisé pour une femme tombée enceinte suite à un viol, conformément à la législation nationale

- Oui
- Non

d) Prophylaxie post-exposition pour les infections sexuellement transmissibles et le VIH (dans les 72 heures suivant l'agression sexuelle), le cas échéant

- Oui
- Non

37. Votre pays a-t-il adopté des lois et/ou des politiques exigeant que les établissements de santé (spécifiquement ou dans le cadre de lois/politiques plus larges pour les prestataires de services) proposent des soins de qualité et en temps voulu à toutes les personnes, indépendamment de leur genre, leur nationalité, leur âge, leur handicap, leur origine ethnique, leur orientation sexuelle, leur religion, leur langue, leur situation socio-économique, leur statut sérologique ou tout autre état de santé, ou du fait qu'elles vendent des services sexuels, consomment des drogues, vivent en prison ou toute autre raison ?

- Oui, des politiques existent, mais elles ne sont pas mises en œuvre de manière systématique
- Oui, des politiques existent et sont mises en œuvre de manière systématique
- Non, aucune politique n'existe

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.

38. 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

38.1 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	Oui / Non	Oui / 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	Oui / Non	Oui / Non
Organisme national de coordination de la lutte contre le SIDA ou équivalent, à représentation large et multisectorielle	Oui / Non	Oui / Non
Instance de coordination nationale du Fonds mondial	Oui / Non	Oui / Non
Groupe de coordination de la société civile représentant les populations les plus touchées par le VIH	Oui / Non	Oui / Non
Organes consultatifs communautaires pour les hôpitaux, les centres médicaux et/ou les projets de recherche	Oui / Non	Oui / Non
Autre (veuillez préciser) : _____	Oui / Non	Oui / 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.

39. L'un des obstacles suivants limite-t-il l'accès aux programmes de protection sociale* dans votre pays ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

- Les programmes de protection sociale n'intègrent pas les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et/ou les personnes touchées par le VIH
 - Manque d'informations disponibles sur les programmes
 - Procédures complexes
 - Crainte de la stigmatisation et de la discrimination
 - Manque de pièces justificatives permettant l'éligibilité, telles que les cartes nationales d'identité
 - Lois ou politiques représentant un obstacle à l'accès
 - Frais restants à la charge du patient élevés
 - Les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et/ou les personnes touchées par le VIH sont prises en charge par un autre programme
 - Autre (veuillez préciser) : _____
-

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

40. Votre pays a-t-il mis en place des restrictions relatives à l'enregistrement et aux activités des organisations de la société civile et des organisations communautaires ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

- Restrictions relatives à l'enregistrement
 - Restrictions territoriales sur les activités, comme le zonage
 - Critères d'éligibilité pour l'accès aux services de proximité trop restrictifs
 - Procédure d'établissement de rapports fastidieuse et autres restrictions sur les activités
 - Autre (veuillez préciser) : _____
 - Non
-

41. Dans votre pays, la prestation de services de proximité est-elle entravée par l'un des obstacles réglementaires suivants ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

- Réglementations exigeant que les services liés au VIH soient uniquement proposés dans des établissements de santé
 - Réglementations limitant l'accès aux services pour les populations clés
 - Critères d'éligibilité pour l'accès aux services de proximité trop restrictifs _____
 - Autre (veuillez préciser) : _____
 - Non
-

42. Votre pays a-t-il adopté des lois, des politiques ou des réglementations entravant l'accès au financement des organisations de la société civile et des organisations communautaires pour les activités relatives au VIH ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

- Absence de contrats sociaux ou d'autres mécanismes permettant le financement des services de proximité provenant de fonds nationaux
 - « Agents étrangers » ou autres restrictions à l'accès au financement provenant de bailleurs de fonds internationaux
 - Autre (veuillez préciser) : _____
 - Non
-

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.

Connaissance des droits

43. Y a-t-il eu, au cours de ces deux dernières années, des programmes de formation et/ou de renforcement des capacités destinés aux personnes vivant avec le VIH et aux populations clés visant à les informer et à les sensibiliser sur leurs droits (relatifs au VIH) dans votre pays ?

- Oui, à l'échelle nationale
- Oui, à l'échelle infranationale
- Oui, de manière ponctuelle
- Oui, à petite échelle
- Non

44. L'organisation de ces programmes de formation et/ou activités de renforcement des capacités destinés aux personnes vivant avec le VIH et aux populations clés visant à les informer et à les sensibiliser sur leurs droits 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
- Autre (veuillez préciser) : _____

Mécanisme de responsabilisation

45. Votre gouvernement a-t-il mis en place des mécanismes pour enregistrer et examiner les plaintes pour discrimination liée au VIH (fondée sur la séropositivité perçue et/ou l'appartenance à une population clé), tels que (mais sans s'y limiter) une institution spécialisée dans les droits humains, un médiateur, un tribunal ou une commission ?

- Oui (veuillez préciser) : _____
- Non

46. Votre pays a-t-il mis en place l'un des mécanismes de responsabilisation suivants pour lutter contre la discrimination et les violations des droits humains dans les établissements de santé ?

- Procédure de plainte
- Mécanismes de recours et de responsabilisation
- Procédures ou systèmes pour préserver et respecter la vie privée ou le droit à la confidentialité des patients
- Autre (veuillez préciser) : _____

47. Dans votre pays, les mécanismes de responsabilisation sont-ils entravés par l'un des éléments suivants ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

- Les mécanismes ne sont pas opérationnels
 - Les mécanismes ne concernent pas le VIH
 - Les contraintes financières pour les personnes faisant partie de groupes marginalisés et touchés
 - La sensibilisation ou les connaissances relatives au fonctionnement de ces mécanismes sont limitées
-

48. Votre pays a-t-il mis en place des mécanismes pour promouvoir l'accessibilité des services juridiques ? (Cochez toutes les réponses pertinentes)

- Oui, il existe des systèmes d'aide juridique pour bénéficier d'une assistance sociale liée au VIH
- Oui, des services juridiques sont proposés gratuitement par des cabinets d'avocats privés ou des avocats indépendants
- Oui, des services juridiques sont proposés par des centres d'assistance juridique
- Oui, il existe des assistants juridiques communautaires
- Oui, autre (veuillez préciser) : _____
- Non

49. Votre pays évalue-t-il l'accès aux services juridiques parmi les populations clés, les personnes vivant avec le VIH ou les personnes touchées par le VIH ?

- Oui (veuillez préciser) : _____
- Non

50. Dans votre pays, les populations clés, les personnes vivant avec le VIH ou les personnes touchées par le VIH sont-elles confrontées à des obstacles pour accéder aux services juridiques ?

- Non
 - Oui, veuillez préciser et fournir des détails sur l'échelle (par exemple nationale) : _____
-

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

Annexe 2. Grille nationale de financement pour l'indicateur 8 : Dépenses totales de lutte contre le sida

Le cadre de compte-rendu de l'indicateur 8, « Dépenses totales liées à la lutte contre le VIH », est organisé autour d'un système à deux dimensions pour enregistrer les dépenses liées à la lutte contre le VIH par programme et par source de financement. C'est pourquoi le compte-rendu se fait sous forme de grille. La grille nationale de financement suggérée pour établir le Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida (GAM) de 2019 contient une série exhaustive d'initiatives pour la prévention, le traitement et les soins liés au VIH pour le cycle de compte-rendu précédent (correspondant à l'ancien indicateur 6.1 du Rapport d'activités sur la riposte au sida dans le monde, substitué par le Rapport de suivi mondial de la lutte contre le sida), présentée dans un format reflétant les engagements de la nouvelle Déclaration politique de 2016 sur la fin du sida pour accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030.

La série des principaux sous-indicateurs comprend : l'association de mesures de prévention, dont les préservatifs, la prophylaxie préexposition (PrEP), la circoncision masculine volontaire médicale, les services de réduction des risques, la responsabilisation des jeunes femmes et filles et la prestation d'ensembles de services essentiels pour les populations clés ; le dépistage du VIH et les conseils ; le suivi en laboratoire spécifique au VIH ; le traitement antirétroviral ; TB/VIH ; et acteurs sociaux, dont les programmes de réduction des stigmatisations et d'instauration des droits de l'homme. Les programmes apparaissant comme nouveaux dans la liste des initiatives n'étaient pas inclus dans l'orientation précédente et seront décrits plus en détails.

Le tableau ci-dessous fournit une série complète de programmes et de services expliquant la totalité de l'utilisation possible des ressources nationales, y compris les programmes de base et les sources de financement pour le cycle GAM 2019. 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 matrice, pas toutes les lignes). Ceci est également valable pour les sources de financement : elles doivent être complétées selon la réalité nationale. Si les dépenses sont inexistantes, il est important de le mentionner (avec la valeur « 0 ») lorsqu'aucune donnée n'est disponible ou applicable.

L'outil en ligne GAM fournira de plus amples informations sur comment remplir les formulaires de compte-rendu et soumettre des indicateurs de dépenses à l'ONUSIDA. Une description plus détaillée (étendue et limites) de chaque programme inclus dans cette matrice et chaque source de financement est disponible dans le registre des indicateurs qui sera régulièrement mis à jour.

Le montant total des ressources devrait inclure la totalité des flux de financement et des dépenses par tous les programmes ou services et par toutes les sources. Les sous-indicateurs représenteront seulement une sous-série du total correspondant à des parties des engagements spécifiques. Les montants rapportés seront comparés au nombre de personnes recevant les mêmes services dans le Rapport de suivi mondial de la lutte contre le sida ou ailleurs.

Liste des programmes VIH dans la matrice de financement nationale

Les lignes directrices sur les estimations nationales des dépenses relatives au sida (NASA) sont en cours de mises à jour. Les nouvelles directives devraient être rendues publiques début 2019. Un tableau de correspondance entre les nouvelles catégories de dépenses relatives au sida et la matrice de financement GAM demandée pour l'indicateur 8.1 sera disponible. Si les estimations NASA ont été calculées dans le pays au moyen des anciennes catégories, veuillez vous référer au tableau de correspondance tel qu'indiqué dans les lignes directrices GAM de 2017 et 2018.

Fast-Track commitments to end AIDS by 2030	Codes in the GAM national funding matrix	Catégories de programmes GAM 2017 : série complète d'interventions	Catégories de programmes GAM 2017 : principaux sous-indicateurs
Engagement 1 . S'assurer que 30 millions de personnes vivant avec le VIH aient accès au traitement grâce à l'atteinte des objectifs 90–90–90 d'ici 2020	1	Traitement, soins et accompagnement (sous-total)	
	1.1	Conseils et dépistage du VIH (CDV) :	Dépenses liées au conseil et dépistage du VIH (non ciblées)
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépistage du VIH. (produits) ▪ Autre coûts directs et indirects. ▪ Non ventilés par type de coût. 	
	1.2	Traitement antirétroviral (sous-total)	Dépenses liées au traitement antirétroviral, adultes et pédiatriques
		1.2.1. Traitement antirétroviral, incluant:	
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médicaments antirétroviraux. ▪ Autre coûts directs et indirects. ▪ Non ventilés par type de coût. 	Dépenses liées au traitement antirétroviral, adultes et enfants
		1.2.2 Traitement antirétroviral pour les enfants, incluant :	
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médicaments antirétroviraux. ▪ Autres coûts directs et indirects. ▪ Non ventilés par type de coût. 	Dépenses liées au traitement antirétroviral, adultes et enfants
		1.2.3 Traitement antirétroviral non ventilé par l'âge ou politique d'utilisation	
	1.3	Suivi en laboratoire spécifique au VIH (CD4, charge virale), notamment :	Dépenses liées au suivi en laboratoire spécifique au VIH (numération des cellules CD4, charge virale)
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Numération des cellules T, tests de la charge virale (produits). ▪ Autres coûts directs et indirects. ▪ Non ventilés par type de coût. 	

1.4	Prophylaxie et traitement des infections opportunistes (IO), hors traitement et prévention de la tuberculose pour les personnes vivant avec le VIH		
1.5	Soins palliatifs		
1.6	Soutien et maintien		
2	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	Dépenses liées à la prévention de la transmission verticale du VIH (sous-total)	Dépenses liées à la prévention de la transmission verticale du VIH
2.1	Conseils et dépistage du VIH (CDV) pour les femmes enceintes, y compris : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépistage du VIH. (produits) ▪ Autres coûts directs et indirects. ▪ Non ventilés par type de coût. 	Expenditure on prevention of vertical transmission of HIV	
2.2	Diagnostic précoce chez les nourrissons, y compris : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépistage du VIH. (produits) ▪ Autres coûts directs et indirects. ▪ Non ventilés par type de coût. 	Dépenses liées à la prévention de la transmission verticale du VIH	
2.3	Traitement antirétroviral pour réduire la transmission verticale du VIH, y compris : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Médicaments antirétroviraux. ▪ Autres coûts directs et indirects. ▪ Non ventilés par type de coût. 	Dépenses liées à la prévention de la transmission verticale du VIH	
2.4	Composant de la PTME sans lien au TAR		Dépenses liées à la prévention de la transmission verticale du VIH
3	Engagement 3. Assurer l'accès aux options d'association de mesures de prévention, y compris la prophylaxie préexposition, la circoncision masculine volontaire médicale, la réduction des risques et les préservatifs, à au moins 90 % des personnes d'ici 2020, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes dans les pays à forte prévalence et les populations clés d'homosexuels et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les professionnels du sexe et leurs clients, les personnes qui s'injectent des drogues et les prisonniers Engagement 8. Garantir l'augmentation des investissements liés au VIH à 26 milliards de dollars américains d'ici 2020, dont un quart pour la prévention du VIH et 6 % pour les acteurs sociaux	Prévention (sous-total)	

3.1	Programmes de changement social et de comportement (CSC)	Non ciblés
3.2	Préservatifs, y compris : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Préservatifs (produits). ▪ Autres coûts directs et indirects. ▪ Non ventilés par type de coût. 	Préservatifs (pas ciblés)
3.3	Prophylaxie préexposition (PrEP) ventilée par population clé (sous-total)	Prophylaxie préexposition (PrEP) stratifiée par population clé
	3.3.1 PrEP pour les homosexuels et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)	Prophylaxie préexposition (PrEP) stratifiée par population clé
	3.3.2 PrEP pour les professionnels du sexe (PS)	Prophylaxie préexposition (PrEP) stratifiée par population clé
	3.3.3 PrEP pour les personnes qui s'injectent des drogues (POID)	Prophylaxie préexposition (PrEP) stratifiée par population clé
	3.3.4 PrEP pour les personnes transgenres (PT)	Prophylaxie préexposition (PrEP) stratifiée par population clé
	3.3.5 PrEP pour les prisonniers	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 pour les couples sérodiscordants	Prophylaxie préexposition (PrEP) stratifiée par population clé
3.4	Circision masculine volontaire médicale (CMVM) dans les pays à forte prévalence	Circision masculine volontaire médicale (CMVM)
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), y compris : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépistage du VIH. (produits) ▪ Préservatifs, lubrifiants et autres produits. ▪ Autres coûts directs et indirects. ▪ Non ventilés par type de coût. 	Prévention au sein des populations clés

3.6	<p>Prévention, promotion du dépistage et mise en relation avec des programmes de soins pour les professionnels du sexe et leurs clients, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dépistage du VIH. (produits) ▪ Préservatifs, lubrifiants et autres produits. ▪ Autres coûts directs et indirects. ▪ Non ventilés par type de coût. 	Prévention au sein des populations clés
3.7	<p>Prévention, promotion du dépistage et mise en relation avec des programmes de soins pour les personnes qui s'injectent des drogues (sous-total)</p> <p>3.7.1. Échange d'aiguilles et de seringues, prévention, promotion du dépistage et mise en relation avec des programmes de prévention et de soins pour les personnes qui s'injectent des drogues, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Matériel d'injection. ▪ Dépistage du VIH. (produits) ▪ Préservatifs, lubrifiants et autres produits. ▪ Autres coûts directs et indirects. ▪ Non ventilés par type de coût. 	Prévention au sein des populations clés
3.8	<p>3.7.2. Thérapie de substitution, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Drogues de substitution, telles que la méthadone ou la buprénorphine (produits) ▪ Autres coûts directs et indirects. ▪ Non ventilés par type de coût. 	Prévention au sein des populations clés
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 pour les prisonniers	Prévention au sein des populations clés
3.10	Prévention, promotion du dépistage et mise en relation avec des programmes de soins ciblant les jeunes femmes et les adolescentes (pays à forte prévalence)	Prévention au sein des populations clés
3.11	<p>Transferts d'argent aux filles (pays à forte prévalence), y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Issus de budgets réservés à la prévention du VIH. 	Dépenses en transferts d'argent pour jeunes femmes et filles (10-24 ans, pays à forte prévalence)

Ne s'applique pas	3.12	Programmes de prévention pour les populations vulnérables et accessibles
Ne s'applique pas	3.13	Prophylaxie post-exposition (PEP)
Ne s'applique pas	3.14	Lieu de travail
Ne s'applique pas	3.15	Synergies avec le secteur de la santé
	3.16	Prévention de la transmission du VIH visant à ce que les personnes vivant avec le VIH ne soient pas ventilées par type
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	Programmes liés axés sur la sexospécificité
Engagement 5. S'assurer que 90 % des jeunes possèdent les compétences, les connaissances et la capacité de se protéger du VIH et aient accès à des services de santé sexuelle et reproductive d'ici 2020 afin de réduire le nombre de nouvelles infections à VIH parmi les adolescentes et les jeunes femmes en-deçà de 100 000 par an	5	Programmes pour les enfants et les adolescents
Engagement 6. S'assurer que 75 % des personnes vivant avec le VIH, affectés par le VIH ou à risque de bénéficier d'une protection sociale tenant compte du VIH d'ici 2020	6	Protection sociale
Engagement 7. Garantir la gestion par la communauté d'au moins 30 % des services fournis d'ici 2020	7	Mobilisation communautaire
Engagement 8. Garantir l'augmentation des investissements liés au VIH à US\$ 26 milliards d'ici 2020, dont un quart pour la prévention du VIH et 6 % pour les acteurs sociaux	8	Gouvernance et durabilité (sous-total)
	8.1	Informations stratégiques
	8.2	Planification et coordination
	8.3	Approvisionnement et logistique
	8.4	Renforcement des systèmes de santé

Ne s'applique pas	8.5	Éducation		
Ne s'applique pas	8.6	Recherche en lien avec le VIH et le sida		
Engagement 9. Responsabiliser les personnes vivant avec le VIH, à risque et affectées par le VIH afin qu'elles connaissent leurs droits, aient accès à la justice et à des services juridiques pour prévenir et lutter contre les violations des droits de l'homme	9	Acteurs critiques (sous-total)		
	9.1	Dialogues sur les politiques	Dépenses liées aux acteurs sociaux	
	9.2	Programmes clés liés aux droits de l'homme	Dépenses liées aux acteurs sociaux	
	9.3	Développement institutionnel spécifique au sida	Dépenses liées aux acteurs sociaux	
Engagement 10. S'engager à sortir le sida de l'isolement par le biais de systèmes centrés sur les populations pour améliorer la couverture de santé universelle, notamment le traitement pour la tuberculose, le cancer du col de l'utérus et les hépatites B et C	10	Co-infection tuberculose-VIH, diagnostic et traitement (sous-total)	Dépenses liées à TB/VIH	
	10.1	Dépistage et diagnostic de la TB pour les personnes vivant avec le VIH	Dépenses liées à TB/VIH	
	10.2	Prévention et traitement de la TB pour les personnes vivant avec le VIH	Dépenses liées à TB/VIH	
Ne s'applique pas		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)		
	Total		Total des dépenses liées au VIH	

Annexe 3. Volumes et prix unitaires des produits achetés et distribués

Dans le cadre de l'indicateur 8.1, il est obligatoire de compléter les informations sur les volumes et les tarifs unitaires des produits achetés et distribués.

Regime/formulation	Posologie	Comprimés ou plus petite dose par paquet	Nombre total de boîtes achetées au cours de l'année fiscale	Approvisionnement mois et année (MM/AAAA)	Prix unitaire moyen par boîte	Nombre total de boîtes reçus par les bénéficiaires au cours de l'année fiscale
Tenofovir + Emtricitabine + Efavirenz [TDF + FTC + EFV]	300 mg + 200 mg + 600 mg					
Tenofovir + Lamivudine + Efavirenz [TDF + 3TC + EFV]	300 mg + 300 mg + 600 mg					
Tenofovir + Lamivudine + Nevirapine [TDF + 3TC] + NVP	300 mg + 300 mg + 200 mg					
Zidovudine + Lamivudine + Efavirenz [ZVD + 3TC] + EFV	300 mg + 150 mg + 200 mg					
Abacavir + Lamivudine + Zidovudine [ABC + 3TC + ZDV]	300 mg + 150 mg + 300 mg					
Zidovudine + Lamivudine + Nevirapine [ZVD + 3TC + NVP]	300 mg + 150 mg + 200 mg					
Zidovudine + Lamivudine + Nevirapine [ZVD + 3TC + NVP]	60 mg + 30 mg + 50 mg					
Tenofovir + Emtricitabine [TDF + FTC]	300 mg + 200 mg					
Zidovudine + Lamivudine [ZDV + 3TC]	300 mg + 150 mg					
Lopinavir + Ritonavir [LPV + RTV]	200 mg + 50 mg					
Lopinavir + Ritonavir [LPV + RTV]	80 mg + 20 mg/ml					
Abacavir + Lamivudine [ABC + 3TC]	60 mg + 30 mg					
Tenofovir + Lamivudine [TDF + 3TC]	300 mg + 300 mg					
Darunavir [DRV]	300 mg					
Dolutegravir [DTG]	50 mg					
Others (please specify):						

Volumes et prix unitaires des médicaments par source de financement en unités monétaires locales

Le nombre de boîtes achetées doit être fourni pour chaque lot d'achat du régime / formulation.

Les données sur le nombre de boîtes pris par les bénéficiaires correspondent au régime / aux formulations sans qu'il soit nécessaire de les ventiler par processus d'achat.

Annexe 4. Niveaux escomptés du budget national réservé au VIH

Dans le cadre de l'indicateur 8.1, il est obligatoire de compléter les informations sur les budgets réservés au VIH. Le formulaire utilisé pour soumettre les budgets réservés est illustré dans l'exemple ci-après.

Il serait utile de collecter les données relatives aux dépenses en même temps que celles relatives au budget. En collectant simultanément ces deux types de données, il serait également possible d'effectuer des analyses des dépenses par information.

Pour compléter le formulaire :

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. Sélectionnez la devise de signalement, qui peut être remplie en utilisant la devise locale ou convertie en dollars américains.
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 approuvé par le gouvernement, ainsi que les budgets internationaux définis dans les accords correspondants pour la même année fiscale. Le budget exécuté correspond à l'utilisation du budget approuvé. Ainsi, celui-ci ne doit pas dépasser le budget approuvé, sauf si des fonds supplémentaires ont été octroyés, auquel cas il convient de le préciser. Le total des dépenses peut excéder le budget approuvé dans le cas où certaines dépenses engagées n'ont pas été financées par les budgets réservés au VIH.
5. Exprimez votre opinion sur une éventuelle hausse ou baisse du budget pour la prochaine année fiscale.

Select the fiscal year (FY)

- January-December
 June-July
 Other

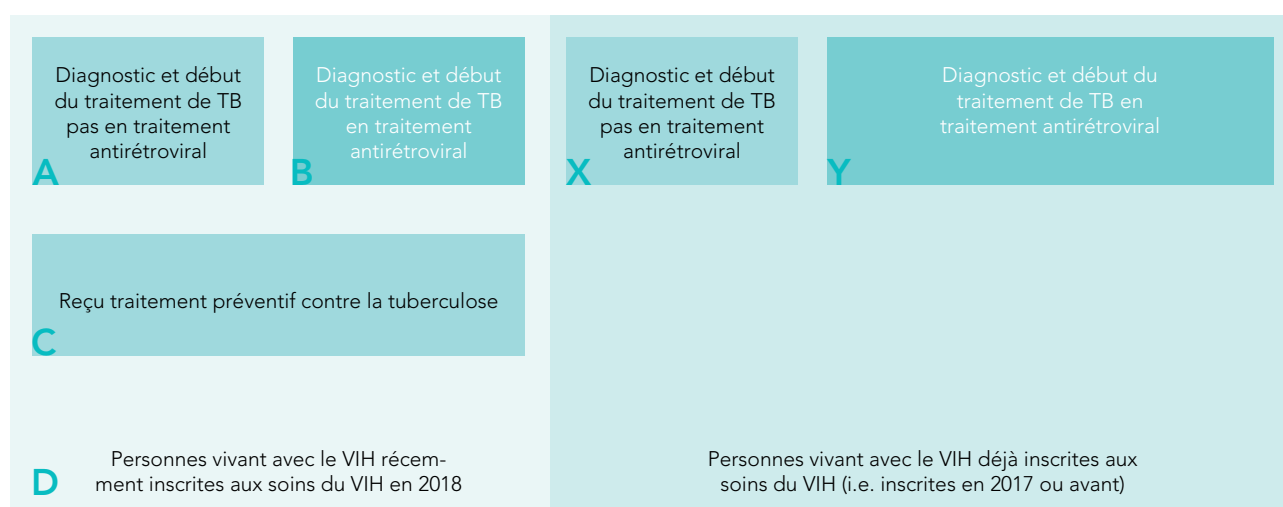
Choose the reporting currency

Amounts expressed in

Provide the earmarked budget for HIV

	Approved (beginning of FY)	Executed (ended FY)
Fiscal year starting 2018	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fiscal year starting 2019	<input type="text"/>	
Next year (2020)	<input type="radio"/> Up by <5% <input type="radio"/> Up by 5-10% <input type="radio"/> Up by >10% <input type="radio"/> Down by <5% <input type="radio"/> Down by 5-10% <input type="radio"/> Down by >10%	

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 = $(B+Y)/\text{nombre estimé}$

Remarque : le numérateur pour l'indicateur 10.1 doit être égal au nombre de patients nouvellement diagnostiqués séropositifs et en situation de rechute de la tuberculose ayant démarré une thérapie antirétrovirale tel que rapporté par le programme national de lutte contre la tuberculose. 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 prises en charge pour des soins liés au VIH = $(A+B)/D$

Remarque : le numérateur pour l'indicateur 10.1 sera supérieur à celui pour l'indicateur 10.2.

Indicateur 10.3 : pourcentage de nouveaux patients nouvellement pris en charge pour des soins liés au VIH ayant débuté un traitement de prévention de la TB = C/D

Source : adapté de : Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH. Genève : OMS ; 2015.

Copyright © 2018
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
(ONUSIDA) Tous droits réservés.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent aucune prise de position de la part de l'ONUSIDA quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni au tracé de leurs frontières ou limites. L'ONUSIDA ne garantit pas que les informations figurant dans la présente publication sont complètes et correctes, et ne pourra être tenue pour responsable des dommages éventuels résultant de leur utilisation.

UNAIDS/JC2941



ONUSIDA
Programme commun des
Nations Unies sur le VIH/sida

20 Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666

unaids.org