



Organisation  
mondiale de la Santé

LIGNES DIRECTRICES

# LIGNES DIRECTRICES UNIFIÉES SUR LES INFORMATIONS STRATÉGIQUES

RELATIVES À L'INFECTION À VIH  
DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

MAI 2015



INFORMATIONS STRATÉGIQUES RELATIVES À  
L'INFECTION À VIH POUR MAXIMISER L'IMPACT





Organisation  
mondiale de la Santé

# **LIGNES DIRECTRICES UNIFIÉES SUR LES INFORMATIONS STRATÉGIQUES**

RELATIVES À L'INFECTION À VIH  
DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

MAI 2015

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS:

Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé.

I.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 250875 8

Les vedettes-matières sont disponibles depuis le dépôt institutionnel de l'OMS

© **Organisation mondiale de la Santé 2015**

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS ([www.who.int](http://www.who.int)) ou peuvent être achetées auprès des éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int) .

Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse [http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé par le Service de production des documents de l'OMS, Genève (Suisse)

# TABLE DES MATIÈRES

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Remerciements</b>  | <b>7</b>  |
| <b>Tableaux</b>   | <b>14</b> |
| <b>Abréviations</b>   | <b>16</b> |
| <b>1. Informations stratégiques : un cadre unifié</b>   | <b>19</b> |
| 1.1 Introduction  | 20        |
| 1.2 Pourquoi collecter et utiliser des informations stratégiques?   | 22        |
| 1.3 Organisation de ce document   | 24        |
| 1.4 Le cadre stratégique  | 26        |
| 1.4.1 La chaîne de résultats relatifs à l'infection à VIH: des intrants aux impacts                                       | 26        |
| 1.4.2 La cascade de services de lutte contre le VIH: amélioration des liens entre les services et de la qualité des soins | 28        |
| 1.5 Les indicateurs : choix, classement par ordre de priorité et analyse  | 29        |
| 1.5.1 Les trois catégories d'indicateurs: indicateurs nationaux, indicateurs mondiaux, indicateurs supplémentaires        | 29        |
| 1.5.2 Classement des indicateurs par ordre de priorité  | 31        |
| 1.6 Les responsabilités et la cible 90-90-90  | 33        |
| <b>2. La cascade de services de prévention, de soins et de traitement de l'infection à VIH</b>                            | <b>39</b> |
| 2.1 Introduction  | 40        |
| 2.1.1 Les 10 indicateurs mondiaux   | 40        |
| 2.1.2 Ventilation des données pour améliorer la programmation   | 45        |
| 2.2 Connaître son épidémie  | 49        |
| 2.2.1 Variables clés pour la mesure   | 49        |
| 2.2.2 Méthodes de mesure  | 52        |
| 2.2.3 Stigmatisation et discrimination  | 58        |
| 2.3 Suivi des intrants relatifs aux ressources essentielles   | 60        |
| 2.3.1 Intrants du système de santé  | 60        |
| 2.3.2 Financement et calcul des coûts   | 65        |
| 2.4 Cascade de services de prévention, de soins et de traitement de l'infection à VIH                                     | 67        |
| 2.4.1 Services pour les populations clés  | 67        |
| 2.4.2 Prévention dans le secteur de la santé  | 79        |
| 2.4.3 Connaissance de son statut sérologique : services de dépistage du VIH   | 94        |
| 2.4.4 Liens avec les soins, inscription et rétention dans les soins   | 111       |
| 2.4.5 Fourniture du traitement antirétroviral   | 141       |
| 2.4.6 Suppression de la charge virale   | 169       |
| 2.4.7 Prévention de la transmission mère-enfant   | 176       |



|           |  |            |
|-----------|--|------------|
| 2.5       | Évaluation de l'impact   | 193        |
| 2.5.1     | Mesure de la mortalité   | 193        |
| 2.5.2     | Prévalence et incidence de l'infection à VIH   | 199        |
| 2.5.3     | Taux de transmission mère-enfant   | 203        |
| 2.5.4     | Équité   | 207        |
| 2.5.5     | Examen des réalisations sanitaires et autres   | 214        |
| <b>3.</b> | <b>Informations stratégiques efficaces</b>   | <b>221</b> |
| 3.1       | Introduction   | 222        |
| 3.2       | Sources de données   | 223        |
| 3.2.1     | Systèmes statistiques dans les établissements de santé   | 227        |
| 3.2.2     | Sources administratives  | 231        |
| 3.2.3     | Enquêtes en population   | 234        |
| 3.2.4     | Évaluations des établissements de santé  | 236        |
| 3.2.5     | Enregistrement des actes d'état civil  | 240        |
| 3.3       | Systèmes de données  | 241        |
| 3.3.1     | Dossiers individuels des patients  | 241        |
| 3.3.2     | Registres sur papier et formulaires d'enregistrement   | 243        |
| 3.3.3     | Systèmes de données informatisés   | 244        |
| 3.3.4     | Gestion des données  | 248        |
| 3.3.5     | Systèmes d'information pour la gestion sanitaire   | 256        |
| 3.4       | Examen de la qualité des données   | 257        |
| 3.5       | Utilisation et analyse des données   | 261        |
| 3.5.1     | Analyse de la cascade  | 262        |
| 3.5.2     | Utilisation des données au niveau national,<br>au niveau infranational et au niveau du point de prestation de services | 263        |
| 3.5.3     | Examens du programme   | 268        |
| 3.5.4     | Évaluation, recherche opérationnelle et science de la mise en œuvre  | 270        |
| 3.5.5     | Capacités pour obtenir les informations stratégiques   | 273        |
| <b>4.</b> | <b>Prochaines étapes : comment utiliser ce guide</b>   | <b>277</b> |
| <b>5.</b> | <b>Annexes</b>   | <b>281</b> |
|           | Annexe 1 – Tableau de la Partie II, Section 2.3 Suivi des ressources essentielles                                      | 282        |
|           | Annexe 2 – Liste des indicateurs figurant dans les Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques       | 296        |
|           | <b>Références</b>  | <b>308</b> |

# REMERCIEMENTS

## Groupe de coordination externe pour les Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH

**Co-présidents pour l'élaboration de ces lignes directrices :** Amita Pathack (National AIDS Secretariat, Île Maurice), John Aberle-Grasse [Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis, États-Unis d'Amérique].

**Membres :** Anandi Yuvaraj [The International Community of Women with HIV/AIDS (ICW), Royaume-Uni], Batya Elul [International Center for AIDS Care and Treatment Programs (ICAP), Columbia University, États-Unis d'Amérique], Elisabeth Girrbaach [Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH, Allemagne], Binod Mahanty (GIZ, GmbH, Allemagne), Sylvere Bukiki [Global Network of People Living with HIV (GNP+), Côte d'Ivoire], Paul Bouey (Office of the United States Global AIDS Coordinator, États-Unis d'Amérique), Mindy Hochgesang (CDC, Mozambique), Fan Lu (China Center of Disease Control and Prevention, Chine), Jennifer Gatsi (ICW, Namibie), Karin Lane [AID des États-Unis (USAID), États-Unis d'Amérique], Kristi Rüütel (National Institute for Health Development, Estonie), Maria Iselda Lantero (Ministerio de Salud Publica, Cuba), Meg Osler (University of Cape Town, Afrique du Sud), Siti Nadia Tarmizi (Ministère de la Santé, Indonésie), Natalya Nizova (Ministère de la Santé, Ukraine), Thuong Vu Nguyen (Pasteur Institute Hochiminh City, Viet Nam), Nelson Otwoma [National Empowerment Network of People living with HIV/AIDS in Kenya (NEPHAK), Kenya], Priscilla Idele [Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), États-Unis d'Amérique], Elsheikh Nugud (Sudan National HIV/AIDS Control Program, Soudan), Suman Jain (Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Suisse), Timothy Hallett (Imperial College, Londres, Royaume-Uni), Andreas Jahn (Ministère de la Santé, Malawi) PATH, Malawi), Teymur Noori [European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Suède], Assetina Singo Tokofai (Ministère de la Santé, Togo), William K. Maina (Ministry of Public Health and Sanitation, Kenya), Olujemisi Akinwande [The Centre for Integrated Health Programs (CIHP), Nigéria], Yibeltal Assefa (Ministère de la Santé, Éthiopie) et des membres du personnel du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).

Participants aux consultations techniques

## Consultation technique mondiale sur le suivi et l'évaluation des soins et du traitement de l'infection à VIH

Emmanuel Abatta (Federal Ministry of Health, Nigéria), Eric Remera (Ministère de la Santé, Rwanda), Peter Elyanu (Ministère de la Santé, Ouganda), Ana Roberta Pati Pascom (Ministère de la Santé, Brésil), Houlio St. Preux [Unité d'Études et de Programmation (UEP), Haïti], Nathaniel Duke (Tobago Regional Health Authority, Trinidad and Tobago), Aziza Bennani (Ministère de la Santé, Maroc), Samvel Grigoryan (National Center for AIDS Prevention, Arménie), Natalia Ladnaia (Russian Federal AIDS Centre, Russie), Myint Shwe (Ministère de la Santé, Myanmar), Cheewanan Lertpiyasuwat (Ministry of Public Health, Thaïlande), Bora Ngauv (Ministère de la Santé, Cambodge), Ma Ye (China Centers for Disease Control and Prevention, Chine), Sylvere Bukiki (GNP+, Côte d'Ivoire), Jennifer Gatsi (ICW, Namibie), Christine Nabriyo [The AIDS Support Organisation (TASO), Ouganda], Olga Varetska (Alliance, Ukraine), Bruce Agins (HEALTHQUAL International, États-Unis d'Amérique), Ivana Bozicevic (Centre collaborateur de l'OMS, Zagreb, Croatie), Kamal Marhoum El Filali (Hôpital universitaire Ibn Rochd, Maroc), Batya Elul (ICAP, Columbia University, États-Unis d'Amérique), Katherine

Hilderbrand (University of Cape Town, Afrique du Sud), Nagalingeswaran Kumarasamy (YRGCARE Medical Centre, Inde), Jeffrey Lazarus (Centre collaborateur de l'OMS, CHIP, Copenhague, Danemark), James McMahon (Monash University, Australie), Gilles Raguin (GIP Esther, France), Binod Mahanty (GIZ, GmbH, Allemagne), Suman Jain (Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Suisse), John Aberle-Grasse (CDC, États-Unis d'Amérique), Omatayo Bolu (CDC, Cameroun), James Houston (CDC, États-Unis d'Amérique), Ameer Schwitters (CDC, États-Unis d'Amérique), Joseph Barker (Office of the United States Global AIDS Coordinator, États-Unis d'Amérique), Amy Gottlieb (USAID, Afrique du Sud), Karin Lane (USAID, États-Unis d'Amérique), Washington Omwomo (USAID, Kenya), Vincent Wong (USAID, États-Unis d'Amérique), Priscilla Idele (UNICEF, États-Unis d'Amérique), Fatiha Terki [Programme alimentaire mondial (PAM), Suisse] et des membres du personnel de l'ONUSIDA.

### **Consultation technique avec des responsables d'établissements de santé, de districts et de programmes de la Région africaine**

Khuteletso Bagapi (Ministère de la Santé, Gaborone, Botswana), Akeem Ketlogetswe (Ministère de la Santé, Gaborone, Botswana), Serge Billong (Comité National de Lutte contre le SIDA Yaounde, Cameroun), Etienne Mutombo Mpoyi [administrateur recruté sur le plan national (APN) VIH/sida, Organisation mondiale de la Santé (OMS), République démocratique du Congo], Solomon Abay Nirea (Ministère de la Santé, Addis-Abeba, Éthiopie), Eleni Seyoum (APN VIH/sida, Bureau de l'OMS en Éthiopie), George Bello (Ministère de la Santé, Lilongwe, Malawi), Harriet Chanza (Bureau de l'OMS du Malawi), Richard Ochak Morris Owor (Ministère de la Santé, Juba, Soudan du Sud), Moses Mutebi Nganda (Bureau de l'OMS du Soudan du Sud), Sandile Dlamini (Ministère de la Santé, Mbabane, Swaziland), Sithembile Dlamini-Nqeketo (APN VIH/sida, Bureau de l'OMS au Swaziland), Theopista John Kabuteni (APN FHP, Bureau de l'OMS en Tanzanie), Elizabeth Namagala (Ministère de la Santé, Kampala, Ouganda), Mugagga Kagwa (APN, Bureau de l'OMS en Ouganda), Tsitsi Apollo (Ministère de la Santé, Harare, Zimbabwe), Innocent Chingombe (Ministère de la Santé, Harare, Zimbabwe), Alexander Goredema (Ministère de la Santé, Harare, Zimbabwe), Brine Masvikeni (Ministère de la Santé, Harare, Zimbabwe), Amon Mpopfu (National AIDS Council, Harare, Zimbabwe), Mirriam Munzara (Ministère de la Santé, Harare, Zimbabwe), Rashell Musiyambiri (Ministère de la Santé, Harare, Zimbabwe), Christine Chakanyuka-Musanhu (APN VIH/sida, Bureau de l'OMS au Zimbabwe), Sylvere Bukiki (GNP+, Côte d'Ivoire), Mike Merrigan (FHI360, Botswana), Mesmey Ebogo (ICAP, Columbia University, Cameroun), Tsigerida Gadisa (ICAP, Columbia University, Éthiopie), Joseph Kamoga (CDC, Ouganda), Priscilla Idele (UNICEF, États-Unis d'Amérique), Eleanie Nyankesha (UNICEF, Sénégal), Meg Osler (University of Cape Town, Afrique du Sud), Nirina Razakaso (Bureau régional OMS de l'Afrique), Innocent Nuwagira (Bureau régional OMS de l'Afrique), Teshome Desta Woldehanna (Bureau régional OMS de l'Afrique), Buhle Ncube (Bureau régional OMS de l'Afrique), Dinnuy Patrick Kombate-Noudjo (Bureau régional OMS de l'Afrique), Chika Hayashi (OMS, Suisse), Vincent Habiyambere (OMS, Suisse), Sisay Sirgu Betizazu (Consultant OMS, Éthiopie), Kathleen Fox (Consultant OMS, Suisse) et des membres du personnel de l'ONUSIDA.

### **Consultation technique sur le suivi et l'évaluation de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et de l'infection à VIH chez l'enfant**

Peter Elyanu (Ministère de la Santé, Ouganda), Emmanuel Abatta (Federal Ministry of Health, Nigéria), Natalya Nizova (Ministère de la Santé, Ukraine), Evgeny Voronin (Scientific-Practical Centre for Care for Pregnant Women and Children with HIV/AIDS, Russie), Shanti Singh (National AIDS Programme Secretariat, Guyana), Adriana Durán (Ministerio de Salud Ciudad, Argentine), Sarawut Boonsuk (Ministry of Public Health, Thaïlande), Samreth Sovannarith (Ministère de la Santé, Cambodge), Tih Pius Muffih (Cameroon Baptist Convention, Cameroun), Vidya Mave (BJ Medical College, Inde), Jennifer Gatsi (ICW, Namibie), Nandita Sughandi (Initiative Clinton pour l'accès à la santé, États-Unis d'Amérique), Shabbir Ismail Abbas (Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation, États-Unis d'Amérique), Rebecca Cathcart



(Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation, États-Unis d'Amérique), Susan Adamchak (FHI360, États-Unis d'Amérique), Suman Jain (Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Suisse), Rosalind Carter (UNICEF, États-Unis d'Amérique), Fatima Tsiouris (ICAP, Columbia University, États-Unis d'Amérique), Elaine Abrams (ICAP, Columbia University, États-Unis d'Amérique), Caitlin Matson (ICAP, Columbia University, États-Unis d'Amérique), Alisha Myers (mothers2mothers, Afrique du Sud), Lara Vaz (Save the Children, États-Unis d'Amérique), Marleen van der Ree [Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), États-Unis d'Amérique], Priscilla Idele (UNICEF, États-Unis d'Amérique), Tin Tin Sint (UNICEF, États-Unis d'Amérique), Jacquie Firth (USAID, États-Unis d'Amérique), Benjamin Isquith (USAID, États-Unis d'Amérique), Ryan Phelps (USAID, États-Unis d'Amérique), John Aberle-Grasse (CDC, États-Unis d'Amérique), Michelle Adler (CDC, États-Unis d'Amérique), Rachel Blacher (CDC, États-Unis d'Amérique), Laura Broyles (CDC, États-Unis d'Amérique), Alex Cox (CDC, États-Unis d'Amérique), Mamadou Diallo (CDC, États-Unis d'Amérique), James Houston (CDC, États-Unis d'Amérique), Emily Koumans (CDC, États-Unis d'Amérique), Laura Porter (CDC, États-Unis d'Amérique), Xenophon Santas (CDC, États-Unis d'Amérique), Monica Alonso Gonzalez (Organisation panaméricaine de la Santé), Sonja Caffè (Organisation panaméricaine de la Santé), Innocent Nuwagira (Bureau régional OMS de l'Afrique), Eleni Seyoum (Bureau régional OMS de l'Afrique), Chika Hayashi (OMS, Suisse), Nathan Shaffer (OMS, Suisse) et des membres du personnel de l'ONUSIDA.

### **Guide technique pour aider les pays à établir des cibles pour la prévention, le traitement et les soins de l'infection à VIH pour les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les personnes transgenres**

Gillian Anderson (CDC, États-Unis d'Amérique), George Ayala (The Global Forum on MSM & HIV, États-Unis d'Amérique), Stefan Baral (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, États-Unis d'Amérique), Gerard Belimac (Department of Health, Philippines), Irene Benech (CDC, États-Unis d'Amérique), Parinita Bhattacharjee (University of Manitoba, Kenya), Jordi Casabona (Center for Epidemiological Studies on STIs and HIV/AIDS, Espagne), Gina Dallabetta (Fondation Bill et Melinda Gates, États-Unis d'Amérique), Anna Dovbakh (International HIV/AIDS Alliance, Ukraine), Andrea Gonzalez (Condesa, Mexique), Mauro Guarinieri (Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Suisse), Suman Jain (Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Suisse), Bonita Kilama [The National AIDS Control Programme (NACP), Tanzanie], Romel Lacson (CDC, États-Unis d'Amérique), Manilal N.R. (Ministry of Health & Family Welfare, Inde), Bradley Mathers (Kirby Institute, Australie), Agneta Mbithi (National AIDS and STI Control Program, Kenya), KoKo Naing (National AIDS Programme, Department of Health, Myanmar), Tonia Poteat (Office of the United States Global AIDS Coordinator, États-Unis d'Amérique), Owen Ryan (amfAR, The Foundation for AIDS Research, États-Unis d'Amérique), Paul Semugoma (African Men for Sexual Health and Rights, Afrique du Sud), Alfonso Silva-Santesteban (Universidad Peruana Cayetano Heredia, Pérou), Khartini Slamah (Global Network of Sex Work Projects, Malaisie), Patrick Sullivan (Emory University, États-Unis d'Amérique), Siti Nadia Tarmizi (Ministère de la Santé, Indonésie), Bea Vuylsteke (Institute of Tropical Medicine, Belgique), Sharon Weir (University of North Carolina, États-Unis d'Amérique), Cameron Wolf (USAID, États-Unis d'Amérique), Tisha Wheeler (USAID, États-Unis d'Amérique), Jon de Wit (University of New South Wales, Australie), Ludo Bok [Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), États-Unis d'Amérique], Geoffrey Okumu (UNFPA, États-Unis d'Amérique), Tim Sladden (UNFPA), Frank Lule (Bureau régional OMS de l'Afrique), Rafael Mazin (Organisation panaméricaine de la Santé), Razia Pendse (Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est), Pengfei Zhao (Bureau régional OMS du Pacifique occidental), Rachel Baggaley (OMS, Suisse), Isabelle Bergeri (OMS, Suisse), Chika Hayashi (OMS, Suisse), Antonio Lee (OMS, Suisse), Michelle Rodolph (Consultant OMS, Suisse), Igor Toskin (OMS, Suisse), Annette Verster (OMS, Suisse) et des membres du personnel de l'ONUSIDA.

### **Groupe de travail sur le traitement antirétroviral**

John Aberle-Grasse (CDC, États-Unis d'Amérique), Laura Porter (CDC, États-Unis d'Amérique), Joseph Barker (Office of the United States Global AIDS Coordinator, États-Unis d'Amérique), Ambereen Jaffer (USAID, États-Unis d'Amérique), Paul Bouey (Office of the United States Global AIDS Coordinator, États-Unis d'Amérique), Silvia Holzinger (GIZ, GmbH, Allemagne), Binod Mahanty (GIZ, GmbH, Allemagne), Denise Duran (CDC, États-Unis d'Amérique), Anuli Ajene (CDC, États-Unis d'Amérique), Oluyemisi Akinwande (CIHP, Nigéria), Vincent Wong (USAID, États-Unis d'Amérique), Stephanie Behel (CDC, États-Unis d'Amérique), Monica Alonso Gonzalez (Organisation panaméricaine de la Santé), Giovanni Ravasi (Organisation panaméricaine de la Santé), Nirina Razakaso (Bureau régional OMS de l'Afrique), Annemarie Stengaard (Bureau régional OMS de l'Europe), Dongbao Yu (Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est), Amaya Maw-Naing (Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est), Razia Pendse (Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est), Hamida Khattabi (Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale), Chika Hayashi (OMS, Suisse), Eyerusalem Negussie (OMS, Suisse), Lisa Nelson (OMS, Suisse), Meg Doherty (OMS, Suisse), Raul Gonzalez (OMS, Suisse), Marco Vitoria (OMS, Suisse), François Renaud (OMS, Suisse), Nathan Ford (OMS, Suisse), Silvia Bertagnolio (OMS, Suisse), Michael Jordan (Consultant OMS, Suisse) et des membres du personnel de l'ONUSIDA.

### **Groupe de travail sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH**

John Aberle-Grasse (CDC, États-Unis d'Amérique), Rachel J Blacher (CDC, États-Unis d'Amérique), Rosalind Carter (UNICEF, États-Unis d'Amérique), Fatima Tsiouris (ICAP, Columbia University, États-Unis d'Amérique), Shabbir Ismail (Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation, États-Unis d'Amérique), Susan Adamchak (FHI360, États-Unis d'Amérique), Karin Lane (USAID, États-Unis d'Amérique), Michelle Adler (CDC, États-Unis d'Amérique), James Houston (CDC, États-Unis d'Amérique), Teagan Callahan (CDC, États-Unis d'Amérique), Priscilla Idele (UNICEF, États-Unis d'Amérique), Binod Mahanty (GIZ, GmbH, Allemagne), Oluyemisi Akinwande (CIHP, Nigéria), Monica Alonso Gonzalez (Organisation panaméricaine de la Santé), Nirina Razakaso (Bureau régional OMS de l'Afrique), Annemarie Stengaard (Bureau régional OMS de l'Europe), Dongbao Yu (Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est), Amaya Maw-Naing (Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est), Razia Pendse (Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est), Hamida Khattabi (Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale), Chika Hayashi (OMS, Suisse), Nathan Shaffer (OMS, Suisse), Lisa Nelson (OMS, Suisse), Nigel Rollins (OMS, Suisse), Raul Gonzalez (OMS, Suisse) et des membres du personnel de l'ONUSIDA.

### **Groupe de travail sur le traitement antirétroviral chez l'enfant**

Dick Chamla (UNICEF, États-Unis d'Amérique), Priscilla Idele (UNICEF, États-Unis d'Amérique), Tin Tin Sint (UNICEF, États-Unis d'Amérique), Eric Dziuban (CDC, États-Unis d'Amérique), Jacqueline Firth (USAID, États-Unis d'Amérique), Anouk Amzel (USAID, États-Unis d'Amérique), Mamadou Otto Diallo (CDC, États-Unis d'Amérique), Ruby Fayorsey (ICAP, Columbia University, États-Unis d'Amérique), Emilia H Koumans (CDC, États-Unis d'Amérique), Benjamin Phelps (USAID, États-Unis d'Amérique), Elaine Abrams (ICAP, Columbia University, États-Unis d'Amérique), Monica Alonso Gonzalez (Organisation panaméricaine de la Santé), Nirina Razakaso (Bureau régional OMS de l'Afrique), Annemarie Stengaard (Bureau régional OMS de l'Europe), Dongbao Yu (Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est), Amaya Maw-Naing (Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est), Razia Pendse (Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est), Hamida Khattabi (Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale), Chika Hayashi (OMS, Suisse), Raul Gonzalez (OMS, Suisse), Martina Penazzato (OMS, Suisse), Lulu Muhe (OMS, Suisse), Meg Doherty (OMS, Suisse) et des membres du personnel de l'ONUSIDA.

### **Groupe de travail sur le conseil et le dépistage du VIH**

John Aberle-Grasse (CDC, États-Unis d'Amérique), Stephanie Behel (CDC, États-Unis d'Amérique), Denise Duran (CDC, États-Unis d'Amérique), Charlene Brown (USAID, États-Unis d'Amérique), Elizabeth Marum (CDC, États-Unis d'Amérique), Juliette Edzeame (GIZ, GmbH,

Allemagne), Vincent Wong (USAID, États-Unis d'Amérique), Kristi Rüütel (National Institute for Health Development, Estonie), Monica Alonso Gonzalez (Organisation panaméricaine de la Santé), Nirina Razakaso (Bureau régional OMS de l'Afrique), Annemarie Stengaard (Bureau régional OMS de l'Europe), Dongbao Yu (Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est), Amaya Maw-Naing (Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est), Hamida Khattabi (Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale), Rachel Baggaley (OMS, Suisse), Chika Hayashi (OMS, Suisse), Cheryl Johnson (Consultant OMS, Suisse), Kathryn Curran (Consultant OMS, Suisse) et des membres du personnel de l'ONUSIDA.

### **Groupe de travail sur les populations clés**

Irene Benech (CDC, Tanzanie), Stefan Baral (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, États-Unis d'Amérique), Gina Dallabetta (Fondation Bill et Melinda Gates), Monica Alonso Gonzalez (Organisation panaméricaine de la Santé), Txema Calleja (OMS, Suisse), Annette Verster (OMS, Suisse) et des membres du personnel de l'ONUSIDA.

### **Comité sur le Guide relatif à la co-infection VIH/tuberculose**

Jacob Dee (CDC, États-Unis d'Amérique), Charlotte Colvin (CDC, États-Unis d'Amérique), Anand Date (CDC, États-Unis d'Amérique), Eric Pevzner (CDC, États-Unis d'Amérique), Yibletal Assefa (Ministère de la Santé, Éthiopie), Lucy Chesire (Tuberculosis Advocacy Consortium, Kenya), Liz Corbett (London School Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni), Suman Jain (Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Suisse), Nathan Kapata (Ministère de la Santé, Zambie), Jeroen van Gorkom (KNCV Tuberculosis Foundation, Pays-Bas), B.B. Rewari (National AIDS Control Organisation India, Inde), Eliud Wandwalo (Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Suisse), Boniswa Sharon Seti (AIDS & Rights Alliance for Southern Africa, Afrique du Sud), Bernard Langat (Ministère de la Santé, Kenya), Seng Sopheap [The National Center for HIV/ AIDS, Dermatology and STD Control (NCHADS), Cambodge], Stéphane d'Almeida [Programme National de Lutte contre le Sida et les IST (PNLS), Togo], Andrei Dadu (Bureau régional OMS de l'Europe), Annemarie Stengaard (Bureau régional OMS de l'Europe), Masaya Kato (Bureau régional OMS du Pacifique occidental), Harilala Nirina Razakaso (Bureau régional OMS de l'Afrique), Rafael Alberto Lopez Olarte (Organisation panaméricaine de la Santé), Meg Doherty (OMS, Suisse), Philippe Glaziou (OMS, Suisse), Haileyesus Getahun (OMS, Suisse), Hazim Timimi (OMS, Suisse), Lisa Nelson (OMS, Suisse), Chika Hayashi (OMS, Suisse), Dennis Falzon (OMS, Suisse), Annabel Baddeley (OMS, Suisse), Avinash Kanchar (Consultant OMS, Suisse) et des membres du personnel de l'ONUSIDA.

### **Groupe d'examen des indicateurs chargé de l'examen des nouveaux indicateurs**

David Hales (expert dans le domaine des indicateurs, Royaume-Uni), Jon Hopkins [International Planned Parenthood Federation (IPPF), Royaume-Uni], Joy Fishel [Demographic and Health Surveys (DHS), États-Unis d'Amérique], Nicole Fraser (Banque mondiale, Royaume-Uni), Patrick Kaburi (National AIDS Control Council, Kenya), Rachel Albone (HelpAge International, Royaume-Uni), Teymur Noori (ECDC, Suède), Chika Hayashi (OMS, Suisse).

### **Contributeurs pour la Partie 2**

Annette Verster (Département HIV), Joseph Perriens (Département HIV), Rachel Baggaley (Département HIV), Julie Samuelson (Département HIV), Kevin O'Reilly (Département HIV), Junping Yu (Département Systèmes de santé et innovation), Lori Newman (Department of Reproductive Health and Research), Eyerusalem Negussie (Département HIV), Lisa Nelson (Département HIV), Nathan Ford (Département HIV), Shaffiq Essaje (Département HIV), Silvia Bertagnolio (Département HIV), François Renaud (Département HIV), Raul Gonzalez (Département HIV), Martina Penazzato (Département HIV), Nathan Shaffer (Département HIV), Marco Vitoria (Département HIV), Vincent Habiyambere (Département HIV), Nigel Rollins (Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent),

Meg Doherty (Département HIV), Philippe Glaziou (Département Programme mondial de lutte antituberculeuse), Haileyesus Getahun (Département Programme mondial de lutte antituberculeuse), Hazim Timimi (Département Programme mondial de lutte antituberculeuse), Dennis Falzon (Département Programme mondial de lutte antituberculeuse), Annabel Baddeley (Département Programme mondial de lutte antituberculeuse), Isabel Bergeri (Département HIV), Lisa Nelson (Département HIV), Philippa Easterbrook (Département HIV), Selma Khamassi (Département Systèmes de santé et innovation), Neelam Dhingra-Kumar (Département Systèmes de santé et innovation), Jeremy Addison Lauer (Département Systèmes de santé et innovation), Landry Dongmo Tsague (UNICEF, États-Unis d'Amérique), Elevanie Nyakesha (UNICEF, États-Unis d'Amérique), Priscilla Idele (UNICEF, États-Unis d'Amérique), Bradley Mathers (Kirby Institute, Australie), John Aberle-Grasse (CDC, États-Unis d'Amérique), James Houston (CDC, États-Unis d'Amérique), Jacob Dee (CDC, États-Unis d'Amérique), Leigh Tally (CDC, États-Unis d'Amérique), Alex Cox (CDC, États-Unis d'Amérique), Rachel Blacher (CDC, États-Unis d'Amérique), Evelyn Kim (CDC, États-Unis d'Amérique), Mahesh Swaminathan (CDC, États-Unis d'Amérique) et des membres du personnel de l'ONUSIDA.

### **Contributeurs pour la Partie 3**

Meg Osler (Cape Town University, Afrique du Sud), Binod Mahanty (GIZ, GmbH, Allemagne), Karin Lane (CDC, États-Unis d'Amérique), Amita Pathack (National AIDS Secretariat, Île Maurice), Ramesha Krishnamurthy (Département Systèmes de santé et innovation), Greet Peersman (Consultant OMS, Australie), Mazuwa Banda (Département HIV), Isabel Bergeri (Département HIV), Tessa Edejer (Département Gouvernance et financement des systèmes de santé), Kavitha Viswanathan (Département Gouvernance et financement des systèmes de santé), Hapsatou Toure, Nathalie Van De Maele (Département Gouvernance et financement des systèmes de santé)

### **Personnel et consultants de l'Organisation mondiale de la Santé**

Chika Hayashi (Département HIV) a coordonné le processus d'élaboration de ces lignes directrice avec l'appui de Daniel Low-Beer (Département HIV), Gundo Weiler (Département HIV) et Txema Calleja (Département HIV). Daniel Tarantola (Consultant, Département HIV) a fourni des orientations générales sur ce guide et préparé des versions préliminaires de différentes sections. Awandha Mamahit (Consultant, Département HIV) a apporté un appui général au processus d'élaboration de ces lignes directrices.

Le groupe ci-dessus constitue le Groupe d'orientation sur les lignes directrices de l'OMS.

Les membres du personnel de l'OMS dont les noms figurent ci-dessous ont contribué à l'élaboration de certaines sections ou à l'élaboration d'une version préliminaire de ces lignes directrices :

Annette Verster (Département HIV), Joseph Perriens (Département HIV), Rachel Baggaley (Département HIV), Julie Samuelson (Département HIV), Kevin O'Reilly (Département HIV), Junping Yu (Département Systèmes de santé et innovation), Ramesha Krishnamurthy (Département Systèmes de santé et innovation), Lori Newman (Département Santé et recherche génésiques), Eyerusalem Negussie (Département HIV), Lisa Nelson (Département HIV), Nathan Ford (Département HIV), Silvia Bertagnolio (Département HIV), François Renaud (Département HIV), Raul Gonzalez (Département HIV), Martina Penazzato (Département HIV), Nathan Shaffer (Département HIV), Mazuwa Banda (Département HIV), Marco Vitoria (Département HIV), Vincent Habiyambere (Département HIV), Nigel Rollins (Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent), Lulu Muhe (Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent), Meg Doherty (Département HIV), Philippe Glaziou (Département Programme mondial de lutte antituberculeuse), Haileyesus Getahun (Département Programme mondial de lutte antituberculeuse), Hazim Timimi (Département Programme mondial de lutte antituberculeuse), Dennis Falzon (Département Programme mondial de lutte antituberculeuse), Annabel Baddeley (Département Programme mondial de

lutte antituberculeuse), Isabel Bergeri (Département HIV), Michel Beusenbergh (Département HIV), Philippa Easterbrook (Département HIV). Les consultants de l'OMS dont les noms figurent ci-après ont participé à l'élaboration de ces lignes directrices : April Baller, Michelle Williams, Avinash Kanchar, Cheryl Johnson, Michael Jordan, Jhoney Barcarolo et Theresa Babovic.

Monica Alonso Gonzalez (Organisation panaméricaine de la Santé), Giovanni Ravasi (Organisation panaméricaine de la Santé), Nirina Razakaso (Bureau régional OMS de l'Afrique), Annemarie Stengaard (Bureau régional OMS de l'Europe), Dongbao Yu (Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est), Masaya Kato (Bureau régional OMS du Pacifique occidental), Amaya Maw-Naing (Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est), Razia Pendse (Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est), Hamida Khattabi (Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale).

Nous tenons à remercier les consultants de l'OMS pour leur travail de rédaction ou d'édition : Jura Editorial Service (Ward Rinehart et Sarah Johnson) ont réalisé le travail de mise en forme et conçu les illustrations. Greet Peersman a contribué à la rédaction technique d'une version très préliminaire de la Partie 3. Oyuntungalag Namjilsuren a fourni une assistance en termes de communication. Maryann-Nnenkai Akpama et Laurent Poulaint ont fourni un soutien administratif.

### **Remerciements pour les contributions financières**

Le soutien financier pour ce travail a été apporté par le Plan d'urgence du président des États-Unis en matière de lutte contre le sida (en anglais United States President's Emergency Plan for AIDS Relief, PEPFAR), Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH a apporté un soutien en finançant un consultant expert. L'OMS remercie également les institutions qui ont apporté un soutien par du temps de personnel ou d'autres contributions lors du processus d'élaboration.

Tout commentaire sur ce guide et toute suggestion peuvent être envoyés aux adresses suivantes : [hiv-aids@who.int](mailto:hiv-aids@who.int)

# TABLEAUX

|                     |   |     |
|---------------------|---|-----|
| <b>Tableau 1.1</b>  | Les trois 90 : cibles, indicateurs et définitions   | 36  |
| <b>Tableau 2.1</b>  | Les 10 indicateurs pour le suivi mondial de la riposte du secteur de la santé au VIH                                | 41  |
| <b>Tableau 2.2</b>  | Principaux indicateurs relatifs à la prévention de l'infection à VIH et aux critères pour recevoir un traitement    | 56  |
| <b>Tableau 2.3</b>  | Indicateurs relatifs à la stigmatisation et à la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH       | 59  |
| <b>Tableau 2.4</b>  | Indicateurs relatifs à la disponibilité et à la qualité des services ainsi qu'aux liens entre les services          | 282 |
| <b>Tableau 2.5</b>  | Indicateurs relatifs aux personnels de santé  | 286 |
| <b>Tableau 2.6</b>  | Indicateurs relatifs aux technologies et aux produits médicaux  | 287 |
| <b>Tableau 2.7</b>  | Indicateurs relatifs aux informations stratégiques  | 292 |
| <b>Tableau 2.8</b>  | Indicateurs relatifs à la gouvernance, au leadership et à l'environnement politique                                 | 293 |
| <b>Tableau 2.9</b>  | Indicateurs relatifs au financement et au calcul des coûts pour les programmes de lutte contre le VIH               | 294 |
| <b>Tableau 2.10</b> | Indicateurs programmatiques relatifs aux populations clés   | 74  |
| <b>Tableau 2.11</b> | Indicateurs programmatiques relatifs à la programmation dans le secteur de la santé de l'utilisation du préservatif | 79  |
| <b>Tableau 2.12</b> | Indicateurs programmatiques relatifs à la circoncision masculine médicale volontaire                                | 83  |
| <b>Tableau 2.13</b> | Indicateurs programmatiques relatifs à la prophylaxie post-exposition et à la prophylaxie pré-exposition            | 85  |
| <b>Tableau 2.14</b> | Indicateurs programmatiques relatifs à la sécurité des injections   | 87  |
| <b>Tableau 2.15</b> | Indicateurs programmatiques relatifs à la sécurité transfusionnelle   | 89  |
| <b>Tableau 2.16</b> | Principaux indicateurs relatifs aux infections sexuellement transmissibles  | 92  |
| <b>Tableau 2.17</b> | Indicateurs programmatiques relatifs aux services de dépistage du VIH   | 103 |
| <b>Tableau 2.18</b> | Indicateurs programmatiques relatifs aux liens avec les soins et à l'inscription dans les soins                     | 116 |
| <b>Tableau 2.19</b> | Indicateurs programmatiques relatifs à la co-infection tuberculose/VIH  | 125 |
| <b>Tableau 2.20</b> | Indicateurs programmatiques relatifs aux autres co-morbidités   | 139 |
| <b>Tableau 2.21</b> | Indicateurs programmatiques relatifs au traitement antirétroviral   | 146 |
| <b>Tableau 2.22</b> | Récapitulatif des indicateurs programmatiques relatifs à l'infection à VIH chez l'enfant                            | 160 |
| <b>Tableau 2.23</b> | Indicateurs programmatiques relatifs au suivi de la toxicité  | 163 |
| <b>Tableau 2.24</b> | Indicateurs relatifs à la résistance du VIH aux ARV calculés à l'aide d'enquêtes spéciales                          | 166 |
| <b>Tableau 2.25</b> | Indicateurs programmatiques relatifs à la suppression de la charge virale   | 172 |
| <b>Tableau 2.26</b> | Indicateurs programmatiques relatifs à la prévention de la transmission mère-enfant                                 | 181 |
| <b>Tableau 2.27</b> | Caractéristiques des sources de données pour la mesure de la mortalité  | 197 |

|                     |  |     |
|---------------------|--|-----|
| <b>Tableau 2.28</b> | Stratégies pour un plan d'élaboration d'un système de registres et de statistiques de l'état civil en vue de produire des statistiques fiables, continues et représentatives sur la mortalité, y compris sur les causes de décès | 198 |
| <b>Tableau 2.29</b> | Indicateur programmatique relatif à la mortalité liée au VIH   | 199 |
| <b>Tableau 2.30</b> | Indicateurs relatifs à l'incidence et à la prévalence de l'infection à VIH   | 204 |
| <b>Tableau 2.31</b> | Résumé des méthodes utilisées pour mesurer l'impact des programmes de prévention de la transmission mère-enfant  | 209 |
| <b>Tableau 2.32</b> | Indicateur programmatique relatif à l'équité   | 215 |
| <b>Tableau 2.33</b> | Examens périodiques du programme   | 216 |
| <b>Tableau 2.34</b> | Exemples de réalisations et d'impacts sanitaires et non sanitaires d'un traitement antirétroviral performant   | 216 |
| <b>Tableau 2.35</b> | Exemples d'indicateurs d'impacts sanitaires de l'infection à VIH et du traitement antirétroviral : nutrition   | 218 |
| <b>Tableau 2.36</b> | Exemples d'indicateurs de réalisations ou d'impacts non sanitaires du traitement antirétroviral : stigmatisation et discrimination   | 219 |

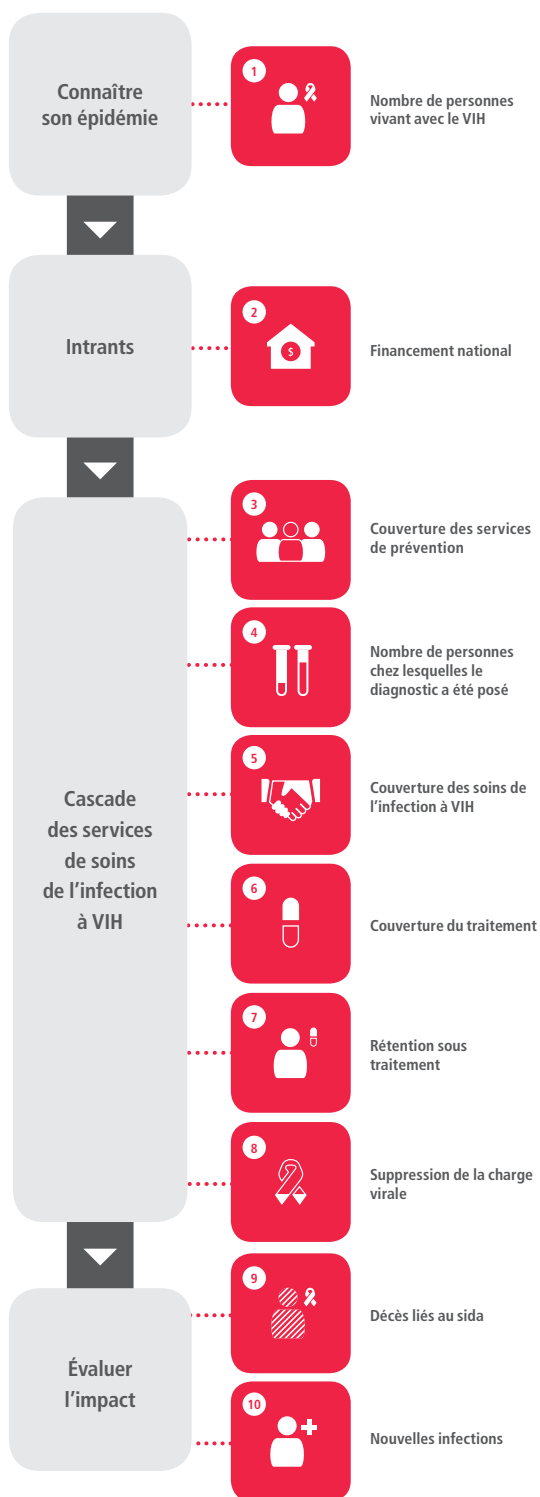
# ABRÉVIATIONS

|         |  |
|---------|--|
| ARV     | antirétroviral   |
| CD4     | Lymphocyte T porteur du récepteur CD4  |
| CIM     | Classification internationale des maladies   |
| CIM-10  | Dixième Révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes                                     |
| D       | dénominateur   |
| ETME    | élimination de la transmission mère enfant   |
| INNTI   | inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse   |
| IP      | inhibiteur de la protéase  |
| IST     | infection sexuellement transmissible   |
| N       | numérateur   |
| NASA    | estimation nationale des ressources et dépenses relatives au sida en anglais National AIDS Spending Assessment                                       |
| OCDE    | Organisation de Coopération et de Développement Économiques  |
| OMS     | Organisation mondiale de la Santé  |
| ONUSIDA | Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida   |
| PEPFAR  | Plan d'urgence du président des États-Unis en matière de lutte contre le sida en anglais United States President's Emergency Plan for AIDS Relief    |
| PPE     | prophylaxie post-exposition  |
| PPrE    | prophylaxie pré-exposition   |
| PTME    | prévention de la transmission mère enfant  |
| RARSM   | Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde en anglais Global AIDS Response Progress Reporting (GARPR)                                   |
| SARA    | Mesurer la disponibilité et la capacité opérationnelle des services en anglais Service Availability and Readiness Assessment                         |
| SAVVY   | sample vital registration with verbal autopsy en anglais sample vital registration with verbal autopsy   |
| SHA     | Système de comptes de la santé en anglais System of Health Accounts  |
| SMI     | santé maternelle et infantile  |
| TAAN    | tests d'amplification des acides nucléiques  |
| TAR     | traitement antirétroviral  |
| TME     | transmission mère enfant   |
| TME     | transmission mère-enfant   |
| TSO     | thérapie de substitution aux opioïdes  |
| UNGASS  | Assemblée générale des Nations Unies - Session extraordinaire sur le VIH/SIDA en anglais United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS |
| UNICEF  | Fonds des Nations Unies pour l'Enfance en anglais United Nations Children's Fund   |
| VHB     | virus de l'hépatite B  |
| VHC     | virus de l'hépatite C  |
| VIH     | virus de l'immunodéficience humaine  |
| HTS     | HIV testing services   |
| IBBS    | Integrated Bio- and Behavioural Surveys  |
| ICD     | International Classification of Diseases   |
| ICT     | information and communication technology   |
| IPT     | isoniazid preventive therapy   |
| IRB     | Institutional Review Board   |



|        |   |
|--------|---|
| IRIS   | International Registry for Information Sharing              |
| LFU    | lost to follow-up   |
| LTBI   | latent tuberculosis infection                               |
| M&E    | monitoring and evaluation                                   |
| MCH    | maternal and child health                                   |
| MICS   | Multiple Indicator Cluster Survey                           |
| MOH    | ministry of health  |
| MTCT   | maternal-to-child transmission                              |
| NAAT   | nucleic acid amplification testing                          |
| NASA   | National AIDS Spending Assessment                           |
| NCPI   | National Commitments and Policies Instrument                |
| NNRTI  | non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor              |
| NRTI   | nucleoside reverse transcriptase inhibitor                  |
| NSP    | needle–syringe programme                                    |
| NSUM   | network scale-up method                                     |
| OECD   | Organisation for Economic Co-operation and Development      |
| OI     | opportunistic infection                                     |
| OST    | opioid substitution therapy                                 |
| OTIF   | on time and in full   |
| PDR    | pre-treatment drug resistance                               |
| PEPFAR | United States President’s Emergency Plan for AIDS Relief    |
| PITC   | provider-initiated testing and counselling                  |
| PLHIV  | people living with HIV                                      |
| PMTCT  | prevention of maternal-to-child transmission                |
| POC    | point of care   |
| PSM    | procurement and supply management                           |
| PT     | proficiency testing   |
| PWID   | people who inject drugs                                     |
| QI     | quality improvement   |
| RDQA   | Routine Data Quality Assessment                             |
| RDS    | respondent-driven sampling                                  |
| SARA   | service availability and readiness assessment               |
| SAVVY  | sample vital registration with verbal autopsy               |
| SHA    | System of Health Accounts                                   |
| SI     | strategic information                                       |
| SMS    | short message service                                       |
| SOP    | standard operating procedure                                |
| SRS    | sample registration system                                  |
| STI    | sexually transmitted infection                              |
| TB     | tuberculosis  |
| TLS    | time–location sampling                                      |
| UNAIDS | Joint United Nations Programme on HIV/AIDS                  |
| UNDP   | United Nations Development Programme                        |
| UNGASS | United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS |
| UNICEF | United Nations Children’s Fund                              |
| VA     | verbal autopsy  |
| VL     | viral load  |
| VMMC   | voluntary medical male circumcision                         |
| WHO    | World Health Organization                                   |

## Indicateurs mondiaux pour le suivi et l'évaluation de la riposte du secteur de la santé au VIH



# Informations stratégiques: un cadre unifié

# 1

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1.1 Introduction</b>   | <b>16</b> |
| <b>1.2 Pourquoi collecter et utiliser des informations stratégiques ?</b>       | <b>17</b> |
| <b>1.3 Organisation de ce document</b>  | <b>19</b> |
| <b>1.4 Le cadre stratégique</b>   | <b>21</b> |
| <b>1.5 Les indicateurs : choix, classement par ordre de priorité et analyse</b> | <b>24</b> |
| <b>1.6 Les responsabilités et la cible 90-90-90</b>                             | <b>30</b> |

# 1. INFORMATIONS STRATÉGIQUES: UN CADRE UNIFIÉ

## 1.1 Introduction

Ce document d'orientation unifie, classe par ordre de priorité et décrit les principaux indicateurs utilisés pour le suivi de la riposte du secteur de la santé au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au niveau des pays et au niveau mondial. Son but est d'aider les pays à choisir, collecter et analyser de manière systématique les informations stratégiques pouvant contribuer à orienter la riposte du secteur de la santé au VIH. L'objectif de cette unification est de faire en sorte que l'ensemble des indicateurs soient réunis au même endroit, classés par ordre de priorité, reliés en une chaîne de résultats, et qu'ils puissent être utilisés pour contribuer à la qualité des soins tout au long de la cascade de services de lutte contre le VIH du secteur de la santé.

Depuis ses débuts à la fin des années 1980, la riposte mondiale au VIH a considéré les informations stratégiques comme une priorité de premier plan pour améliorer la qualité des programmes. Cette riposte constitue probablement le domaine de la santé publique pour lequel a été élaboré l'ensemble le plus complet d'indicateurs, de méthodes et d'outils pour collecter, analyser, utiliser et diffuser des informations. En regroupant les différents indicateurs et en les classant par ordre de priorité, ce guide unifié vise à aider les programmes à :

1. sélectionner et classer par ordre de priorité les indicateurs les plus pertinents pour établir des rapports aux niveaux national et mondial ;
2. unifier les mesures effectuées tout au long de la cascade de services de prévention, de soins et de traitement ;
3. établir des liens entre les services et les réalisations afin de mieux évaluer leur couverture, leur qualité et leur impact ;
4. améliorer l'analyse, la ventilation et l'utilisation des données pour renforcer les liens ainsi que pour identifier les obstacles et les priorités tout au long de la cascade de services ;
5. harmoniser la manière de préparer les rapports entre les différents programmes (par exemple en ce qui concerne le dépistage, le traitement et les soins) et de transmettre les données au niveau mondial pour simplifier et améliorer la coordination ;
6. simplifier le suivi à l'échelle mondiale en utilisant 10 indicateurs pour suivre la cascade de services de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins du secteur de la santé et rendre compte des progrès accomplis pour atteindre la cible 90-90-90 ;

### Points clés de la Partie 1

Ce guide est destiné aux personnels qui collectent, analysent et utilisent les informations en rapport avec l'infection à VIH pour aider à la prise de décisions dans les différents pays.

Pour mesurer la riposte du secteur de la santé au VIH, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande l'utilisation de 50 indicateurs nationaux, 10 d'entre eux ayant été choisis pour assurer la surveillance au niveau mondial.

Cette liste très ciblée d'indicateurs contribue à l'amélioration de la qualité des données pour :

1. évaluer et améliorer les services tout au long de la cascade de services du secteur de la santé ;
2. fixer les responsabilités pour établir des rapports au niveau mondial et atteindre la cible 90-90-90 ;
3. établir tout au long de la cascade des liens entre les services d'une part et les réalisations et l'impact d'autre part.

7. unifier les différents types de soutien apportés pour le fonctionnement des systèmes de données et pour les analyses de données au niveau des pays et s'assurer qu'ils sont en cohérence avec les enjeux prioritaires de l'après-2015.

Choix des indicateurs. Ce guide d'orientation vise à simplifier, à classer par ordre de priorité et à mettre à jour les indicateurs existants. En collaboration avec ses partenaires, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a choisi les indicateurs les plus pertinents pour la gestion des programmes de lutte contre le VIH et pour établir des rapports aux niveaux infranational, national ou mondial. Les indicateurs proposés dans ce guide ont été choisis avant tout parmi les indicateurs existants et sont principalement tirés de publications antérieures de l'OMS. La différence est qu'ils sont maintenant réunis au même endroit et qu'ils suivent une chaîne de résultats bien définie permettant d'évaluer la cascade des services du secteur de la santé. Ce guide met également en cohérence les différents rapports mondiaux à l'aide du Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde (RARSM), de l'inclusion des futurs Objectifs de développement durable (ODD), de la responsabilisation de chacun pour atteindre la cible 90-90-90 (voir la Section 1.6) et de la prise en compte de certaines exigences fixées pour l'établissement des rapports par le Plan d'urgence du président des États-Unis en matière de lutte contre le sida (en anglais United States President's Emergency Plan for AIDS Relief, PEPFAR) et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. La sélection des indicateurs s'est faite en suivant un processus comprenant la tenue de réunions consultatives ainsi que la mise en place d'un groupe d'orientation et de groupes de travail avec les partenaires pour chaque domaine du programme. Les groupes de travail se sont concentrés sur l'articulation des indicateurs les uns par rapport aux autres et sur leur classement par ordre de priorité ainsi que sur leur mise à jour pour qu'ils soient en cohérence avec les recommandations programmatiques les plus récentes. À quelques exceptions près pour combler des lacunes manifestes, aucun nouvel indicateur n'a été élaboré.

**Ce guide est destiné principalement à répondre aux besoins du personnel du secteur de la santé au niveau de chaque pays impliqué dans la collecte, l'analyse et l'utilisation des informations stratégiques en rapport avec l'infection à VIH.**

Bien que ce document se concentre principalement sur les soins et le traitement de l'infection à VIH, les activités de prévention du secteur de la santé ont également été incluses, car elles sont un élément essentiel de la chaîne ininterrompue que constituent la prévention, les soins, le traitement et le soutien. Ce guide traite donc des différentes étapes au cours desquelles les personnes qui ne sont pas infectées par le VIH et les personnes infectées par le VIH ont besoin de services de prévention. Les besoins en termes de prévention et les activités menées en dehors du secteur de la santé sont traités ailleurs par d'autres partenaires en fournissant un ensemble complet d'indicateurs mondiaux.

Publics cibles. Ce guide est destiné principalement à répondre aux besoins du personnel du secteur national de la santé impliqué dans la collecte, l'analyse et l'utilisation des informations stratégiques en rapport avec l'infection à VIH, notamment les personnes qui mettent en place les systèmes de suivi et d'évaluation et celles qui utilisent les données pour améliorer les programmes. Il est également destiné aux partenaires impliqués dans la production et l'analyse des informations stratégiques, notamment les organisations non gouvernementales (ONG), les prestataires du secteur privé, la société civile ainsi que les groupes appartenant à des universités et se consacrant à l'enseignement et à la recherche. Ces partenaires peuvent participer aux processus de consultation menés par le gouvernement pour la conception ou la refonte des systèmes d'information stratégique dans un esprit de transparence et où chacun assume ses responsabilités. Ce guide doit également aider les entités internationales et les organismes donateurs à mettre en cohérence les exigences qu'ils fixent pour l'établissement des rapports avec les systèmes d'information stratégique des pays afin de réduire la charge de travail associée à la préparation de ces rapports, d'améliorer la qualité des données et d'en augmenter l'utilisation. Cette harmonisation permettra d'obtenir une meilleure coordination dans les activités de mesure et, par voie de conséquence, d'aider à l'amélioration de la qualité des services tout au long de la cascade de soins et de traitement.

## 1.2 Pourquoi collecter et utiliser des informations stratégiques?

On appelle « informations stratégiques » les informations collectées pour éclairer les décisions à prendre en matière de politique et de programme. L'axiome « Connaître son épidémie, connaître sa riposte » caractérise les informations stratégiques nécessaires pour orienter la riposte au VIH. Il reconnaît que les épidémies et leurs contextes peuvent varier d'un endroit à un autre. Pour élaborer une riposte judicieuse, adaptée et qui bénéficie à ceux qui en ont besoin, il est donc crucial de savoir qui est affecté, comment les personnes ont été infectées et où se trouvent ces personnes. Et pour que la riposte au VIH présente la meilleure efficacité, la meilleure réactivité et le meilleur rapport coût-efficacité possibles, elle doit impérativement faire l'objet d'un suivi.

Pour que la riposte au VIH soit efficace au niveau d'un pays, les informations stratégiques doivent être collectées, faire l'objet d'une synthèse, être analysées et être utilisées de manière systématique. Elles ne doivent pas se limiter aux données épidémiologiques de base, mais couvrir également l'accès aux services ainsi que leur couverture, leur qualité et leur acceptabilité. Elles doivent être utiles pour améliorer la qualité tout au long de la cascade de services du secteur de la santé. Elles doivent également permettre de mieux comprendre le contexte de l'épidémie, notamment la vulnérabilité de certaines communautés, les risques auxquels sont exposées certaines personnes et certaines populations, ainsi que les actions possibles pour atténuer la charge de morbidité liée au VIH et les conséquences associées.

Les informations stratégiques permettent d'obtenir les données cruciales dont les responsables de l'élaboration des politiques, les directeurs de programmes et les cadres hiérarchiques ont besoin pour prendre des décisions éclairées afin d'améliorer les programmes. Parmi les exemples, on peut citer:

- le suivi de l'extension de l'accès au TAR après l'élargissement des critères nationaux à remplir pour recevoir ce traitement (élargissement du nombre de CD4 qui passe de  $\leq 350/\text{mm}^3$  à  $\leq 500/\text{mm}^3$ ) en faisant le suivi du nombre de personnes chez lesquelles un TAR est mis en route en fonction de différents niveaux du nombre de CD4 ;
- l'identification des opportunités à exploiter pour les services de prévention tout au long de la cascade du secteur de la santé, par exemple pour les personnes infectées par le VIH et pour les personnes qui ne sont pas infectées par le VIH, et en fonction du type de population et de la localisation ;

### Les trois rôles des informations stratégiques relatives à l'infection à VIH

Les informations stratégiques ont pour objectif global d'optimiser les programmes et de maximiser les bénéfices que peuvent en tirer les populations touchées. Elles jouent principalement trois rôles :

1. permettre de comprendre l'épidémie et l'ampleur des changements résultant des interventions mises en œuvre ;
2. permettre de suivre et de mesurer la riposte du secteur de la santé au VIH, notamment les intrants au niveau du système de santé, la couverture des interventions, la qualité des services ainsi que les réalisations et l'impact qui en résultent ;
3. permettre d'obtenir des informations utiles pour améliorer les programmes, assurer que les services soient de qualité, maximiser les bénéfices au vu des ressources mobilisées, et aider à identifier les obstacles ainsi que les opportunités.

- l'examen systématique de la rétention sous TAR au fil du temps au niveau des établissements de santé afin d'améliorer les activités destinées à aider à la rétention des patients dans les soins, et la réalisation d'études spéciales pour comprendre ce qu'il advient des perdus de vue ;
- le regroupement des données sur le recours au dépistage du VIH et sur son rendement (nombre des personnes pour lesquelles le dépistage s'est avéré positif) en fonction de différentes approches et de différents lieux de réalisation (par exemple pour les campagnes de dépistage, pour le dépistage réalisé dans les consultations prénatales ou dans les services de prise en charge de la tuberculose, pour les centres de conseil et de dépistage volontaire (CDV), pour le dépistage extra-institutionnel et pour le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire dans d'autres structures) afin de déterminer quelles sont les stratégies les plus efficaces pour augmenter le recours volontaire au dépistage et l'identification des cas ;
- la description détaillée de l'attrition tout au long de la cascade de services de soins et de traitement de l'infection à VIH afin d'identifier les lacunes et les occasions manquées, et d'estimer quelles améliorations potentielles pourraient être obtenues dans la cascade de services pour augmenter la survie et diminuer l'incidence et la mortalité.

Les indications claires fournies par les données obtenues grâce au suivi et à l'évaluation ont parfois poussé les décideurs à aller de l'avant même lorsque des secteurs de la société étaient opposés à certaines initiatives. Par exemple, l'utilisation du préservatif s'est avérée efficace pour réduire la transmission du VIH, et, à quelques exceptions près, tous les pays ont lancé des programmes de promotion de l'utilisation du préservatif. De la même façon, sur la base des données ayant démontré leur efficacité, les interventions de réduction des risques chez les consommateurs de drogue par injection sont en train de devenir la norme, même dans certains pays où les lois criminalisent la consommation de drogue. Les informations stratégiques et les données sont souvent une base essentielle lors de négociations sur des questions programmatiques difficiles dans les pays et entre les partenaires ayant des approches différentes.

L'expansion rapide des programmes de traitement au cours des dix dernières années a mis en évidence l'importance et le rôle des informations stratégiques pour la planification et l'évaluation des programmes. Pour déterminer les priorités qu'un programme doit fixer et assurer sa pérennité, il est essentiel de rendre compte de son impact ; les indicateurs mesurant les réalisations du programme, notamment le maintien sous traitement et la suppression de la charge virale, sont particulièrement importants. Cependant, cette expansion des programmes s'est accompagnée de l'apparition de nouveaux indicateurs, en partie pour répondre aux besoins de financement, mais aussi pour aider à améliorer la qualité des services, ce qui a augmenté la charge de travail du personnel soignant. La publication de ces orientations unifiées et l'harmonisation des indicateurs de suivi tout au long de la cascade de services de soins et de traitement de l'infection à VIH, comme ceux figurant dans ce guide, devraient contribuer à réduire cette charge de travail.

Si la responsabilité globale des systèmes d'information stratégique revient aux gouvernements, les ONG et la société civile dans son ensemble devraient, dans un esprit de transparence, avoir accès à ces informations et contribuer à leur collecte, leur analyse et leur utilisation comme un bien public mondial. La diffusion et le partage des informations stratégiques au sein des pays et entre les différents pays permettent à la fois de progresser dans la compréhension de la dynamique des épidémies et de favoriser l'obtention d'un consensus sur la meilleure riposte à mettre en place pour faire face au VIH. En outre, la régularité et la disponibilité de l'information sont des aspects centraux de la responsabilisation et de la transparence quant aux décisions prises dans le secteur de la santé. Celles-ci sont encore renforcées par l'analyse et l'examen formel périodique des données, en impliquant les principaux partenaires, afin de valider et d'améliorer les programmes.

## 1.3 Organisation de ce document

Ce document est organisé en trois parties: le cadre des informations stratégiques ; la mesure tout au long de la cascade des services de santé en rapport avec l'infection à VIH ; les sources et l'utilisation des données.

**Partie 1** - Informations stratégiques: cadre et chaîne de résultats. Cette partie donne une présentation du document. On y trouve des explications sur la chaîne de résultats qui sert de cadre pour l'organisation globale de ces lignes directrices générales et sur la cascade de services de prévention, de soins, de traitement et de soutien autour de laquelle se structure l'unification des indicateurs destinée à contribuer à l'amélioration de la qualité des services. Elle traite également de l'utilisation d'indicateurs particuliers pour suivre comment chacun assume ses responsabilités pour atteindre les objectifs du programme comme la cible de traitement 90-90-90.

**Partie 2** - La cascade de services de prévention, de soins et de traitement de l'infection à VIH. On y trouve des informations détaillées sur les différents indicateurs clés à mesurer tout au long de cette cascade. En quelques mots, une priorité élevée a été accordée à un ensemble de 50 indicateurs clés « nationaux » qui peuvent être utilisés aux niveaux national et infranational. Ensemble, ces 50 indicateurs couvrent tous les niveaux de la chaîne de résultats et toutes les étapes de la cascade de services de prévention, de traitement, de soins et de soutien. Dix de ces 50 indicateurs sont proposés pour former un ensemble minimal utilisé pour effectuer le suivi systématique au niveau mondial de la riposte du secteur de la santé au VIH. Des indicateurs « supplémentaires » ont également été inclus ; ils ne sont pas aussi standardisés à l'échelle mondiale et sont spécifiques au contexte. (Voir la Section 1.5.1.)

**Partie 3** - Les systèmes d'information stratégique efficaces. Cette partie présente les différentes sources de données et les différents systèmes ainsi que la façon d'utiliser les données fournies par ces indicateurs pour améliorer les programmes. Elle donne une description des principales caractéristiques des systèmes d'information stratégique efficaces: les méthodes de collecte des données et les sources pour obtenir ces données, la qualité des données, la gestion des données, l'utilisation de systèmes informatisés et l'utilisation stratégique des données pour la planification, la programmation et le

### Les trois niveaux d'indicateurs

1. 10 indicateurs mondiaux : le minimum pour décrire les performances de la cascade des services de santé ;
2. 50 indicateurs nationaux : parmi lesquels choisir les indicateurs à utiliser, en fonction du programme et du contexte national ;
3. des indicateurs supplémentaires : pour obtenir davantage d'informations dans certaines situations particulières.

plaidoyer, ainsi que les analyses nécessaires pour utiliser les indicateurs en vue d'améliorer la qualité, l'efficacité et l'impact des programmes. Alors que continue l'extension des programmes de lutte contre le VIH, l'OMS recommande l'utilisation d'un système structuré de surveillance basé sur l'identification des cas de manière à compiler les données tout au long de la cascade de services de lutte contre le VIH du secteur de la santé, de sorte que l'ensemble des données sur les patients soient disponibles en un seul endroit: données sur le dépistage du VIH, le TAR, la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) et les autres soins (par exemple la prise en charge de la co-infection VIH/tuberculose) ; données clés de la surveillance ; et données sur les liens avec d'autres types de prises en charge [par exemple la santé maternelle et infantile (SMI)].

**Partie 4** – Prochaines étapes: comment utiliser ce guide. Cette partie présente des éléments de suivi et d'évaluation que les pays doivent examiner pour les aider à utiliser ces lignes directrices.

Les annexes comprennent des tableaux d'indicateurs sur les intrants des systèmes de santé,



sur le financement de la santé et sur le calcul des coûts ainsi que des sources et des ressources supplémentaires pour aider à l'utilisation de ce guide.

Ce guide s'accompagne d'une autre publication (disponible en ligne à l'adresse: <http://www.who.int/hiv/topics/me/en/>) qui comprend des feuilles de référence détaillées pour chaque indicateur présenté dans ces lignes directrices unifiées.

## Définitions clés

**Informations stratégiques.** Elles comprennent les informations à interpréter et à utiliser pour aider à la planification et à la prise de décisions afin d'orienter au mieux un programme et de définir convenablement ses priorités. Les données pertinentes peuvent être obtenues à partir d'un grand nombre de sources (par exemple à partir de systèmes de surveillance, d'évaluations, d'examen de programmes, d'enquêtes et d'études de cas). Elles doivent être analysées de manière globale et stratégique afin d'orienter au mieux le programme.

**Indicateur.** Dans le cadre du suivi et de l'évaluation, un indicateur est une variable quantitative ou qualitative qui permet, de façon valide et fiable, de mesurer ce qui a été accompli, d'évaluer la performance ou de rendre compte des changements liés à la mise en œuvre d'une activité, d'un projet ou d'un programme.<sup>1</sup> Un indicateur doit être calculé à partir de sources de données clairement identifiées.

**Système de suivi et d'évaluation.** Il s'agit d'un ensemble de mécanismes intégrés dans les opérations de routine d'un programme qui produisent des données ou des informations de manière continue et régulière afin de fournir des données utiles pour la prise de décisions relatives à un programme.

**Suivi.** Le suivi consiste en la préparation continue et régulière de rapports sur des informations prioritaires relatives à un programme, notamment sur les intrants et sur les produits, les réalisations et les impacts prévus, afin d'observer et de suivre les progrès accomplis.

**Évaluation.** Examen périodique et rigoureux d'informations sur les activités, les caractéristiques et le contexte d'un programme ainsi que sur leurs relations avec les réalisations de ce programme. L'évaluation vise, à partir d'un point de vue objectif, à examiner, valider et améliorer la valeur globale d'un programme.

**Données.** Ensemble des valeurs de variables qualitatives ou quantitatives collectées et enregistrées. Les données sont les blocs constitutifs bruts servant de base aux informations stratégiques et aux connaissances.

**Informations.** Les caractéristiques des données agrégées obtenues après l'interprétation ou l'analyse de ces données constituent les informations pouvant éclairer un programme.

**Secteur de la santé.** Il s'agit du secteur de la société comprenant les services de santé organisés publics et privés, les politiques et les activités des services de santé du gouvernement et des ministères, les ONG et les groupes communautaires œuvrant dans le domaine de la santé ainsi que les associations professionnelles, notamment les services de promotion de la santé, de prévention des maladies, de diagnostic, de traitement et de soins.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> An introduction to indicators. UNAIDS monitoring and evaluation fundamentals. Geneva: United Nations Joint Programme on HIV/AIDS; 2010

([http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2010/8\\_2-Intro-to-IndicatorsFMEF.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2010/8_2-Intro-to-IndicatorsFMEF.pdf)).

<sup>2</sup> WHO Centre for Health Development. A glossary of terms for community health care and services for older persons. WHO/WKC/Tech.Ser./04.2. Kobe: World Health Organization; 2004

([http://www.who.int/kobe\\_centre/ageing/ahp\\_vol5\\_glossary.pdf](http://www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol5_glossary.pdf)).

## 1.4 Le cadre stratégique

L'unification dans ce même guide des informations stratégiques et des indicateurs permet (1) de mesurer la chaîne de résultats relatifs à l'infection à VIH, depuis les intrants jusqu'aux impacts, (2) de mesurer la performance tout au long de la cascade de services de santé et d'aider à la prise de décisions, et (3) de suivre comment chacun assume ses responsabilités pour la préparation des rapports à l'échelle mondiale et d'atteindre les cibles du programme tout au long de la cascade de services du secteur de la santé (voir la Section 1.6).

### 1.4.1 La chaîne de résultats relatifs à l'infection à VIH: des intrants aux impacts

Pour faciliter l'évaluation des liens, de la qualité et des réalisations de la riposte du secteur de la santé au VIH, les indicateurs présentés dans ce guide ont été organisés en suivant la chaîne de résultats relatifs à l'infection à VIH, cette chaîne constituant un cadre logique organisé par une succession d'étapes: analyse du contexte, intrants, produits, réalisations et impact.<sup>1</sup> Ces indicateurs permettent de passer en revue l'ensemble de la chaîne de résultats afin d'identifier les obstacles éventuels et, en levant ces obstacles, d'améliorer la qualité globale de la riposte programmatique. La chaîne de résultats fournit une structure pour l'analyse et facilite l'harmonisation afin d'améliorer le fonctionnement des systèmes de données des pays.

**Fig. 1.1 Chaîne de résultats de la riposte au VIH du secteur de la santé**



La chaîne de résultats relatifs à l'infection à VIH (Figure 1.1) comporte les éléments suivants:

- **Connaître son épidémie.** La chaîne de résultats commence par un examen d'ensemble du contexte afin de « connaître son épidémie », notamment les populations les plus touchées, la taille de ces populations et là où elles se trouvent. À ce stade, il est très important de ventiler les données en fonction de l'âge, du sexe, du type de population et de la situation géographique. Une fois les besoins des personnes compris, il est possible de déterminer les orientations, les priorités et l'ampleur de la riposte. Au fil du temps, les informations sur l'épidémie servent également de base de comparaison pour suivre les progrès accomplis ; beaucoup des indicateurs qui permettent de décrire l'épidémie et les besoins sont également utilisés pour mesurer l'impact du programme.
- **Intrants.** Les intrants sont les ressources investies dans la riposte du secteur de la santé au VIH. En plus des ressources financières, ils comprennent les ressources humaines, les infrastructures des services de santé et la gouvernance (c'est-à-dire les politiques et la gestion).
- **Produits.** Les produits sont constitués par les activités du programme. Parmi les exemples de mesures de produits, on peut citer le nombre de séances de conseil et de dépistage qui ont été menées et le nombre de personnes qui ont commencé un TAR.

<sup>1</sup> Initialement mis au point par Leon Rosenberg et ses collègues de Fry Consultants Inc. pour le compte de l'AID des États-Unis (document original disponible à l'adresse: [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADW881.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADW881.pdf)), le concept de cadre logique a été modifié plusieurs fois pour être adapté à différents types d'utilisation. Certains utilisateurs ont par exemple élargi les catégories simples que sont les intrants, les produits, les réalisations et l'impact en y ajoutant une dimension temporelle (en précisant par exemple: à court, à moyen et à long terme).

- **Réalisations.** Les effets qui suivent directement les produits d'un programme sont appelés ses réalisations. Par exemple, l'inscription à un service de TAR et le maintien sous TAR sont des produits d'un programme, ceux-ci ayant pour conséquence la suppression de la charge virale, qui est donc la réalisation de ces produits. Des réalisations peuvent se rencontrer à tous les stades de la prévention et du traitement faisant partie de la riposte ; parmi les réalisations de la prévention, on trouve notamment les changements de comportements, qui doivent faire l'objet d'un suivi attentif.
- **Impacts.** La manière la plus achevée de mesurer les effets d'un programme est de connaître la nature et l'étendue de son impact sur certaines mesures épidémiologiques comme l'incidence de l'infection à VIH (chez l'adulte et chez l'enfant), la mortalité et le taux de transmission mère-enfant (TME) du VIH dans la population. D'autres mesures de l'impact rendent compte des progrès accomplis pour atteindre les objectifs tels que l'équité et l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH. Elles exigent un examen ou une évaluation de l'impact et de l'ensemble de la chaîne de résultats ayant contribué à obtenir ces changements.

La structure globale de la Partie 2 de ce guide suit la chaîne de résultats: chaque section décrit un par un chacun des éléments de cette chaîne et indique quels sont les indicateurs et les liens connexes. Ces indicateurs sont utilisés pour évaluer et comprendre les besoins, faire le suivi des intrants, faire le suivi

**Le terme « cascade » souligne que pour obtenir les impacts escomptés, un certain nombre de services doivent être en place et s'enchaîner dans un ordre précis**

des services et des autres produits, et mesurer les réalisations et les impacts. L'analyse des données doit se faire en suivant la chaîne de résultats, en commençant par un examen pour « Connaître son épidémie » et en terminant par une évaluation de l'impact et une détermination des éléments de la chaîne de résultats qui ont le plus contribué à la réduction de la mortalité et de l'incidence.

**Fig. 1.2 Populations desservies par la cascade de services de prévention, de soins et de traitement de l'infection à VIH**



## 1.4.2 La cascade de services de lutte contre le VIH: amélioration des liens entre les services et de la qualité des soins

L'une des principales raisons pour réunir des informations stratégiques au même endroit est d'aider à fournir une cascade de services qui soient liés les uns aux autres. Les services du secteur de la santé de la cascade comprennent les interventions de prévention, de traitement et de soins. L'utilisation du terme « cascade » souligne que pour obtenir les impacts escomptés, un certain nombre de services doivent être en place et s'enchaîner dans un ordre précis. Le concept de « cascade » donne des informations sur le suivi des patients d'un service à un autre et met en évidence l'attrition progressive de ces patients avec une diminution de la couverture de la population remplissant les critères pour recevoir les services à chaque étape de cet enchaînement. Pour faire le suivi de cette cascade de services, il faut disposer d'un ensemble unifié d'indicateurs couvrant tout cet enchaînement de services. Les indicateurs de prévention, de traitement et de soins sont présentés à la Section 2.4 en suivant l'ordre de cette cascade.

La Figure 1.2 donne une représentation conceptuelle de la cascade des services de lutte contre le VIH. Bien que le graphique montre l'intégralité de la cascade, chaque personne ne suit pas nécessairement le même chemin pour aller d'une étape à une autre. Par exemple, la prévention

### Pourquoi est-il si important de ventiler les données?

Pour vérifier que ceux qui en ont besoin bénéficient bien des services et que personne ne soit laissé pour compte, les informations stratégiques doivent tenir compte des caractéristiques de la population qui ont une influence sur la vulnérabilité à l'infection à VIH. Pour ce faire, il est essentiel de ventiler les données collectées pour chaque indicateur. La riposte globale au VIH a permis que des millions de personnes bénéficient de services de lutte contre le VIH, mais certaines populations particulières présentent encore de nombreux besoins qui ne sont pas satisfaits. Un suivi de la charge de morbidité liée au VIH et de la couverture des services connexes en fonction de l'âge et du sexe ainsi que d'autres caractéristiques aidera à cibler les services à l'intention des populations qui en ont plus spécifiquement besoin.

La ventilation des données est la séparation de ces données en différents éléments afin d'identifier et de mettre en évidence les différences qui peuvent exister au sein de données agrégées. Elle permet de concentrer les ripostes d'un pays sur les personnes, les lieux et les situations pour lesquels les besoins sont les plus élevés. Elle est également utile pour guider la riposte au niveau infranational et veiller à ce qu'aucun groupe ne soit laissé pour compte, ce qui doit représenter un axe important pour tout programme de développement pour l'après-2015.

Dans la plupart des cas, les données relatives à l'infection à VIH sont ventilées en fonction des caractéristiques suivantes:

- âge
- sexe
- populations clés
- localisation
- statut par rapport à la grossesse.

Les données peuvent aussi être ventilées en fonction d'autres caractéristiques sociales, démographiques ou économiques qui ont une influence sur le risque, la vulnérabilité et l'impact (par exemple les personnes dans les prisons et autres lieux d'enfermement comparées avec la communauté en général).

Des informations plus détaillées sur la ventilation des données se trouvent à la Section 2.1.2.

apparaît ici comme la première étape, même s'il existe également des possibilités de prévention à chacune des étapes suivantes (conseil et dépistage pour les personnes après un dépistage s'avérant négatif et pour celles ayant un résultat positif, et, pour les personnes infectées, tout au long des soins et du traitement de l'infection à VIH). En outre, chacun ne reçoit pas l'ensemble des services (par exemple certaines personnes font un dépistage sans avoir été exposées à certaines initiatives de prévention) ou certaines personnes quittent la cascade puis y reviennent (par exemple abandonnent le TAR, puis le reprennent des mois ou des années plus tard).

## 1.5 Les indicateurs: choix, classement par ordre de priorité et analyse

L'un des principaux objectifs de ce guide est d'identifier les indicateurs prioritaires afin de se concentrer davantage sur la qualité, la ventilation, l'analyse et l'utilisation des données et ainsi d'améliorer les programmes faisant partie de la cascade de services de prévention, de soins et de traitement. Les systèmes d'information ne peuvent collecter de manière toujours identique qu'une quantité limitée d'informations utilisables. Les indicateurs doivent donc être classés par ordre de priorité afin d'identifier tout au long de la chaîne de résultats ceux qui sont les plus utiles pour contribuer à améliorer les services. La mesure d'un petit nombre d'indicateurs permet souvent d'obtenir de meilleurs résultats ; une collecte d'informations pour calculer un nombre limité d'indicateurs ventilés intégralement et analysés de manière appropriée peut davantage contribuer à l'amélioration des programmes qu'une collecte d'informations mal réalisée pour calculer un grand nombre d'indicateurs sans véritables liens les uns avec les autres et qui ne seront pas utilisés. Ce document se concentre sur des indicateurs ayant été testés sur le terrain et particulièrement pertinents pour la gestion de programmes de lutte contre le VIH et la préparation de rapports aux niveaux infranational, national ou mondial.

L'OMS est à la tête d'une initiative destinée à obtenir un accord au niveau international sur un ensemble unifié de 100 indicateurs clés dans l'ensemble des domaines de la santé.<sup>2</sup> Dans le droit fil de cette initiative, plusieurs critères ont servi de guide lors de la sélection des indicateurs recommandés dans ces lignes directrices. Les indicateurs recommandés doivent contribuer à :

- rationaliser et harmoniser tout au long de la cascade les exigences fixées par les pays et les partenaires pour l'établissement des rapports sur les indicateurs afin de mieux rendre compte de la performance et identifier les lacunes parmi les partenaires ;
- mieux mettre en adéquation les besoins en termes de suivi à l'échelle mondiale et les processus adoptés au niveau national pour le suivi des progrès accomplis et de la performance et faire en sorte que les indicateurs mondiaux puissent être tirés d'un ensemble d'indicateurs utilisés au niveau national ;
- améliorer la qualité du suivi axé sur les résultats en se concentrant sur l'obtention de données de bonne qualité pour un nombre limité d'indicateurs ;
- améliorer l'efficacité et concentrer les investissements sur certaines sources de données et certaines analyses afin d'améliorer la qualité des données utilisées pour calculer les principaux indicateurs du programme.

### 1.5.1 Les trois catégories d'indicateurs: indicateurs nationaux, indicateurs mondiaux, indicateurs supplémentaires

Pour aider les programmes nationaux à choisir leurs indicateurs, les indicateurs proposés dans ce guide sont séparés en trois catégories, avec un ensemble de 50 indicateurs nationaux, dont 10 ont été choisis pour établir les rapports mondiaux.

<sup>2</sup> Global reference list of 100 core health indicators. Version 4. Geneva, World Health Organization, 2014 (version préliminaire).

## Indicateurs programmatiques nationaux

Cet ensemble de 50 indicateurs permet de décrire la situation de l'épidémie d'infection à VIH et de la riposte au VIH et d'identifier comment améliorer cette riposte. Lorsque cela se justifie en fonction du contexte du pays et des services offerts aux populations, ces indicateurs doivent être inclus dans le système national de suivi et d'évaluation. Les pays opteront généralement pour collecter la plupart de ces indicateurs afin d'obtenir une synthèse ciblée mais complète apportant des informations utiles pour le suivi et la gestion de leur programme de lutte contre le VIH du secteur de la santé. Afin de rendre les comparaisons possibles, l'OMS recommande que les rapports élaborés pour les pays et les donateurs suivent les définitions données pour ces indicateurs.

### Les indicateurs programmatiques nationaux répondent aux critères suivants:

- Ils sont pertinents et recommandés pour une utilisation par les programmes nationaux de lutte contre le VIH pour réunir des informations sur la situation de l'épidémie d'infection à VIH et de la riposte du secteur de la santé, et ont des implications directes pour améliorer les programmes de lutte contre le VIH.
- Ils sont robustes sur le plan scientifique, nécessaires et utiles, compréhensibles, possibles à collecter et à analyser et servent de base à la mesure d'objectifs SMART (objectifs précis, mesurables, réalisables, pertinents, limités dans le temps ; en anglais: specific, measurable, achievable, relevant, time-bound).
- Leur utilité a été prouvée par des données d'expérience abondantes, ou, si les données d'expérience sont limitées, il existe un besoin urgent d'obtenir des informations sur des sujets nouveaux.

## Indicateurs mondiaux

Choisis parmi les 50 indicateurs nationaux, les 10 indicateurs mondiaux donnent des informations sur les éléments essentiels de la riposte du secteur de la santé tout au long de la chaîne de résultats et de la cascade des services de lutte contre le VIH, tout en établissant un lien avec la situation de l'épidémie (Figure 1.3). Ils fournissent les informations essentielles pour la gestion du programme de lutte contre le VIH en permettant d'identifier les principaux problèmes généraux à résoudre pour améliorer la riposte du secteur de la santé. Ces informations doivent également servir à orienter le dialogue avec les partenaires mondiaux et les responsables de l'élaboration des politiques et à informer le public. En outre,

**Les 10 indicateurs mondiaux recommandés par l'OMS fournissent les informations essentielles pour identifier les principaux problèmes généraux à résoudre afin d'améliorer la riposte du secteur de la santé**

un rapport sur ces 10 indicateurs peut être préparé afin de mesurer les tendances de la performance du programme dans les pays, dans les régions et dans le monde entier. Les pays doivent préparer d'une manière normalisée et comparable un rapport sur ces indicateurs en suivant les exigences fixées pour l'établissement des rapports au niveau mondial et en ventilant et en analysant les données de manière pertinente. (Une description de ces 10 indicateurs mondiaux se trouve à la Section 2.1.1.)

Cette liste de 10 indicateurs mondiaux recommandée par l'OMS vise à fournir aux administrateurs de programme de lutte contre le VIH les éléments essentiels de la performance de la riposte du secteur de la santé, tout en réduisant les contraintes que représentent les exigences fixées pour la transmission des données en vue d'établir les rapports mondiaux. En outre, elle doit également permettre de fournir des informations cohérentes et ciblées aux partenaires, ceux-ci collectant souvent des informations fragmentées pour calculer un grand nombre d'indicateurs non liés. Cette approche vise à faire en sorte que les administrateurs de programmes de lutte contre le VIH et les partenaires mondiaux se concentrent et travaillent de manière harmonisée sur les questions clés de la riposte du secteur de la santé et, en conséquence, à faciliter le dialogue. Dans le même temps, cette liste restreinte aidera les

équipes nationales de suivi et d'évaluation des programmes de lutte contre le VIH à se concentrer sur les questions qui nécessitent une analyse et une ventilation poussées de données de qualité afin d'améliorer l'impact des programmes.

Le fait de se concentrer sur 10 indicateurs mondiaux contribue au travail mené actuellement par l'OMS visant à réduire la charge que représente la transmission des données sanitaires et à focaliser le dialogue entre les pays et les partenaires mondiaux sur les principales questions programmatiques. Avant d'introduire de nouvelles exigences pour l'établissement des rapports mondiaux, les avantages et les inconvénients de ce changement doivent être pesés avec soin et les décisions faire l'objet d'une négociation entre les administrateurs des programmes nationaux de lutte contre le VIH et les différents partenaires. Lorsqu'il est nécessaire de disposer d'indicateurs supplémentaires, nous vous conseillons autant que possible de choisir ceux-ci parmi les 50 indicateurs programmatiques nationaux recommandés ici, en accompagnant au besoin cette mesure des investissements nécessaires dans les systèmes de données et dans la capacité d'analyse des pays.

### Indicateurs supplémentaires

Ces indicateurs ne sont pas toujours pertinents pour l'ensemble des pays. Ils peuvent être mesurés au niveau national ou infranational lorsque les informations supplémentaires qu'ils apportent sont utiles pour comprendre le contexte épidémique, les besoins et les capacités particuliers au niveau d'un pays. Les pays peuvent choisir et adapter ces indicateurs pour répondre à leurs besoins spécifiques.

Au fur et à mesure que la riposte au VIH évolue, les indicateurs devront également évoluer ; des mises à jour seront disponibles sur le site Web de l'OMS à l'adresse: <http://www.who.int/hiv/topics/me/en/>.

## 1.5.2 Classement des indicateurs par ordre de priorité

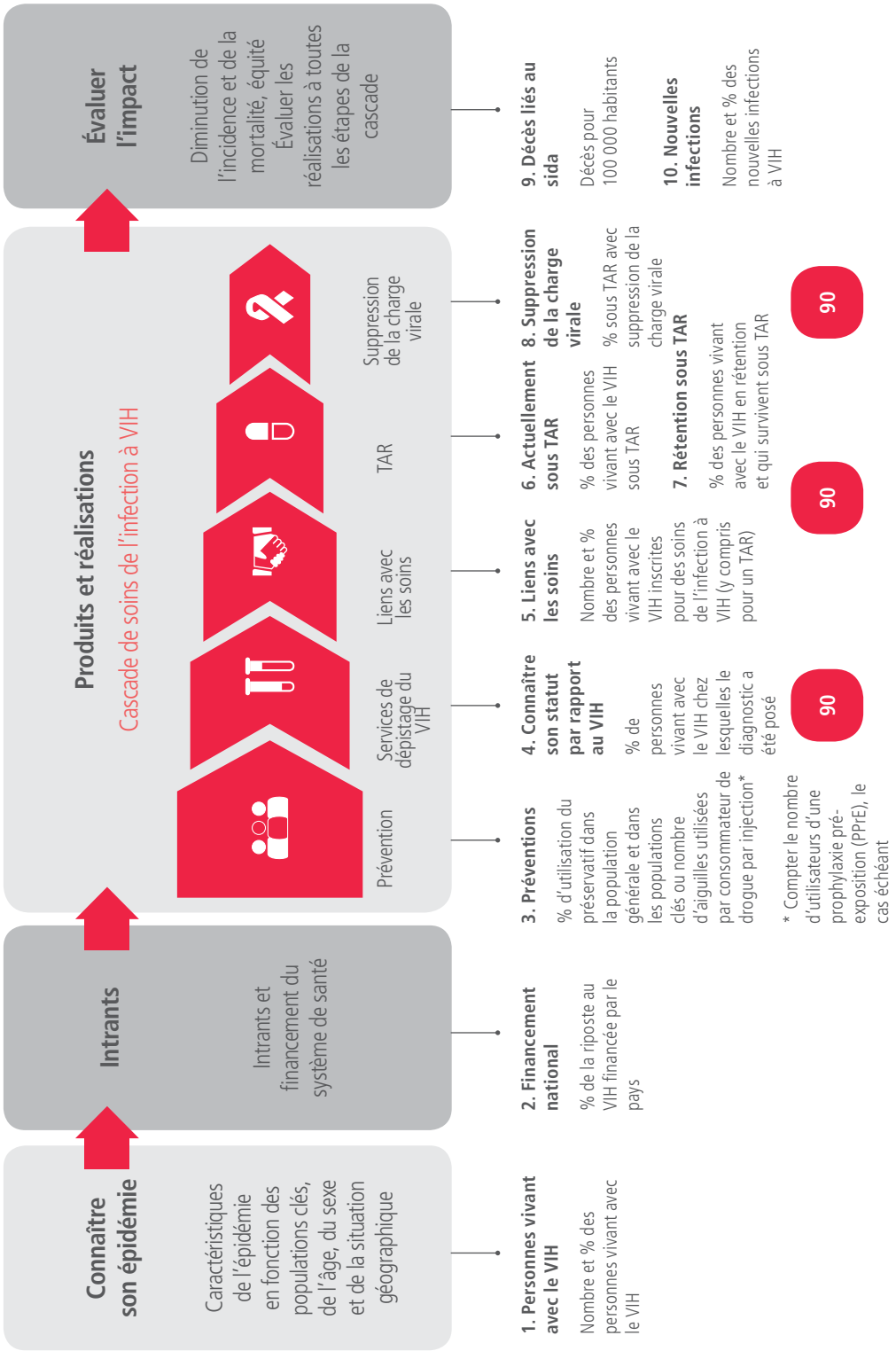
Les programmes nationaux doivent collecter les données pour calculer et analyser l'ensemble des 10 indicateurs clés mondiaux. Ils doivent aussi choisir leurs indicateurs nationaux dans ceux qui restent dans la liste des 50 indicateurs de base, et les classer par ordre de priorité en fonction d'une évaluation de leurs besoins et de leur contexte. Lorsque le processus de classement par ordre de priorité révèle des lacunes dans la collecte des données nécessaires pour le calcul des principaux indicateurs, des investissements doivent être faits dans le système de suivi et d'évaluation pour que ces lacunes soient comblées (voir l'Encadré Investir dans les données).

### Investir dans les données

Le suivi des indicateurs recommandés dans ce guide nécessite de faire un investissement important dans les systèmes de données des pays. Il est souvent recommandé d'y allouer entre 5 et 10 % de l'ensemble des fonds du programme de collecte et d'analyse des données. Les investissements doivent être équilibrés entre cinq sources de données importantes :

1. **Les systèmes statistiques** dans les **établissements de santé** et les **services hors-institution** (suivi des patients, rapports sur les soins, données sur les activités extra-institutionnelles) ;
2. **Les données administratives** (données des systèmes financiers et des systèmes de santé) ;
3. **Les enquêtes en population** (en population générale et dans les populations clés) ;
4. **Les évaluations des établissements de santé** (état de préparation et capacité) ;
5. **Les enregistrements des actes d'état civil.**

**Fig. 1.3 Indicateurs mondiaux pour le suivi et l'évaluation de la riposte du secteur de la santé au VIH**





Parmi les critères ayant une influence sur l'établissement d'un classement des indicateurs par ordre de priorité, on peut citer:

- leur pertinence pour répondre aux questions les plus pressantes relatives à l'infection à VIH dans le pays ;
- la couverture des principaux domaines du programme tout au long de la chaîne de résultats et de la cascade de services de santé ;
- la couverture des populations clés et d'autres populations d'intérêt (obtenue parfois en ventilant un indicateur pour la population générale ou parfois à l'aide d'enquêtes spécifiques menées à intervalles réguliers) ;
- leur pertinence pour les objectifs clés, les principales cibles et les principaux éléments sensibles du programme ;
- leur sensibilité et leur spécificité pour identifier les progrès accomplis, les lacunes, les circonstances favorables et les menaces ;
- les données d'expérience sur leur utilisation et leur utilité ;
- la facilité de leur mesure ainsi que la disponibilité et la qualité des données permettant leur calcul ;
- leur utilité au niveau local.

Les programmes doivent collecter les données permettant de calculer les indicateurs nationaux prioritaires, préparer des rapports et analyser ces indicateurs, en faisant en sorte que chaque domaine du programme soit couvert et que les données soient suffisamment ventilées (voir l'Encadré Pourquoi est-il si important de ventiler les données?). En plus des indicateurs prioritaires choisis parmi les 50 indicateurs nationaux, les programmes doivent collecter les données pour calculer leurs indicateurs supplémentaires ; auparavant, il faut cependant s'être assuré que les informations supplémentaires apportées par ces indicateurs valent la charge supplémentaire que représentent la collecte et l'analyse des données nécessaires à leur calcul.

Une sélection rigoureuse d'un ensemble limité d'indicateurs clés et leur classement méticuleux par ordre de priorité aidera les programmes nationaux à accroître leur efficacité, à focaliser leurs activités de gestion, à identifier des améliorations possibles et à maximiser les bénéfices. En bref, cela permettra de fournir des services de meilleure qualité à un plus grand nombre de personnes qui en ont besoin.

## 1.6 Les responsabilités et la cible 90-90-90

En plus d'apporter des informations utiles pour l'amélioration du programme, les indicateurs de ce guide permettent de fixer les responsabilités s'agissant des cibles à atteindre tout au long de la cascade de services du secteur de la santé, notamment la cible de traitement 90-90-90,<sup>3</sup> avec un lien établi entre ces cibles et l'évolution de l'incidence et de la mortalité. Ces informations seront essentielles pour la préparation des rapports nationaux et mondiaux, à mesure que les cibles au-delà de 2015 seront fixées et les systèmes de mesure renforcés pour permettre de développer la responsabilisation.

Les 10 indicateurs mondiaux présentés à la Figure 1.3 sont destinés à standardiser la responsabilisation au niveau mondial tout au long de la cascade de services de lutte contre le VIH. Ces 10 indicateurs ont été soigneusement classés par ordre de priorité et harmonisés. Il reste cependant un travail important à réaliser pour lier ces indicateurs tout au long d'une cascade et d'une chaîne de résultats clairement définies, pour ventiler et analyser les données et pour les utiliser afin d'identifier les actions à mettre en œuvre pour améliorer les programmes et faire en sorte qu'ils atteignent les objectifs fixés.

Comme le montre la Figure 1.3, l'ensemble des 10 indicateurs mondiaux peut être utilisé pour suivre les progrès accomplis en vue d'atteindre la cible de traitement 90-90-90. La figure donne

<sup>3</sup> 90-90-90: une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2014 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/90-90-90\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_fr.pdf)).

une illustration des liens existant entre les cibles d'une part et les services et l'impact sur la mortalité et l'incidence d'autre part.

Plusieurs facteurs font que l'unification des différents indicateurs décrits dans ce guide et répartis tout au long de la cascade de services du secteur de la santé contribue à fixer les responsabilités pour atteindre la cible de traitement 90-90-90 ainsi que d'autres cibles mondiales et nationales:

- définition d'un ensemble cohérent d'indicateurs mondiaux liés à la cible de traitement 90-90-90, à la cascade des services de santé et à l'impact en termes d'incidence et de mortalité ;
- description des méthodes nécessaires pour analyser les liens tout au long de la cascade de services du secteur de la santé, afin d'identifier les obstacles à lever et de déterminer les actions à mettre en œuvre pour que des progrès soient accomplis ;
- renforcement de la responsabilisation pour atteindre la cible en fournissant des méthodes de mesure et en structurant la façon dont les données sont interprétées et utilisées par les programmes pour atteindre les cibles ;
- distinction claire entre les indicateurs à mesurer en priorité pour élaborer les rapports mondiaux et ceux utilisés habituellement pour la gestion du programme national. Cette mesure devrait renforcer l'harmonisation des exigences fixées par les partenaires pour l'établissement des rapports en tenant compte d'un ensemble cohérent d'objectifs.

L'encadré ci-dessous donne un aperçu de la cible de traitement 90-90-90 et des indicateurs correspondants. L'évaluation des progrès accomplis en vue d'atteindre les cibles et l'analyse des cascades peut aider à identifier les obstacles et à améliorer la couverture ainsi que la qualité des services.

La cascade de soins de l'infection à VIH nous permet d'examiner les données de plusieurs façons.

Avec une analyse de la cascade de services de lutte contre le VIH à l'aide d'une cohorte, un groupe spécifique de personnes infectées par le VIH est suivi à partir du moment où le diagnostic est posé jusqu'au dernier point de prestation de services. La diminution du nombre de personnes à chaque passage d'une étape à une autre de la cascade permet de mesurer l'attrition et de fournir des informations directes sur l'efficacité des liens entre les services et sur la continuité de l'inclusion dans les soins de l'infection à VIH. Si les personnes reçoivent des services dans plusieurs points de prestation, l'analyse longitudinale de la cohorte tout au long de la cascade de services nécessite que chaque patient reçoive un numéro d'identification unique et que les systèmes de gestion de données soient informatisés.

Avec une mesure transversale de la cascade, l'ensemble des mesures est réalisé à un moment précis et le rapport se fait à partir de données agrégées tout au long de l'ensemble continu des soins. Avec une méthode transversale, les mesures de la cascade peuvent inclure des données sur le nombre global de personnes vivant avec le VIH, le nombre de personnes chez lesquelles le diagnostic a été posé, la proportion de personnes bénéficiant de soins de leur infection à VIH, le nombre de personnes recevant un TAR et le nombre de personnes présentant une suppression de la charge virale. Bien que les mesures soient souvent réalisées sur des personnes différentes à chaque étape, cette vue transversale peut fournir de précieux renseignements sur l'ensemble de la riposte au VIH du programme et sur son efficacité à différents stades de la cascade.

## La cible 90-90-90

Alors que la communauté internationale passe progressivement des « Objectifs du Millénaire pour le développement » aux « Objectifs de développement durable » et à l'initiative « Mettre fin au sida », une dynamique s'est créée autour de la cible de traitement 90-90-90. En 2014, l'ONUSIDA a collaboré avec ses partenaires pour obtenir un consensus mondial sur la création d'une nouvelle cible, avec pour but de fournir un traitement de l'infection à VIH à tous ceux qui en ont besoin. La cible se compose de trois éléments :

- à l'horizon 2020, 90 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH auront leur infection diagnostiquée ;
- à l'horizon 2020, 90 % de l'ensemble des personnes dont l'infection à VIH a été diagnostiquée recevront un traitement antirétroviral ;
- à l'horizon 2020, 90 % de l'ensemble des personnes sous traitement antirétroviral présenteront une suppression de la charge virale.

Des travaux de modélisation suggèrent qu'en atteignant ces cibles ainsi que des cibles similaires pour la prévention, l'épidémie de sida cessera d'être une menace de santé publique en 2030.<sup>1</sup>

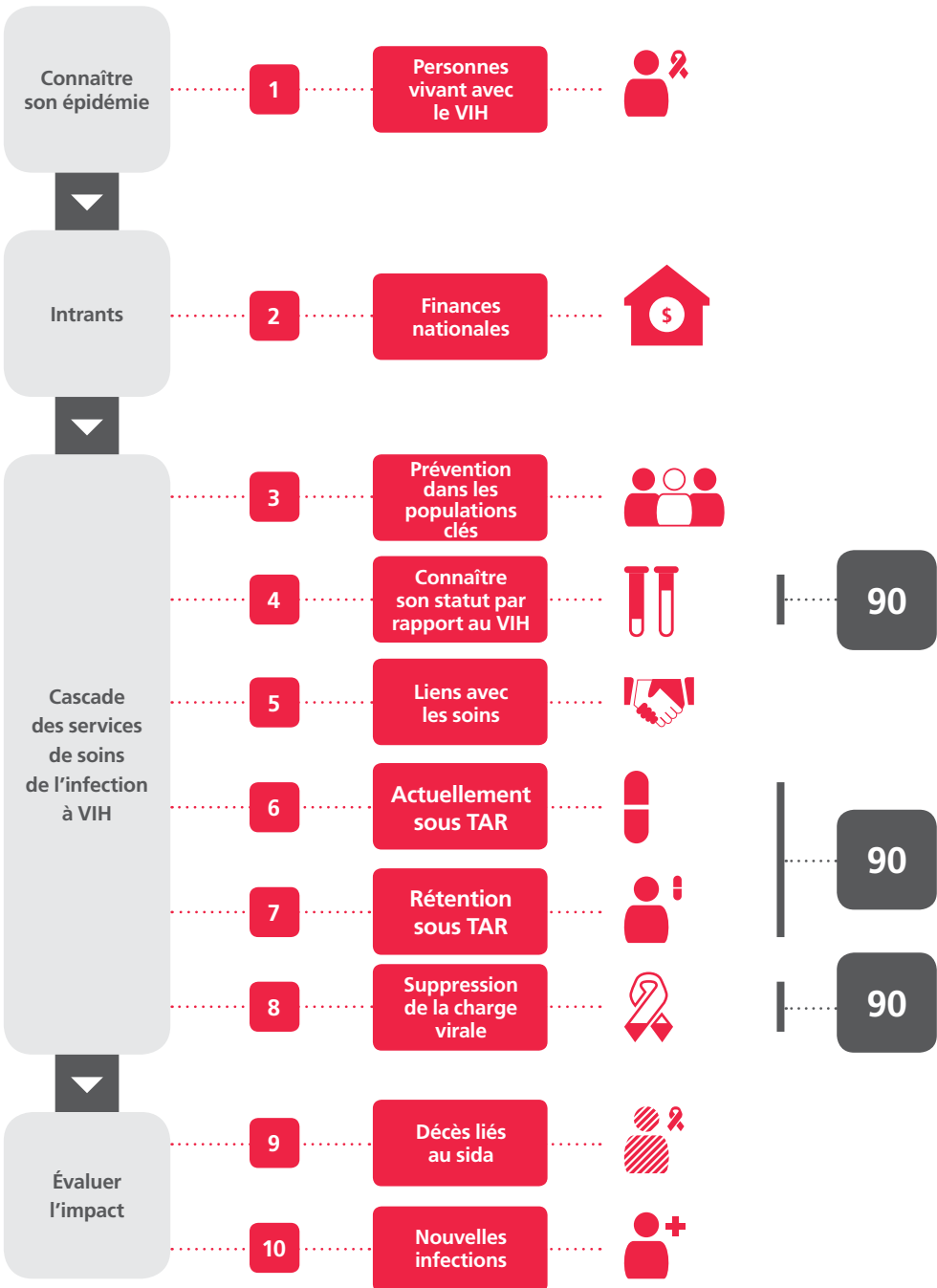
Le Tableau 1.1 montre comment les progrès accomplis en vue d'atteindre la cible 90-90-90 seront suivis au cours des cinq prochaines années, en tenant compte de la disponibilité et de la robustesse des données pertinentes. À l'heure actuelle, les pays ne disposent pas tous d'un système de surveillance permettant de mesurer directement le nombre de personnes vivant avec le VIH chez lesquelles un diagnostic a été posé, ce qui rend difficile la mesure du numérateur de la première cible 90 et du dénominateur de la seconde cible 90. Les systèmes et les stratégies de routine permettant de suivre les progrès accomplis en vue d'atteindre cette cible vont évoluer et s'améliorer au fil du temps et dans les différents pays. Entre temps, pour la seconde cible 90, la couverture du TAR sera calculée sur la base d'une estimation du nombre total de personnes vivant avec le VIH plutôt que sur la base du nombre de personnes qui connaissent leur statut par rapport au VIH. Cet indicateur de couverture du TAR est déjà utilisé depuis longtemps et fait partie des principaux éléments de mesure utilisés pour procéder à des comparaisons aux niveaux national et infranational.

<sup>1</sup> Accélérer la riposte. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2014. ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2686\\_WAD2014report\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_fr.pdf))

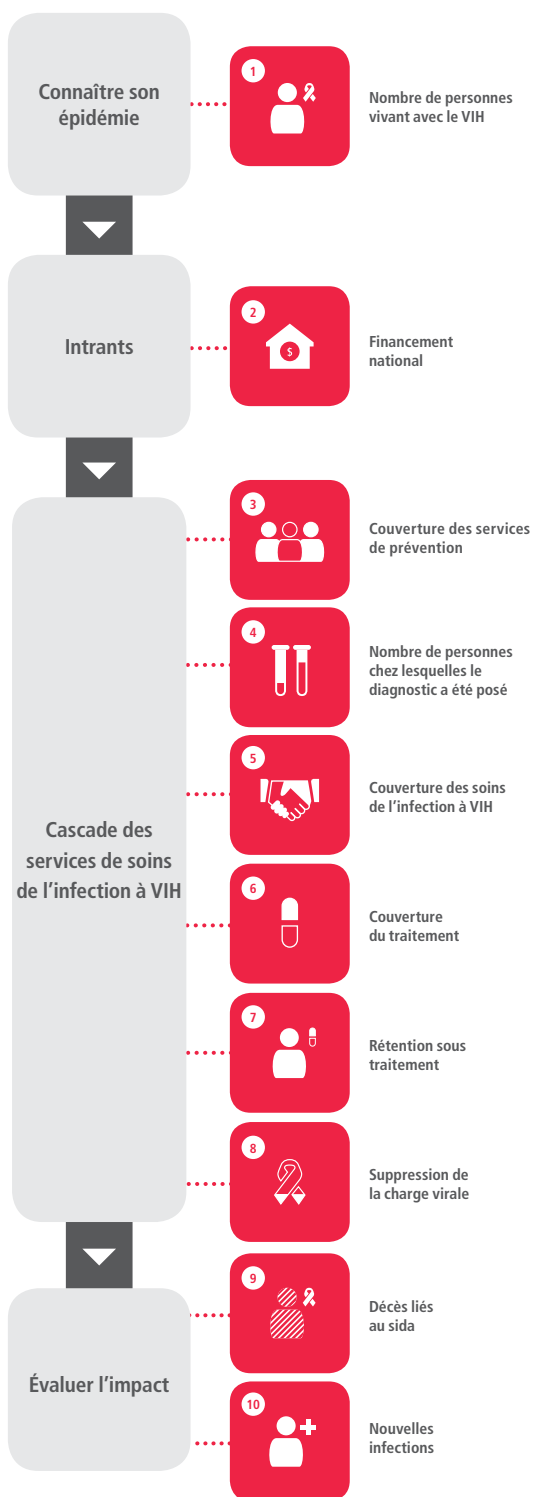
**Tableau 1.1 Les trois 90: cibles, indicateurs et définitions**

|                       | 90   | 90  | 90  |
|-----------------------|--|---|---|
| <b>Cible</b>          | 90 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH ont leur infection diagnostiquée   | 90 % de l'ensemble des personnes dont l'infection à VIH a été diagnostiquée reçoivent un TAR  | 90 % de l'ensemble des personnes sous TAR présentent une suppression de la charge virale  |
| <b>Indicateur</b>     | Pourcentage des personnes vivant avec le VIH chez lesquelles un diagnostic d'infection a été posé  | Pourcentage des personnes vivant avec le VIH recevant un TAR  | Pourcentage des personnes recevant un TAR qui présentent une suppression de la charge virale  |
| <b>Numérateur</b>     | Nombre de personnes vivant avec le VIH chez lesquelles un diagnostic d'infection a été posé  | Nombre de personnes recevant actuellement un TAR  | Nombre de personnes sous TAR qui présentent une suppression de la charge virale   |
| <b>Dénominateur</b>   | Nombre de personnes vivant avec le VIH   | Nombre de personnes vivant avec le VIH  | Nombre de personnes sous TAR  |
| <b>Interprétation</b> | <p>Évalue l'efficacité des programmes de dépistage du VIH pour atteindre les personnes vivant avec le VIH.</p> <p>Un examen détaillé, avec identification des personnes vivant avec le VIH chez lesquelles un diagnostic d'infection n'a pas été posé, peut aider à adapter les stratégies de dépistage du VIH afin d'améliorer et d'augmenter le diagnostic de l'infection chez les personnes vivant avec le VIH.</p> | <p>Jusqu'à ce qu'un nombre suffisant de pays soient en mesure de rendre compte de manière fiable du nombre de personnes vivant avec le VIH chez lesquelles un diagnostic a été posé, les progrès accomplis au niveau mondial en vue d'atteindre la deuxième cible seront évalués à l'aide de la couverture du TAR chez l'ensemble des personnes vivant avec le VIH. Pour cet indicateur, la valeur de la cible au niveau mondial est de 81 % (90 % x 90 %) en 2020.</p> <p>Au niveau national, il est également utile d'évaluer le % des personnes vivant avec le VIH qui remplissent les critères pour recevoir un TAR et qui reçoivent ce traitement ainsi que le % des personnes vivant avec le VIH chez lesquelles un diagnostic d'infection a été posé et qui sont sous TAR.</p> | <p>Cet indicateur doit être interprété en relation avec la couverture des tests de mesure de la charge virale et des taux de rétention sous TAR.</p> <p>Lorsque la couverture des tests de mesure de la charge virale est faible, les données sur la charge virale disponibles dans les établissements de santé peuvent être biaisées.</p> <p>Les chances de présenter une suppression de la charge virale sont plus élevées chez les personnes vivant avec le VIH sous TAR que chez celles ayant arrêté de prendre le TAR. Lorsqu'ils sont disponibles, les taux de mortalité chez les perdus de vue doivent être évalués.</p> <p>La suppression de la charge virale chez les personnes sous TAR peut être mesurée directement par le biais d'enquêtes en population bien conçues.</p> |

## Récapitulatif des 10 indicateurs pour le suivi mondial du secteur de la santé



## Indicateurs mondiaux pour le suivi et l'évaluation de la riposte du secteur de la santé au VIH



# La cascade de services de prévention, de soins et de traitement de l'infection à vih

|  |            |
|--|------------|
| <b>2.1 Introduction</b>  | <b>36</b>  |
| <b>2.2 Connaître son épidémie</b>  | <b>45</b>  |
| <b>2.3 Suivi des intrants relatifs aux ressources essentielles</b>                           | <b>57</b>  |
| <b>2.4 Cascade de services de prévention, de soins et de traitement de l'infection à VIH</b> | <b>64</b>  |
| <b>2.5 Évaluation de l'impact</b>  | <b>200</b> |

## 2. LA CASCADE DE SERVICES DE PRÉVENTION, DE SOINS ET DE TRAITEMENT DE L'INFECTION À VIH

### 2.1 Introduction

Cette deuxième partie du document donne une description des principaux indicateurs tout au long de la cascade de services de lutte contre le VIH ainsi que des explications sur la manière de sélectionner ces indicateurs et de les classer par ordre de priorité. Elle commence par fournir un aperçu des 10 indicateurs utilisés pour le suivi au niveau mondial de la riposte du secteur de la santé au VIH dans les différents pays. Le reste de cette deuxième partie est consacré à une présentation des 50 indicateurs nationaux et des indicateurs supplémentaires. Pour créer des conditions favorables à l'amélioration de l'analyse et de l'utilisation des données, ces indicateurs sont organisés en suivant la chaîne de résultats et la cascade des services de lutte contre le VIH. Dans chaque section, un texte donne une description du cadre à respecter pour le suivi ainsi que des éléments pratiques à prendre en considération ; ce texte est suivi d'un tableau donnant des informations détaillées sur les différents indicateurs recommandés. Pour chaque indicateur, ces tableaux comprennent un résumé du numérateur et du dénominateur ainsi que des informations sur les différentes ventilations recommandées, la méthode de mesure et la pertinence pour le programme. Des fiches de référence détaillées pour les indicateurs sont publiées séparément et disponibles en ligne à l'adresse <http://www.who.int/hiv/topics/me/en/>.

#### Points clés de la partie 2

- Ce guide propose 10 indicateurs mondiaux pour rendre compte des principales étapes et des principaux liens dans la chaîne de résultats.
- Ce guide recommande un total de 50 indicateurs parmi lesquels les pays peuvent choisir les plus pertinents pour répondre à leurs besoins en termes d'informations stratégiques ; les 10 indicateurs mondiaux font partie de ces 50 indicateurs.
- Une ventilation des données en fonction du sexe, de l'âge, des populations clés ainsi que d'autres caractères distinctifs permet de déterminer où concentrer les actions à mener pour améliorer le programme.

#### 2.1.1 Les 10 indicateurs mondiaux

Les 10 indicateurs mondiaux constituent un ensemble minimal recommandé pour le suivi au niveau mondial. Comme cela est montré à la Figure 1.3 (page XX), chacun de ces 10 indicateurs rend compte d'une étape clé dans la cascade de services de prévention, de soins et de traitement de l'infection à VIH. Pris ensemble, ces 10 indicateurs mondiaux donnent un résumé de la performance globale de la riposte du système de santé au VIH et fournissent des informations sur les principaux liens et sur les principaux obstacles rencontrés. Ces 10 indicateurs sont récapitulés au Tableau 2.1. Comme ils font également partie des 50 indicateurs nationaux, ils apparaissent à nouveau, avec des informations supplémentaires, dans les sections ultérieures de la Partie 2 (comme cela est indiqué dans la colonne de droite du Tableau 2.1).

Pour créer une base commune pour le suivi au niveau mondial et permettre des comparaisons entre les différents pays, les administrateurs des programmes dans les pays doivent inclure ces 10 indicateurs mondiaux dans l'ensemble des indicateurs sélectionnés pour leur cadre de suivi et d'évaluation. Pour chacun de ces 10 indicateurs mondiaux, les pays doivent, dans la mesure du possible, respecter les définitions, les objectifs ainsi que les modes de mesure et d'interprétation figurant dans ce guide.



## Critères ayant guidé le choix des 10 indicateurs mondiaux

Pris ensemble, ces 10 indicateurs mondiaux donnent un résumé de la performance de la riposte du système de santé au VIH.

Leur choix s'est appuyé sur les critères suivants:

1. validité
2. pertinence pour une étape particulière ou pour un lien particulier de la cascade tout au long de la chaîne de résultats
3. faisabilité de la mesure et disponibilité des données
4. utilité pour le suivi de l'infection à VIH à la fois au niveau national et, après agrégation des données, au niveau mondial
5. applicabilité et comparabilité à l'échelle mondiale.

**Tableau 2.1 Les 10 indicateurs pour le suivi mondial de la riposte du secteur de la santé au VIH**

| Indicateur  | Pertinence pour la cascade  | Justification pour le suivi au niveau mondial   | Ventilation  | Indicateur de référence   |
|---|---|---|--|---|
| 1. Personnes vivant avec le VIH<br>Nombre et % des personnes vivant avec le VIH   | Population cible pour la cascade de soins de l'infection à VIH. Sert de numérateur ou de dénominateur pour plusieurs autres estimations tout au long de la cascade. | Rend compte de l'épidémie et des besoins en termes de services.   | Sexe, âge, populations clés,* statut par rapport à la grossesse, statut par rapport aux critères à remplir pour recevoir un TAR, localisation, prévalence de l'infection à VIH chez les patients tuberculeux (LINK.5). | NEEDS.1 <sup>1</sup><br>Établi à partir de données de surveillance, d'enquêtes et de programmes, de l'examen de « Connaître son épidémie » et de méthodes de modélisation cohérentes à l'échelle internationale.      |
| 2. Financement public national pour la lutte contre le VIH<br>% de l'ensemble des dépenses en rapport avec la lutte contre le VIH provenant des dépenses publiques nationales | Important pour assurer la pérennité du financement de la riposte au VIH.  | Utilisé pour évaluer combien les gouvernements sont engagés et parties prenantes pour identifier les lacunes en matière de financement. | Populations clés* et autres populations cibles, catégories de programmes, par exemple la prévention, le traitement et les soins.   | RES.31<br>Les comptes de la santé et l'estimation nationale des ressources et dépenses relatives au sida (National AIDS Spending Assessment, NASA) peuvent aider à déterminer les dépenses et à suivre les tendances. |

<sup>1</sup> Le nom de l'indicateur (par exemple NEEDS.1) permet d'identifier cet indicateur tout au long de la Partie 2

\* Dans de nombreuses situations, les données spécifiques sur les populations clés ne peuvent pas être collectées lors du suivi de routine des programmes ; il faut alors mener des enquêtes

|  |   |   |  |   |
|--|---|---|--|---|
| <p>3. Prévention par type de population clé</p> <p>a) pour les professionnel(le)s du sexe, % déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur client le plus récent</p> <p>b) pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, % déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin</p> <p>c) pour les consommateurs de drogue par injection, nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par personne</p> <p>d) pour la population générale, parmi les personnes ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois, % déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel</p> | <p>Rend compte des interventions de prévention dans les groupes de populations clés et dans la population générale pour lutter contre le risque de transmission et prévenir les nouvelles infections par le VIH</p>   | <p>L'utilisation du préservatif avec les partenaires sexuels non-réguliers ou à haut risque et la mise à disposition d'aiguilles et de seringues propres sont des interventions clés qu'il est possible de mesurer de la même manière dans tous les pays.</p> | <p>Sexe (féminin, masculin, personnes transgenres), âge, localisation.</p>                               | <p>a) PREV.1.a<br/>b) PREV.1.b<br/>c) KPOP.2<br/>d) PREV.1.d</p> <p>Collectés au moyen d'enquêtes. Doivent être interprétés en fonction de la couverture et de l'échantillonnage utilisé pour l'enquête.</p> <p>Inclure la PPrE s'il y a lieu.</p>  |
| <p>4. Personnes vivant avec le VIH chez lesquelles le diagnostic a été posé</p> <p>% des personnes vivant avec le VIH chez lesquelles le diagnostic d'infection été posé</p>   | <p>Le diagnostic et la connaissance de son statut positif par rapport au VIH sont des éléments précurseurs aux soins et au traitement. En outre, le dépistage du VIH peut avoir une influence sur l'adoption de comportements de prévention chez les personnes infectées par le VIH et chez les personnes qui ne sont pas infectées par le VIH.</p> | <p>Le dépistage du VIH est un élément clé pour une riposte efficace au VIH.</p>   | <p>Sexe, âge, populations clés,* patients tuberculeux, autres populations vulnérables, localisation.</p> | <p>HTS.1</p> <p>Les personnes vivant avec le VIH faisant partie de populations spécifiques et chez lesquelles un dépistage a été réalisé doivent également faire l'objet d'un suivi à l'échelle mondiale, notamment :</p> <p>a. les populations clés<br/>b. les femmes enceintes<br/>c. les patients tuberculeux.</p> <p>Ces informations peuvent être obtenues à partir de données programmatiques, d'enquêtes en population et d'enquêtes spéciales ciblant les populations clés.</p> |

\* Dans de nombreuses situations, les données spécifiques sur les populations clés ne peuvent pas être collectées lors du suivi de routine des programmes ; il faut alors mener des enquêtes

|   |   |   |  |   |
|---|---|---|--|---|
| <p>5. Couverture des soins de l'infection à VIH</p> <p>Nombre et % des personnes vivant avec le VIH qui reçoivent des soins de l'infection à VIH (y compris un TAR)</p> | <p>Rend compte des liens avec les soins en mesurant la couverture des soins de l'infection à VIH et les progrès accomplis en vue de parvenir à un accès universel aux soins (y compris au TAR).</p> | <p>Aide à suivre les tendances au niveau mondial en matière de couverture des soins et de traitement au sein des différentes populations de personnes vivant avec le VIH.</p> | <p>Sexe, âge, populations clés,* statut par rapport au traitement (pré-TAR ou sous TAR), localisation</p>  | <p>LINK.2</p> <p>Le numérateur est calculé à l'aide de données programmatiques sur le dénombrement des personnes vivant avec le VIH chez lesquelles une évaluation clinique ou un test de laboratoire a été réalisé, ou à l'aide de données sur le dénombrement des personnes sous TAR, utilisé comme mesure indirecte du nombre de personnes recevant des soins. Le dénominateur est généralement obtenu par estimation.</p>   |
| <p>6. Couverture du TAR</p> <p>% des personnes vivant avec le VIH qui reçoivent un TAR</p>  | <p>Évalue dans quelle mesure les besoins en TAR sont couverts.</p>  | <p>Permet de suivre les tendances de la couverture du TAR aux niveaux national et mondial.</p>  | <p>Sexe, âge, populations clés,* schémas thérapeutiques, localisation.</p>   | <p>ART.3</p> <p>Le numérateur est calculé à l'aide de statistiques programmatiques ; le dénominateur est généralement obtenu par estimation en utilisant des modèles similaires à l'échelle internationale.</p> <p>Pour établir des rapports de manière cohérente au niveau mondial, les personnes vivant avec le VIH sont utilisées comme dénominateur. Au niveau national, la couverture doit également être calculée en utilisant le nombre de personnes remplissant les critères nationaux pour recevoir un TAR pour estimer le dénominateur (ART.2).</p> |
| <p>7. Rétention sous TAR</p> <p>% des personnes vivant avec le VIH et sous TAR qui sont en rétention sous TAR 12 mois après la mise en route de ce traitement</p>       | <p>Une fois sous TAR, le traitement doit être pris toute la vie. La rétention sous TAR est importante pour atteindre les résultats escomptés dans la cascade de soins de l'infection à VIH.</p>     | <p>Donne des indications sur la qualité des services et sur l'engagement continu des personnes vivant avec le VIH sous TAR.</p>   | <p>Sexe, âge, grossesse/ allaitement au sein au moment de la mise en route du TAR, localisation ; optionnel : co-infection par la tuberculose.</p> | <p>ART.5</p> <p>Obtenu par un suivi de cohortes de personnes vivant avec le VIH chez lesquelles un TAR est mis en route. Les perdus de vue doivent faire l'objet d'une analyse systématique afin de déterminer la valeur réelle des résultats, y compris les caractéristiques de la mortalité.</p>  |

\* Dans de nombreuses situations, les données spécifiques sur les populations clés ne peuvent pas être collectées lors du suivi de routine des programmes ; il faut alors mener des enquêtes.

|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
| <p>8. Suppression de la charge virale</p> <p>% des personnes sous TAR qui présentent une suppression de la charge virale</p>                             | <p>Mesure la proportion de personnes sous TAR qui présentent une suppression de la charge virale. Une forte proportion de personnes qui présentent une suppression de la charge virale signifie que le taux de transmission ultérieur sera faible.</p> <p>La suppression de la charge virale dans une cohorte 12 mois après la mise en route du TAR doit également faire l'objet d'un suivi (VLS.1).</p> | <p>La suppression de la charge virale est un indicateur de la réussite du traitement et de la diminution du risque de transmission.</p>  | <p>Sexe, âge, localisation.</p>  | <p>VLS.3</p> <p>Donne une vision transversale de la suppression de la charge virale chez les personnes sous TAR. Elle peut également être évaluée en fonction de la durée depuis la mise en route du TAR, sous la forme d'une cohorte.</p> <p>La suppression de la charge virale est définie par une charge virale &lt;1000 copies/ml.</p>    |
| <p>9. Décès liés au sida</p> <p>Nombre de décès liés au sida pour 100 000 habitants</p>  | <p>Mesure le résultat négatif ultime de l'échec des soins et du traitement.</p>  | <p>Montre les tendances des décès chez les personnes vivant avec le VIH ; comparaison possible avec d'autres causes de décès.</p>  | <p>Sexe, âge, infection à VIH chez les personnes atteintes de tuberculose, localisation.</p>                             | <p>IMP.1</p> <p>Analyse d'un échantillon et des données de mortalité des sites. L'amélioration continue de l'enregistrement des faits d'état civil facilitera la mesure de cet indicateur.</p> <p>Pour examiner les tendances, le nombre de décès peut être comparé avec le nombre de personnes vivant avec le VIH.</p>                       |
| <p>10. Incidence de l'infection à VIH</p> <p>Taux de nouvelles infections à VIH : nombre de nouvelles infections à VIH pour 1000 habitants sensibles</p> | <p>Rend compte de l'impact de la prévention et du traitement de l'infection à VIH.</p>   | <p>Important pour le suivi des tendances de l'épidémie, pour la détection de changements possibles de ses caractéristiques ainsi que pour obtenir des projections des besoins.</p> | <p>Sexe, âge, mode de transmission (chez l'enfant), populations clés,* autres populations vulnérables, localisation.</p> | <p>IMP.2</p> <p>Les estimations doivent être calculées à l'aide de modélisations, de cohortes et de la prévalence de l'infection à VIH en fonction de tranches d'âge particulières obtenues à l'aide de méthodes de modélisation cohérentes à l'échelle internationale. Permet de prédire dans quelle direction évolueront les épidémies.</p> |

\* Dans de nombreuses situations, les données spécifiques sur les populations clés ne peuvent pas être collectées lors du suivi de routine des programmes ; il faut alors mener des enquêtes.

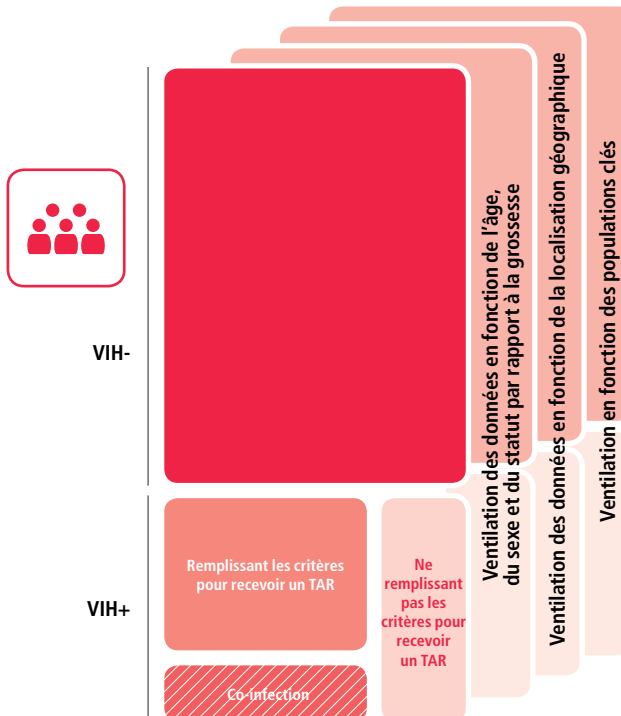
## 2.1.2 Ventilation des données pour améliorer la programmation

Si la riposte globale au VIH a bien permis que des millions de personnes bénéficient des services de lutte contre le VIH, certaines populations spécifiques présentent encore de nombreux besoins qui ne sont pas couverts. Le suivi de la charge de morbidité liée au VIH et de la couverture des services connexes en fonction de l'âge, du sexe et d'autres caractéristiques aide à cibler les services pour qu'ils bénéficient aux populations qui en ont plus spécifiquement besoin. Les épidémies d'infection à VIH sont très variées, et les particularités de chaque épidémie localisée s'expliquent par un mélange

**La ventilation des données est la séparation de ces données en différents éléments afin de mettre en évidence des différences pouvant exister au sein des données agrégées et qui peuvent avoir des implications importantes en termes de programmation. D'une manière générale, les données doivent être ventilées en fonction du sexe, de l'âge, des populations clés et de la localisation géographique**

particulier de caractéristiques et de situations, notamment par le risque de transmission directe et les comportements de protection, les facteurs de risque sociaux, la distribution en fonction du sexe et de l'âge, la localisation et la mobilité. Pris ensemble, ces facteurs déterminent qui sont les personnes les plus susceptibles d'être infectées, qui sont les personnes les plus à risque et qui sont les personnes qui ont le plus grand besoin de services. La ventilation des données en fonction de l'âge, du sexe, des populations clés et de la situation géographique est un élément essentiel pour mettre fin à l'infection à VIH en tant que problème de santé publique. Cela nécessitera un niveau de détails et des analyses de données beaucoup plus poussés.

**Fig. 2.1 Ventilation des données du secteur de la santé en rapport avec l'infection à VIH**



La ventilation des données utilisées pour calculer un indicateur fournit les informations nécessaires pour adapter les réponses à une situation épidémique particulière et aux personnes qui en ont le plus besoin. Pour réaliser une analyse plus approfondie qui puisse apporter des informations utiles pour la programmation, chaque indicateur de l'ensemble de base unifié présenté dans ce guide peut être ventilé en fonction de l'âge, du sexe, des populations clés et de la situation géographique, que ce soit au niveau infranational ou au niveau de chaque site (Figure 2.1).

Pour chaque indicateur, le degré de ventilation dépend de la situation locale, de l'objectif spécifique de l'enquête (ce que le programme doit étudier), ainsi que de la faisabilité et du coût de la collecte des données et de l'analyse à réaliser. Par exemple, pour déterminer les besoins en termes de prévention ou l'impact de l'utilisation du préservatif dans une population de professionnel(le)s du sexe, il peut être suffisant de mesurer le taux d'infection dans cette population et de le rapporter à la moyenne du taux d'utilisation déclarée du préservatif avec le dernier client (PREV.1.a). Si une analyse plus approfondie est nécessaire (par exemple, pour obtenir des informations sur les sous-groupes de professionnel(le)s du sexe chez lesquels le taux d'utilisation du préservatif est faible, et donc qui sont plus à risque de transmission du VIH), il peut être justifié de ventiler les données en fonction de l'âge, de la durée de participation dans l'industrie du sexe et de la fréquence d'utilisation du préservatif (signalée par les professionnel(le)s du sexe eux(elles)-mêmes).

La ventilation systématique des données collectées à l'aide de systèmes utilisant des documents papier nécessite plus de travail que la ventilation de données collectées à l'aide de systèmes informatisés. Pour décider de ventiler ou non des données, il faut tout d'abord examiner avec attention le travail nécessaire pour réaliser cette ventilation ainsi que les autres approches pouvant exister pour obtenir les informations recherchées.

## Ventilation en fonction des populations clés

Les populations clés sont des groupes de personnes à risque pour l'infection à VIH dans différents contextes épidémiques du fait de comportements particuliers. Les obstacles juridiques et sociaux contribuent également à leur vulnérabilité. Dans l'ensemble, les comportements à risque et la vulnérabilité des populations clés ainsi que leurs réseaux ont une grande influence sur la dynamique de tous les types d'épidémie d'infection à VIH.

### Les populations clés sont les suivantes:

- les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
- les consommateurs de drogue par injection
- les personnes dans les prisons et autres lieux d'enfermement
- les professionnel(le)s du sexe
- les personnes transgenres.

En raison de leur risque plus élevé de transmission du VIH et des obstacles qui les empêchent d'accéder aux services de prévention et de soins, les populations clés nécessitent des services spécifiquement adaptés à leurs besoins. Une ventilation des indicateurs en fonction des populations clés permet aux programmes de faire un suivi spécifique et d'évaluer l'épidémie et la riposte pour chaque groupe de population concerné. Des informations plus détaillées sur les services pour les populations clés se trouvent à la Section 2.4.1.

Les informations sur les populations clés (ainsi que sur les personnes vivant avec le VIH, qu'elles appartiennent ou non à des populations clés) doivent être collectées et stockées de façon sécurisée. Le non-respect de la confidentialité de ces informations peut non seulement compromettre la collecte de données dans le futur et porter sérieusement atteinte à la confiance que les personnes accordent aux services de santé, mais peut même représenter une menace pour le bien-être et la vie des personnes à risque si celles-ci sont victimes d'une stigmatisation sociale ou d'une répression juridique. Il est donc

particulièrement important de ne collecter que les informations strictement nécessaires et d'en assurer la confidentialité.

Autres populations à risque particulier. D'autres populations nécessitent également des services de lutte contre le VIH adaptés à leurs besoins particuliers. Il est important que les pays identifient les groupes vulnérables existant dans leur contexte et fassent un suivi ainsi qu'une évaluation précise de leur risque par rapport au VIH et de leur accès aux services. En plus des populations clés, les populations d'intérêt peuvent par exemple inclure les travailleurs migrants, les réfugiés, les chauffeurs travaillant sur de longues distances, les militaires et les personnes travaillant dans des mines ainsi que les personnes vivant avec un handicap et les personnes atteintes de maladies chroniques. Bien que ces groupes ne soient pas systématiquement répertoriés dans ce guide,<sup>4</sup> ils doivent être pris en considération dans les plans de suivi et d'évaluation s'ils peuvent présenter un intérêt en fonction du contexte. Dans ce guide, les personnes remplissant les critères pour recevoir un TAR quel que soit leur nombre de CD4 sont considérées comme formant des sous-groupes d'intérêt potentiel pour la ventilation des données: femmes enceintes, enfants âgés de moins de cinq ans, couples sérodiscordants et personnes qui présentent une infection double (par exemple une tuberculose et une infection à VIH).

Ventilation en fonction de l'âge et du sexe. S'il est important de prendre en considération les caractéristiques uniques qui peuvent être mises en évidence pour les différents indicateurs par une ventilation en fonction de l'âge et par une ventilation en fonction du sexe, les caractéristiques de la charge de morbidité due au VIH font généralement ressortir l'importance d'une combinaison spécifique de ces deux paramètres. Une planification de la ventilation en fonction de différentes catégories d'âge et de sexe est donc particulièrement utile pour exploiter au mieux les informations obtenues à partir de données d'enquête ou de données pragmatiques.

Ventilation en fonction de l'âge. La ventilation en fonction de l'âge est importante pour comprendre les changements dans la prévalence et dans l'incidence, pour caractériser la manière dont l'épidémie évolue, pour surveiller l'équité dans l'accès aux services et pour aider lors de la planification des ripostes du programme pour des tranches d'âge particulières comme les enfants âgés de moins de cinq ans, les adolescents, les jeunes adultes et les adultes plus âgés. Il est en général recommandé de faire une ventilation en fonction de l'âge et du sexe par tranches d'âge de 5 ans, avec une ventilation supplémentaire pour la tranche d'âge <5 ans en deux tranches supplémentaires: <1 an et 1-4 ans. Même si la ventilation en fonction de l'âge nécessite un gros travail lorsque le système est basé sur des rapports sur papier, les données ventilées en fonction de l'âge et en fonction du sexe apportent des informations précieuses pour la programmation ; cette question doit être traitée avec attention lorsque les pays procèdent à un examen de leur système de suivi et d'évaluation. Il n'est pas toujours possible de ventiler de manière systématique les données par tranches d'âge de 5 ans ; il faut alors utiliser les tranches d'âge standards suivantes: <1 an, 1-4 ans, 5-14 ans, 15-19 ans, 20-49 ans et 50 ans et +.

Dans ce guide, les tableaux donnent la liste des tranches d'âge à utiliser pour la ventilation en commençant, dans certains cas, par les tranches d'âge recommandées en priorité en situation de ressources très limitées où les systèmes de suivi reposent sur des données collectées sur papier, puis présentent d'autres tranches d'âge qu'il est recommandé d'utiliser au moins une fois par an pour la collecte des données s'il n'est pas possible de les collecter ainsi de manière systématique ; dans ces situations, il peut être utile de collecter des données ventilées supplémentaires dans des sites sentinelles plutôt que de les collecter dans l'ensemble des sites. Enfin, lorsque le système est informatisé, il est suggéré d'examiner les données en les séparant par tranches d'âge de 5 ans.

<sup>4</sup> Les informations stratégiques pour ces groupes sont traitées dans d'autres documents, comme par exemple:

Strategies to support the HIV-related needs of refugees and host populations. Geneva, United Nations Joint Programme on HIV/AIDS, 2005 ([http://data.unaids.org/Publications/IIRC-pub06%2Fjc1157-refugees\\_en.pdf](http://data.unaids.org/Publications/IIRC-pub06%2Fjc1157-refugees_en.pdf)).

The GAP report 2014. People aged 50 years and older. Geneva, United Nations Joint Programme on HIV/AIDS, 2014 ([http://data.unaids.org/Publications/IIRC-pub06/jc1157-refugees\\_en.pdf](http://data.unaids.org/Publications/IIRC-pub06/jc1157-refugees_en.pdf)) ou ([http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/gapreport12pops/12\\_Peopleaged50yearsandolder.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/gapreport12pops/12_Peopleaged50yearsandolder.pdf)).

The GAP Report 2014. Migrants. Geneva, United Nations Joint Programme on HIV/AIDS, 2014 ([http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/gapreport12pops/04\\_Migrants.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/gapreport12pops/04_Migrants.pdf)).

HIV and population mobility. Geneva, International Organization for Migration, 2010 (<http://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/activities/health/hiv-population/IOM-Global-HIV-GN2010.pdf>).

Ces trois catégories sont répertoriées avec les sous-titres suivants:

- minimum, pour les systèmes sur papier (collecte systématique)
- extraction annuelle de données ventilées en fonction du plus grand nombre possible de catégories d'âge, si ces données ne sont pas collectées de manière systématique
- système informatisé, par tranches d'âge de 5 ans.

Ventilation en fonction du sexe. Le rôle du sexe ou du genre comme facteur de risque d'infection par le VIH dépend du contexte épidémique. Lorsque la transmission du VIH se fait en grande partie lors de rapports hétérosexuels, ce qui est habituellement le cas dans les épidémies généralisées, le risque d'infection est parfois plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Sur le plan biologique, les femmes présentent un risque plus élevé d'infection que les hommes lorsqu'elles sont exposées au VIH. Leur risque d'exposition au VIH peut également être plus élevé pour des raisons sociales, par exemple lorsque leur partenaire masculin a plusieurs partenaires sexuels, du fait de l'insuffisance relative de pouvoir économique et social que les femmes ont dans leurs relations et dans la société, et aussi parce qu'elles peuvent être victimes d'exploitation sexuelle et de la violence contre les femmes. En revanche, les hommes sont parfois plus à risque que les femmes dans certaines épidémies concentrées où la transmission se fait principalement par des rapports sexuels entre hommes ou par la consommation de drogue par injection.

Le terme « genre » fait référence à un rôle construit au niveau social et associé aux hommes ou aux femmes. Le terme « personne transgenre » désigne une personne qui s'identifie elle-même à un genre qui est différent de son sexe biologique à la naissance. Les personnes transgenres sont considérées comme une population clé ; nombre d'entre elles sont particulièrement exposées au risque d'infection à VIH en raison de leurs comportements sexuels et aussi de leur marginalisation sur le plan social. Pour identifier les lacunes dans la riposte du programme de lutte contre le VIH, il est important de ventiler les données en fonction du sexe (hommes, femmes et personnes transgenres), les services de santé

## Les dénominateurs ont également leur importance!

Une grande attention est portée aux numérateurs permettant de calculer les indicateurs présentés dans ce guide. Mais les dénominateurs ont également une grande importance. D'une manière générale, il existe deux types de dénominateurs :

**Dénominateurs obtenus à partir de données sur la population.** Ce type de dénominateur correspond à un nombre de personnes dans un groupe, que ces personnes entrent ou non en contact avec le système de santé. Le nombre de personnes vivant avec le VIH est par exemple souvent utilisé comme dénominateur pour la population. Ce type de dénominateur est entre autres utilisé pour le calcul de l'indicateur ART.3, qui est le pourcentage de personnes vivant avec le VIH et sous TAR. (ART.3 est un indicateur mondial.) Bien que généralement obtenus par estimation, ces dénominateurs sont utiles, car ils peuvent être utilisés pour un certain nombre d'indicateurs tout au long de la cascade, ce qui contribue à mettre en évidence les problèmes d'attrition.

**Dénominateurs obtenus à partir de données programmatiques.** Ce type de dénominateur est un nombre connu du système de santé (comme le nombre de personnes dans les soins ou la quantité de fournitures commandées). Le nombre de personnes chez lesquelles un diagnostic d'infection à VIH a été posé est un exemple de dénominateur obtenu à partir de données programmatiques. Ce type de dénominateur peut par exemple être utilisé pour le calcul de l'indicateur ART.2, qui est le pourcentage de personnes vivant avec le VIH remplissant les critères pour recevoir un TAR et recevant ce traitement. Ces dénominateurs sont utiles pour la planification du programme.



ne parvenant généralement pas, pour la population transgenre, à identifier les besoins en termes de prévention, de soins et de traitement, ni à y répondre.

Ventilation en fonction de la situation géographique. Pour mieux comprendre l'épidémie et cibler les services afin d'assurer une riposte efficace du secteur de la santé au VIH, il est essentiel de ventiler les données en fonction de la situation géographique (en fonction de différents niveaux infranationaux et d'autres localisations pertinentes). La collecte, l'analyse et la ventilation des données en fonction de la localisation géographique de la transmission du VIH et de la couverture et de l'utilisation des services fournissent des informations précieuses pour les administrateurs de programmes de lutte contre le VIH. Les taux élevés de transmission du VIH, de morbidité liée au VIH et de mortalité liée au VIH se concentrent souvent dans des endroits particuliers. La collecte et l'analyse des données doivent tenir compte de l'émergence de tendances géographiques, avec par exemple une prévalence plus élevée le long d'une voie de transport. La ventilation en fonction de la localisation permet également de faire le suivi au fil du temps de l'accès aux services et de leur utilisation dans des endroits particuliers, par exemple le suivi des services de dépistage du VIH ou d'autres services dans les zones desservies par les différents établissements de santé. Les informations sur la localisation peuvent révéler des inégalités dans l'accès aux services et dans leur utilisation qui affectent certaines populations ou certains milieux (par exemple en milieu rural, urbain ou suburbain), les communautés mal desservies devant alors faire l'objet d'une attention particulière. Inversement, le fait d'identifier une meilleure performance du programme dans certains endroits particuliers peut mettre en lumière des activités novatrices de prévention, de soins et de traitement ; les enseignements qui en sont tirés peuvent alors bénéficier à l'ensemble du programme. La ventilation des données en fonction de la situation géographique (au niveau infranational et au niveau de chaque site) est importante pour aider à cibler la riposte et établir des priorités dans les zones où elle peut avoir l'impact le plus important. Les exercices de cartographie ont également été importants pour cibler les services de sensibilisation et de prévention sur des lieux, des sites et des populations particuliers.

Comme pour les informations sur les populations clés, les informations sur la localisation doivent être limitées à ce qui est nécessaire pour la conception et la gestion du programme et conservées de manière strictement confidentielle.

## 2.2 Connaître son épidémie

Ce guide met l'accent sur l'utilisation des données afin d'améliorer au mieux la couverture, la qualité et l'impact des services de lutte contre le VIH. Cela n'est possible que si les services et les activités de sensibilisation sont adaptés aux populations qui doivent en bénéficier, que ce soient des personnes vivant avec le VIH ou des personnes à risque. Tous les aspects de la riposte, notamment la conception, la planification et les décisions quant aux orientations du programme, reposent sur les activités menées pour « Connaître son épidémie » et sur une bonne connaissance des besoins, des critères à remplir et du contexte.

### 2.2.1 Variables clés pour la mesure

La cascade de services de prévention, de soins et de traitement de l'infection à VIH commence par « Connaître son épidémie » : comprendre l'ampleur et la distribution de l'épidémie, comprendre les comportements qui déterminent la manière dont l'épidémie évolue, obtenir des estimations de la prévalence et des nouvelles infections, et déterminer les changements dans ces mesures au fil du temps, notamment dans les populations clés.

Quatre nombres concernant les personnes ayant des besoins sont particulièrement importants pour guider la riposte du secteur de la santé au VIH :

1. Le nombre de personnes vivant avec le VIH
2. La taille des populations clés

3. Le nombre de personnes remplissant les critères pour recevoir un TAR
4. Le nombre de femmes et le nombre de leurs enfants qui remplissent les critères pour bénéficier de services de PTME, de traitement et de soins.

Cette section donne une description de ces quatre nombres clés. Le Tableau 2.2 présente de façon détaillée l'ensemble des indicateurs recommandés pour évaluer les besoins en termes de prévention et de traitement de l'infection à VIH.

## 1. Nombre de personnes vivant avec le VIH

### Indicateur NEEDS.1: nombre et % des personnes vivant avec le VIH

Pour la planification des programmes et le suivi de l'impact, il est indispensable de connaître le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le pays. Le nombre estimé de personnes vivant avec le VIH donne la taille potentielle du groupe pouvant entrer dans la cascade de services de soins et de traitement. Il sert également de dénominateur pour les deux premiers 90 de la cible de traitement 90-90-90. Il est obtenu à l'aide de méthodes d'estimation cohérentes à l'échelle mondiale qui reposent sur des données démographiques, de surveillance de l'infection à VIH et de programmes de lutte contre le VIH spécifiques à chaque pays et aussi à partir de la surveillance des cas d'infection à VIH.



#### 1. Personnes vivant avec le VIH

Nombre et % des personnes vivant avec le VIH

Connaître le nombre total de personnes vivant avec le VIH ne constitue que la première étape. Pour adapter la riposte d'un pays à ses besoins, il est indispensable de ventiler les données en fonction du sexe, de l'âge, des différents groupes de populations clés et de la répartition géographique. Une ventilation est également nécessaire pour faire le suivi de la couverture et de l'impact du programme. (Des informations supplémentaires sur la ventilation se trouvent à la Section 2.1.2.)

## 2. Populations clés

### Indicateur NEEDS.2: estimation de la taille des populations clés

Par définition, les populations clés jouent un rôle capital dans les dynamiques de toute épidémie d'infection à VIH. Les populations clés les plus couramment définies sont les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les consommateurs de drogue par injection, les personnes dans les prisons et autres lieux d'enfermement, les professionnel(le)s du sexe et les personnes transgenres. Il est important d'estimer la taille de ces populations clés afin d'évaluer si les services et le soutien sont suffisants pour répondre aux besoins des personnes appartenant à ces populations, et pour faire en sorte que ce soit le cas.

En plus de permettre de définir les priorités en matière d'allocation des ressources du programme, l'estimation de la taille des populations clés peut être utilisée pour le plaidoyer. Des informations sur les populations clés peuvent par exemple aider à appuyer une demande d'augmentation des ressources allouées, l'attention portée et le niveau de priorité accordé à ces groupes. L'estimation de la taille de ces populations permet également d'obtenir des dénominateurs jouant un rôle capital pour le calcul de plusieurs indicateurs du suivi et de l'évaluation.<sup>5</sup>

Les méthodes utilisées pour obtenir une estimation de la taille de ces populations comprennent les méthodes de recensement et de dénombrement, la cartographie programmatique, la méthode de capture-recapture, la méthode du multiplicateur et la méthode d'analyse du réseau (Network scale-up method, NSUM). Ces dernières années, plusieurs nouvelles méthodes et approches ont également été proposées et utilisées, notamment la méthode de la « sagesse des foules » (Wisdom of the crowds) et la méthode de l'enquête-substitut. La plupart des méthodes nécessitent de mener des enquêtes, par exemple une enquête de surveillance comportementale et biologique intégrée. Le Groupe de travail de l'OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale a élaboré des lignes directrices pour obtenir une estimation

<sup>5</sup> Des orientations détaillées se trouvent dans le document suivant: Tool for setting and monitoring targets for prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva, World Health Organization (sous presse).

de la taille de ces populations.<sup>6</sup>

Le calcul des estimations en utilisant différentes méthodes aboutit souvent à des résultats différents. L'utilisation de différentes méthodes peut donc être utile pour se faire une idée de la sensibilité des estimations obtenues. Les estimations doivent être arrondies à la centaine ou au millier le plus proche pour indiquer que les chiffres présentés correspondent à une estimation et ne sont pas un comptage réel. En outre, il faut prendre en considération la validité géographique des données ainsi que la façon dont des résultats obtenus à partir de données collectées dans des zones de taille relativement limitée peuvent être extrapolés pour des zones administratives plus grandes, voire à l'échelle nationale. Les pays peuvent convoquer une réunion des parties prenantes, avec la participation de représentants des populations clés, afin d'examiner les différentes estimations obtenues et décider du nombre plausible à utiliser. Le but est d'obtenir des estimations raisonnables et faisant l'objet d'un consensus pour étendre les services destinés aux populations clés. L'estimation de la taille des populations clés changeant peu d'une année à une autre, il est suffisant de répéter ce processus tous les trois à cinq ans.

### 3. Critères à remplir pour recevoir un TAR

#### Indicateur NEEDS.4: estimation du nombre et du % des personnes vivant avec le VIH remplissant les critères pour recevoir un TAR

Le nombre de personnes remplissant les critères pour recevoir un TAR donne des informations sur l'ampleur des services et la quantité de fournitures nécessaires pour couvrir intégralement les besoins en TAR. Il sert également de dénominateur pour calculer l'indicateur de couverture du TAR en fonction du statut par rapport aux critères à remplir pour recevoir ce traitement, à savoir le pourcentage de personnes qui remplissent les critères pour recevoir un TAR et qui reçoivent ce traitement (ART.2).

Les critères à remplir pour recevoir un TAR varient d'un pays à un autre. Ils sont explicités dans les politiques et dans les directives de soins et de traitement des pays élaborées sur la base de données scientifiques, des normes nationales en matière de santé publique et des pratiques cliniques, des recommandations mondiales ainsi que d'autres facteurs. Les recommandations mondiales ont évolué au cours des 10 dernières années, les critères à remplir pour recevoir un TAR étant progressivement élargis. Selon les lignes directrices de l'OMS, il est recommandé de mettre en route un TAR chez les personnes infectées par le VIH suivantes:

- toute personne âgée de cinq ans ou plus chez laquelle le nombre de CD4 est  $\leq 500$  cellules/mm<sup>3</sup>
- tout enfant âgé de cinq ans ou plus quel que soit le nombre de CD4 si le stade clinique de l'OMS est de 3 ou 4 ou s'il présente une tuberculose active
- tout enfant âgé de moins de cinq ans, y compris les nourrissons
- toute femme enceinte et toute femme allaitant au sein
- tout couple sérodiscordant
- toute personne qui présente une co-infection par la tuberculose
- toute personne qui présente une co-infection par l'hépatite B ou une maladie chronique du foie.

Au niveau de la population, l'estimation du nombre de personnes qui remplissent les critères pour recevoir un TAR repose sur les mêmes modèles épidémiologiques que ceux utilisés pour estimer le nombre de personnes vivant avec le VIH. Avec ces modèles, le nombre de personnes qui remplissent les critères pour recevoir un TAR est calculé en additionnant le nombre de personnes déjà sous traitement (c'est-à-dire celles qui ont rempli les critères actuels ou antérieurs pour recevoir un TAR) et le nombre de personnes qui remplissent les critères actuels, mais qui ne sont pas encore sous traitement. Il est préférable d'utiliser des estimations obtenues par modélisation plutôt que des nombres obtenus à partir des données programmatisques, ces dernières ne prenant pas en compte les personnes qui remplissent les critères pour recevoir un traitement mais qui n'ont pas été identifiées.

<sup>6</sup> Lignes directrices relatives à l'estimation de la taille des populations les plus exposées au VIH. Genève, Groupe de travail de l'OMS/ONUSIDA, 2010 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/2011\\_Estimating\\_Populations\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/2011_Estimating_Populations_fr.pdf)).

Comme cela a été indiqué, les critères à remplir pour commencer un TAR ont changé au cours des 10 dernières années. Il est compliqué de comparer les niveaux de couverture de traitement en tenant compte de l'évolution de ces critères. En outre, plus les critères pour recevoir un TAR sont élargis, plus le nombre de personnes qui remplissent ces critères se rapproche du nombre total de personnes vivant avec le VIH. Pour mesurer et comparer la couverture du traitement au fil du temps, il est donc plus simple d'utiliser comme dénominateur le nombre total de personnes vivant avec le VIH (ART.3), ce qui permet aussi d'obtenir des informations faciles à comparer au fil du temps et entre les pays.

#### **4. Critères à remplir pour recevoir les interventions de prévention de la transmission mère-enfant du VIH**

##### **Indicateur NEEDS.5: estimation du nombre et du pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH**

**Selon les dernières lignes directrices mondiales,**<sup>7</sup> toute femme enceinte infectée par le VIH doit recevoir un TAR pour éviter de transmettre le virus à son enfant et pour sa propre santé. Le nombre de femmes enceintes qui remplissent les critères pour recevoir des services de PTME est donc tout simplement le nombre de femmes vivant avec le VIH qui sont enceintes. Ce nombre, ventilé si possible en fonction de la localisation, sert donc de mesure de base pour déterminer si la couverture des interventions de PTME est adéquate.

Dans la plupart des situations, l'estimation du nombre de femmes qui remplissent les critères pour recevoir des services de PTME doit être obtenue par modélisation. Lorsque la couverture des soins prénatals est presque universelle et que le dépistage du VIH est réalisé de manière systématique chez les clientes vues en consultation pour des soins prénatals, les données programmatiques pourraient en théorie rendre compte du nombre de femmes enceintes infectées par le VIH. Certains pays tentent d'obtenir une estimation du nombre de femmes enceintes infectées par le VIH en multipliant la prévalence du VIH obtenue par la surveillance des soins prénatals par le nombre annuel de naissances dans le pays. Cette approche n'est appropriée que si la surveillance au cours des soins prénatals est représentative pour l'ensemble du pays ou s'il est possible de faire des ajustements pour tenir compte des biais dus à la sélection des sites ; cela n'est cependant pas le cas dans la plupart des pays, la surveillance des soins prénatals étant menée principalement dans les zones urbaines. Même si la surveillance des soins prénatals a eu tendance au cours des dernières années à être étendue aux sites en milieu rural, elle est le plus souvent effectuée dans des établissements offrant des services à un grand nombre de femmes enceintes, ce qui introduit un biais potentiel dans les données de prévalence.

## **2.2.2 Méthodes de mesure**

Le nombre d'adultes, d'enfants et de femmes enceintes vivant avec le VIH et le nombre de ceux qui remplissent les critères pour recevoir un TAR sont souvent obtenus à partir de modèles permettant de calculer des estimations. Pour obtenir les estimations courantes en rapport avec l'infection à VIH, il est recommandé d'utiliser des méthodes d'estimation cohérentes à l'échelle mondiale, notamment l'outil de modélisation Spectrum recommandé par l'ONUSIDA. Pour certains pays, en particulier ceux où l'épidémie est peu active et ceux où les épidémies sont concentrées, il peut cependant être difficile d'obtenir par modélisation des estimations précises au niveau national, les éléments de données nécessaires pour obtenir ces estimations précises n'étant pas disponibles ou de qualité insuffisante. Il est néanmoins important que les pays collectent et étudient les données disponibles afin de mieux comprendre la dynamique de leur épidémie.

Dans la plupart des pays, le calcul de cinq des 10 indicateurs mondiaux nécessitera l'utilisation d'une modélisation pour obtenir des estimations. Pour que les résultats obtenus puissent être comparés d'un pays à un autre, les calculs doivent se faire en utilisant les mêmes hypothèses. Le Groupe de référence sur les estimations, les modèles et les projections de l'ONUSIDA a été constitué dans ce but, afin d'examiner et d'améliorer les méthodes utilisées. Actuellement, le groupe recommande Spectrum AIDS

<sup>7</sup> Supplement to the 2013 Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Geneva, World Health Organization, 2014 (<http://www.nacc.or.ke/images/documents/KAIS-2012.pdf>).

Impact Model (AIM), en utilisant la fonction Estimation Projection Package, AIDS Epidemic Model ou incidence fitting tool proposée par ce logiciel.

### Modèles utilisés pour obtenir des estimations

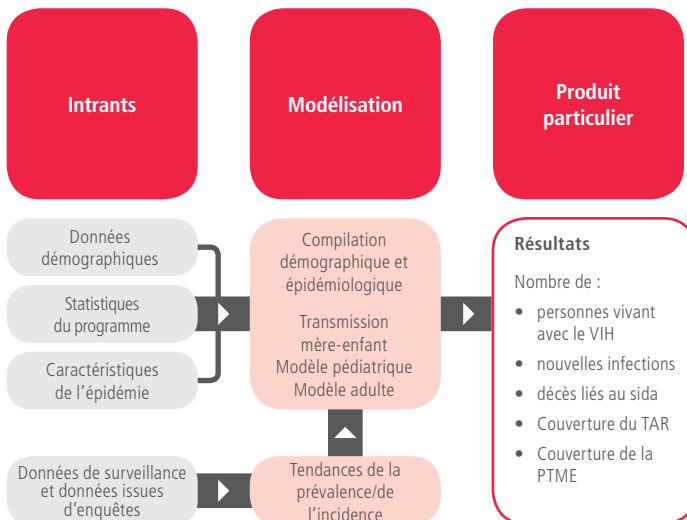
Le calcul des estimations du nombre de personnes vivant avec le VIH et du nombre de personnes qui remplissent les critères pour recevoir un TAR repose sur les données collectées dans le pays et sur une évaluation menée par le programme national de lutte contre le VIH. L'évaluation doit utiliser des données programmatiques, des données de surveillance (notamment des données de surveillance des cas) et des données issues d'enquêtes ; ces données doivent être ventilées en fonction du sexe, de l'âge, des populations clés et de la localisation.

Spectrum AIM permet d'aider à combler certaines lacunes. Ce logiciel peut être téléchargé gratuitement à l'adresse: <http://www.avenirhealth.org/spectrum.aspx>. Pour les pays qui autorisent leur distribution, les fichiers AIM les plus récents sont mis à disposition par l'ONUSIDA à l'adresse: <http://apps.unaids.org/spectrum/>.

Spectrum AIM utilise des données spécifiques à chaque pays pour produire des estimations nationales. Les données démographiques, comme la taille et la structure de la population ainsi que les taux de fécondité, de mortalité et de migration sont incorporés dans le modèle. Les utilisateurs saisissent des données supplémentaires, notamment des données programmatiques sur le nombre de personnes recevant un TAR et des services PTME ainsi que toutes les données de surveillance de l'infection à VIH et les données d'enquête qui décrivent les niveaux et les tendances de la prévalence de l'infection à VIH. Dans les pays disposant de systèmes robustes pour les statistiques relatives à l'infection à VIH et pour l'enregistrement des actes d'état civil, les données relatives aux cas d'infection à VIH et à la mortalité liée au sida peuvent aussi être utilisées pour obtenir des estimations ou fournir des informations utiles pour leur calcul. Des hypothèses relatives à la progression de la maladie et à la distribution de l'incidence en fonction du sexe et de l'âge sont incorporées dans le modèle. L'utilisateur peut modifier leur valeur si le pays dispose de données plus appropriées. Le modèle utilise une combinaison de ces intrants et de ces hypothèses pour calculer différents indicateurs d'impact couramment utilisés pour le suivi de l'épidémie d'infection à VIH, comme cela est montré à la Figure 2.2.

Le Groupe de référence sur les estimations, les modèles et les projections de l'ONUSIDA fournit des conseils techniques sur l'élaboration du modèle relatif à l'infection à VIH du logiciel Spectrum (<http://>

**Fig. 2.2 Représentation schématique du logiciel Spectrum AIDS Impact Model**



## Calcul des estimations relatives à l'infection à VIH par le logiciel Spectrum AIM

### Nombre de personnes vivant avec le VIH

Pour calculer une estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH, ventilées pour l'adulte et pour l'enfant, le logiciel Spectrum AIM procède comme suit :

#### Chez l'adulte (âge : 15 ans et plus)

- Les données sur la prévalence de l'infection à VIH provenant du système de surveillance de l'infection à VIH du pays sont utilisées pour obtenir une estimation de la trajectoire de l'épidémie d'infection à VIH au fil du temps. Dans les pays où les données sur les cas d'infection à VIH et sur la mortalité liée au sida sont de qualité suffisante, ces données peuvent également être utilisées pour calculer des estimations de l'incidence ou pour apporter des informations utiles pour ce calcul.
- L'incidence annuelle de l'infection à VIH est calculée à partir de la prévalence et du nombre de personnes recevant un TAR (en utilisant les données entrées dans le modèle par le pays).
- Les hypothèses sur la structure démographique de la population et sur les personnes nouvellement infectées, y compris sur la progression de la maladie (déterminée par le nombre de CD4 au moment du diagnostic) et sur la survie des personnes recevant un TAR et des personnes ne recevant pas un TAR sont appliquées aux estimations de l'incidence pour obtenir une estimation du nombre d'adultes vivant avec le VIH pour une année donnée quelle qu'elle soit.
- Les résultats obtenus par ces modélisations sont des nombres de personnes vivant avec le VIH ventilés en fonction de l'âge, du sexe et, pour les femmes, du statut par rapport à la grossesse. En fonction de la structure du modèle, les estimations sont également disponibles en fonction des zones géographiques et des populations clés.

#### Chez l'enfant (âge : inférieur à 15 ans)

- Les estimations du nombre d'adultes vivant avec le VIH obtenues par le modèle sont utilisées pour déterminer le nombre d'accouchements chez les mères infectées par le VIH.
- Le nombre d'enfants infectés chaque année par transmission de la mère à l'enfant au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement au sein est ensuite calculé.
- Les hypothèses sur la survie des enfants infectés par le VIH, en fonction du temps écoulé depuis l'infection, du temps écoulé depuis le diagnostic et de la proportion d'enfants sous TAR (en utilisant les données entrées dans le modèle par le pays) sont utilisées pour déterminer le nombre d'enfants vivant avec le VIH chaque année.
- Les résultats obtenus par ces modélisations sont des données ventilées en fonction de l'âge et du sexe.

Le nombre estimé de personnes vivant avec le VIH est la somme du nombre d'enfants infectés par le VIH et du nombre d'adultes infectés par le VIH, comme décrit ci-dessus.

### Nombre de personnes remplissant les critères pour recevoir un TAR

Pour calculer une estimation du nombre de personnes remplissant les critères pour recevoir un TAR, le logiciel Spectrum AIM procède comme suit :

- La proportion de la population qui remplit les critères pour recevoir un TAR en fonction du nombre de CD4 ou d'autres critères (par exemple enfant âgé de moins de cinq ans, grossesse, co-infection par la tuberculose, couples sérodiscordants, infection par l'hépatite B ou C) et une

estimation de la proportion de personnes qui passent d'un nombre de CD4 supérieur à 350 à un nombre de CD4 inférieur à 350 et qui remplissent alors les critères pour recevoir un TAR, si elles sont connues, sont entrées dans le modèle ou calculées par le modèle. Les pays qui disposent d'informations plus précises peuvent modifier ces valeurs. Les critères à remplir chez l'enfant pour recevoir un TAR peuvent également être stipulés dans le modèle en fonction du nombre de CD4, du pourcentage de CD4 ou de l'âge de l'enfant.

- Le nombre estimé de personnes infectées par le VIH, ventilé en fonction du nombre de CD4 et d'autres facteurs, notamment le statut par rapport à la grossesse, tels que déterminés par les intrants dans le modèle, sont comparés avec les directives nationales de traitement pour estimer le nombre de personnes remplissant nouvellement les critères pour recevoir un TAR.
- Ce nombre est ajouté au nombre de personnes recevant un TAR au cours des années précédentes et toujours en vie pour obtenir une estimation du nombre de personnes remplissant les critères pour recevoir un TAR dans le pays.

### Nombre de femmes enceintes remplissant les critères pour recevoir des services de PTME

Le nombre de femmes enceintes remplissant les critères pour bénéficier des services de PTME est estimé en multipliant le nombre de femmes vivant avec le VIH dans chaque tranche d'âge de 5 ans depuis la tranche d'âge 15-19 ans jusqu'à la tranche d'âge 45-49 ans par les taux de fertilité en fonction de l'âge, puis en faisant les ajustements nécessaires pour tenir compte des différences de taux de fécondité entre les femmes vivant avec le VIH et les femmes séronégatives par tranches d'âge.<sup>1</sup>

Des articles de la littérature décrivant les méthodes et les hypothèses utilisées dans le modèle Spectrum AIM se trouvent à l'adresse : <http://www.epidem.org/publications>.

<sup>1</sup> Les ajustements en fonction de la fécondité appliqués aux femmes infectées par le VIH qui ne sont pas sous TAR sont basés sur des valeurs par défaut ; ces valeurs peuvent néanmoins être modifiées par le pays si celui-ci dispose de données spécifiques à son épidémie.


www.epidem.org). Il recommande de faire des révisions et d'apporter des améliorations chaque année au logiciel en demandant des suggestions au personnel du programme et à des mathématiciens spécialistes de la modélisation, des statisticiens, des démographes et des épidémiologistes. En outre, les pays mettent à jour les statistiques de surveillance et de programmes incluses dans les modèles, ce qui permet de comprendre avec plus de précision l'épidémie aux niveaux national et infranational. Les estimations les plus récentes (c'est-à-dire celles pour l'année en cours) sont donc plus précises et plus fiables que celles produites au cours des années précédentes. Il ne faut donc pas faire de comparaison avec les estimations des années précédentes, des méthodes différentes et des données moins précises ayant pu être utilisées lors des cycles antérieurs.

Lors de l'utilisation des résultats obtenus avec Spectrum, les intervalles d'incertitude encadrant les estimations doivent être examinés avec attention (voir l'encadré). Les estimations pour les groupes définis de manière très restrictive ne sont pas toujours très fiables lorsque les données entrées dans le modèle sont encadrées d'intervalles d'incertitude larges. Par exemple, les estimations pour les groupes de grande taille, comme l'ensemble des enfants âgés de moins de 15 ans, sont parfois plus fiables que les estimations pour les populations de petite taille, comme les enfants infectés par le VIH âgés de 5 à 9 ans.

## Incertitude encadrant les estimations obtenues par modélisation

L'incertitude est souvent exprimée sous la forme de limites encadrant les estimations obtenues par modélisation. Deux facteurs déterminent l'écart entre la limite supérieure et la limite inférieure. Le premier facteur est la quantité de données de surveillance de l'infection à VIH qui fournissent des informations utiles pour le calcul de ces estimations obtenues par modélisation ainsi que les sources dont sont issues ces données. Les estimations obtenues pour les pays disposant de données de surveillance de qualité seront encadrées d'intervalles d'incertitude plus étroits que les estimations pour les pays disposant de données de surveillance peu abondantes ou collectées peu fréquemment. Le deuxième facteur est le nombre d'hypothèses à entrer dans le modèle pour obtenir l'estimation d'intérêt finale. Les estimations basées sur un petit nombre d'hypothèses, par exemple le nombre d'adultes vivant avec le VIH, seront encadrées d'intervalles d'incertitude plus étroits que les estimations dont le calcul nécessite le recours à un grand nombre d'hypothèses, par exemple le nombre d'enfants vivant avec le VIH. Chez l'enfant, le calcul de l'estimation de la prévalence de l'infection à VIH nécessite d'avoir recours à des hypothèses supplémentaires, notamment à la prévalence chez la femme enceinte, à la probabilité de transmission du VIH de la mère à l'enfant et à l'estimation de la durée de survie des enfants infectés par le VIH. L'utilisation de ces nombreuses hypothèses introduit une incertitude supplémentaire dans la précision de l'estimation.

**Tableau 2.2 Principaux indicateurs relatifs à la prévention de l'infection à VIH et aux critères pour recevoir un traitement**

| Indicateur   | Numérateur (N)/<br>dénominateur (D)                                    | Ventilation  | Méthode<br>de mesure   | Pertinence pour<br>le programme et<br>interprétation  |
|--|--|--|--|---|
| <b>Indicateurs nationaux</b>   |  |  |  |   |
| <b>NEEDS.1 Personnes<br/>vivant avec le VIH</b><br><br>Nombre et % des<br>personnes vivant<br>avec le VIH<br><br> | N: nombre de<br>personnes vivant<br>avec le VIH.<br><br>D: population. | Sexe, âge (<1, 1-4, 5-14,<br>15-24, 15-49, 50+ ;<br>adolescents 10-19 ans<br>s'il y a lieu et si la mesure<br>est réalisable et que<br>les informations sont<br>disponibles), populations<br>clés* (âges <25, 25+),<br>statut par rapport à la<br>grossesse, statut par<br>rapport aux critères à<br>remplir pour recevoir<br>un TAR, localisation,<br>prévalence de l'infection<br>à VIH chez les patients<br>tuberculeux.<br><br>Également, âge 15-24<br>(15-19, 20-24) pour les<br>enquêtes et la surveillance. | Enquête,<br>surveillance<br>(y compris la<br>surveillance<br>basée sur<br>l'identification des<br>cas) et données<br>démographiques et<br>programmatives<br>nationales, avec<br>des méthodes<br>cohérentes à<br>l'échelle mondiale<br>pour obtenir des<br>estimations. | Sert de base<br>pour déterminer<br>l'ampleur de<br>l'épidémie et<br>les besoins en<br>termes de services<br>de soins et de<br>traitement de<br>l'infection à VIH ;<br>dénominateur<br>pour calculer la<br>couverture des<br>données et faire le<br>suivi de l'impact. |



|   |   |  |  |  |
|---|---|--|--|--|
| <p>NEEDS.2 Populations clés</p> <p>Estimation de la taille des populations clés</p>   | <p>En particulier : hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, consommateurs de drogue par injection, personnes dans les prisons et autres lieux d'enfermement, professionnel(le)s du sexe, personnes transgenres.</p> | <p>Sexe, âge (15-24, 25+), statut par rapport au VIH, adolescents 10-19 ans s'il y a lieu et si la mesure est réalisable et que les informations sont disponibles.</p>   | <p>Méthodes recommandées pour obtenir une estimation de la taille de populations.<sup>1</sup></p>  | <p>Sert de base pour déterminer les besoins en services aux niveaux national et infranational ; dénominateur pour calculer la couverture des données et faire le suivi de l'impact.</p>              |
| <p>NEEDS.3 Co-infection</p> <p>Estimation du nombre de personnes et du % des personnes vivant avec le VIH qui présentent une co-infection/ affection</p>                      | <p>N : nombre de personnes qui présentent une co-infection par le VIH ou une autre maladie particulière.</p> <p>D : nombre de personnes vivant avec le VIH.</p>   | <p>Répartition en fonction du type de co-infection (par exemple tuberculose active, hépatite B ou C).</p>  | <p>Estimations obtenues à l'aide de méthodes de modélisation cohérentes à l'échelle internationale (par exemple à l'aide du logiciel Spectrum AIM) pour la co-infection VIH/ tuberculose.</p>  | <p>Sert de base pour déterminer aux niveaux national et infranational les besoins en services de prévention, de soins et de traitement des comorbidités ainsi que la couverture de ces services.</p> |
| <p>NEEDS.4 Critères à remplir pour recevoir un TAR</p> <p>Estimation du nombre et du % des personnes vivant avec le VIH qui remplissent les critères pour recevoir un TAR</p> | <p>N : nombre de personnes qui remplissent les critères pour recevoir un TAR.</p> <p>D : nombre de personnes vivant avec le VIH.</p>  | <p>Répartition en fonction des critères nationaux à remplir pour recevoir un TAR, ou, à l'échelle mondiale, en fonction de différents facteurs : CD4 &lt;500, CD4 &lt;350 (pour établir des priorités), âge &lt;5 ans, grossesse, présence d'une co-infection par la tuberculose ou par l'hépatite B/C, couples sérodiscordants.</p> | <p>Estimations obtenues par modélisation cohérentes à l'échelle internationale (par exemple à l'aide du logiciel Spectrum AIM).</p>  | <p>Sert de base pour déterminer les besoins en services de TAR aux niveaux national et infranational (soins et traitement) ainsi que la couverture de ces services.</p>                              |
| <p>NEEDS.5 Femmes enceintes infectées par le VIH</p> <p>Estimation du nombre et du % des femmes enceintes infectées par le VIH</p>  | <p>N : estimation du nombre de femmes enceintes infectées par le VIH (devant recevoir un TAR).</p> <p>D : estimation du nombre total de femmes enceintes.</p>   | <p>Aucune.</p>   | <p>Estimations obtenues à l'aide de méthodes de modélisation cohérentes à l'échelle internationale (par exemple à l'aide du logiciel Spectrum AIM) ; enquêtes ; données programmatiques si les soins prénatals et le dépistage du VIH sont universels.</p> | <p>Sert de base pour déterminer les besoins en TAR pour la PTME et la couverture de ces services aux niveaux national et infranational.</p>  |

\* Dans de nombreuses situations, les données spécifiques sur les populations clés ne peuvent pas être collectées par les programmes de suivi de routine ; il faut alors mener des enquêtes

\* Des orientations pour obtenir une estimation de la taille des populations clés se trouvent dans le document : Lignes directrices relatives à l'estimation de la taille des populations les plus exposées au VIH. Genève, Groupe de travail de l'OMS/ONUSIDA, 2011 ([http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/estimating\\_populations\\_HIV\\_risk/fr/](http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/estimating_populations_HIV_risk/fr/)).

## 2.2.3 Stigmatisation et discrimination

### Cadre conceptuel

Depuis longtemps, la stigmatisation et la discrimination font obstacle à la prévention, aux soins et au traitement de l'infection à VIH, à la fois au niveau de la santé publique et pour les personnes concernées. Elles sont souvent dirigées à l'encontre de populations particulièrement exposées au risque d'infection à VIH, par exemple les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les consommateurs de drogue par injection, et aussi à l'encontre de toutes les personnes vivant avec le VIH. Il arrive que certains agents de santé excluent ces personnes des services de santé ou aient un comportement qui les dissuade d'y recourir. La stigmatisation et la discrimination, en particulier lorsqu'elles sont le fait d'agents de santé, dissuadent les personnes de connaître leur statut par rapport au VIH, d'adopter des comportements de prévention et de s'inscrire pour recevoir des services de soins et de traitement. Chez les agents de santé, ce comportement peut découler d'un manque de connaissances ou d'une peur du VIH, l'un comme l'autre pouvant être la manifestation d'une formation inadéquate.

Alors que la stigmatisation et la discrimination sont souvent liées et se traduisent par une exclusion sociale, ces deux termes comportent des différences importantes. La stigmatisation est un jugement négatif émis par la société, ou par certaines parties de la société ; elle est souvent engendrée par l'ignorance, la peur ou de fausses croyances. La discrimination est le résultat d'actions qui limitent ou empêchent certaines personnes ou communautés de jouir de leurs droits. La protection contre la discrimination est un droit humain international. Dans de nombreux pays, la non-discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH est inscrite dans la constitution ou dans la loi.

Le fait de recueillir des informations sur le niveau de stigmatisation et de discrimination dans la population générale et sur la fréquence à laquelle les personnes vivant avec le VIH et les personnes appartenant à des populations clés sont victimes de discrimination dans les structures de soins permet d'aider les programmes à évaluer les besoins en formation et en changements dans les politiques afin d'éliminer ces obstacles. Les données peuvent être collectées à l'aide d'enquêtes menées sur des échantillons représentatifs des populations clés et dans la population générale, ainsi que par des entretiens de départ avec des patients au moment où ils quittent le site de prestation de services.

People Living with HIV Stigma Index (<http://www.stigmaindex.org>) a examiné de manière très détaillée la stigmatisation en menant une enquête auprès de personnes vivant avec le VIH. Depuis 2008, plus de 50 pays ont réalisé cette enquête. Plus de 1300 personnes vivant avec le VIH ont été formées pour mener cette enquête, et plus de 50 000 personnes vivant avec le VIH ont été interrogées. Le Stigma index a été élaboré par le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida (GNP+), la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida, la Fédération internationale pour la Planification familiale et l'ONUSIDA.

**Tableau 2.3 Indicateurs relatifs à la stigmatisation et à la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH**

| Indicateur   | Numérateur (N)/<br>dénominateur (D)  | Ventilation  | Méthode de mesure   | Pertinence pour<br>le programme et<br>interprétation  |
|--|--|--|---|---|
| <b>Indicateurs supplémentaires</b>   |  |  |   |   |
| <b>NEEDS.6</b><br>Stigmatisation<br>générale<br><br>% des personnes<br>âgées de 15 à<br>49 ans ayant<br>des attitudes<br>discriminatoires<br>à l'encontre des<br>personnes vivant<br>avec le VIH   | N : nombre de<br>personnes âgées de<br>15 à 49 ans qui ont<br>répondu « Non » ou<br>« Cela dépend » à l'une<br>ou l'autre des deux<br>questions de l'enquête<br>sur la stigmatisation<br>des personnes vivant<br>avec le VIH. <sup>1</sup><br><br>D : nombre de femmes<br>et d'hommes âgés de<br>15 à 49 ans qui ont<br>entendu parler du VIH.   | Sexe, âge et,<br>si possible,<br>localisation (par<br>exemple milieu<br>urbain, milieu<br>rural), niveau<br>d'instruction,<br>situation au regard<br>de l'emploi.  | N et D : enquête<br>en population<br>générale.  | Mesure le niveau<br>de fond de la<br>stigmatisation<br>dans la population<br>générale à<br>l'encontre des<br>personnes vivant<br>avec le VIH.   |
| <b>NEEDS.7</b><br>Expérience par les<br>populations clés de<br>discriminations<br><br>% des personnes<br>appartenant<br>aux différentes<br>populations clés<br>qui ont été victimes<br>de discrimination<br>de la part d'agents<br>de santé<br><br>Recoupement avec<br>KPOP.7 (Section<br>Populations<br>clés) et IMP.10<br>(Section Examen<br>des réalisations<br>sanitaires et autres) | N : nombre de<br>personnes appartenant<br>aux différentes<br>populations clés qui ont<br>été victimes de mesures<br>discriminatoires de<br>la part d'agents de<br>santé au cours des<br>12 derniers mois.<br><br>D : nombre de<br>personnes appartenant<br>aux différentes<br>populations clés qui<br>ont cherché à avoir<br>recours à des services<br>cliniques au cours des<br>12 derniers mois. | Sexe, âge,<br>populations<br>clés,* type<br>d'établissement de<br>santé (par exemple<br>établissement<br>spécialisé dans la<br>prise en charge de<br>l'infection à VIH,<br>services de santé<br>généraux, services<br>hors institution,<br>établissement<br>spécialisé). | Cet indicateur est<br>proposé et n'a pas<br>encore été testé.<br><br>Pourrait être<br>évalué à l'aide<br>d'enquêtes ou<br>d'entretiens dans<br>les populations<br>clés ou d'entretiens<br>avec des patients<br>appartenant<br>aux différentes<br>populations clés<br>lorsqu'ils quittent<br>un établissement<br>de santé.<br><br>À mesurer tous les<br>2 à 3 ans. | Mesure la<br>discrimination<br>dans les soins de<br>santé à l'encontre<br>des populations<br>clés, cette<br>discrimination<br>pouvant faire<br>obstacle à leur<br>utilisation des<br>services du<br>secteur de la<br>santé et les<br>dissuader de<br>participer aux<br>activités du<br>programme. |

<sup>1</sup> Les deux questions, qui font partie de l'Enquête démographique et de santé, sont les suivantes :

« Achèteriez-vous des légumes frais à un commerçant si vous saviez que cette personne est séropositive au VIH ? »

« Pensez-vous que des enfants vivant avec le VIH peuvent aller à l'école avec d'autres enfants qui sont séronégatifs ? ».

\* Dans de nombreuses situations, les données spécifiques sur les populations clés ne peuvent pas être collectées par les programmes de suivi de routine ; il faut alors mener des enquêtes.

1 Un ensemble de nouveaux indicateurs destinés à évaluer la stigmatisation et la discrimination dans les établissements de santé, approuvé par le Groupe de travail sur les indicateurs du Groupe de référence pour le suivi et l'évaluation de l'ONUSIDA, se trouve dans le registre des indicateurs disponible à l'adresse : <http://www.indicatorregistry.org/?q=taxonomy/term/677>.

2 Les deux situations sont : 1) agents de santé refusant de prendre en charge un patient vivant ou susceptible de vivre avec le VIH ; 2) agents de santé fournissant des soins de moins bonne qualité à un patient vivant ou susceptible de vivre avec le VIH.

|  |  |                |  |   |
|--|--|----------------|--|---|
| <p><b>NEEDS.8</b><br/>Personnel d'un établissement de santé chez lequel un comportement stigmatisant a été observé<sup>1</sup></p> | <p>N : parmi les membres du personnel des établissements de santé qui ont déclaré avoir observé des personnes vivant avec le VIH dans leur établissement au cours des 12 derniers mois, nombre qui déclare avoir observé dans leur établissement l'une ou l'autre des deux situations dues à des comportements de stigmatisation ou de discrimination à l'encontre de personnes vivant avec le VIH.<sup>2</sup></p> <p>D : nombre des membres du personnel des établissements de santé qui ont déclaré avoir observé des personnes vivant avec le VIH dans leur établissement au cours des 12 derniers mois.</p> | <p>Aucune.</p> | <p>Cet indicateur est proposé et n'a pas encore été testé.</p> <p>Entretiens ou sondages auprès d'agents de santé.</p> | <p>Fournit des informations sur l'observation par les agents de santé dans leur établissement d'une stigmatisation ou d'une discrimination à l'égard de personnes vivant avec le VIH dans le cadre de soins de santé, stigmatisation ou discrimination pouvant faire obstacle à la poursuite de l'utilisation des services.</p> |
|--|--|----------------|--|---|

## 2.3 Suivi des intrants relatifs aux ressources essentielles

La prestation de services de prévention, de soins et de traitement de l'infection à VIH dépend de la capacité du système de santé sous-jacent. Pour l'OMS, un service de santé fonctionnel est composé de six blocs constitutifs : l'infrastructure pour la prestation de services, les personnels de santé, les produits médicaux et la technologie, le financement, l'information, et le leadership et la gouvernance (Figure 2.3).<sup>8</sup> Ensemble, ces blocs constitutifs fournissent les intrants nécessaires du système de santé ; concernant la riposte du secteur de la santé au VIH, ils définissent également un cadre pour évaluer si ces intrants essentiels sont disponibles. Une déficience dans l'un de ces éléments clés aura immédiatement des conséquences sur la capacité du système à fournir des services de lutte contre le VIH.

### 2.3.1 Intrants du système de santé

#### Infrastructures

Un objectif important des programmes de lutte contre le VIH est de veiller à ce que suffisamment d'établissements et de services de qualité soient disponibles pour répondre aux besoins en termes de prévention et de traitement de l'infection à VIH. Le suivi programmatique doit donc évaluer la disponibilité des services, la capacité opérationnelle des services, la qualité et la surveillance ainsi que les liens entre les services. L'OMS a conçu l'outil Mesurer la disponibilité et la capacité opérationnelle des services (Service Availability and Readiness Assessment, SARA)<sup>9</sup> pour évaluer et suivre les indicateurs permettant de déterminer la disponibilité et la capacité opérationnelle des services du système de santé à l'aide d'enquêtes menées auprès des établissements de santé (voir la Section 3.2.4 Évaluation des établissements de santé).

**Disponibilité des services.** Pour évaluer la disponibilité des services, les programmes de lutte contre le VIH doivent tenir à jour une liste fiable des établissements de santé où sont fournis des services de

<sup>8</sup> Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://www.who.int/entity/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/entity/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf)).

<sup>9</sup> Des informations plus détaillées sur les indicateurs de disponibilité des services peuvent être obtenues à l'adresse : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149026/1/WHO\\_HIS\\_HSI\\_2014.5\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149026/1/WHO_HIS_HSI_2014.5_fre.pdf?ua=1)

## Fig. 2.3 Blocs constitutifs du système de santé et riposte du secteur de la santé au VIH



Source: adapté du document disponible (en anglais) à l'adresse : [http://www.who.int/entity/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/entity/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf)

prévention, de soins et de traitement de l'infection à VIH. Chaque établissement de santé doit recevoir un code d'identification unique, si possible le même que celui utilisé dans la Liste de référence des établissements du pays.<sup>10</sup> La liste doit identifier les services de lutte contre le VIH fournis de manière habituelle (par exemple les services de dépistage du VIH, la mise en route du TAR, la dispensation du TAR, la réalisation d'un test de numération des CD4) ainsi que les populations qui en bénéficient (là où les services répondent aux besoins de populations spécifiques). Le suivi de la disponibilité des services de lutte contre le VIH peut être effectué grâce à la préparation systématique de rapports ainsi que par des évaluations et des études spéciales en cas de besoin. L'élaboration ou la mise à jour de la Liste de référence des établissements du pays au niveau des districts, des provinces ou du pays tout entier est une occasion propice pour évaluer la disponibilité des services de lutte contre le VIH.

**Capacité opérationnelle des services.** Des indicateurs généraux et des indicateurs spécifiques permettent d'évaluer la capacité opérationnelle des services. Les indicateurs généraux évaluant les services de santé couvrent: 1) les aménagements et les éléments de confort indispensables ; 2) les équipements essentiels ; 3) les précautions standards pour la prévention des infections dans les services de santé ; 4) les capacités de diagnostic ; et 5) la disponibilité des médicaments essentiels. Les indicateurs évaluant la capacité opérationnelle des services spécifiquement en rapport avec le VIH évaluent la disponibilité d'éléments traceurs, par exemple: la disponibilité en tests diagnostiques rapides du VIH, en antirétroviraux (ARV) et en cotrimoxazole ; la disponibilité en tests de laboratoire pour réaliser un test de numération des CD4 (sur place ou en envoyant un échantillon dans un service spécialisé), un diagnostic précoce chez le nourrisson et une mesure de charge virale ; et la disponibilité et la présence sur place du personnel de santé nécessaire pour fournir ces services. La liste des éléments traceurs doit être en adéquation avec la prestation de services attendue à chaque niveau du système de santé.

La capacité opérationnelle des services est évaluée à l'aide d'enquêtes menées dans un échantillon représentatif d'établissements de santé au niveau national ou infranational. Cette évaluation doit également être incorporée dans la supervision de soutien du personnel de santé. Elle peut permettre d'identifier les domaines qui ont besoin d'investissements supplémentaires pour assurer une prestation de services adéquate à tous les niveaux et de détecter des lacunes particulières en termes d'équipement, de fournitures et de personnel dans un établissement de santé donné. Des listes de contrôle pour vérifier la capacité opérationnelle des services peuvent également être utilisées avant qu'un service de santé ne soit agréé pour la prestation d'un service particulier.

<sup>10</sup> Chaque pays doit disposer d'une Liste de référence des établissements où sont recensés l'ensemble des établissements de santé publics et privés. L'élaboration et la mise à jour d'une telle liste nécessitent habituellement de mener des recensements. Des instructions sur la façon d'établir cette liste se trouvent dans un document de l'OMS disponible (en anglais) à l'adresse: [http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO\\_CreatingMFL\\_draft.pdf](http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_CreatingMFL_draft.pdf).

**Qualité des services.** Pour favoriser et assurer la qualité des services de TAR, tous les éléments destinés à favoriser cette qualité doivent être en place au niveau des programmes nationaux, au niveau des bureaux où sont gérés les programmes dans les districts et au niveau des établissements de santé. Plusieurs indicateurs présentés dans ce guide peuvent être utilisés tant au niveau du programme qu'au niveau des établissements de santé pour comparer à un point de référence la qualité de la prestation des services afin d'en assurer le suivi et de servir de guide aux actions menées pour améliorer cette qualité. Parmi les exemples d'indicateurs mondiaux pouvant être utilisés pour le suivi de la qualité au niveau des établissements de santé, on peut citer la rétention sous TAR (ART.5/Indicateur mondial 7) et la suppression de la charge virale (VLS.3/Indicateur mondial 8) (voir le Tableau 1.3). Au niveau d'un établissement de santé, l'obtention de résultats inférieurs à la moyenne pour ces indicateurs peut déclencher la mise en place d'un soutien aux activités menées dans les établissements et destinées à améliorer la qualité. L'utilisation par les établissements de santé de méthodes de gestion de la qualité axées sur des données de mesure de la performance ainsi que sur la supervision de soutien systématique et standardisée doit faire l'objet d'un suivi.

La qualité des services englobe également leur acceptabilité et la satisfaction des clients. Les entrevues de départ au moment où les clients quittent un service et les lignes d'assistance téléphonique peuvent collecter les commentaires des clients sur le temps d'attente, la disponibilité des agents de santé pendant les heures d'ouverture d'un service de consultation, le caractère pratique de la localisation et des heures d'ouverture du service en question et l'attitude du personnel. Ces informations peuvent être utilisées pour mener des activités en vue d'améliorer la qualité au niveau du site et pour aider les superviseurs à régler les problèmes de capacité à satisfaire les besoins des clients. Pour l'instant, aucun indicateur permettant d'évaluer la capacité à satisfaire les besoins des clients n'a été mis en place.

Pour obtenir et assurer à long terme la meilleure qualité possible, il faut également veiller à ce que les technologies biomédicales soient utilisées de façon appropriée. La capacité et la performance des laboratoires cliniques jouent un rôle central dans les programmes de lutte contre le VIH, car différents tests doivent être réalisés tout au long de la cascade de services de prévention, de soins et de traitement. Du point de vue des informations stratégiques, la capacité des laboratoires (infrastructures, personnel de laboratoire et équipements utilisés pour fournir ces services) doit être évaluée pour :

- le diagnostic de l'infection à VIH par test rapide, test immunoenzymatique, test Western blot ou méthodes moléculaires ;
- la réalisation de tests de suivi du TAR, notamment la mesure de la charge virale et/ou du nombre de CD4 ; et
- la réalisation de tests biologiques utilisés en clinique dans les différents domaines suivants : hématologie, biochimie clinique, sérologie, microbiologie, diagnostic et identification de la tuberculose, diagnostic du paludisme et diagnostic des infections opportunistes.

Les systèmes de contrôle de la bonne exécution des tests et les systèmes externes d'assurance de la qualité sont essentiels pour vérifier le respect des normes des bonnes pratiques de laboratoire et apporter des améliorations en cas de besoin.

**Liens entre les services.** Tout au long de la cascade de services, depuis le diagnostic de l'infection à VIH jusqu'à l'inscription dans les soins, puis en passant par la rétention dans les soins, la mise en route du TAR, la rétention sous TAR et la suppression de la charge virale, l'existence et la qualité des liens doivent faire l'objet d'un suivi afin de s'assurer que les programmes de TAR permettent d'une manière générale d'améliorer la santé des patients et de prévenir la transmission du VIH. Les outils et les systèmes de surveillance pour évaluer ces liens ne sont cependant pas toujours faciles à utiliser.

Les liens entre les différents éléments de la prestation de services doivent faire l'objet d'évaluations pour obtenir des informations permettant de guider la mise en œuvre de systèmes de suivi des clients passant d'un service à un autre grâce à ces liens. Les stratégies de suivi et d'évaluation doivent également prendre en compte l'intégration du TAR dans d'autres services, notamment dans les services de prise en charge de la tuberculose, les services de SMI et les services à base communautaire. Le suivi doit couvrir la mise

en route du TAR dans ces programmes ainsi que les liens que les patients remplissant les critères pour recevoir un TAR utilisent pour recevoir de manière continue des services en rapport avec le TAR.

Les liens entre les services ne se produisent pas de manière spontanée. Ils doivent être placés sous la responsabilité d'entités clairement définies et les voies suivies pour orienter les patients d'un service à un autre identifiées dans des modes opératoires normalisés. La disponibilité et le respect de ces modes opératoires normalisés peuvent être vérifiés afin d'obtenir des informations utiles pour guider les actions menées en vue d'améliorer la qualité (RES.3).

*Voir le Tableau 2.4 (Annexe 1) Indicateurs relatifs à la disponibilité et à la qualité des services ainsi qu'aux liens entre les services.*

## Personnels de santé

Des informations sur les personnels de santé sont nécessaires pour planifier, mettre en œuvre, suivre et évaluer les programmes et les stratégies du secteur de la santé. Une description claire et une bonne compréhension de la dynamique des personnels de santé aident à identifier les circonstances favorables à l'extension des interventions ainsi que les obstacles pouvant la limiter. Le nombre et la répartition des personnels de santé dépendent de l'entrée et de la sortie des travailleurs dans la population active ainsi que de la circulation des travailleurs d'un secteur à un autre et, du fait de migrations (d'une zone géographique à une autre et d'un pays à un autre). Pour évaluer la capacité des ressources humaines à fournir les services de santé essentiels, les informations de base à connaître sont, pour chaque profession de santé, un suivi de la couverture, du nombre d'étudiants finissant leur formation et du taux de postes vacants.<sup>11</sup>

Pour les programmes de lutte contre le VIH, une représentation détaillée de la capacité des ressources humaines à répondre aux besoins spécifiques liés au VIH peut être obtenue en ventilant ces différentes mesures en fonction des cadres d'emploi des agents de santé, des régions, des spécialisations ainsi que des lieux de travail (zones urbaines/rurales et type d'établissement). Il est important non seulement d'évaluer le nombre d'agents de santé dans les services de lutte contre le VIH, mais également de vérifier que leur répartition géographique correspond au modèle épidémique (zones géographiques particulièrement touchées, zones urbaines/rurales, régions) et si les besoins des populations prioritaires particulières sont couverts.

*Voir le Tableau 2.5 (Annexe 1) Indicateurs relatifs aux personnels de santé.*

## Produits médicaux et technologies<sup>12</sup>

L'efficacité d'un programme de lutte contre le VIH dépend de la disponibilité permanente en médicaments essentiels et en fournitures. Le suivi des aspects clés relatifs aux achats et au système de gestion des approvisionnements permet d'identifier les éventuels lacunes et obstacles afin de mettre en place les mesures correctives nécessaires pour éviter les ruptures et les excédents de stock. L'OMS a élaboré des outils pour mesurer les principaux aspects du secteur pharmaceutique et faire un suivi systématique des progrès accomplis en vue d'améliorer l'accès aux médicaments essentiels. Ces outils peuvent être utilisés pour évaluer de manière exhaustive l'intégrité de l'approvisionnement en médicaments et en produits de santé dans les programmes de lutte contre le VIH.<sup>13</sup>

Pour l'évaluation des médicaments et du système d'approvisionnement en rapport avec les programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, l'OMS et ses partenaires ont aussi élaboré un ensemble de 12 indicateurs de base. Ces indicateurs utilisent des données collectées de manière systématique pour faire le suivi et l'évaluation des principaux éléments de la chaîne logistique. Ces indicateurs sont pertinents pour l'ensemble des systèmes d'achats et de gestion des approvisionnements, des donateurs et des institutions.<sup>14</sup>

<sup>11</sup> Pour aider à établir ou à mettre à jour un registre des personnels de santé, se référer au document suivant: Human resources for health information system: minimum data set for health workforce registry. Geneva, World Health Organization, 2015 ([who.int/hrh/documents/hrh\\_minimum\\_data\\_set.pdf](http://who.int/hrh/documents/hrh_minimum_data_set.pdf)).

<sup>12</sup> Cette section se concentre sur la gestion des approvisionnements en produits de base. L'accès aux technologies de laboratoire est couvert par les infrastructures de santé, les services et les ressources humaines (Tableau 2.4).

<sup>13</sup> Profils de pays et suivi de la situation pharmaceutique dans les pays. Genève, Organisation mondiale de la Santé ([http://www.who.int/medicines/areas/coordination/coordination\\_assessment/fr/](http://www.who.int/medicines/areas/coordination/coordination_assessment/fr/)).

<sup>14</sup> Des informations supplémentaires sur ces indicateurs sont disponibles à l'adresse: [http://www.who.int/hiv/pub/amds/monitoring\\_evaluation/fr/](http://www.who.int/hiv/pub/amds/monitoring_evaluation/fr/).

Voir le Tableau 2.6 (Annexe 1) Indicateurs relatifs aux technologies et aux produits médicaux.

## Informations stratégiques

Pour évaluer si le système de santé dispose des informations nécessaires pour gérer la riposte à l'épidémie de VIH, il faut assurer un suivi périodique 1) de la présence de caractéristiques essentielles des systèmes d'information stratégique performants, 2) de la disponibilité et de la qualité des données essentielles et 3) de l'utilisation optimale des données disponibles pour le suivi et l'amélioration des politiques, la programmation et la planification.

Dans ce guide, les indicateurs qui doivent faire l'objet d'un rapport à intervalles réguliers portent la mention « Indicateur mondial » ou « Indicateur national ». La disponibilité, la fiabilité et l'exhaustivité des informations permettant de calculer ces indicateurs de base peuvent servir à évaluer dans quelle mesure le système d'information fonctionne et s'il est capable de générer au minimum les informations indispensables pour éclairer les politiques et la planification de la riposte du secteur de la santé au VIH.

Voir le Tableau 2.7 (Annexe 1) Indicateurs relatifs aux informations stratégiques.

## Gouvernance, leadership et environnement politique

Les politiques, les règlements et les lois ont des répercussions sur chaque étape de la prévention, des soins, du traitement et du soutien. Ils constituent des éléments structurants importants qui peuvent être déterminants dans le succès ou l'échec des ripostes à l'épidémie d'infection à VIH. En 2012, le Programme des Nations Unies pour le développement a publié le rapport de la Commission mondiale sur le VIH et le Droit.<sup>15</sup> La Commission a déclaré: « ... des pratiques juridiques telles que des lois répressives, le traitement brutal et discriminatoire de la police et le déni de justice à ceux qui vivent avec le sida ou qui sont à risque alimentent l'épidémie ». La Commission a fait une série de recommandations pratiques pour lutter contre la discrimination, abroger les lois pénalisant la transmission du VIH, l'exposition et la non-divulgaration, créer un environnement non discriminatoire et au contraire favorable pour les populations clés, mettre fin à toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles, veiller à ce que la naissance de chaque enfant soit enregistrée, assurer aux orphelins une protection sociale qui prenne en compte le VIH et une éducation sexuelle précoce à tous les enfants, et modifier les lois et les accords aux niveaux national et international qui entravent l'accès rapide à des médicaments pour le traitement de l'infection à VIH qui soient abordables.

Le suivi et l'évaluation des résultats et des impacts du TAR doivent tenir compte des politiques et des lois et vérifier que celles-ci sont 1) conformes aux meilleures pratiques de santé publique, 2) connues des prestataires de services, que ceux-ci travaillent pour le compte du gouvernement ou en dehors du cadre gouvernemental, et des membres des communautés affectées, et 3) appliquées dans les faits. Des informations doivent être collectées sur les politiques et les lois qui influencent de manière positive l'accès au TAR, l'utilisation du TAR et la rétention sous TAR (par exemple: accès obligatoire et universel, égal, équitable et tenant compte des spécificités de chaque sexe à un TAR de qualité ; promotion de la non-discrimination, de la protection de la vie privée et de l'accès au CDV ; et protection de la liberté de circulation) et sur celles qui ont un impact négatif, qui forcent les populations clés à vivre dans la clandestinité en criminalisant leurs comportements et qui ont un effet dissuasif sur leur accès aux programmes et aux services.

Pour enregistrer des informations sur l'influence des politiques et des lois sur la prévention ainsi que sur la couverture, les résultats et les impacts du traitement, l'ONUSIDA et ses partenaires ont élaboré un Indice composite des politiques nationales (National Commitments and Policies Instrument, NCPI) destiné à mesurer les progrès accomplis dans l'élaboration et l'application de politiques, de stratégies et de lois relatives au VIH au niveau national. Venant en complément de cet instrument, un ensemble de questions sur la politique et la pratique ont été élaborées par l'OMS dans le cadre des lignes directrices de 2013 sur l'utilisation des ARV pour la prévention et le traitement de l'infection à VIH. Les deux ensembles de

<sup>15</sup> Le VIH et le Droit: Risques, droit et santé. New York, Programme des Nations Unies pour le développement, 2012 (<http://www.undp.org/content/undp/fr/home/librarypage/hiv-aids/hiv-and-the-law--risks--rights---health/>).



questions font partie du RARSM<sup>16</sup> et doivent régulièrement être examinées et faire l'objet d'un rapport (tous les ans ou tous les deux ans).

Voir le Tableau 2.8 (Annexe 1) Indicateurs relatifs à la gouvernance, au leadership et à l'environnement politique.

### 2.3.2 Financement et calcul des coûts

Le financement de la riposte mondiale au VIH et au sida a atteint son plus haut niveau en 2013,<sup>17</sup> l'estimation du montant mis à disposition pour les programmes dans les pays à revenu faible ou moyen ayant alors atteint US \$19,1 milliards. L'aide au développement pour la santé en général, et pour la lutte contre le VIH et le sida en particulier, semble cependant se stabiliser en raison des contraintes économiques existant dans les pays à revenu élevé. Dans le même temps, les engagements internationaux sont devenus plus ambitieux, et les besoins en services et en produits permettant de sauver des vies continuent à augmenter. Il est donc impératif que les gouvernements et les bailleurs de fonds œuvrant pour la santé à l'échelle mondiale parviennent à faire davantage avec les ressources existantes. Les bailleurs de fonds commencent à exiger que les gouvernements des pays à revenu faible ou moyen s'engagent dans le partage des coûts et que les fonds soient utilisés de manière plus rationnelle.



#### 2. Financement public national pour la lutte contre le VIH

% de l'ensemble des dépenses en rapport avec la lutte contre le VIH provenant des dépenses publiques nationales

Les responsables de l'élaboration des politiques et les analystes peuvent utiliser les indicateurs figurant dans cette section pour faire le suivi et l'évaluation du flux des fonds destinés à la riposte au sida, de l'allocation des fonds et de l'impact du financement sur la pérennité, l'efficacité et l'équité.

Les données permettant de calculer les indicateurs évaluant la viabilité financière peuvent être obtenues à l'aide de NASA<sup>18,19,20</sup> et des comptes de la santé.<sup>21,22</sup> Grâce au Health Accounts Country Platform, l'OMS fournit aux pays un cadre comptable: le Système de comptes de la santé (System of Health Accounts, SHA) publié en 2011. Ce système permet de mettre en place et d'institutionnaliser une plate-forme harmonisée et intégrée qui aide à collecter chaque année en temps opportun des données sur les dépenses de santé, y compris sur les dépenses de santé pour lutter contre le VIH et le sida. NASA permet aux pays de faire le suivi des dépenses de santé et des dépenses qui ne sont pas liées à la santé, comme les améliorations sociales, l'éducation, le travail, la justice et d'autres secteurs liés à la riposte multisectorielle au VIH. NASA permet également d'étudier comment les ressources sont réparties entre les programmes de lutte contre le VIH et le sida, ce qui fournit une base pour mener une évaluation de l'efficacité de l'allocation des financements et faire des investissements avisés en basant les décisions sur des données factuelles.<sup>23</sup> NASA permet aussi d'obtenir des données sur les dépenses pour les populations bénéficiaires ciblées afin d'aider à évaluer si des ressources adéquates ont bien

<sup>16</sup> Rapport d'activité 2014 sur la riposte au sida dans le monde. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2014 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2014/GARPR\\_2014\\_guidelines\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2014/GARPR_2014_guidelines_fr.pdf)).

<sup>17</sup> The gap report. Geneva, United Nations Joint Programme on HIV/AIDS, 2014 ([http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/20140716\\_UNAIDS\\_gap\\_report](http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/20140716_UNAIDS_gap_report)).

<sup>18</sup> National AIDS Spending Assessment (NASA): classification and definitions. Geneva, United Nations Joint Programme on HIV/AIDS, 2009 ([http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2009/20090916\\_nasa\\_classifications\\_edition\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2009/20090916_nasa_classifications_edition_en.pdf)).

<sup>19</sup> Guide to produce National AIDS Spending Assessment (NASA). Geneva, United Nations Joint Programme on HIV/AIDS, 2009 ([http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2009/20090406\\_nasa\\_notebook\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2009/20090406_nasa_notebook_en.pdf)).

<sup>20</sup> Rapports d'évaluation des dépenses nationales relatives au sida (NASA) remis par les pays. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (<http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/knowyourresponse/nasacountryreports>).

<sup>21</sup> Health accounts. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha/create/en/>).

<sup>22</sup> A system of health accounts. Édition 2011. Organisation for Economic Co-operation and Development, Eurostat, World Health Organization, 2011 ([http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts\\_9789264116016-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts_9789264116016-en)).

<sup>23</sup> Smart investments. Geneva, United Nations Joint Programme on HIV/AIDS, 2013 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20131130\\_smart-investments\\_en\\_1.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20131130_smart-investments_en_1.pdf)).

été allouées.<sup>24</sup> D'une manière générale, les sous-comptes relatifs à la lutte contre le VIH et le sida des comptes de la santé et de NASA sont les principales sources de données pour le suivi du flux des fonds, pour enregistrer des informations sur les fonds consacrés à la santé et pour évaluer si le financement a contribué à l'atteinte des objectifs globaux de la politique de santé pertinents pour les pays à revenu faible ou moyen.

Le rapport qualité-prix, l'efficacité et l'impact sont des éléments fondamentaux à prendre en considération pour un investissement stratégique dans la santé aux niveaux national et mondial. Toutes choses égales par ailleurs, le fait de se concentrer sur des activités offrant un rapport coût-efficacité avantageux est équivalent à l'obtention de nouveaux fonds. Une fois connu le montant des fonds disponibles pour la programmation nationale de la lutte contre le VIH, une analyse coût-efficacité permet d'aider les pays et les donateurs à s'assurer de la meilleure utilisation possible de cet argent, en tenant compte des besoins des populations qui remplissent les critères pour recevoir des services. L'analyse coût-efficacité n'est cependant qu'un des éléments du processus permettant de déterminer les priorités ; elle doit être interprétée avec précautions, en tenant compte notamment de l'équité, des questions de genre, de l'égalité et des droits humains, ainsi que de la nécessité de respecter les normes de qualité pour la prévention, les soins et le traitement tout en évitant d'appauvrir les personnes ayant recours aux services.

L'OMS a élaboré un ensemble d'outils et d'activités complémentaires pour aider les pays à établir des priorités dans les interventions en matière de santé. Les outils à utiliser pour établir des priorités dans l'ensemble du secteur sont disponibles sur le site Web de WHO-CHOICE.<sup>25,26</sup> Une fois qu'un pays a décidé d'un ensemble de mesures à mener en priorité, il est important de procéder à une évaluation de la situation et de convenir de cibles. Dès que l'allocation optimale des ressources pour les activités a été déterminée en utilisant CHOICE (« Que faire »), OneHealth peut aider à la répartition et la priorisation des services. Il est basé sur des cibles réalisables et financièrement abordables (« Comment y parvenir »).<sup>27</sup> Les hypothèses utilisées par WHO-CHOICE pour obtenir une estimation du rapport coût-efficacité des activités de lutte contre le VIH et le sida sont en cours de révision. Lorsque cette révision sera terminée, l'OMS mettra à jour les outils disponibles pour contextualiser les estimations coût-efficacité spécifiques à chaque pays.

En mettant un accent particulier sur deux éléments essentiels (la fourniture d'un TAR et la prévention dans les populations clés) pour lesquels il est nécessaire de disposer de manière stable et prévisible d'un financement suffisant, les indicateurs proposés mesurent :

- le niveau de ressources mobilisées par la riposte nationale (normalisé en fonction du nombre de personnes vivant avec le VIH pour permettre la comparabilité)
- la part des dépenses de santé consacrées aux services de santé de lutte contre le VIH (ventilée en fonction des sources de financement)
- la part et la composition des dépenses consacrées à la prévention

<sup>24</sup> The gap report. Geneva, United Nations Joint Programme on HIV/AIDS, 2014 ([http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/20140716\\_UNAIDS\\_gap\\_report](http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/20140716_UNAIDS_gap_report)).

<sup>25</sup> Cost effectiveness and strategic planning (WHO-CHOICE): planning. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/choice/en/>).

<sup>26</sup> Hogan D, Baltussen R, Hayashi C, Lauer JA, Salomon J. Achieving the millennium development goals for health: Cost effectiveness analysis of strategies to combat HIV/AIDS in developing countries. *BMJ*. 2005;**331**:1431–1435. Voir aussi:

Evans DB, Adam T, Tan-Torres Edejer T, Lim SS, Cassels A, Evans TG for the WHO Choosing Interventions that are Cost Effective (CHOICE) Millennium Development Goals Team. Achieving the Millennium Development Goals for health: time to reassess strategies for improving health in developing countries. *BMJ*. 2005;**331**:1133–1136.

Evans D, Tan-Torres Edejer T, Adam T, Lim SS, for the WHO Choosing Interventions that are Cost Effective (CHOICE) *Millennium Development Goals Team*. Achieving the millennium development goals for health: methods to assess the costs and health effects of interventions for improving health in developing countries. *BMJ*. 2005;**331**:1137–1140.

Evans D, Lim SS, Adam T, Tan-Torres Edejer T, for the WHO Choosing Interventions that are Cost Effective (CHOICE) Millennium Development Goals Team. Achieving the Millennium Development Goals for health: evaluation of current strategies and future priorities for improving health in developing countries. *BMJ*. 2005;**331**:1457–1461.

<sup>27</sup> Cost effectiveness and strategic planning (WHO-CHOICE): OneHealth tool. Geneva, World Health Organization; [nd] (<http://www.who.int/choice/onehealthtool/en/>).

- la contribution publique nationale aux dépenses liées à la lutte contre le VIH: situation actuelle et tendances antérieures.

Voir le Tableau 2.9 (Annexe 1) Indicateurs relatifs au financement et au calcul des coûts pour les programmes de lutte contre le VIH.

## 2.4 Cascade de services de prévention, de soins et de traitement de l'infection à VIH

### 2.4.1 Services pour les populations clés

#### Cadre conceptuel

On appelle populations clés les populations qui, en raison de comportements particuliers, présentent un risque élevé vis-à-vis de l'infection à VIH, indépendamment du type d'épidémie et du contexte local. Les personnes appartenant à ces populations sont souvent confrontées à des problèmes d'ordre juridique ou social liés à leurs comportements qui augmentent encore leur vulnérabilité face à l'infection à VIH. Les populations clés jouent un rôle important dans la dynamique de la transmission du VIH, mais les services sont le plus souvent inappropriés.



#### 3. Prévention en fonction du type de population clé

Utilisation du préservatif et, pour les consommateurs de drogue par injection, nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par personne

#### Ces lignes directrices se concentrent sur cinq populations clés (voir l'Encadré Quelles sont les populations clés?):

- les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
- les personnes dans les prisons et autres lieux d'enfermement
- les consommateurs de drogue par injection
- les professionnel(le)s du sexe
- les personnes transgenres.

*La question de la taille des populations clés est traitée à la Section 2.2.*

Les populations clés sont des partenaires essentiels pour une riposte efficace à l'épidémie. Les données d'expérience ont montré que leur participation dans la prise de décisions quant aux types de services à fournir et à la manière de le faire permet d'obtenir une riposte à l'épidémie plus efficace et plus efficiente. De nombreux organismes de financement et de nombreux mécanismes utilisés au niveau international pour produire des rapports stipulent que des groupes de la société civile doivent participer activement à la conception et à l'orientation des services. Cependant, la route est encore longue avant que les personnes participant à l'élaboration des politiques et les administrateurs des programmes nationaux de lutte contre le VIH favorisent systématiquement l'implication active des personnes appartenant aux populations clés dans les changements des politiques, la planification des programmes et la conception des systèmes d'information stratégique.

Un ensemble complet d'interventions pour lutter contre le VIH dans les populations clés comprend à la fois des interventions déterminantes dans le secteur de la santé et des stratégies essentielles visant à créer un environnement favorable (voir l'Encadré L'ensemble complet d'interventions pour lutter contre le VIH dans les populations clés). Ces interventions sont décrites plus en détail dans le document de l'OMS Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations (2014).<sup>28</sup>

<sup>28</sup> Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva, World Health Organization, 2014 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>).

## Quelles sont les populations clés ?

Les définitions utilisées dans ces lignes directrices sont conformes aux définitions actuelles qui font l'objet d'un consensus et qui sont utilisées dans La stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/sida 2011-2015 et par les Nations Unies, comme cela est décrit dans le document UNAIDS Guidance note on HIV and sex work et dans d'autres documents de l'OMS et d'autres organisations des Nations Unies.

**Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.** Cette population fait référence à l'ensemble des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et/ou un partenaire masculin régulier. Les termes « hommes » et « rapports sexuels » sont interprétés de différentes manières en fonction des cultures et des sociétés ainsi que par les personnes impliquées. Ce terme englobe toute une palette de situations et de contextes dans lesquels des hommes ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, quelles que soient la motivation liée à ces rapports sexuels, l'identité sexuelle et l'identité de genre auto-établies par les personnes concernées et l'identification à une communauté ou à un groupe social en particulier.

**Personnes dans les prisons et autres lieux d'enfermement.** Les personnes dans les prisons et autres lieux d'enfermement ont été incluses dans ces lignes directrices en raison du nombre souvent élevé de personnes appartenant aux autres groupes qui sont incarcérées et aussi du fait de la fréquence élevée des comportements à risque et du manque de services de lutte contre le VIH dans ces milieux. Il existe de nombreux termes différents employés pour désigner les lieux de détention qui accueillent des personnes en attente de leur procès, qui ont été reconnues coupables d'un crime ou qui sont soumises à d'autres conditions de sécurité. De même, différents termes sont utilisés pour qualifier les personnes détenues. Dans ce document d'orientation, le terme « prisons et autres lieux d'enfermement » renvoie à tous les lieux de détention, et les termes « prisonniers » et « détenus » font référence à toutes les personnes détenues dans des établissements relevant de la justice pénale ou du système pénitentiaire, qu'elles soient adultes ou mineures de sexe masculin ou féminin, en attente de leur procès, avant le prononcé de la peine ou après le prononcé de la peine. Ce terme n'inclut pas formellement les personnes détenues pour des raisons liées à l'immigration ou au statut de réfugiés, les personnes détenues sans inculpation et les personnes condamnées à suivre un traitement obligatoire ou à se rendre dans un centre de réinsertion. Toutefois, la majorité des points de ces lignes directrices s'appliquent aussi à ces personnes.

**Consommateurs de drogue par injection.** Il s'agit de personnes qui s'injectent des substances psychotropes (ou psychoactives) à des fins non médicales. Ces drogues incluent, sans toutefois s'y limiter, les opioïdes, les stimulants de type amphétamine, la cocaïne, les sédatifs hypnotiques et les hallucinogènes. L'injection peut se faire par voie intraveineuse, intramusculaire, sous-cutanée ou toute autre voie injectable. Les personnes qui s'auto-injectent des médicaments à des fins médicales (appelées « injections thérapeutiques ») ne sont pas incluses dans cette définition. La définition n'inclut pas non plus les personnes qui s'auto-injectent des substances non-psychotropes, par exemple des stéroïdes ou d'autres hormones, pour modifier l'apparence de leur corps ou pour améliorer leurs performances sportives. Ces lignes directrices sont axées sur les consommateurs de drogue par injection en raison du risque particulier de transmission du VIH du fait du partage de matériel d'injection contaminé ; cependant, elles s'appliquent aussi en grande partie aux consommateurs d'autres substances par injection.

**Professionnel(le)s du sexe.** Les professionnel(le)s du sexe sont des hommes, des femmes et des personnes transgenres adultes (âgés de 18 ans et plus)<sup>1</sup> qui reçoivent de l'argent ou des biens en échange de services sexuels, de manière régulière ou occasionnelle. Le commerce du sexe est un acte sexuel consensuel entre adultes. Il peut prendre plusieurs formes et varie en fonction et au sein même des pays et des communautés. Le commerce du sexe varie également en fonction

du degré avec lequel il est formalisé et organisé, et du degré avec lequel il est criminalisé ou toléré même s'il est illégal.

**Personne transgenre.** Il s'agit d'un terme sous lequel sont regroupées les personnes dont l'identité et l'expression de genre ne se conforment pas aux normes et attentes traditionnellement associées au sexe qui leur a été attribué à la naissance. Ce terme inclut les personnes transsexuelles, transgenres ou non conformes en termes de genre. Les personnes transgenres peuvent s'auto-identifier comme personne transgenre, homme, femme, femme trans, homme trans, transsexuel ou, dans certaines cultures, hijra (Inde), katoe (Thaïlande), waria (Indonésie) ou l'une des nombreuses autres identités transgenres. Ces personnes peuvent exprimer leur genre de différentes manières masculines, féminines et/ou androgynes. Du fait de leur grande vulnérabilité et de leurs besoins particuliers en matière de santé, les personnes transgenres doivent avoir un statut distinct et indépendant dans le cadre de la riposte mondiale au VIH. Les personnes appartenant à cette population sont souvent exclues sur le plan social, et leur survie économique dépend donc souvent de relations sexuelles tarifées, avec en conséquence un risque élevé d'exposition au VIH.

Source: Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva, World Health Organization, 2014, pages xi-xii (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>).

1 Les enfants ayant des relations sexuelles tarifées sont considérés comme soumis à des abus sexuels et à l'exploitation sexuelle.

À l'exception des interventions de réduction des risques liés à l'usage de substances psychoactives, les interventions déterminantes du secteur de la santé faisant partie de l'ensemble complet d'interventions ne sont pas spécifiques aux populations clés. Dans la plupart des pays, une grande partie d'entre elles sont disponibles sous une forme qui est accessible à la population générale. Toutefois, les services existants ou la manière dont les interventions sont fournies ne répondent pas toujours aux besoins spécifiques des populations clés. Les services ne sont pas systématiquement accessibles ou acceptables facilement par les personnes appartenant aux groupes de populations clés, celles-ci rencontrant parfois des obstacles les empêchant de bénéficier de ces services. Pour que la riposte au VIH soit globale, il faut donc à la fois que des services soient spécialement conçus pour les populations clés et que les services habituels répondent aux besoins des personnes appartenant aux populations clés. Pour améliorer l'utilisation des services traditionnels par ces personnes, il est en particulier essentiel de résoudre les problèmes posés par la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des populations clés par les agents de santé (NEEDS.7)

Les indicateurs utilisés pour le suivi des interventions pour les populations clés tout au long de la cascade de traitement sont les mêmes que ceux utilisés pour la population générale, avec une ventilation en fonction des populations clés pour évaluer la question de l'équité dans la couverture et dans la qualité des services. Des informations plus détaillées sur la manière de fixer des cibles pour ces interventions et pour déterminer des indicateurs pour les populations clés pourront être obtenues dans un document de l'OMS à paraître: Tool for setting and monitoring targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations.

## Questions relatives au suivi et à l'évaluation des interventions destinées aux populations clés

### Utilisation des données programmatiques pour mesurer la couverture dans les populations clés

Si les programmes destinés spécifiquement aux populations clés disposent souvent de données spécifiques concernant les populations pour lesquelles ils ont été conçus, ce type d'informations n'est pas toujours facile à obtenir des programmes qui fournissent des services à plusieurs groupes différents

## L'ensemble complet d'interventions pour lutter contre le VIH dans les populations clés

### *Stratégies essentielles visant à créer un environnement favorable*

Certains facteurs structurels comme les normes sociales, les politiques, les lois et les facteurs économiques ont une influence sur le risque d'infection par le VIH et peuvent avoir un rôle positif ou négatif vis-à-vis de la réalisation et de l'impact des interventions. Les mesures à prendre à l'égard de ces facteurs ne sont pas de la seule responsabilité du secteur de la santé. En l'absence de ces mesures, l'impact des interventions du secteur de la santé sera limité. Des apports et une coopération multisectoriels sont nécessaires pour assurer que ces facteurs contribuent de manière positive à un environnement favorable à la réduction des risques d'infection par le VIH et à la réussite des actions entreprises. Les stratégies interdépendantes destinées à ce que l'environnement soit favorable et dont la liste figure ci-dessous sont des éléments essentiels de la riposte au VIH et aux IST dans les populations clés :

- législation favorable, engagements politiques et financiers, notamment la décriminalisation de certains comportements qui caractérisent les populations clés
- lutte contre la stigmatisation et la discrimination, notamment en rendant les services de santé disponibles, accessibles et acceptables pour les populations clés
- autonomisation des communautés
- lutte contre la violence à l'égard des personnes appartenant aux populations clés.

### *Interventions déterminantes dans le secteur de la santé*

Les bénéfices obtenus avec les interventions dont la liste figure ci-dessous sont plus importants lorsque ces interventions sont disponibles simultanément et que les facteurs permettant de créer un environnement favorable sont en place. La mise en œuvre de chacune de ces interventions ne doit cependant pas être retardée, même en l'absence des facteurs permettant de créer un environnement favorable.<sup>1</sup> Ces interventions comprennent :

- programmation complète pour la promotion de l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants
- interventions de réduction des risques liés à la toxicomanie, en particulier les programmes de seringues et d'aiguilles et la thérapie de substitution aux opioïdes (TSO)
- interventions comportementales
- conseil et dépistage du VIH
- traitement et soins de l'infection à VIH
- prévention et prise en charge des co-infections et des autres co-morbidités, notamment l'hépatite virale, la tuberculose et les problèmes de santé mentale
- interventions relatives à la santé sexuelle et génésique.

<sup>1</sup> En principe, les interventions doivent être en conformité avec la loi. Il convient toutefois de noter que dans certains pays asiatiques, la mise en pratique de programmes de seringues et d'aiguilles a commencé malgré une législation prohibitive, avec l'accord tacite des autorités nationales tolérantes. Dans beaucoup de ces pays, les lois ont été révisées après que des données issues de projets limités dans le pays lui-même ou dans la région ont été disponibles.

ou à la population générale. Les prestataires de services ne savent pas nécessairement, ou ne notent pas systématiquement, si un client est un homme ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, un(e) professionnel(le) du sexe ou une personne transgenre, cette information n'étant pas toujours pertinente pour la prestation de services. Par ailleurs, les clients de ces services ne souhaitent pas toujours divulguer cette information, et leur imposer de le faire peut les dissuader de se faire soigner. Dans certaines circonstances, le fait de révéler son statut d'homme ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, de consommateur de drogue par injection, de professionnel(le) du sexe ou de personne transgenre peut rendre une personne vulnérable à la discrimination, à la violence ou à des poursuites pénales. Par conséquent, la collecte systématique de ces informations n'est pas souhaitable lorsqu'elle peut exposer les personnes appartenant à des populations clés à des problèmes de sécurité ou les dissuader d'utiliser certains services.

**Pour que la riposte au VIH soit globale, il faut à la fois que des services soient spécialement conçus pour les populations clés et que les services habituels répondent aux besoins des personnes appartenant aux différentes populations clés.**

Certaines interventions destinées aux populations clés, par exemple la fourniture de matériel d'injection stérile ou de préservatifs, sont proposées de manière continue. Pour déterminer le nombre de personnes qui ont bénéficié d'une intervention au cours d'une période donnée, il faut éviter de compter plusieurs fois celles qui ont reçu cette intervention plus d'une fois au cours de la période considérée.

Les systèmes de collecte de données peuvent utiliser un numéro d'identification unique pour chaque client afin d'être en mesure de noter les différentes visites d'un même client. Un système de collecte de données de ce type doit permettre d'assurer en permanence la confidentialité des informations concernant les clients et, autant que possible, l'anonymat de ces clients. Une autre solution consiste à utiliser la méthode de la « remémoration du dernier contact » par laquelle on demande à chaque personne, lors de l'utilisation d'un service, si c'est la première fois ou non qu'elle le fait au cours de la période considérée. La couverture nationale peut être estimée de façon plus précise si les différents prestataires de services utilisent le même système de codage avec numéro d'identification unique. Cependant, dans de nombreuses situations, les données spécifiques sur les populations clés ne peuvent pas être collectées à partir des données programmatiques de routine ; il faudra alors mener des enquêtes.

### **Enquêtes et surveillance dans les populations clés**

Des informations sur l'accès aux services et sur la couverture de ces services peuvent être obtenues à partir d'enquêtes menées auprès de personnes appartenant aux différentes populations clés, en leur posant des questions spécifiques sur l'utilisation des services et sur l'exposition à des interventions. De nombreux pays réalisent déjà de manière périodique des enquêtes comportementales et des enquêtes de sérosurveillance dans les populations clés dans le cadre de la surveillance continue de l'épidémie d'infection à VIH. (Les enquêtes en population générale ne sont pas adaptées pour la collecte de ce type d'informations auprès de personnes appartenant à une population clé.)

La possibilité de généraliser les résultats d'une enquête dépend du degré avec lequel l'échantillon est représentatif de la population clé au sens plus large. Des biais importants peuvent notamment survenir si les échantillons sont prélevés à partir d'un nombre ou d'un éventail limité de localisations. Dans de nombreux cas, les résultats de l'enquête s'appliquent uniquement à l'endroit où a été obtenu l'échantillon. Par exemple, les échantillons obtenus uniquement à partir de sites où sont proposés des services ou choisis par des éducateurs pour les pairs délivrant l'intervention ont des chances d'être biaisés en faveur des personnes appartenant aux populations clés qui sont en contact avec ces services, ce qui aboutira à une surestimation des niveaux de couverture. Des méthodes comme l'échantillonnage dirigé par les répondants peuvent réduire ce biais, mais elles nécessitent des capacités techniques et des ressources particulières et leur réalisation peut prendre plus de temps.

D'autres types de biais potentiels sont le biais de désirabilité sociale, qui apparaît lorsque les personnes interrogées donnent des réponses au sujet de leur comportement ou de l'utilisation des services qui selon eux satisferont l'enquêteur, et le biais de mémorisation, qui se produit lorsque les personnes interrogées se souviennent délibérément ou par inadvertance de manière sélective des expériences qu'elles ont vécues. Au total, ces contraintes peuvent limiter l'utilité des données d'enquête pour identifier les problèmes locaux et pour obtenir des informations utiles pour orienter la riposte au VIH. L'utilisation de plusieurs sources d'informations stratégiques sur les services destinés aux populations clés et la triangulation des résultats obtenus permet de se protéger en partie des faiblesses de chacune des différentes méthodes utilisées.

### **Diversité dans les différents groupes de populations clés**

Au sein de chaque population clé, il existe différents sous-groupes qui présentent toute une gamme de caractéristiques associées à différents risques par rapport à l'infection à VIH et à des particularités spécifiques en termes de mobilité, d'utilisation des services et de résultats sanitaires. Par exemple, les professionnel(le)s du sexe travaillant dans la rue peuvent faire face à des risques et des problèmes différents de ceux(elles) qui travaillent dans des maisons de passe, des bars ou des clubs ; de son côté, le commerce du sexe peut varier dans le temps en fonction de l'application de la loi, des exigences des clients et des besoins financiers des professionnel(le)s du sexe.

Dans la plupart des situations, les populations clés se superposent largement ; à un moment déterminé, une même personne peut appartenir à différentes populations clés. Par exemple, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes dans les prisons et autres lieux d'enfermement, les professionnel(le)s du sexe et les personnes transgenres peuvent consommer de la drogue par injection ; des personnes appartenant à d'autres populations clés, par exemple des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, des personnes transgenres et des consommateurs de drogue par injection peuvent se livrer au commerce du sexe ; et les personnes appartenant aux différentes populations clés sont généralement surreprésentées dans les prisons et les autres lieux d'enfermement, et cela souvent du fait de la condamnation par la loi de leur identité propre ou de leurs comportements. En conséquence, la ventilation des indicateurs, non seulement en fonction de l'âge et du sexe, mais aussi en fonction des sous-groupes pertinents de populations clés, et le fait de rendre possible l'enregistrement de plus d'un comportement permettant de définir l'appartenance à une population clé aidera les programmes à mieux adapter leurs services aux besoins.

### **Confidentialité des informations stratégiques sur les populations clés**

Les populations clés sont confrontées à une stigmatisation et une discrimination importantes et sont souvent soumises à des lois et à des sanctions punitives. Dans différents pays, il est arrivé que les autorités utilisent les informations tirées des exercices de cartographie pour effectuer des raids ou arrêter des personnes appartenant à une population clé. Les personnes appartenant à une population clé craignent souvent que les données collectées ne soient pas conservées de manière suffisamment sûre et il leur est difficile de voir quels avantages ils tireront de leur participation aux actions de collecte d'informations stratégiques. Le fait d'impliquer la communauté, leur organisation et les dirigeants pour qu'ils prennent pleinement part aux enquêtes peut améliorer la confiance. Dans le même temps, toutes les mesures doivent être prises pour assurer la confidentialité.

Des politiques doivent être en place et des ressources disponibles pour que la confidentialité de l'ensemble des données comportant des informations permettant l'identification des personnes soit assurée, notamment concernant les dossiers médicaux des patients. Les autorités doivent s'engager et des dispositions légales doivent être prises pour interdire l'utilisation de ces données à des fins autres que l'amélioration des services. Le personnel chargé de la collecte et du stockage des données doit recevoir une formation appropriée en matière de protection de la confidentialité. Les données pour lesquelles la sécurité ne peut pas être assurée ne doivent pas être collectées.<sup>29</sup> Pour qu'un programme

<sup>29</sup> Dans certains pays, des lois exigent que les données personnelles liées à la santé collectées dans le cadre d'enquêtes ou d'autres études soient conservées pendant 10 ans ou plus. Des précautions doivent être prises en conséquence pour que ces données soient conservées de manière confidentielle.



élabore une riposte au VIH efficace pour les populations clés, il doit disposer de données sur ces populations. Dans le même temps, le respect de la vie privée, de la confidentialité et de la sécurité sont des sujets de préoccupation majeurs qui doivent être traités avec précautions au cours de la collecte et de l'utilisation de ces données.

## Sélection et utilisation des indicateurs

Les indicateurs programmatiques nationaux relatifs aux populations clés se concentrent sur la couverture d'interventions ciblées. Les programmes qui identifient des taux de couverture faibles doivent examiner leurs services afin de déterminer les causes de ces résultats décevants: les interventions peuvent avoir été mises en œuvre à une échelle insuffisante ou les services peuvent paraître inhospitaliers, inaccessibles ou inappropriés à ces populations.

Dans de nombreux pays, des obstacles juridiques et politiques ont empêché l'extension des interventions de prévention à l'intention des populations clés. Ces obstacles peuvent aller d'un manque de soutien politique à l'arrestation des prestataires de services proposant certains services relevant de l'ensemble recommandé pour la prévention. Pour déterminer s'il existe des inégalités dans l'accès aux services ou une discrimination dans la prestation de services concernant les populations clés, les programmes doivent évaluer la couverture de ces services pour l'ensemble de la population et aussi les niveaux de couverture pour chacune des populations clés. En particulier, les indicateurs de couverture du conseil et du dépistage du VIH ainsi que du TAR, qui sont les services les plus souvent disponibles dans les établissements de soins généraux, doivent si possible être ventilés en fonction des différents groupes de populations clés. Il est possible de faire une triangulation des données utilisées pour le calcul de ces indicateurs avec les données issues d'enquêtes périodiques sur les populations clés au cours desquelles on demande aux participants quels sont les différents services liés au VIH qu'ils ont utilisés au cours de l'année précédente.

Si le programme de prévention est efficace, l'un de ses impacts doit être une réduction des nouvelles infections dans les groupes de populations clés. Il est donc essentiel d'évaluer les tendances de l'incidence. Cependant, il est difficile de mesurer l'incidence et les tendances de cette incidence, notamment dans les populations clés. Plusieurs méthodes d'estimation indirectes peuvent être utilisées, mais les limites de chacune de ces méthodes doivent être prises en considération lors de l'interprétation des résultats. En général, plusieurs sources de données doivent être analysées et évaluées.

Inférer une incidence à partir des systèmes d'enregistrement des nouvelles infections déclarées présente un certain nombre de limites et se traduit généralement par une sous-estimation (voir la Section 2.5.2). En outre, les données concernant la consommation de drogue, le comportement sexuel, l'identité transgenre ou le fait de se livrer au commerce du sexe ne sont pas toujours enregistrées dans ces systèmes de déclaration des cas, et la catégorie du mode de transmission ne permet pas toujours d'identifier un individu en tant que personne appartenant à une population clé. Les données sur le dépistage et sur la déclaration des cas issues de sites sentinelles offrant des services à des personnes appartenant aux différentes populations clés permettent parfois d'obtenir une estimation plus précise de l'incidence. Toutefois, le degré de représentativité de ces données pour l'ensemble de la population doit être pris en considération.

La prévalence de l'infection à VIH chez les jeunes appartenant aux différentes populations clés et chez les personnes qui ont commencé récemment à se livrer au commerce du sexe ou à consommer de la drogue par injection peut être utilisée comme une mesure indirecte de l'incidence dans une population clé d'intérêt. Les données de surveillance et les données d'enquête doivent alors être ventilées non seulement en fonction du sexe et de l'âge, mais aussi comprendre des informations sur la durée depuis le début de la consommation de drogue par injection, du commerce du sexe ou, pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, de l'activité sexuelle. Une analyse de cohorte peut alors permettre d'évaluer l'infection à VIH dans des tranches d'âges successives ou dans des cohortes issues de ces groupes.

**Tableau 2.10 Indicateurs programmatiques relatifs aux populations clés**

| Indicateur   | Numérateur (N)/<br>dénominateur (D)   | Ventilation  | Méthode de<br>mesure et points<br>particuliers  | Pertinence pour<br>le programme et<br>interprétation   |
|--|---|--|---|--|
| <b>Indicateurs nationaux</b>   |   |  |   |  |
| <p>KPOP.1 Couverture du dépistage du VIH dans les populations clés</p> <p>% des personnes appartenant aux différentes populations clés chez lesquelles un dépistage du VIH a été réalisé au cours des 12 derniers mois et qui connaissent leur résultat</p> <p>Recoupement avec HTS.7 (Section Services de dépistage du VIH)</p> | <p>N : nombre de personnes interrogées appartenant aux différentes populations clés, qui ont fait un dépistage du VIH et qui ont reçu leur résultat au cours des 12 derniers mois.</p> <p>D : nombre de personnes interrogées dans le cadre de l'enquête, appartenant aux différentes populations clés, qui ne savaient pas auparavant qu'elles étaient elles-mêmes infectées par le VIH.</p> | <p>Populations clés [hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, personnes dans les prisons et autres lieux d'enfermement, consommateurs de drogue par injection, professionnel(le)s du sexe, personnes transgenres], sexe, âge (&lt;25, 25+ ; si possible, 15-19, 20-24, /25 + ; 10-14 si l'enquête couvre cette tranche d'âge), statut par rapport au VIH.</p> | <p>N &amp; D : enquête sur les populations clés.</p>  | <p>Mesure l'efficacité du programme à promouvoir le dépistage du VIH à la fois comme outil de prévention et comme point d'entrée dans des soins et un traitement précoces pour les populations clés. Les cibles pour le pourcentage de personnes appartenant aux différentes populations clés qui connaissent leur statut doivent être plus élevées que pour la population générale.</p> |
| <p>KPOP.2 Distribution d'aiguilles et de seringues</p> <p>Nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par consommateur de drogue par injection</p>  | <p>N : nombre d'aiguilles et de seringues stériles distribuées au cours des 12 derniers mois par les programmes de seringues et d'aiguilles.</p> <p>D : nombre de consommateurs de drogue par injection.</p>  | <p>Sexe, âge, type de situation (communauté, prisons/autres lieux d'enfermement).</p>  | <p>N : registres du programme, par exemple registres du programme de seringues et d'aiguilles.</p> <p>D : travaux menés pour obtenir une estimation de la taille.</p> | <p>La quantité de seringues et d'aiguilles stériles distribuées sert à estimer le nombre total d'unités de matériel d'injection propre en circulation qui pourraient être utilisées par la population de consommateurs de drogue par injection. La cible est de 200 par personne et par an.</p>  |



|   |  |  |  |   |
|---|--|--|--|---|
| <p>KPOP.3 Couverture du TAR dans les populations clés</p> <p>% des personnes appartenant aux différentes populations clés, vivant avec le VIH et qui reçoivent un TAR</p> | <p>N : nombre de personnes appartenant aux différentes populations clés, vivant avec le VIH et qui reçoivent actuellement un TAR.</p> <p>D : nombre de personnes appartenant aux différentes populations clés et vivant avec le VIH.</p> | <p>Populations clés [hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, personnes dans les prisons et autres lieux d'enfermement, consommateurs de drogue par injection, professionnel(le)s du sexe, personnes transgenres], sexe, âge (&lt;25, 25+).</p> | <p>N : enquête dans les populations clés ; registres du programme, par exemple registres de TAR.</p> <p>D : obtenu à l'aide de méthodes de modélisation cohérentes à l'échelle internationale (par exemple à l'aide du logiciel Spectrum AIM).</p> | <p>Cet indicateur évalue si la couverture du TAR dans les populations clés est équitable en la comparant à la couverture globale. En cas d'utilisation de données programmatiques, le statut par rapport aux populations clés des personnes qui reçoivent un TAR doit être noté dans les registres de TAR ; des précautions doivent être prises pour éviter que l'enregistrement de cette information ait des conséquences néfastes.</p>  |
| Indicateurs supplémentaires   |  |  |  |   |
| <p>KPOP.4 Couverture de la TSO</p> <p>% des consommateurs de drogue par injection qui reçoivent une TSO</p>   | <p>N : nombre de consommateurs de drogue par injection qui sont sous TSO à une date donnée.</p> <p>D : nombre de personnes dépendantes aux opioïdes qui consomment de la drogue par injection dans le pays.</p>                          | <p>Sexe, âge (&lt;25, 25+).</p>  | <p>N : registres du programme, par exemple registres de TSO.</p> <p>D : travaux menés pour obtenir une estimation de la taille.</p>  | <p>Mesure la capacité du programme à offrir une TSO aux consommateurs de drogue par injection comme méthode pour diminuer directement la fréquence des injections. La cible est de 40 %.</p> <p>L'estimation de la taille de la population utilisée comme dénominateur doit être appropriée pour le numérateur ; toutes les personnes recevant une TSO n'ont pas des antécédents d'injection de drogue et tous les consommateurs de drogue par injection n'utilisent pas d'opioïdes ou ne sont pas dépendants aux opioïdes.</p> |

|  |  |   |   |   |
|--|--|---|---|---|
| <p>KPOP.5 Rétention sous TSO</p> <p>% recevant une TSO pendant 6 mois</p>  | <p>N : nombre de personnes appartenant à la cohorte encore sous TSO 6 mois après la mise en route de cette thérapie.</p> <p>D : nombre de personnes ayant commencé la TSO au cours d'une période définie comme la période de recrutement dans la cohorte.</p>            | <p>Sexe, âge (&lt;25, 25+).</p>   | <p>N &amp; D : registres du programme, par exemple registres de TSO.</p>  | <p>Mesure la rétention sous TSO, en utilisant une approche de cohorte. Les données d'expérience montrent que pour tirer profit au maximum de la TSO, le traitement doit durer au moins 6 mois.</p> <p>Rend compte de la capacité du programme à assurer la rétention des patients dans les soins (indicateur de qualité).</p> |
| <p>KPOP.6 Prévalence de l'infection à VIH dans les populations clés</p> <p>% des personnes appartenant aux populations clés qui sont infectées par le VIH</p> <p>Recoupement avec IMP.5 (Section Impact)</p> | <p>N : nombre de personnes interrogées appartenant aux différentes populations clés, pour lesquelles le dépistage du VIH s'est avéré positif.</p> <p>D : nombre d'échantillons obtenus des populations clés pour lesquels un test de dépistage du VIH a été réalisé.</p> | <p>Populations clés [hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, personnes dans les prisons et autres lieux d'enfermement, consommateurs de drogue par injection, nouveaux consommateurs de drogue par injection, professionnel(le)s du sexe, personnes transgenres], sexe, âge (15-19, 20-24, 25+ ) ; hommes jeunes (15-19) ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ; statut par rapport à la grossesse ; co-infection par la tuberculose ; statut par rapport aux critères pour recevoir un TAR ; localisation.</p> | <p>N &amp; D : les tendances de la prévalence obtenues par la surveillance sentinelle donnent un aperçu de l'évolution de la charge de l'infection à VIH ; pour comprendre la proportion de personnes vivant avec le VIH attribuable aux nouvelles infections, ces tendances doivent être interprétées en fonction du nombre de personnes sous TAR.</p> <p>Les responsables de l'élaboration des politiques doivent comprendre que l'augmentation du nombre de personnes vivant avec le VIH peut être le fait de l'efficacité du traitement et de l'allongement de la survie des personnes sous traitement, et pas, ou seulement en partie, le fait des nouvelles infections.</p> | <p>Mesure l'état global de l'épidémie dans les populations clés.</p>  |

|   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
| <p>KPOP.7 Expérience par les populations clés de discriminations de la part des agents de santé</p> <p>% des personnes appartenant aux différentes populations clés qui ont été victimes de discrimination de la part d'agents de santé</p> <p>Recoupement avec NEEDS.7 (Section Stigmatisation et discrimination) et IMP.10 (Section Examen des réalisations sanitaires et autres)</p> | <p>N : nombre de personnes appartenant aux différentes populations clés qui ont été victimes de mesures discriminatoires de la part d'agents de santé au cours des 12 derniers mois.</p> <p>D : nombre de personnes appartenant aux différentes populations clés qui ont cherché à avoir recours à des services cliniques au cours des 12 derniers mois.</p> | <p>Populations clés, sexe, âge, type d'établissement de santé (par exemple établissement spécialisé dans la prise en charge de l'infection à VIH, services de santé généraux, services hors institution, établissement spécialisé).</p> | <p>Cet indicateur est proposé et n'a pas encore été testé.</p> <p>Pourrait être évalué à l'aide d'enquêtes ou d'interviews dans les populations clés ou d'entretiens avec des patients appartenant aux différentes populations clés lorsqu'ils quittent un établissement de santé.</p> <p>À mesurer tous les 2 à 3 ans.</p> | <p>Mesure la discrimination à l'encontre des populations clés, cette discrimination pouvant faire obstacle à leur utilisation des services du secteur de la santé et les dissuader de participer aux activités du programme.</p> |
|---|--|---|---|--|



Prévention

Service de  
dépistage du  
VIHLiens avec les  
soins

TAR

Suppression de  
la charge virale

## 2.4.2 Prévention dans le secteur de la santé

### 2.4.2a Programmation relative à l'utilisation du préservatif (masculin et féminin) dans le secteur de la santé

#### Cadre conceptuel

La programmation relative à l'utilisation du préservatif traite à la fois des aspects concernant la demande et des aspects concernant l'offre pour augmenter l'utilisation du préservatif (masculin et féminin). Elle englobe la création d'un environnement social et d'un environnement politique favorables à l'utilisation du préservatif, la promotion de l'utilisation systématique et correcte du préservatif chez l'homme et chez la femme, et les mesures destinées à assurer l'acceptabilité, la disponibilité et l'accessibilité des préservatifs et des lubrifiants appropriés.

Global  
indicator

#### 3. Prévention en fonction du type de population clé

- % des professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur client le plus récent
- % des hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin
- pour la population générale, parmi les personnes ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois, % déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel

La promotion de l'utilisation et le mode de distribution du préservatif varient en fonction de la population cible. Par exemple, l'utilisation du préservatif dans la population générale ou par des clients des professionnel(le)s du sexe est souvent encouragée par des campagnes de marketing social qui dirigent les gens vers des points de vente traditionnels où sont vendus des préservatifs, souvent à des prix subventionnés. D'autres lieux de vente peuvent aussi être inclus, en particulier lorsque l'intervention cible les adolescents ou les jeunes. Pour certaines populations clés (populations de professionnel(le)s du sexe, d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et de personnes transgenres), les préservatifs peuvent être distribués gratuitement ou à un prix subventionné dans les endroits où des personnes sollicitent ou ont des rapports sexuels à risque (par exemple dans des maisons de passe ou des lieux de divertissement) ou lors de la sensibilisation par les pairs. Les préservatifs sont également distribués par le canal des services de santé, par exemple par les services de planification familiale ou de prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) et de l'infection à VIH, par le canal des programmes de seringues et d'aiguilles et des centres de TSO pour des consommateurs de drogue par injection et par le canal de programmes sur le lieu de travail.


Dans tous les types d'épidémie, il est essentiel d'inclure l'utilisation du préservatif dans les ensembles de services destinés aux populations clés ; dans les épidémies généralisées, il est essentiel de promouvoir énergiquement leur utilisation par tous les publics pour la prévention de l'infection à VIH. Le secteur de la santé dispose de sites importants pour la promotion de l'utilisation et la distribution de préservatifs. Chaque contact avec des clients vivant avec le VIH ou à risque d'être infectés par le VIH ou des IST doit être considéré comme une occasion de préconiser l'utilisation du préservatif et de fournir des préservatifs en proposant une quantité suffisante, par exemple une quantité estimée à 30 préservatifs pour 3 mois.



## Questions relatives au suivi et à l'évaluation

La mesure la plus élémentaire de l'efficacité de la programmation relative à l'utilisation du préservatif est le pourcentage de personnes qui utilisent des préservatifs, en particulier lors des actes sexuels associés à un risque élevé. Pour les populations clés, les indicateurs relatifs à l'utilisation du préservatif chez les professionnel(le)s du sexe (KPOP.1a) et chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (KPOP.1b) ont été inclus dans les éléments faisant partie des rapports mondiaux. Là où ils ont été collectés dans le cadre des indicateurs nationaux, les indicateurs relatifs aux autres éléments de la prévention dans les populations clés doivent également être transmis pour être inclus dans les rapports établis à l'échelle mondiale. L'indicateur retenu pour évaluer l'utilisation du préservatif dans la population générale (PREV.1.d) se concentre sur les adultes sexuellement actifs qui ont eu un partenaire sexuel non régulier au cours des 12 derniers mois en demandant si un préservatif a été utilisé au cours du rapport sexuel le plus récent.

Dans de nombreux pays, l'utilisation du préservatif est également encouragée dans le cadre des services de planification familiale et de la prévention de l'infection à VIH et des IST. Ce type de promotion du préservatif peut soutenir les efforts visant à normaliser l'utilisation du préservatif, mais il peut être difficile de déterminer si les préservatifs sont utilisés au cours de rapports sexuels à risque élevé (pour la prévention de l'infection à VIH et des IST ou dans le cadre de la double protection) ou au cours de rapports sexuels à risque faible (par exemple principalement dans un but contraceptif).

**Tableau 2.11 Indicateurs programmatiques relatifs à la programmation dans le secteur de la santé de l'utilisation du préservatif**

| Indicateur   | Numérateur (N)/<br>dénominateur (D)   | Ventilation   | Méthode de<br>mesure   | Pertinence pour<br>le programme et<br>interprétation  |
|--|---|---|--|---|
| <b>Indicateurs nationaux</b>   |   |   |  |   |
| PREV.1.a Utilisation du préservatif chez les professionnel(le)s du sexe<br><br>% des professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur client le plus récent | N : nombre de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur client le plus récent.<br><br>D : nombre de professionnel(le)s du sexe déclarant se livrer au commerce du sexe. | Sexe (hommes, femmes, personnes transgenres), âge (<25, 25+ ; adolescents 10-19 ans s'il y a lieu et si la mesure est réalisable et que les informations sont disponibles). | Surveillance comportementale ou autres enquêtes spéciales menées tous les 2 ans. | Pour obtenir une efficacité optimale, le préservatif doit être utilisé de manière régulière plutôt que de manière occasionnelle. Cet indicateur mesure l'utilisation du préservatif au cours d'un seul acte sexuel et peut donc surestimer le niveau d'utilisation systématique du préservatif. |
|   |   |   |  |   |

| Indicateur mondial   |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
| <p>PREV.1.b Utilisation du préservatif chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes</p> <p>% des hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin</p>  | <p>N : nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes déclarant avoir utilisé un préservatif la dernière fois qu'ils ont eu un rapport sexuel anal.</p> <p>D : nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes déclarant avoir eu des rapports sexuels anaux avec un partenaire masculin.</p> | <p>Âge (&lt;25, 25+ ; adolescents 10-19 ans s'il y a lieu et si la mesure est réalisable et que les informations sont disponibles).</p>  | <p>Surveillance comportementale ou autres enquêtes spéciales.</p>   | <p>Pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, l'utilisation du préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin donne une bonne indication des niveaux globaux et des tendances des rapports sexuels protégés et non protégés. Dans les pays où de nombreux hommes appartenant à la sous-population faisant l'objet d'une enquête sont susceptibles d'avoir des partenaires des deux sexes, il faut étudier l'utilisation du préservatif avec les partenaires de sexe féminin et avec les partenaires de sexe masculin.</p> |
| <p>PREV.1.c Utilisation du préservatif chez les consommateurs de drogue par injection</p> <p>% des consommateurs de drogue par injection déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel</p>  | <p>N : nombre de consommateurs de drogue par injection ayant déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.</p> <p>D : nombre de personnes déclarant avoir consommé de la drogue par injection et avoir eu des rapports sexuels.</p>  | <p>Sexe, âge (&lt;25, 25+ ; adolescents 10-19 ans s'il y a lieu et si la mesure est réalisable et que les informations sont disponibles).</p>  | <p>Surveillance comportementale ou autres enquêtes spéciales.</p>   | <p>Contribue à connaître les caractéristiques de la promiscuité sexuelle et de l'utilisation du préservatif entre consommateurs de drogue par injection et entre les consommateurs de drogue par injection et la population générale.</p>   |
| <p>PREV.1.d Utilisation du préservatif dans la population générale</p> <p>% des personnes ayant eu plus d'un partenaire sexuel qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel</p>                                     | <p>N : nombre de personnes interrogées ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.</p> <p>D : nombre de personnes interrogées ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois.</p>                    | <p>Sexe, âge (15-24 ans, 15-49 ou 15+).</p> <p>Étudier si possible les tranches d'âge 15-19 et 20-24 (vérifier que l'échantillonnage de l'enquête permet d'obtenir des données représentatives).</p> <p>Adolescents 10-14 ans s'il y a lieu et si la mesure est réalisable et que les informations sont disponibles.</p> | <p>N &amp; D : enquête en population générale.</p> <p>Ces informations sont parfois collectées de manière systématique dans les registres des consultations spécialisées des établissements de santé, par exemple, les consultations de prise en charge de l'infection à VIH chez l'adolescent, les consultations de prise en charge des IST, les consultations spécialisées dans la santé masculine.</p> | <p>Mesure l'ampleur avec laquelle les préservatifs sont utilisés par les personnes susceptibles d'avoir des rapports sexuels à risque.</p> <p>Les tendances doivent être interprétées en parallèle avec les changements dans les pourcentages de personnes ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois.</p>  |



## 2.4.2b Circoncision masculine médicale

### Cadre conceptuel

En 2007, une consultation internationale organisée par l'OMS et l'ONUSIDA a conclu qu'il existe des données convaincantes montrant que la circoncision masculine permet de réduire la transmission du VIH de la femme vers l'homme. Cette consultation a recommandé que la circoncision masculine soit reconnue comme une stratégie supplémentaire importante pour la prévention de la transmission hétérosexuelle du VIH chez l'homme, notamment en situation d'épidémie généralisée et de faible prévalence de la circoncision masculine.<sup>30</sup> L'OMS et l'ONUSIDA recommandent de fournir des services de circoncision masculine dans le cadre de l'ensemble complet de services qui inclut également au minimum des services de dépistage du VIH, la prise en charge des IST, la sensibilisation à la réduction des risques et la promotion de l'utilisation et la fourniture de préservatifs.

La circoncision masculine médicale volontaire n'ayant aucune valeur préventive chez l'homme infecté par le VIH, un homme cherchant à bénéficier de ce service doit tout d'abord faire un dépistage du VIH. Les hommes infectés par le VIH doivent être orientés vers les services de soins et de traitement appropriés.

### Questions relatives au suivi et à l'évaluation de la circoncision masculine médicale

#### Mise en place de systèmes d'information stratégique pour un nouveau service

Dans la plupart des cas, les systèmes de suivi et d'évaluation des programmes de circoncision masculine sont nouveaux ; de nombreux gouvernements s'en remettent actuellement à leurs partenaires chargés de la mise en œuvre pour collecter les données et établir les rapports. Pendant la phase de rattrapage qui est en cours, certains ministères mettent en place des systèmes d'information pour faire le suivi à plus long terme, les services de circoncision masculine médicale volontaire durables devant faire en sorte qu'une proportion élevée d'hommes soient circoncis dans la population en âge de procréer.

Ce guide donne la priorité au nombre de circoncisions masculines effectuées (PREV.2) comme indicateur de la performance des programmes de circoncision masculine médicale volontaire. L'OMS, l'ONUSIDA et PEPFAR ont collaboré pour élaborer un ensemble commun d'indicateurs permettant d'évaluer de manière approfondie les programmes nationaux de circoncision masculine médicale volontaire. Pour appuyer la mise en place de systèmes de suivi et d'évaluation de cette intervention, le document UNAIDS/WHO guide to indicators for male circumcision programmes in the formal health-care system<sup>31</sup> donne des informations détaillées sur les indicateurs que les programmes nationaux peuvent envisager de mesurer. Dans ce guide, deux indicateurs de finalité (purpose indicators) et cinq indicateurs d'objectifs clés (key objective indicators) ont été identifiés ; les premiers se concentrent sur le nombre d'hommes circoncis et les derniers sur l'offre, la demande et le comportement sexuel à moindre risque après une circoncision masculine. Douze autres indicateurs d'objectifs relatifs à un élément particulier (component objective indicators) sont proposés pour être adaptés à des activités spécifiques à chaque pays. Une fois adaptés, les indicateurs d'objectif relatifs à un élément particulier aident au calcul des indicateurs d'objectifs clés, qui à leur tour aident au calcul des indicateurs de finalité. Lors de la mise en place d'un système de suivi et d'évaluation de la circoncision masculine médicale volontaire, les pays sont encouragés à saisir cette occasion importante pour améliorer la collecte d'autres informations sur l'infection à VIH et le sida et sur la santé sexuelle et reproductive chez des hommes qui rentrent rarement en contact avec le système de santé. Ces données peuvent porter sur le dépistage du VIH, sur les liens avec les soins et le traitement pour les hommes chez lesquels le dépistage du VIH s'avère positif ainsi que sur la prévalence des IST et l'utilisation du préservatif.

Il est important de faire un suivi de la qualité des services de circoncision masculine médicale volontaire.

<sup>30</sup> Nouvelles données sur la circoncision et la prévention du VIH : conséquences sur les politiques et les programmes. Montreux, 6–8 mars 2007. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2007 ([http://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/research\\_implications/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/research_implications/en/index.html)).

<sup>31</sup> UNAIDS/WHO guide to indicators for male circumcision programmes in the formal health-care system. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/indicators/en/>).

Un indicateur d'objectif se concentre sur l'innocuité des services de circoncision masculine avec le calcul du nombre et du pourcentage d'hommes circoncis ayant présenté au moins un événement indésirable modéré ou sévère pendant ou après la chirurgie (à savoir décès ou hospitalisation dans les 30 jours suivant une circoncision masculine médicale volontaire, invalidité permanente, tous les cas de tétanos et tous les cas graves de lésion du gland, du pénis ou de l'urètre) (PREV.3). Avec l'introduction de nouvelles méthodes de circoncision qui utilisent des appareils préqualifiés, le système de surveillance après commercialisation devra être compatible avec le système de surveillance systématique. Pour fournir des informations de planification utiles, tous les indicateurs doivent être ventilés (par exemple en fonction de l'âge et des sites de prestation de services).

La plupart des informations sur les services de circoncision masculine médicale volontaire seront collectées à partir des registres des établissements de santé ou d'enquêtes spéciales ; la collecte de données provenant des secteurs privé et traditionnel est limitée. Au fur et à mesure que l'expérience permettra de connaître quelles sont les meilleures pratiques pour obtenir ces informations, les différents pays pourront apprendre les uns des autres.

### Évaluation de l'impact de la circoncision masculine médicale volontaire en fonction du statut par rapport au VIH du bénéficiaire

En tant que stratégie de prévention, la circoncision masculine médicale volontaire a des effets différents sur la probabilité de transmission de l'homme vers la femme, de la femme vers l'homme et de l'homme vers l'homme. Pour aider à évaluer l'impact de la circoncision masculine médicale sur les nouvelles infections évitées, les données sur la couverture de la circoncision masculine médicale volontaire doivent être ventilées en fonction de l'âge et du statut par rapport au VIH de l'homme circoncis. Au fur et à mesure de l'augmentation de la couverture, des enquêtes spéciales devraient pouvoir détecter des changements dans l'incidence et la prévalence.

### Sélection et utilisation des indicateurs

Lors d'une réunion sur la circoncision masculine médicale volontaire qui s'est tenue en 2012,<sup>32</sup> 14 pays ont choisi en priorité le nombre de circoncisions masculines effectuées (PREV.2) comme indicateur de succès de l'extension des services pour les rapports établis aux niveaux national et mondial. Cet indicateur ne comptabilise que les circoncisions masculines effectuées selon les normes nationales. La prévalence estimée à partir d'enquêtes spéciales a également été proposée comme indicateur ; son interprétation doit tenir compte des inexactitudes dans le statut par rapport à la circoncision déclaré par les personnes elles-mêmes. Les autres indicateurs proposés pour être calculés en priorité pour le suivi au niveau national portent sur l'innocuité de la circoncision masculine, le conseil et le dépistage du VIH, les pratiques sexuelles à moindre risque, le nombre d'institutions proposant des services de circoncision masculine médicale volontaire, la disponibilité des ressources humaines, la disponibilité des fournitures, la présence d'un financement adéquat, la présence d'un environnement politique et législatif favorable et la création d'une demande pour ces services.

## 2.4.2c Prophylaxie post-exposition et prophylaxie pré-exposition

### Cadre conceptuel de la prophylaxie post-exposition

La prophylaxie post-exposition (PPE) est un traitement à base d'ARV administré pendant une courte période afin de diminuer la probabilité d'infection par le VIH après une exposition potentielle, (exposition professionnelle, lors de rapports sexuels ou par consommation de drogue par injection). Dans le secteur de la santé, la PPE doit être fournie dans le cadre d'un ensemble complet de précautions universelles permettant de diminuer l'exposition du personnel de santé aux risques infectieux sur le lieu de travail.<sup>33</sup>

<sup>32</sup> Clearinghouse for male circumcision for HIV prevention. Joint PEPFAR/WHO Meeting on Accelerating the Scale-up of Voluntary Medical Male Circumcision (VMMC) for HIV Prevention in East and Southern Africa. Raleigh, North Carolina, USA: FHI360, 2014 ([http://malecircumcision.org/resources/PEPFAR\\_WHO\\_VMMC\\_meeting\\_east\\_southern\\_Africa.html](http://malecircumcision.org/resources/PEPFAR_WHO_VMMC_meeting_east_southern_Africa.html)).

<sup>33</sup> OMS, OIT. Prophylaxie post-exposition pour prévenir l'infection à VIH: recommandations conjointes OMS/OIT sur la prophylaxie post-exposition (PPE) pour prévenir l'infection à VIH. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 ([http://www.who.int/hiv/pub/prophylaxis/pep\\_guidelines/fr/](http://www.who.int/hiv/pub/prophylaxis/pep_guidelines/fr/)).

**Tableau 2.12 Indicateurs programmatiques relatifs à la circoncision masculine médicale volontaire**

| Indicateur  | Numérateur (N)/<br>dénominateur (D)   | Ventilation  | Méthode de mesure et<br>points particuliers | Pertinence pour<br>le programme et<br>interprétation  |
|---|---|--|---|---|
| Indicateurs supplémentaires (indicateurs nationaux dans certains pays)        |   |  |   |   |
| PREV.2 MMC<br>scale-up<br><br>Number<br>of male<br>circumcisions<br>performed | Number of medical<br>male circumcisions<br>within the past 12<br>months performed<br>according to the<br>national standard. | Age (<1, 1–9,<br>10–14, 15–19,<br>20–24, 25–49,<br>50+), HIV status,<br>male circumcision<br>method (surgical,<br>elastic collar<br>compression type<br>device, collar<br>clamp type device).<br><br>Optional: type and<br>location of facility,<br>cadre of provider. | Programme records,<br>VMMC registers.       | <p>Le nombre total de circoncisions masculines effectuées au fil du temps donne des indications sur les changements dans la fourniture et/ou dans la demande de services. La comparaison des résultats actuels avec les valeurs précédentes montre là où les services de circoncision masculine ont été récemment mis en place ou là où le volume de circoncisions masculines effectuées a changé.</p> <p>La ventilation du nombre de circoncisions masculines en fonction du statut par rapport au VIH et de l'âge permet d'ajuster les intrants utilisés dans les modèles afin de déterminer l'impact des programmes de circoncision masculine sur l'incidence de l'infection à VIH et, si un pays a donné la priorité aux services ou fixé des cibles pour des tranches d'âge particulières, de déterminer si ces cibles ont été atteintes.</p> <p>La ventilation en fonction de l'âge peut aider à déterminer dans quelle mesure les stratégies en fonction de l'âge permettent d'augmenter la demande.</p> |

|  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
| <p><b>PREV.3</b><br/>Événements indésirables lors de la circoncision masculine médicale</p> <p>Nombre et % des hommes circoncis ayant présenté un événement indésirable modéré ou sévère pendant ou après la chirurgie</p> | <p>N : nombre d'hommes circoncis ayant présenté au moins un événement indésirable modéré ou sévère pendant ou après la chirurgie.</p> <p>D : nombre d'hommes chez lesquels une circoncision masculine médicale volontaire a été effectuée.</p> | <p>Âge, moment de survenue de l'événement indésirable (peropératoire, post-opératoire), sites de prestation de services.</p> | <p>Registres du programme</p> <p>Pour plus d'informations sur l'enregistrement des données et sur les outils disponibles, se référer au manuel pour la circoncision masculine sous anesthésie locale.<sup>4</sup></p> <p>Les événements indésirables sont définis comme étant modérés ou sévères.</p> <p>Les événements indésirables sont définis comme suit.</p> <p>Peropératoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• douleur</li> <li>• saignement excessif</li> <li>• événement indésirable lié à l'anesthésie</li> <li>• ablation de peau trop importante</li> <li>• lésions du pénis</li> <li>• blessure du personnel par des matériels ou matériaux piquants ou coupants</li> <li>• Postopératoire :</li> <li>• douleurs anormales</li> <li>• zone œdématisée trop importante</li> <li>• infection</li> <li>• hématome</li> <li>• saignement</li> <li>• difficultés à uriner</li> <li>• ouverture au niveau de la cicatrice</li> <li>• retard de guérison avec aspect anormal (y compris anomalies esthétiques ou au niveau de la cicatrice)</li> <li>• lésions du gland</li> <li>• ablation de peau trop importante.</li> </ul> | <p>Les événements à déclarer aux niveaux régional et mondial comprennent les décès ou les hospitalisations dans les 30 jours suivant une circoncision masculine médicale volontaire, les invalidités permanentes, tous les cas de tétanos et tous les cas graves de lésion du gland, du pénis ou de l'urètre.</p> |
|--|--|--|---|---|

Le suivi et l'évaluation des programmes de PPE peuvent être réalisés grâce à la collecte de données locales et d'un registre national de l'exposition au VIH, des prescriptions de PPE et des infections à VIH. Ce type de surveillance permet aux administrateurs de programme d'évaluer les investissements et les politiques, d'identifier les progrès et les lacunes dans la prestation de services, d'évaluer l'innocuité et le contrôle de la qualité et d'allouer des ressources. Tout comme pour les dossiers des patients en général, et pour les dossiers ou les registres contenant des informations sur le statut par rapport au VIH en particulier, les données sur la PPE doivent être conservées de manière sécurisée et il faut assurer la confidentialité des informations sur les patients.

### Cadre conceptuel de la prophylaxie pré-exposition

La PPrE est l'utilisation d'ARV par des personnes qui ne sont pas infectées avant une exposition au VIH afin de diminuer le risque d'être infecté. Des essais contrôlés randomisés ont démontré l'efficacité chez l'homme et chez la femme de la PPrE prise chaque jour par voie orale lorsqu'elle est utilisée de manière

**Tableau 2.13 Indicateurs programmatiques relatifs à la prophylaxie post-exposition et à la prophylaxie pré-exposition**

| Indicateur  | Numérateur (N)/<br>dénominateur (D)   | Ventilation                            | Méthode de<br>mesure et points<br>particuliers          | Pertinence pour<br>le programme et<br>interprétation   |
|---|---|--|---|--|
| <b>Indicateurs supplémentaires</b>  |   |  |   |  |
| <b>PREV.4 Accès à<br/>la PPE</b><br><br>% des<br>établissements de<br>santé où la PPE est<br>disponible   | N : nombre<br>d'établissements de<br>santé où la PPE est<br>disponible.<br><br>D : nombre total<br>d'établissements de<br>santé.  | Types<br>d'établissements de<br>santé. | Enquête dans les<br>établissements de<br>santé.         | Utilisé pour planifier<br>l'expansion des<br>services, en<br>particulier dans les<br>zones à risque.                                     |
| <b>PREV.5 Couverture<br/>de la PPrE</b><br><br>% d'utilisation<br>de la PPrE dans<br>les populations<br>prioritaires pour<br>recevoir cette<br>intervention | N : nombre de per-<br>sonnes appartenant<br>à des groupes choisis<br>comme prioritaires<br>pour recevoir la PPrE<br>ayant utilisé la PPrE<br>au cours des 12 derni-<br>ers mois.<br><br>D : nombre de per-<br>sonnes appartenant<br>à des groupes choisis<br>comme prioritaires<br>pour recevoir la PPrE. | Groupes<br>prioritaires.               | N & D : enquêtes<br>auprès des groupes<br>prioritaires. | Mesure la couverture<br>de la PPrE dans les<br>populations choisis<br>comme prioritaires<br>dans lesquelles la<br>PPrE a été introduite. |

systématique. En 2012, sur la base des données disponibles,<sup>34</sup> l'OMS a recommandé que les pays envisagent l'administration quotidienne d'une PPrE par voie orale en tant que stratégie de prévention supplémentaire pour les partenaires non infectés dans des couples sérodiscordants<sup>35</sup> ainsi que pour les hommes et les femmes transgenres ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.<sup>36</sup> L'OMS a également appelé à ce que des projets pilotes soient mis en place pour montrer comment mettre en œuvre en toute sécurité et de manière efficace la PPrE administrée par voie orale.

Certains pays ont approuvé l'utilisation de la PPrE, mais d'autres sont en attente des résultats des projets pilotes en cours pour prendre une décision. Les pays et les programmes qui incluent la PPrE dans le cadre des stratégies de prévention combinant différentes interventions doivent élaborer des plans pour faire le suivi et évaluer les prescriptions de la PPrE, la rétention sous PPrE ainsi que l'observance, l'innocuité et l'efficacité de cette intervention. Selon la recommandation faite dans les meilleures pratiques, le suivi des programmes de PPrE doit se faire à l'aide d'un registre des couples discordants connus ou en menant des enquêtes ou des études ponctuelles dans les populations pouvant utiliser la PPrE comme méthode de prévention.

### Sélection et utilisation des indicateurs

Ce guide ne propose pas d'indicateurs pour le suivi et l'évaluation de la PPE ou de la PPrE dans le secteur de la santé pour établir des rapports à l'échelle mondiale ou nationale. Deux indicateurs supplémentaires sont proposés (Tableau 2.13).

<sup>34</sup> Anglemyer A, Rutherford GW, Egger M, Siegfried N. Antiretroviral therapy for prevention of HIV transmission in HIV-discordant couples (review). (The Cochrane Collaboration). John Wiley & Sons, Ltd., 2011 (<http://apps.who.int/rrhl/reviews/CD009153.pdf>).

<sup>35</sup> Dans ce document d'orientation, un couple est défini comme deux personnes ayant des relations sexuelles de manière continue ; il n'est pas fait de distinctions entre les couples hétérosexuels et les couples de même sexe.

<sup>36</sup> Guidance on pre-exposure oral prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV: recommendations for use in the context of demonstration projects. Geneva, World Health Organization, 2012 ([http://www.who.int/hiv/pub/guidance\\_prep/en/](http://www.who.int/hiv/pub/guidance_prep/en/)).

La meilleure façon d'évaluer la couverture de la PPE est de mesurer le degré de sa disponibilité dans les centres de santé locaux (PREV.4).<sup>37</sup> La disponibilité de la PPE rend compte de l'engagement des institutions à élaborer des protocoles, former le personnel et assurer la disponibilité d'une quantité suffisante d'ARV pour traiter de manière adéquate les personnes exposées au VIH. Les programmes peuvent comparer le rapport coût-efficacité dans les différents établissements en faisant un suivi des tendances de l'utilisation et des coûts.

Lorsque la PPrE est proposée à des populations spécifiques, la couverture est mesurée en termes de taux d'utilisation des services dans les groupes ciblés (PREV.5).

## 2.4.2c Sécurité des injections

Les précautions universelles dans les établissements de santé comprennent la sécurité des injections et l'élimination sans danger du matériel d'injection dans le cadre des meilleures pratiques de santé publique pour prévenir la transmission nosocomiale des agents véhiculés par le sang (VIH, virus de l'hépatite B et C et syphilis). L'OMS et l'Alliance du réseau mondial pour la sécurité des injections (SIGN) ont élaboré le document *Tool for the assessment of injection safety and the safety of phlebotomy, lancet procedures, intravenous injections and infusions*.<sup>38</sup> Les indicateurs proposés dans le tableau 2.14 proviennent de cet outil, qui a été et continue à être utilisé avec succès pour mener des enquêtes nationales sur la sécurité des injections.

### Sélection et utilisation des indicateurs

L'application systématique des principes de sécurité des injections implique que les programmes utilisent pour chaque injection thérapeutique du matériel d'injection neuf, jetable et à usage unique<sup>39</sup> (PREV.5) et assure que chaque établissement de santé dispose de réserves suffisantes de ces fournitures renouvelables (PREV.7).

## 2.4.2d Sécurité transfusionnelle

### Cadre conceptuel

Cinq éléments clés permettent d'éliminer le risque de transmission du VIH par transfusion sanguine:

- mise en place de services de transfusion sanguine bien organisés et coordonnés au niveau national
- collecte de sang auprès de donneurs volontaires non rémunérés réguliers appartenant à des populations à faible risque
- assurance de la qualité pour le dépistage des infections à transmission transfusionnelle, la recherche des groupes sanguins et les tests de compatibilité
- usage rationnel et sûr du sang et diminution des transfusions superflues
- systèmes d'assurance et d'amélioration de la qualité couvrant la totalité du processus transfusionnel.

Environ la moitié des 107 millions de dons de sang collectés dans le monde chaque année le sont dans des pays à revenu faible ou moyen.<sup>40</sup> La prévalence élevée du VIH dans les dons de sang dans les pays à revenu faible et les pays à revenu moyen (respectivement 0,1 % et 0,6 %) comparée avec celle observée dans les pays à revenu élevé (médiane: 0,003 %) s'explique par la prévalence sous-jacente élevée de l'infection à VIH dans la population générale et par le recours plus fréquent à des donneurs de sang

<sup>37</sup> Core indicators for national AIDS programmes. Geneva, United Nations Joint Programme on HIV/AIDS, 2008. ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43925/1/9789291737161\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43925/1/9789291737161_eng.pdf?ua=1)).

<sup>38</sup> Tool for the assessment of injection safety and the safety of phlebotomy, lancet procedures, intravenous injections and infusions. Geneva, World Health Organization, 2008 ([http://www.who.int/injection\\_safety/Injection\\_safety\\_final-web.pdf?ua=1](http://www.who.int/injection_safety/Injection_safety_final-web.pdf?ua=1)).

<sup>39</sup> WHO, SIGN. A guide on indicators for monitoring and reporting on the health sector response to HIV/AIDS. Geneva, World Health Organization, 2011 ([http://www.WHO.int/hiv/data/UA2011\\_indicator\\_guide\\_en.pdf](http://www.WHO.int/hiv/data/UA2011_indicator_guide_en.pdf)).

<sup>40</sup> Sécurité transfusionnelle et approvisionnement en sang. Aide-mémoire N°279 de l'Organisation mondiale de la Santé, mis à jour en juin 2013 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs279/fr/>). Cet aide-mémoire est basé sur des données obtenues grâce à la base de données mondiale de l'OMS sur la sécurité transfusionnelle (Global Database on Blood Safety, GDBS) pour l'année 2011 en provenance de 163 pays.

**Tableau 2.14 Indicateurs programmatiques relatifs à la sécurité des injections**

| Indicateur   | Numérateur (N)/<br>dénominateur (D)  | Ventilation             | Méthode de<br>mesure et points<br>particuliers | Pertinence pour<br>le programme et<br>interprétation  |
|--|--|-------------------------|--|---|
| <b>Indicateur national</b>   |  |                         |  |   |
| <b>PREV.6 Sécurité des injections au niveau des établissements de santé</b><br><br>% des établissements de santé où l'ensemble des injections thérapeutiques sont réalisées en utilisant du matériel d'injection neuf, jetable et à usage unique | N : nombre d'établissements de santé de l'échantillon où l'ensemble des injections thérapeutiques sont réalisées en utilisant du matériel d'injection neuf, jetable et à usage unique.<br><br>D : nombre d'établissements faisant partie de l'échantillon. | Types d'établissements. | Enquête dans les établissements de santé.      | Évalue la mise en œuvre des politiques visant à assurer que l'ensemble des établissements de santé mettent en pratique les mesures permettant d'assurer la sécurité des injections. |
| <b>Indicateur supplémentaire</b>   |  |                         |  |   |
| <b>PREV.7 Approvisionnement en seringues et en aiguilles</b><br><br>% des établissements de santé n'ayant aucune rupture de stock d'aiguilles et de seringues  | N : nombre d'établissements de santé déclarant n'avoir eu aucune rupture de stock d'aiguilles et de seringues neuves à usage unique au cours des 12 derniers mois.<br><br>D : nombre d'établissements de santé faisant partie de l'échantillon.            | Types d'établissements. | Enquête dans les établissements de santé.      | Mesure la capacité du programme à assurer un approvisionnement continu en fournitures nécessaires pour la sécurité des injections dans les établissements de santé.                 |

appartenant à des populations à risque.

Dans le monde, de nombreux pays cherchent à disposer de dons réguliers par des donateurs volontaires non rémunérés en encourageant les dons de sang volontaires et en abandonnant le recours aux dons de sang rémunérés ; dans un total de 156 pays, les dons de sang provenant de donateurs volontaires non rémunérés a augmenté en moyenne de 7,70 millions par an entre 2004 et 2011. Néanmoins, dans près de la moitié des pays étudiés en 2013 (73 sur 151), plus de la moitié de l'approvisionnement en sang dépendait encore de dons de compensation/pour un membre de la famille<sup>41</sup> et de dons rémunérés. La rémunération des donateurs de sang augmente la probabilité que des personnes appartenant à des populations clés, pour lesquelles l'accès à d'autres sources de revenus est parfois limité, donnent leur sang. En outre, l'incidence plus élevée de l'infection à VIH dans les populations clés augmente la probabilité que des personnes infectées par le VIH fassent un don de sang au cours de la période fenêtre (période suivant de peu l'infection et au cours de laquelle les anticorps n'ont pas encore atteint un niveau suffisant pour être détectés) et donc à un moment où le test de dépistage du VIH sera faussement négatif.

<sup>41</sup> Le sang donné par les membres de la famille et les amis de la personne ayant besoin d'une transfusion peut être administré directement au patient ou être utilisé pour remplacer le sang stocké administré au patient.

L'OMS recommande qu'un dépistage du VIH, du virus de l'hépatite B (VHB), du virus de l'hépatite C (VHC) et de la syphilis soit réalisé pour tous les dons de sang avant leur utilisation. Pourtant, en 2011, près d'un quart des dons de sang dans les pays à revenu faible n'ont pas été accompagnés de ce dépistage suivant les procédures de qualité de base, c'est-à-dire en suivant des modes opératoires normalisés et avec une participation avérée à un système externe de contrôle de la qualité.<sup>42</sup>

### Sélection et utilisation des indicateurs

L'indicateur programmatique national sélectionné pour la sécurité transfusionnelle (PREV.8) permet de savoir si les programmes nationaux ont la capacité et les ressources suffisantes pour assurer qu'un dépistage soit réalisé pour chaque unité de sang utilisé pour une transfusion. Pour un système national de transfusion sanguine en état de fonctionnement, la norme attendue est un dépistage exhaustif (c'est-à-dire de 100 %).

## 2.4.2e Infections sexuellement transmissibles

### Cadre conceptuel

Selon les estimations, environ 362 millions nouveaux cas d'IST pouvant être traitées (c'est-à-dire de syphilis, de gonococcie, de chlamydirose et de trichomonase) sont survenus dans le monde en 2012. Non traitées, les IST peuvent être à l'origine de complications, comme par exemple une infection génitale haute, une infertilité, une mortinaissance ou un décès du nouveau-né, et augmenter le risque de contracter ou de transmettre le VIH. Pour ces raisons, l'amélioration de l'accès aux services de prise en charge des IST est une partie importante de la stratégie globale de l'OMS pour l'accès universel aux soins de santé génésique.

Comme cela est indiqué dans la Stratégie mondiale de l'OMS pour la prévention et la lutte contre les IST,<sup>43</sup> l'efficacité de la lutte contre les IST dépend de la fiabilité et de la nature systématique de la surveillance des IST. Les objectifs de la surveillance des IST sont principalement de déterminer la prévalence des IST dans les populations cibles afin d'améliorer la gestion du programme et d'obtenir des informations utiles pour établir des recommandations en matière de traitement afin d'améliorer les soins des patients. Au minimum, les éléments de base de la surveillance des IST doivent inclure:

- la déclaration des cas
- des évaluations de la prévalence
- l'évaluation de l'étiologie des syndromes d'IST
- le suivi de la résistance aux antimicrobiens.

La surveillance des IST est un élément important des systèmes de surveillance de « deuxième génération » de l'infection à VIH.<sup>44</sup> Les IST étant des marqueurs des rapports sexuels non protégés, la surveillance des nouveaux cas d'IST (par exemple de l'écoulement urétral chez l'homme, de la syphilis primaire et secondaire et de la gonococcie) peut servir: 1) d'avertissement précoce du potentiel épidémique du VIH par transmission sexuelle dans une population donnée et 2) d'indication d'une activité sexuelle à risque continue avec un besoin d'intensifier les interventions du programme. Dans le même temps, les données obtenues grâce à la surveillance de deuxième génération de l'infection à VIH, comme l'estimation de la taille des populations clés, et les enquêtes comportementales sont également utiles pour cibler les activités de lutte contre les IST.

Avec l'arrivée de nouvelles technologies (comme les tests diagnostiques rapides de la syphilis) et l'évolution de l'épidémiologie (notamment la propagation de la résistance de *Neisseria*

<sup>42</sup> Sécurité transfusionnelle et approvisionnement en sang. Aide-mémoire N°279 de l'Organisation mondiale de la Santé, mis à jour en juin 2013 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs279/fr/>).

<sup>43</sup> Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles: 2006-2015 - Rompre la chaîne de transmission. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/fr/>).

<sup>44</sup> Stratégies et méthodes analytiques 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/fr/>).



**Tableau 2.15 Indicateurs programmatiques relatifs à la sécurité transfusionnelle**

| Indicateur   | Numérateur (N)/<br>dénominateur (D)  | Ventilation                           | Méthode de<br>mesure et points<br>particuliers  | Pertinence pour<br>le programme et<br>interprétation   |
|--|--|---------------------------------------|---|--|
| <b>Indicateur national</b>   |  |                                       |   |  |
| PREV.8 Sécurité transfusionnelle au niveau des établissements de santé<br><br>% des établissements de santé offrant des transfusions sanguines qui répondent aux critères pour être considérées suffisantes et sûres | N : nombre d'établissements de santé qui répondent aux critères. <sup>36</sup><br><br>D : nombre d'établissements de santé offrant des services de transfusion sanguine.                 | Types d'établissements.               | Enquête dans les établissements de santé.   | Évalue l'efficacité des politiques et des programmes permettant aux établissements de santé offrant des services de transfusion sanguine d'avoir un approvisionnement en sang suffisant et sûr.  |
| <b>Indicateur supplémentaire</b>   |  |                                       |   |  |
| PREV.9 Couverture du contrôle du sang<br><br>% d'unités de sang pour lesquels un dépistage des maladies véhiculées par le sang a été réalisé   | N : nombre d'unités de sang provenant de dons pour lesquelles un dépistage du VIH, du VHB, du VHC et de la syphilis a été réalisé.<br><br>D : nombre d'unités de sang provenant de dons. | Types d'établissements, localisation. | N & D : registres du programme, par exemple registres des dons de sang, registres de laboratoire. | La réalisation d'un dépistage dans moins de 100 % des cas témoigne d'une défaillance dans le traitement correct des unités de sang (par exemple un manque de kits ou de personnel pour le dépistage) et doit faire l'objet de mesures correctives. |

*gonorrhoeae aux antimicrobiens), l'OMS a publié en 2012 des lignes directrices actualisées sur la surveillance des IST.<sup>45</sup>*

### Questions relatives au suivi et à l'évaluation des IST

La mise en œuvre des quatre éléments de la surveillance de base des IST dépend de la disponibilité de tests de laboratoire pour la prise en charge clinique de routine et des systèmes d'information sanitaire existants. Les données sur chacun de ces éléments doivent être analysées ensemble pour obtenir une représentation plus complète de la charge des IST dans un pays.

### Renforcement de la déclaration des cas d'IST

En fonction de la disponibilité des ressources, la déclaration des cas peut être basée soit sur une approche syndromique, soit sur une approche étiologique. Dans les pays où la capacité des laboratoires est suffisante pour permettre un diagnostic étiologique dans la plupart des établissements de santé, il est recommandé de faire une surveillance étiologique de la syphilis, de la syphilis congénitale et de la gonococcie. Dans les pays où la capacité des laboratoires est insuffisante, la déclaration des cas repose sur une approche syndromique. L'écoulement urétral et les ulcérations génitales sont les syndromes les plus utiles pour les déclarations à des fins de surveillance des IST, les pertes vaginales n'étant pas nécessairement dues à une IST.

Les cas d'IST identifiés soit par la recherche des cas soit par le dépistage doivent être enregistrés par le système de surveillance et déclarés. Pour assurer la qualité de la déclaration des cas, il est essentiel que

<sup>45</sup> Ibid.

les définitions des cas soient claires, et tous les cas probables ou confirmés doivent faire l'objet d'une déclaration. La déclaration universelle des cas permet la surveillance de l'ensemble de la population desservie par les établissements de santé ; toutefois, il est parfois difficile d'interpréter les tendances lorsque la qualité des données n'est pas suffisante. La surveillance de sites sentinelles permet d'obtenir des données de meilleure qualité. Il n'est cependant pas toujours possible de généraliser les résultats obtenus avec cette méthode lorsque les sites choisis ne sont pas représentatifs des populations d'intérêt.

## Mise en place d'évaluations régulières de la prévalence

Les évaluations de la prévalence se font à l'aide d'enquêtes transversales menées tous les trois à cinq ans dans des groupes de populations particuliers. Les données sont utilisées pour obtenir des estimations nationales de la prévalence des IST, identifier les groupes de populations à risque pour les IST et l'infection à VIH, orienter l'affectation des financements et des ressources pour les programmes de prévention des IST et de l'infection à VIH et faire le suivi de l'efficacité des programmes de prévention. Au minimum, les enquêtes de prévalence des IST doivent inclure le dépistage de *C. trachomatis* (chlamydie), *N. gonorrhoeae* (gonococcie), *T. pallidum* (syphilis) et *T. vaginalis* (trichomonase). Des enquêtes de prévalence des IST doivent également être menées dans des populations particulièrement exposées à un risque par rapport aux IST, comme les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Les évaluations de la prévalence dans la population générale les plus courantes sont basées sur la réalisation d'un test de dépistage sérologique de la syphilis dans les consultations prénatales et dans les sites de don de sang. Les enquêtes sur la prévalence de la chlamydie chez l'adolescent et chez la femme jeune sont également utiles. Dans les situations où un dépistage des IST est réalisé chez les personnes asymptomatiques, ces données programmatiques de routine peuvent parfois servir de mesure indirecte pour obtenir des évaluations de prévalence plus structurées.

## Études étiologiques des syndromes d'IST afin d'obtenir des informations utiles pour la prise en charge clinique

Dans les pays où la déclaration des cas est basée sur la prise en charge syndromique, il est important de procéder à des évaluations étiologiques régulières afin de mettre à jour les informations sur les micro-organismes pathogènes responsables des syndromes courants d'IST. Ces informations sont essentielles pour mettre à jour les recommandations en matière de traitement. Ces évaluations étiologiques doivent être effectuées tous les deux à trois ans dans différents types de populations et dans différentes localisations géographiques pour l'écoulement urétral, les ulcérations génitales et les pertes vaginales. Cependant, lorsque les ressources sont particulièrement limitées, il est conseillé de commencer par une évaluation de l'écoulement urétral et des ulcérations génitales chez au moins 100 patients pour chaque syndrome dans un ou plusieurs services de consultations de prise en charge des IST capables d'effectuer des tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) et des tests de sérodiagnostic de la syphilis de qualité.

## Suivi de la résistance gonococcique.

Une résistance ayant été observée pour chaque classe connue d'antibiotiques recommandée pour le traitement de la gonococcie, l'OMS recommande un suivi de routine de la résistance aux antimicrobiens. *Au minimum 100 isolats de *N. gonorrhoeae* prélevés au niveau urétral chez des hommes symptomatiques doivent être collectés au cours de la période de suivi et évalués pour rechercher une résistance à chacun des traitements antimicrobiens actuellement recommandés dans le pays. Lorsque la proportion de souches résistantes atteint ou dépasse 5 %, ou lorsqu'une augmentation inattendue quelle qu'elle soit (même si la valeur est inférieure au seuil de 5 %) est observée dans les populations clés qui présentent un taux élevé d'infection à gonocoque, les directives nationales pour le traitement de la gonococcie doivent être modifiées afin de proposer un autre schéma thérapeutique, et le suivi de l'infection à gonocoque doit être renforcé.*

## Sélection et utilisation des indicateurs relatifs aux IST

Les principaux indicateurs relatifs aux IST dans le contexte du suivi de l'infection à VIH dans le secteur de la santé sont ceux qui rendent compte de la manière la plus fiable de l'exposition sexuelle non protégée dans la population générale ou dans les populations clés (Tableau 2.16).<sup>46</sup>

### Éléments particuliers à prendre en considération en fonction du type de situation et de population

#### IST chez la femme enceinte

Les IST chez la femme enceinte ont une importance particulière en termes de santé publique, car elles peuvent être responsables d'une mortinaissance, d'une prématurité, d'un faible poids de naissance, d'un décès du nouveau-né et de maladies chez le nouveau-né, par exemple une malformation congénitale, une ophtalmie ou une pneumonie. Toutefois, les recommandations relatives au dépistage des IST pendant la grossesse concernent généralement uniquement la syphilis, les tests simples, performants et de faible coût pour le diagnostic de la gonococcie et de la chlamydie n'étant pas encore disponibles à grande échelle. La surveillance et le suivi de la syphilis au cours de la grossesse sont particulièrement importants et vont de pair avec les initiatives mondiales et régionales visant à éliminer la transmission mère-enfant (ETME) de la syphilis.<sup>47,48</sup> Ensemble, la surveillance et l'évaluation sont considérées comme l'un des quatre piliers essentiels des efforts visant à éliminer la syphilis congénitale. Il est conseillé que tous les pays fassent le suivi des quatre indicateurs nécessaires à la surveillance et à la gestion de base du programme d'ETME de la syphilis ainsi que pour la validation de l'ETME de la syphilis dans les pays cherchant à objectiver leur succès:

- dépistage de la syphilis au cours de la première visite chez les femmes recevant des soins prénatals
- test sérologique de la syphilis positif chez les femmes recevant des soins prénatals
- traitement des femmes recevant des soins prénatals et qui présentent une séropositivité à la syphilis
- taux des cas de syphilis congénitale.

#### IST dans les populations clés

La séroprévalence de la syphilis chez les professionnel(le)s du sexe et la séroprévalence de la syphilis chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes sont considérées comme des indicateurs de base pour guider la riposte nationale aux IST ; les données permettant le calcul de ces indicateurs sont collectées par les systèmes statistiques mondiaux.<sup>49</sup> Ces populations clés présentant une plus grande probabilité d'infection antérieure que la population générale, le diagnostic de syphilis active dans ces populations doit reposer sur un résultat positif pour un test tréponémique et pour un test non-tréponémique. Les données sur ces populations peuvent être obtenues grâce à des systèmes d'information sanitaire de routine, à la surveillance sentinelle ou à des enquêtes spéciales.<sup>50</sup> Les tendances au fil du temps doivent cependant être interprétées avec prudence, sauf si les enquêtes utilisent la même méthode et portent sur la même population à chaque fois.

<sup>46</sup> Rapport d'activité 2014 sur la riposte au sida dans le monde. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2014 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2014/GARPR\\_2014\\_guidelines\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2014/GARPR_2014_guidelines_fr.pdf)).

<sup>47</sup> Élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis - Orientations mondiales relatives aux critères et aux procédures de validation. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241505888/fr/>).

<sup>48</sup> Élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis - Orientations mondiales relatives aux critères et aux procédures de validation. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241505888/fr/>).

<sup>49</sup> Rapport d'activité 2014 sur la riposte au sida dans le monde. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2014 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2014/GARPR\\_2014\\_guidelines\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2014/GARPR_2014_guidelines_fr.pdf)).

<sup>50</sup> Stratégies et méthodes analytiques 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/fr/>).

**Tableau 2.16 Principaux indicateurs relatifs aux infections sexuellement transmissibles**

| Indicateur   | Numérateur (N)/<br>dénominateur (D)   | Ventilation   | Méthode de mesure  | Pertinence pour<br>le programme et<br>interprétation  |
|--|---|---|--|---|
| <b>Indicateurs nationaux</b>   |   |   |  |   |
| PREV.10 Couverture du dépistage de la syphilis dans les soins prénatals<br><br>% des femmes recevant des soins prénatals chez lesquelles un dépistage de la syphilis a été réalisé | N : nombre de femmes recevant des soins prénatals au cours des 12 derniers mois chez lesquelles un dépistage de la syphilis a été réalisé.<br><br>D : nombre de femmes recevant des soins prénatals au cours des 12 derniers mois.  | Visite au cours de laquelle le dépistage est effectué (première visite par rapport à toute autre visite).   | N & D : registres du programme, par exemple registres des soins prénatals.   | Pour la prévention de la syphilis congénitale, et également pour la prévention primaire de la transmission du VIH.<br><br>Mesure l'ampleur du dépistage systématique de la syphilis chez les femmes enceintes au cours de la première visite (de préférence) ou au cours de toute visite. |
| PREV.11 Traitement de la syphilis<br><br>Traitement de la syphilis chez les femmes recevant des soins prénatals et séropositives à la syphilis                                     | N : nombre de femmes recevant des soins prénatals et séropositives à la syphilis au cours des 12 derniers mois qui ont reçu un traitement adéquat.<br><br>D : nombre de femmes recevant des soins prénatals et séropositives à la syphilis au cours des 12 derniers mois. | Aucune.   | Registres du programme.  | Mesure la couverture du traitement des femmes recevant des soins prénatals et séropositives à la syphilis.<br><br>Le traitement est nécessaire pour prévenir la syphilis congénitale.   |
| <b>Indicateurs supplémentaires</b>   |   |   |  |   |
| PREV.12 Séroprévalence de la syphilis<br><br>% des personnes séropositives à la syphilis   | N : nombre de personnes chez lesquelles le dépistage de la syphilis s'est avéré positif au cours des 12 derniers mois.<br><br>D : nombre de personnes chez lesquelles un dépistage de la syphilis a été réalisé au cours des 12 derniers mois.                            | Sexe, âge (15-24 ans, 25+), populations clés [professionnel(les) du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes], statut par rapport à la grossesse. | N & D : registres du programme, surveillance sentinelle, enquêtes spéciales. | Mesure la séropositivité à la syphilis dans un groupe de population. La séropositivité à la syphilis chez les femmes recevant des soins prénatals peut être utilisée pour faire une modélisation de l'incidence de la syphilis dans la population générale.                               |

|   |   |                   |   |  |
|---|---|-------------------|---|--|
| <p>PREV.13 Incidence de la gonococcie</p> <p>Taux de gonococcie chez l'homme adulte</p>               | <p>N : nombre de cas de gonococcie déclarés chez l'homme adulte au cours des 12 derniers mois</p> <p>D : nombre d'hommes adultes.</p>   | <p>Sexe, âge.</p> | <p>N : système de déclaration des cas dans la surveillance des IST.</p> <p>D : recensement.</p> | <p>IST/VIH,</p> <p>Mesure la séropositivité à la gonococcie dans un groupe de population vue dans un établissement de santé.</p>                                 |
| <p>PREV.14 Incidence de l'écoulement urétral</p> <p>Taux d'écoulement urétral chez l'homme adulte</p> | <p>N : nombre de cas d'écoulement urétral déclarés chez l'homme adulte au cours des 12 derniers mois.</p> <p>D : nombre d'hommes adultes.</p>   | <p>Aucune.</p>    | <p>N : système de déclaration des cas dans la surveillance des IST.</p> <p>D : recensement.</p> | <p>Mesure d'alerte précoce des relations sexuelles non protégées chez l'homme dans les pays où la disponibilité des tests diagnostiques des IST est limitée.</p> |
| <p>PREV.15 Incidence de la syphilis congénitale</p> <p>Taux de syphilis congénitale</p>               | <p>N : nombre de cas de syphilis congénitale (naissances vivantes et mortinaissances) déclarés au cours des 12 derniers mois.</p> <p>D : nombre de naissances vivantes au cours des 12 derniers mois.</p> | <p>Aucune.</p>    | <p>N : système de déclaration des cas dans la surveillance des IST.</p> <p>D : recensement.</p> | <p>Les tendances peuvent donner des indications sur l'impact des interventions programmatiques pour l'ETME de la syphilis.</p>                                   |



## 2.4.3 Connaissance de son statut sérologique: services de dépistage du VIH

### Cadre conceptuel

Les services de dépistage du VIH comprennent les informations avant le test, le test VIH et le diagnostic, le conseil après le test, ainsi que l'orientation vers les services de prévention, de soins et de traitement et les liens connexes, le cas échéant. Ils représentent la porte d'entrée vers le continuum de soins de l'infection à VIH. Ces dernières années, des efforts importants ont été déployés dans le monde entier pour étendre les services de dépistage du VIH en vue d'atteindre un accès universel à ce dépistage et, ce faisant, une connaissance universelle de son statut par rapport au VIH.<sup>51</sup> Des progrès considérables ont été accomplis, un dépistage du VIH ayant été réalisé chez 120 millions de personnes au cours de la seule année 2013.<sup>52</sup> Pourtant, selon les estimations, l'infection à VIH n'a été diagnostiquée que chez la moitié de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH dans le monde.<sup>53</sup> En termes de suivi, il faut maintenant dépasser l'évaluation par un comptage des produits, comme le nombre de tests réalisés, et commencer à mesurer les réalisations dans la population, comme la proportion de personnes vivant avec le VIH chez lesquelles le diagnostic a été posé, ce qui constitue le premier 90 de la cible de traitement 90-90-90. Ce guide met l'accent sur ce passage progressif du comptage de produits à l'estimation de la couverture.

Les services de dépistage du VIH doivent toujours être basés sur le volontariat et menés conformément à la règle des « 5 C » de l'OMS: Consentement, Confidentialité, Conseil, résultats Corrects et Connexion (lien avec la prévention, les soins et le traitement). Le dépistage obligatoire ou contraint, y compris la mise en œuvre inappropriée des orientations sur le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire, persiste dans de nombreuses structures. En conséquence, l'OMS a publié en 2012 une déclaration recommandant l'examen des politiques et des pratiques nationales en matière de services de dépistage du VIH afin d'éliminer toutes les formes de dépistage du VIH qui ne sont pas volontaires.<sup>54</sup>

Différentes combinaisons d'approches de services de dépistage du VIH peuvent être utilisées pour atteindre les personnes particulièrement à risque et vulnérables vis-à-vis de l'infection à VIH, par exemple, les femmes enceintes ou allaitant au sein, les nourrissons et les enfants, les adolescents (âgés de 10 à 19 ans), les couples sérodiscordants, les populations clés, les patients tuberculeux ainsi que d'autres groupes prioritaires spécifiques au contexte (voir l'encadré à la page suivante). En fonction du contexte épidémiologique et social ainsi que des ressources disponibles, les pays peuvent utiliser plusieurs approches pour les services de dépistage du VIH. En s'appuyant sur les informations stratégiques, les programmes peuvent adapter les approches de prestation de services afin de maximiser la couverture et l'utilisation de ces services et permettre ainsi de poser le diagnostic d'infection chez un plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH. La ventilation des statistiques des services de dépistage du VIH en fonction du résultat du test, des points de prestation de services et/ou de différents sous-groupes de la population peut aider les pays à fixer des cibles pour ces services et à mettre ces services en cohérence avec les services de prévention, de traitement, de soins et de soutien.<sup>55</sup>

<sup>51</sup> Guide for monitoring and evaluating national HIV testing and counselling (HTC) programmes. Geneva, World Health Organization, 2011 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501347\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501347_eng.pdf)).

<sup>52</sup> Rapport d'activité 2014 sur la riposte au sida dans le monde. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2014 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2014/GARPR\\_2014\\_guidelines\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2014/GARPR_2014_guidelines_fr.pdf)).

<sup>53</sup> UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Geneva, United Nations Joint Programme on HIV/AIDS, 2013 (<http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/globalreport2013/globalreport>).

<sup>54</sup> Déclaration sur le conseil et le dépistage du VIH: l'OMS et l'ONUSIDA réitèrent leur opposition au dépistage du VIH obligatoire. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2012 ([http://www.who.int/hiv/events/2012/world\\_aids\\_day/hiv\\_testing\\_counselling/fr/](http://www.who.int/hiv/events/2012/world_aids_day/hiv_testing_counselling/fr/)).

<sup>55</sup> Service delivery approaches to HIV testing and counselling (HTC): A strategic policy framework. Geneva, World Health Organization, 2012 ([http://www.who.int/hiv/pub/vct/htc\\_framework/en/](http://www.who.int/hiv/pub/vct/htc_framework/en/)).

## Éléments nouveaux concernant les services de dépistage du VIH

Dépistage rapide. D'une manière générale, les tests diagnostiques rapides de l'infection à VIH sont disponibles depuis les années 1990. Leur utilisation peut élargir considérablement l'accès aux services de dépistage du VIH dans les établissements de santé et dans les structures communautaires. Cependant, de nombreux pays continuent de limiter l'utilisation de ces tests ainsi que les catégories de personnel autorisées à les réaliser (en excluant par exemple les prestataires non professionnels ou le personnel infirmier).<sup>56</sup> Ces dernières années, un nombre croissant de sites ont cependant été en mesure d'utiliser ces tests rapides pour rendre le résultat du test et poser le diagnostic le jour même. Cela a encouragé l'utilisation d'autres techniques de test au point de prestation de services, par exemple des machines capables de mesurer le nombre de CD4 afin de déterminer le stade de la maladie de la personne au moment où son diagnostic d'infection à VIH est posé, ce qui permet de rationaliser les liens entre le dépistage et les soins et le traitement de l'infection à VIH.

**Autodépistage.** L'intérêt pour l'autodépistage du VIH ne cesse d'augmenter, et il est plus souvent inclus dans les politiques nationales.<sup>57</sup> L'OMS n'a pas émis de recommandations formelles sur l'autodépistage du VIH, mais elle a publié des orientations techniques et une liste d'éléments à prendre en considération.<sup>58</sup> Les pays doivent commencer à réfléchir à la manière de faire le suivi et d'élaborer des rapports sur cette intervention et planifier sa mise en œuvre. Certains pays, par exemple le Kenya, ont déjà mis en place un suivi de l'autodépistage qui figure dans les enquêtes nationales en population.<sup>59</sup>

Questions relatives à la qualité. La possible insuffisance de qualité des services de dépistage du VIH et la possibilité d'une classification erronée des résultats des tests ont fait naître des inquiétudes,<sup>60</sup> en particulier dans les pays ayant adopté les lignes directrices de l'OMS sur l'utilisation des ARV où il est recommandé de mettre en route un TAR immédiatement après le diagnostic d'infection à VIH, quel que soit le stade clinique, dans certaines sous-populations [par exemple chez les femmes enceintes ou allaitant au sein (option B ou B+ des schémas de PTME),<sup>61</sup> les enfants âgés de moins de cinq ans, les patients tuberculeux et certaines personnes qui présentent une hépatite infectieuse]. Ces inquiétudes ont donné une nouvelle impulsion aux actions menées pour consolider les informations stratégiques sur l'amélioration de la qualité, l'assurance qualité et le contrôle de la qualité des kits de dépistage rapide du VIH et des protocoles pour interpréter les résultats des tests et fournir un conseil. Elles ont également souligné l'importance de refaire un dépistage en utilisant un deuxième échantillon au moment de la mise en route du TAR à toute personne chez laquelle un diagnostic d'infection à VIH a été posé, afin d'éliminer toute possibilité d'erreur de diagnostic.<sup>62</sup> Les initiatives visant à étendre et décentraliser les services de dépistage du VIH doivent veiller à ce que tous les tests réalisés soient de qualité et que les résultats et les diagnostics posés soient corrects.

<sup>56</sup> Flynn D, Johnson C, Sands A, Wong V, Baggaley R. An analysis of the role of lay providers in HIV testing and counselling in 48 countries. In WHO consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva, World Health Organization, 2015.

<sup>57</sup> Des politiques qui permettent l'autodépistage du VIH ont été adoptées en Afrique du Sud (dans certaines situations), en Australie (2014), en Chine (y compris à Hong Kong) (2008), aux États-Unis d'Amérique, au Kenya (2008), au Malawi et au Royaume-Uni. L'Union européenne a une politique qui permet à ses États membres d'introduire les autotests de dépistage du VIH. Les pays en cours d'élaboration ou de révision de politiques sont notamment l'Afrique du Sud, le Brésil, la France, le Pérou, la Thaïlande, la Zambie et le Zimbabwe.

<sup>58</sup> Supplement to the 2013 Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Geneva, World Health Organization, 2014 (<http://www.nacc.or.ke/images/documents/KAIS-2012.pdf>).

<sup>59</sup> KENYA AIDS INDICATOR SURVEY 2012: Final report. Kenya: KAIS 2012 Collaborating Institutions, 2014 ([http://www.nacc.or.ke/attachments/article/403/KAIS\\_II\\_2014\\_Final\\_Report.pdf](http://www.nacc.or.ke/attachments/article/403/KAIS_II_2014_Final_Report.pdf)).

<sup>60</sup> Shanks L, Klarkowski D, O'Brien D.P. False positive HIV diagnoses in resource limited settings: operational lessons learned for HIV programmes. PLoS One, 2013 Mar 20. doi: 10.1371/journal.pone.0059906 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3603939/pdf/pone.0059906.pdf>).

<sup>61</sup> O'Brien L, Shaffer N, Sangrujee N, Abimbola T. The incremental cost of switching from Option B to Option B+ for the prevention of mother-to-child transmission of HIV. Bulletin WHO, 2014;92:162-170 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/92/3/13-122523.pdf>).

<sup>62</sup> Service delivery approaches to HIV testing and counselling (HTC): a strategic policy framework. Geneva, World Health Organization, 2012 ([http://www.who.int/hiv/pub/vct/htc\\_framework/en/](http://www.who.int/hiv/pub/vct/htc_framework/en/)).

## Définitions relatives au conseil et au dépistage du VIH

- Le conseil et le dépistage volontaire sont une forme de conseil et de dépistage du VIH réalisés à l'initiative du client et proposés dans des services de consultations ou des sites autonomes ou intégrés dans des structures de soins qui peuvent fournir des services de dépistage du VIH.
- Le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du prestataire consistent en un dépistage du VIH proposé de manière systématique par les agents de santé aux patients comme un élément standard des soins médicaux. Le test ne doit être effectué qu'après que le client a donné son consentement éclairé. Les principaux services utilisés comme point d'entrée pour le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du prestataire sont les suivants : prise en charge de la tuberculose et des IST, soins prénatals, services où sont réalisés les accouchements et le suivi au cours de la période postnatale, planification familiale et SMI, soins pédiatriques et services pour les consommateurs de drogue par injection.
- Les services de dépistage du VIH à base communautaire sont une forme de service de dépistage du VIH à l'initiative du client disponible en dehors des établissements de santé et des centres de CDV classiques. Ils peuvent être fournis dans des endroits très divers, par exemple à domicile, sur le lieu de travail, dans les écoles et les collèges, dans les églises, dans des véhicules mobiles, lors de consultations de nuit, lors de campagnes de dépistage, en porte-à-porte ou à l'occasion de manifestations sportives ou de divertissement.
- Les services de dépistage du VIH pour les couples et les partenaires emploient une stratégie de dépistage au cours de laquelle les deux partenaires viennent ensemble faire ce dépistage dans un établissement de santé ou une structure à base communautaire. Cette approche favorise la divulgation mutuelle, le soutien ainsi que l'accès aux services de prévention, de soins et de traitement.
- Le dépistage chez le partenaire fait référence à une approche dans laquelle les personnes pour lesquelles un dépistage a été réalisé (indépendamment de leur statut par rapport au VIH) sont encouragées à venir avec leur partenaire sexuel régulier pour que celui-ci bénéficie d'un dépistage volontaire.
- Le dépistage du VIH obligatoire est un dépistage réalisé comme une exigence ou une condition préalable à une admission ou à une inscription ou comme une disposition légale (par exemple pour pouvoir immigrer, exercer une profession, obtenir un certificat de mariage ou dans une enquête judiciaire). Il est parfois réalisé à l'insu de la personne concernée. Ce type de dépistage ne joue aucun rôle dans la médecine ou dans la santé publique et, dans de nombreux pays, il est interdit par la loi, quelles que soient les circonstances.
- L'autodépistage du VIH est un processus par lequel une personne qui veut connaître son statut par rapport au VIH recueille un échantillon, effectue un test et interprète le résultat par elle-même, souvent en privé. Il ne permet pas d'obtenir un diagnostic définitif. Il s'agit plutôt d'un test initial. Si le test s'avère réactif, il faut toujours le confirmer par d'autres tests en suivant les algorithmes de dépistage nationaux pertinents ; si le test n'est pas réactif, il faut conseiller à la personne de refaire ce dépistage si elle a été exposée récemment ou si elle est exposée de manière continue au risque d'infection, ou s'il existe la moindre incertitude quant à la lecture du résultat du test.
- « Répéter le test » se rapporte à une situation où un test supplémentaire est effectué chez une personne immédiatement après un premier test et au cours de la même visite de dépistage, en raison d'un résultat de test non probant ou de résultats discordants ; les mêmes tests seront alors utilisés et, quand cela est possible, réalisés sur le même prélèvement.<sup>2</sup>
- Refaire le dépistage. Il existe trois types de situations pour lesquelles l'OMS recommande de refaire le dépistage dans les programmes de lutte contre le VIH : (1) refaire le dépistage chez les personnes à risque continu d'être infectées par le VIH (par exemple, dans des contextes de forte prévalence et de forte incidence de l'infection à VIH, chez les femmes enceintes au cours du troisième trimestre de grossesse et chez les femmes au cours de l'allaitement au sein/de la période post-natale, et chez les personnes appartenant aux différentes populations clés, pour lesquelles il est conseillé de refaire un dépistage au moins chaque année) ; (2) refaire le dépistage chez les personnes pour lesquelles



le résultat du test n'est pas concluant ; et (3) refaire le dépistage pour vérifier qu'une personne est bien infectée par le VIH. Les lignes directrices sur les services de dépistage du VIH recommandent de refaire un dépistage de manière périodique, notamment pour les populations à risque élevé et continu d'être infectées.<sup>3,4,5</sup>

1 Suthar A, Ford N, Bachanas P, Wong V, Rajan, J, Saltzman A, et al. Towards universal voluntary HIV testing and counselling: a systematic review and meta-analysis of community-based approaches. PLOS, 2013 DOI: 10.1371/journal.pmed.1001496 (<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001496>).

2 Rendre les résultats d'un test VIH, communiquer les messages pour refaire le test et fournir un conseil à l'adulte. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 ([http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv\\_re\\_testing/fr/](http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv_re_testing/fr/)).

3 WHO reminds national programmes to retest all newly diagnosed people with HIV. Geneva, World Health Organization, 2014 (<http://www.who.int/hiv/pub/vct/retest-newly-diagnosed-phiv-full/en/>).

4 Rendre les résultats d'un test VIH, communiquer les messages pour refaire le test et fournir un conseil à l'adulte. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 ([http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv\\_re\\_testing/fr/](http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv_re_testing/fr/)).

5 WHO Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva, World Health Organization, 2015.

## Questions relatives au suivi et à l'évaluation des services de dépistage du VIH

### Mesure de la cible mondiale sur les personnes vivant avec le VIH chez lesquelles le diagnostic d'infection a été posé

Lors de la compilation des données concernant une cascade de traitement, l'un des éléments clés est la connaissance que les personnes infectées par le VIH ont de leur statut par rapport à cette infection. Il s'agit en fait du premier des trois 90 des cibles de traitement mondiales. Souvent, les enquêtes sur les ménages donnent le pourcentage de personnes chez lesquelles un dépistage a été réalisé au cours de l'année précédente, mais cet indicateur ne donne pas d'informations sur celles qui vivent avec le VIH et qui connaissent déjà leur statut et n'ont donc pas refait un dépistage. Le nombre de tests effectués au cours de l'année précédente présente un biais similaire et aussi un risque important de double comptage des personnes qui se sentent à risque élevé d'être infectées et qui font un dépistage plus d'une fois par an. Une autre approche consiste à demander directement aux personnes interrogées dans les enquêtes si elles connaissent leur statut par rapport au VIH et de comparer leur réponse avec leur propre statut. Cependant, un certain nombre d'études suggèrent que ces personnes hésitent à fournir cette information aux enquêteurs. De plus, la qualité des réponses obtenues varie en fonction de la capacité et de la formation des enquêteurs et de la mise en œuvre globale de l'enquête.

Un autre indicateur collecté de manière systématique dans les enquêtes est le pourcentage de personnes qui déclarent n'avoir jamais réalisé de dépistage du VIH. En croisant les résultats obtenus concernant le statut par rapport au VIH, cet indicateur permet d'obtenir une estimation des personnes infectées par le VIH pour lesquelles il est certain qu'elles ne connaissent pas leur statut. Avec le pourcentage de personnes qui ont réalisé un dépistage au cours de l'année précédente (et qui ont donc de bonnes chances de connaître leur statut), ces données permettent d'obtenir une fourchette d'estimations du nombre de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut.

### Ajustements pour tenir compte des personnes qui ont refait un dépistage dans les estimations de la couverture des services de dépistage du VIH

Comme cela a été indiqué, il existe trois types de situations pour lesquelles l'OMS recommande de refaire le test dans les programmes de lutte contre le VIH: (1) refaire le dépistage chez les personnes à risque continu d'être infectées par le VIH (par exemple, dans des contextes de forte prévalence et de forte incidence de l'infection à VIH, chez les femmes enceintes au cours du troisième trimestre de grossesse et chez les femmes au cours de l'allaitement au sein/de la période post-natale, et chez les personnes appartenant aux différentes populations clés, pour lesquelles il est conseillé de refaire un dépistage au moins chaque année) ; (2) refaire le dépistage chez les personnes pour lesquelles le

résultat du test n'est pas concluant ; et (3) refaire le dépistage pour vérifier qu'une personne est bien infectée par le VIH. Les lignes directrices sur les services de dépistage du VIH recommandent de refaire un dépistage de manière périodique, notamment pour les populations à risque élevé et continu d'être infectées.<sup>63,64,65,66</sup>

Plusieurs des indicateurs relatifs aux services de dépistage du VIH permettent une mesure plus pertinente de l'accès et de la couverture s'ils font un comptage du nombre de personnes chez lesquelles un dépistage a été réalisé plutôt que du nombre de dépistages réalisés.<sup>67</sup> Lors de l'utilisation de *données programmatiques collectées de manière systématique pour déterminer la couverture, il est difficile de ne compter chaque personne qu'une seule fois sur une année lorsque certaines personnes ont été vues dans plusieurs sites. L'utilisation d'un numéro d'identification unique pour chaque personne est une façon de prendre en compte les personnes qui refont un dépistage et d'éviter le double comptage si on utilise un système informatisé pour établir facilement un lien entre les données grâce à ce numéro. Une autre approche consiste à enregistrer des informations sur la réalisation préalable d'un autre dépistage dans les registres des clients des services de dépistage du VIH.*<sup>68</sup> Les personnes qui refont un dépistage peuvent alors être comptées et leur nombre déduit du nombre total de dépistages effectués pour une même personne. Pour éviter le double comptage des personnes qui ont refait un dépistage, on peut aussi utiliser des *enquêtes en population. Les enquêtes sont particulièrement utiles pour déterminer la couverture du dépistage dans les groupes de populations difficiles à atteindre. Dans de nombreuses structures, les données correspondant à des populations clés particulières ne peuvent pas être collectées à partir du système de surveillance programmatique de routine ; l'OMS recommande alors d'investir dans des enquêtes pour obtenir une estimation de l'utilisation des services qui soit plus représentative et d'une puissance statistique suffisante.*

### Ventilation des données en fonction de plusieurs variables

Pour veiller à ce que les populations les plus importantes accèdent aux services de dépistage du VIH, il est important de ventiler les données relatives à ces services au niveau national (voir l'encadré à la page suivante). Un examen précis des informations stratégiques relatives aux services de dépistage du VIH nécessite de ventiler les statistiques relatives à ces services dans plusieurs dimensions, par exemple de ventiler le nombre de personnes chez lesquelles un dépistage a été réalisé en fonction de l'âge, du sexe, du diagnostic, du point de prestation de services et de l'appartenance aux différentes populations clés. La présentation de ces chiffres sous la forme d'un tableau à partir de registres sur papier peut cependant prendre beaucoup de temps. Un effort spécial doit être fait pour concevoir des outils qui aident à ventiler les données collectées sur papier et à diminuer la charge de travail des personnes responsables de la collecte et de l'analyse des informations.

### Sélection et utilisation des indicateurs

Le suivi et l'évaluation des services de dépistage du VIH se sont élargis pour passer de la mesure de la couverture en termes de nombre de personnes chez lesquelles un dépistage du VIH a été réalisé à la mesure de la connaissance de son statut par rapport au VIH dans différentes populations et à l'obtention d'estimations de la proportion des personnes vivant avec le VIH chez lesquelles le diagnostic a été posé. Il existe un intérêt grandissant à déterminer quelles sont les populations mal desservies par les services

<sup>63</sup> WHO reminds national programmes to retest all newly diagnosed people with HIV. Geneva, World Health Organization, 2014 (<http://www.who.int/hiv/pub/vct/retest-newly-diagnosed-plhiv-full/en/>).

<sup>64</sup> Rendre les résultats d'un test VIH, communiquer les messages pour refaire le test et fournir un conseil à l'adulte. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 ([http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv\\_re\\_testing/fr/](http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv_re_testing/fr/)).

<sup>65</sup> WHO Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva, World Health Organization, 2015.

<sup>66</sup> Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les personnes transgenres: recommandations pour une approche de santé publique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242597912\\_fre.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242597912_fre.pdf?ua=1)).

<sup>67</sup> Ibid.

<sup>68</sup> Ibid

## Catégories à prendre en considération pour la ventilation des variables

La liste des variables figurant ci-dessous est à prendre en considération pour ventiler de manière appropriée les données relatives aux services de dépistage du VIH pour une analyse et une utilisation particulière des informations stratégiques

- Âge : <1, 1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-49, 50+.
- Sexe : hommes, femmes, personnes transgenres.
- Résultats du test : positif, négatif, non concluant, inconnu (non confirmé).
- Populations : femmes enceintes ou allaitant au sein, partenaires, populations clés [hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, personnes dans les prisons et autres lieux d'enfermement, consommateurs de drogue par injection, professionnel(le)s du sexe, personnes transgenres], couples sérodiscordants, nourrissons et enfants, adolescents, patients tuberculeux, patients qui présentent une hépatite.
- Zone géographique : district, région, province, autre unité administrative.
- Point de prestation de services :
  - en établissement de santé, par exemple, les consultations de soins prénatals, les services de consultations ambulatoires, les services pour patients hospitalisés, les consultations de prise en charge de la tuberculose, les consultations de prise en charge des IST, les consultations de dépistage du VIH, les services de dépistage du VIH intégrés
  - à base communautaire, par exemple à domicile, en porte-à-porte, services mobiles hors institution
  - autres, par exemple programme sur le lieu de travail, autodépistage.
- Autodépistage du VIH.
- Dépistage refait ou non : nouveau dépistage, dépistage refait.
- Premier résultat du nombre de CD4 une fois le diagnostic posé, lorsque le nombre de CD4 est disponible de manière systématique :  $\leq 200$  ; 200-349 ; 350-500 ;  $>500$  cellules /mm<sup>3</sup>.

de dépistage du VIH ainsi que la façon dont les programmes peuvent assurer la participation des personnes appartenant à des populations à risque qui ne connaissent pas leur statut par rapport au VIH.

L'efficacité des services de dépistage du VIH ne se mesure donc pas en termes de réalisation d'un grand nombre de dépistages, mais en termes de nombre de personnes qui connaissent leur statut par rapport au VIH, en particulier chez les personnes à risque. L'indicateur de résultat le plus important est le nombre et le pourcentage de personnes vivant avec le VIH chez lesquelles le diagnostic a été posé (HTS.1).

Dans certaines populations, les personnes vivant avec le VIH qui reçoivent déjà des services pour d'autres raisons (par exemple en cas de grossesse ou de tuberculose) sont plus accessibles pour réaliser un dépistage du VIH, et les données les concernant sont relativement faciles à collecter. En revanche, il existe peu de données sur le pourcentage de personnes vivant avec le VIH chez lesquelles le diagnostic a été posé pour les populations clés (HTS.7), les populations marginalisées et les jeunes. Des efforts supplémentaires doivent être faits afin de réaliser des mesures dans ces populations, en particulier là où de nouvelles infections à VIH sont fréquentes dans ces groupes.

Une analyse plus poussée des données relatives au dépistage du VIH et à la qualité en fonction du type de site est essentielle pour déterminer là où les programmes nationaux doivent allouer des ressources. Chaque programme national doit disposer d'une liste fiable des sites fournissant des services de

dépistage du VIH, ventilée en fonction du type de prestation de services: services en établissement de santé (par exemple dans les consultations de soins prénatals, de prise en charge de la tuberculose, de prise en charge des IST, de nutrition et de prise en charge des enfants âgés de moins de cinq ans ainsi que dans les services hospitaliers) ; et services à base communautaire (par exemple les services de CDV, les services mobiles et les services à domicile).

En plus d'atteindre des taux de couverture élevés, la qualité des services de dépistage du VIH repose sur un diagnostic précis et sur l'existence de liens efficaces avec les services de prévention, de soins et de traitement de l'infection à VIH. Le suivi de la qualité des services de dépistage du VIH commence par un examen des politiques et des normes nationales en matière de dépistage, de la qualité des kits de tests et des algorithmes utilisés, de l'exactitude des diagnostics posés ainsi que de la qualité du conseil et de l'orientation des clients vers les services appropriés. Les éléments relatifs à ces services et concernant le laboratoire doivent également être de qualité, celle-ci étant mesurée par l'enregistrement des données, l'utilisation de modes opératoires normalisés, l'échantillonnage pour le contrôle de la qualité et le contrôle de la bonne exécution des tests (voir la Section 2.3.1 Intrants du système de santé). Il est également essentiel de faire le suivi des liens avec les soins et de mesurer ces liens (LINK.1) afin d'identifier les occasions manquées d'établir un lien entre les personnes chez lesquelles un diagnostic d'infection vient d'être posé et les services de soins de l'infection à VIH et de combler les lacunes éventuelles (voir la Section 2.4.4 sur les liens avec les soins). Enfin, le suivi de la qualité et de l'efficacité des services de dépistage du VIH doit utiliser des indicateurs permettant de vérifier la conformité des politiques, des programmes et des pratiques en matière d'infection à VIH avec les normes et les standards des droits humains, en particulier en ce qui concerne les services de dépistage du VIH pour les populations clés.

### **Éléments particuliers à prendre en considération en fonction du type de situation et de population**

L'OMS recommande différentes stratégies pour augmenter l'utilisation du dépistage dans les populations prioritaires. Ces recommandations comprennent:

- Le dépistage du VIH à l'initiative du prestataire 1), en cas d'épidémie généralisée, pour toutes les personnes (par exemple pour les adultes, les adolescents et les enfants) vues dans un établissement de santé et 2), en cas d'épidémies concentrées ou peu actives, pour toutes les personnes qui présentent des signes et des symptômes d'une affection médicale pouvant indiquer la présence d'une infection à VIH (notamment en cas de tuberculose), les enfants exposés au VIH, les nourrissons et les enfants symptomatiques ainsi que les personnes appartenant aux différentes populations clés ;
- Les services de dépistage du VIH à base communautaire avec la mise en place de liens avec les soins et le traitement pour toutes les personnes en cas d'épidémie généralisée et pour les personnes appartenant aux différentes populations clés dans tous les types d'épidémie ;
- Les services de dépistage du VIH pour les couples et les partenaires, avec une aide à la divulgation du résultat entre partenaires, pour les personnes dont le statut par rapport au VIH est connu (positif ou négatif) et leurs partenaires dans les structures de soins prénatals.

### **Services de dépistage du VIH pour les femmes enceintes**

Dans les programmes de PTME, le dépistage du VIH à l'initiative du prestataire est mis en œuvre à grande échelle et bien accepté.<sup>69</sup> Cependant, le dépistage du VIH n'est que la première étape dans une cascade couvrant une période de risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant qui dure plus de 18 mois en cas d'allaitement au sein. Des informations supplémentaires sur les objectifs et les indicateurs des programmes de PTME se trouvent à la Section 2.4.7.

<sup>69</sup> Rapport d'activité 2014 sur la riposte au sida dans le monde: élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH et le sida de 2011. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2014 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2014/GARPR\\_2014\\_guidelines\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2014/GARPR_2014_guidelines_fr.pdf)).

## Services de dépistage du VIH pour les couples et les partenaires

Les avantages potentiels des services de dépistage du VIH pour les couples et les partenaires comprennent la prévention de la transmission du VIH au sein des couples, une utilisation plus large et une meilleure observance du traitement antirétroviral (TAR) et/ou des interventions de PTME ainsi que la diminution des risques en cas de conception et de contraception. La proposition de services de dépistage du VIH aux partenaires et aux membres de la famille des personnes vivant avec le VIH est un moyen efficace d'identifier des personnes vivant avec le VIH et d'aider à la mise en place d'un lien précoce avec les services de TAR, et aussi d'identifier des personnes appartenant à un couple sérodiscordant afin d'aider à la prévention de la transmission du VIH au partenaire séronégatif. En Afrique sub-saharienne, jusqu'à la moitié des personnes infectées par le VIH sont dans une relation de couple avec un partenaire séronégatif.<sup>70</sup> Chaque année, un nombre important de nouvelles infections surviennent dans des couples sérodiscordants, en partie parce que beaucoup de ces couples ne sont pas conscients qu'ils sont sérodiscordants et que l'un des partenaires ou les deux ne connaissent pas leur statut par rapport au VIH.

Différents services peuvent être proposés aux couples sérodiscordants: utilisation de préservatifs masculins ou féminins, circoncision masculine (si le partenaire séronégatif est de sexe masculin), traitement des IST éventuelles, prise quotidienne d'une PPrE par voie orale pour le partenaire non infecté par le VIH et mise en route immédiate du TAR pour le partenaire infecté. En 2012, l'OMS a recommandé qu'un TAR soit proposé à tout partenaire infecté par le VIH dans un couple sérodiscordant quel que soit son stade clinique de l'OMS et son nombre de CD4.<sup>71</sup> Cette recommandation était fondée sur des données provenant d'un essai clinique randomisé ayant montré une diminution significative de la transmission du VIH en cas de mise en route précoce du TAR.<sup>72</sup>

## Services de dépistage du VIH pour les nourrissons et les enfants

L'OMS recommande que les programmes nationaux se dotent de la capacité de réaliser un test virologique de manière précoce (à l'âge de quatre à six semaines, ou dès que possible par la suite) chez tout nourrisson exposé au VIH afin de permettre la mise en route d'un TAR en temps opportun.<sup>73</sup> Les éléments particuliers à prendre en considération chez le nourrisson et chez l'enfant sont la ventilation des données en fonction de la réalisation d'un diagnostic précoce chez les nourrissons (dépistage réalisé dans les deux mois suivant la naissance) (HTS.5) ou d'un dépistage réalisé plus tard et en fonction du résultat du test VIH, ainsi que la nécessité d'un suivi afin de collecter des données sur le statut/diagnostic final par rapport au VIH et sur l'issue. (Des informations supplémentaires sur les services de dépistage du VIH chez le nourrisson et chez l'enfant se trouvent à la Section 2.4.5b portant sur l'infection à VIH chez l'enfant. Des informations supplémentaires sur la PTME se trouvent à la Section 2.4.7.)

## Services de dépistage du VIH pour les adolescents

Les lignes directrices de l'OMS de 2013 relatives à l'infection à VIH chez l'adolescent<sup>74</sup> préconisent de mieux comprendre les besoins et les comportements des adolescents afin de renforcer les services à leur intention. Pour mieux comprendre ces éléments, les systèmes nationaux de gestion de la santé doivent stratifier les données pour examiner la tranche d'âge spécifique pour les adolescents (10-19 ans), ou, encore mieux, pour examiner différentes sous-tranches d'âge (10-14 ans, 15-19 ans). La ventilation en fonction de l'âge selon ces catégories est particulièrement importante pour évaluer chez les adolescents l'utilisation du dépistage, les liens avec le traitement et les soins ainsi que les tendances chez les perdus de vue.

<sup>70</sup> Chemaitelly H, Cremin I, Shelton J, Hallett TB, Abu-Raddad LJ. Distinct HIV discordancy patterns by epidemic size in stable sexual partnerships in sub-Saharan Africa. *Sex Transm Infect.* 2012;88:51–57.

<sup>71</sup> Guidance on couples HIV testing and counselling – including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples. Recommendations for a public health approach. Geneva, World Health Organization, 2012 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241501972/en/>).

<sup>72</sup> Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med.* 2011;365(6):493–505 (<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1105243>).

<sup>73</sup> Diagnosis of HIV infection in infants and children. WHO recommendations. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/hiv/pub/paediatric/diagnosis/en/>).

<sup>74</sup> HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV. Geneva, World Health Organization, 2013 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/adolescents/en/>).

Les politiques nationales relatives à l'âge du consentement pour bénéficier d'un dépistage du VIH (c'est-à-dire l'âge auquel le consentement d'un parent ou d'une personne qui s'occupe de l'adolescent n'est plus nécessaire pour que ce dernier fasse un dépistage) varient d'un pays à un autre. L'OMS encourage les pays à examiner et à réviser leur politique relative au consentement afin de diminuer les obstacles liés à l'âge qui s'opposent à l'accès aux services de dépistage du VIH, à l'utilisation de ces services et aux liens avec les services de prévention, de traitement et de soins.

### **Services de dépistage du VIH pour les populations clés**

Les populations clés présentent un risque et une vulnérabilité élevés vis-à-vis de l'infection à VIH et peuvent aussi être victimes de stigmatisation et de discrimination qui les empêchent d'accéder aux services. Elles constituent donc des populations prioritaires pour l'extension de services de dépistage du VIH acceptables et qui offrent des liens solides avec les services de prévention, de soins et de traitement. De nombreuses personnes appartenant aux communautés de populations clés sont marginalisées et vivent cachées ; il est donc particulièrement difficile de leur fournir des services et de faire le suivi de la couverture et de la qualité de ces services. (Des informations supplémentaires sur la réponse aux besoins des populations clés dans le secteur de la santé se trouvent à la Section 2.4.1.)

**Tableau 2.17 Indicateurs programmatiques relatifs aux services de dépistage du VIH**

| Indicateur  | Numérateur (N)/<br>dénominateur (D)  | Ventilation  | Measurement method   | Pertinence pour<br>le programme et<br>interprétation   |
|---|--|--|--|--|
| <b>Indicateurs nationaux</b>  |  |  |  |  |
| <p>HTS.1<br/>Personnes vivant avec le VIH chez lesquelles le diagnostic a été posé<sup>1</sup></p> <p>% des personnes vivant avec le VIH chez lesquelles le diagnostic a été posé</p> | <p>N : nombre de personnes vivant avec le VIH chez lesquelles le diagnostic a été posé et qui ont reçu leur résultat.</p> <p>D : nombre de personnes vivant avec le VIH.</p> | <p>Sexe, âge (&lt;1, 1-4, 5-9, 10-19, 20-24, 25-49, 50+), populations clés,<sup>2</sup> autres populations cibles.</p> | <p>Meilleure estimation basée sur les sources de données disponibles, par exemple :</p> <p>1. Basée sur les données des structures :</p> <p>N : nombre cumulé des nouveaux diagnostics d'infection à VIH posés déclarés moins les décès déclarés ;</p> <p>D : estimation nationale du nombre de personnes vivant avec le VIH basée sur des estimations obtenues à l'aide de méthodes de modélisation cohérentes à l'échelle internationale (par exemple à l'aide du logiciel Spectrum AIM)</p> <p>2. Basée sur des enquêtes en population qui collectent le statut par rapport au VIH et posent une question pour évaluer si les personnes interrogées connaissent leur statut positif par rapport au VIH. L'indicateur sera calculé comme le nombre de personnes vivant avec le VIH qui déclarent connaître leur statut</p> <p>3. Basée sur des enquêtes en population qui collectent le statut par rapport au VIH sans poser de question pour évaluer si les personnes interrogées connaissent leur statut positif par rapport à cette infection. Une fourchette et une valeur milieu plausibles sont calculées de la manière suivante : la limite inférieure de la fourchette est la valeur la plus élevée entre (a) le pourcentage de personnes interrogées vivant avec le VIH chez lesquelles un dépistage du VIH a été réalisé au cours des 12 derniers mois et qui ont reçu leur résultat, et (b) le pourcentage de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH recevant des soins ; la limite supérieure de la fourchette est le pourcentage de personnes vivant avec le VIH ayant déjà fait un dépistage.</p> <p>D'autres enquêtes, des données programmatiques en rapport avec le sujet et des estimations obtenues par modélisation peuvent être utilisées comme sources de données supplémentaires pour obtenir des estimations et en faire une triangulation.</p> | <p>Essentiel pour déterminer la proportion de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut par rapport à cette infection, cette connaissance étant le point d'entrée dans le continuum de soins.</p> <p>La ventilation des estimations peut révéler des lacunes dans la pose du diagnostic chez les personnes vivant avec le VIH.</p> <p>Lorsqu'ils sont collectés comme des indicateurs au niveau national, les pourcentages de personnes vivant avec le VIH appartenant aux différentes populations cibles et qui connaissent leur statut positif par rapport au VIH doivent aussi être transmis pour être inclus dans les rapports à l'échelle mondiale, notamment :</p> <p>1. le % des populations clés</p> <p>2. le % des femmes enceintes chez lesquelles un dépistage a été réalisé au cours des 12 derniers mois et qui connaissent leur statut.</p> |



90

|  |   |  |   |  |
|--|---|--|---|--|
| <p>HTS.2<br/>Extension des services de dépistage du VIH</p> <p>Nombre de personnes chez lesquelles un dépistage du VIH a été réalisé et qui ont reçu leur résultat au cours des 12 derniers mois</p> | <p>N : nombre de personnes chez lesquelles un dépistage du VIH a été réalisé et qui ont reçu leur résultat au cours des 12 derniers mois.</p> <p>D : sans objet. Bien qu'il ne soit pas requis pour cet indicateur, un dénominateur peut être mesuré en utilisant la taille de la population générale en cas d'épidémie généralisée ou la taille des populations clés et des autres populations prioritaires en cas d'épidémie peu active ou d'épidémies concentrées.</p> | <p>Résultat du test, sexe, âge (&lt;1, 1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-49, 50+), populations clés* (si disponibles), autres populations cibles, le cas échéant.</p>   | <p>N &amp; D : registres du programme, par exemple registres des services de dépistage du VIH.</p> <p>Pour chaque personne, ne compter que le premier dépistage, ou soustraire le nombre de personnes qui ont refait un dépistage pour calculer le nombre de personnes qui ont fait un dépistage.</p> | <p>Mesure les tendances de l'extension des services de conseil et de dépistage.</p>  |
| <p>HTS.3<br/>Dépistages refaits dans le cadre des services de dépistage du VIH</p> <p>Nombre de personnes qui ont refait un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois</p>                       | <p>N : nombre de personnes qui ont fait un dépistage et reçu leur résultat à plus d'une reprise au cours des 12 derniers mois.</p> <p>D : sans objet. Bien qu'il ne soit pas requis pour cet indicateur, un dénominateur peut être mesuré en utilisant la taille de la population générale en cas d'épidémie généralisée ou la taille des populations clés et des autres populations prioritaires en cas d'épidémie peu active ou d'épidémies concentrées.</p>            | <p>Sexe, âge (&lt;1, 1-4, 5-9, 10-19, 20-49, 50+), populations clés* (si disponibles), autres populations cibles le cas échéant.</p> <p>Types de personnes qui refont le test :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. personnes qui refont un dépistage (du fait d'une exposition continue au risque)</li> <li>2. personnes qui refont un dépistage après un résultat discordant</li> <li>3. personnes qui refont un dépistage pour vérifier le diagnostic.</li> </ol> | <p>Registres du programme.</p>  | <p>Connaître le nombre de personnes qui refont un dépistage et soustraire le nombre de personnes qui refont un dépistage du nombre total de tests réalisés aide à déterminer le nombre de personnes chez lesquelles un dépistage est réalisé.</p> <p>Connaître les raisons ayant conduit à refaire un dépistage peut aider à expliquer les caractéristiques des personnes qui refont un dépistage.</p> |

<sup>1</sup> Il s'agit d'un indicateur nouvellement recommandé.

<sup>2</sup> Dans de nombreuses situations, les données spécifiques sur les populations clés ne peuvent pas être collectées lors du suivi de routine des programmes ; il faut alors mener des enquêtes.



|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <p>HTS.4<br/>Couverture du dépistage chez les femmes enceintes infectées par le VIH dans le cadre de la PTME</p> <p>% des femmes enceintes pour lesquelles le statut par rapport au VIH est connu</p> <p>Recouplement avec MTCT.1 (Section PTME)</p>                                 | <p>N : nombre de femmes enceintes infectées par le VIH qui ont reçu des soins prénatals et/ou qui ont accouché dans un établissement de santé, pour lesquelles un dépistage du VIH a été réalisé au cours de la grossesse ou qui savaient déjà qu'elles étaient infectées par le VIH.</p> <p>Dénominateur obtenu à partir de données sur la population : nombre de femmes enceintes infectées par le VIH qui ont accouché au cours des 12 derniers mois.</p> <p>Dénominateur obtenu à partir de données programmatiques : nombre de femmes enceintes infectées par le VIH qui ont reçu des soins prénatals ou qui ont accouché dans un établissement de santé au cours des 12 derniers mois.</p> | <p>Statut par rapport au VIH/résultat du test VIH :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. infection à VIH connue à l'entrée dans les soins prénatals</li> <li>2. dépistage s'avérant positif au cours des soins prénatals pour la grossesse actuelle</li> <li>3. dépistage s'avérant négatif au cours des soins prénatals pour la grossesse actuelle.</li> </ol> <p>Nombre de femmes infectées par le VIH identifiées = 1 + 2.</p> <p>Ventilation optionnelle : femmes enceintes consommatrices de drogue par injection.</p> | <p>N : registres du programme, par exemple registres des soins prénatals et registres des accouchements.</p> <p>Dénominateur obtenu à partir de données sur la population : estimations données par le bureau central des statistiques, par la Division de la population des Nations Unies ou par les statistiques de l'état civil.</p> <p>Dénominateur obtenu à partir de données des établissements de santé : registres du programme, par exemple registres des soins prénatals et registres des accouchements.</p> | <p>Mesure la couverture de la première étape dans la cascade de PTME. Une couverture élevée permet de mettre en route de manière précoce les soins et le traitement chez les mères infectées par le VIH. Le nombre total de femmes infectées par le VIH identifiées donne, par établissement de santé, le nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui entrent dans la cascade de PTME.</p>   |
| <p>HTS.5<br/>Couverture du diagnostic précoce chez le nourrisson</p> <p>% des nourrissons exposés au VIH chez lesquels un test virologique recherchant une infection à VIH a été réalisé au cours des 2 mois suivant la naissance</p> <p>Recouplement avec MTCT.1 (Section PTME)</p> | <p>N : nombre de nourrissons exposés au VIH nés au cours des 12 derniers mois chez lesquels un test virologique recherchant une infection à VIH a été réalisé au cours des 2 mois suivant la naissance.</p> <p>D : nombre de femmes enceintes infectées par le VIH qui ont accouché au cours des 12 derniers mois.</p>   | <p>Résultats du test :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. positif</li> <li>2. négatif</li> <li>3. indéterminé</li> <li>4. autre.</li> </ol>   | <p>N : registres du programme, par exemple registres de PTME, registres de laboratoire.</p> <p>D : estimations obtenues à l'aide de méthodes de modélisation cohérentes à l'échelle internationale (par exemple à l'aide du logiciel Spectrum AIM).</p>  | <p>Mesure la réalisation d'un diagnostic précoce de l'infection à VIH chez le nourrisson, première étape cruciale pour un traitement précoce.</p> <p>Une couverture élevée du dépistage par test virologique précoce chez le nourrisson contribue à la mise en route précoce du TAR chez les enfants qui présentent une infection à VIH et guide le conseil sur les actions à mener pour prévenir l'infection chez ceux pour lesquels le résultat du test précoce est négatif.</p> |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <p>HTS.6<br/>Dépistage chez les patients tuberculeux</p> <p>% des patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, enregistrés dont le statut sérologique vis-à-vis du VIH a été consigné</p> <p>Recoupement avec LINK.15 (Section Tuberculose/VIH)</p>   | <p>N : nombre de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, enregistrés pendant la période considérée dont le résultat du test de dépistage du VIH (positif ou négatif) a été consigné dans le registre des cas de tuberculose.</p> <p>D : nombre de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, enregistrés dans le registre des cas de tuberculose pendant la période considérée.</p> | <p>Sexe, âge (0-4, 5-14, 15+), statut par rapport au VIH (positif, négatif, inconnu).</p>  | <p>N &amp; D : registres du programme, par exemple fiches de traitement antituberculeux et registres des cas de tuberculose.</p> | <p>Mesure le degré avec lequel a été établi le statut par rapport au VIH chez les patients tuberculeux enregistrés. Connaître le statut de ces patients par rapport au VIH permet d'établir un lien avec les services appropriés de prise en charge de l'infection à VIH.</p>  |
| <p>HTS.7<br/>Couverture du dépistage du VIH dans les populations clés</p> <p>% des personnes appartenant aux différentes populations clés chez lesquelles un dépistage du VIH a été réalisé au cours des 12 derniers mois et qui connaissent leur résultat</p> <p>Recoupement avec KPOP.1 (Section Populations clés)</p> | <p>N : nombre de personnes interrogées appartenant aux différentes populations clés qui auparavant ne connaissaient pas leur infection à VIH, qui ont fait un dépistage du VIH et qui ont reçu leur résultat au cours des 12 derniers mois.</p> <p>D : nombre de personnes interrogées appartenant aux différentes populations clés dans le cadre de l'enquête.</p>                          | <p>Populations clés [hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, personnes dans les prisons et autres lieux d'enfermement, consommateurs de drogue par injection, professionnel(le)s du sexe, personnes transgenres], sexe, âge.</p> | <p>N &amp; D : enquête sur les populations clés.</p>   | <p>Mesure l'efficacité du programme à promouvoir le dépistage du VIH à la fois comme outil de prévention et comme point d'entrée dans des soins et un traitement précoces pour les populations clés. Les cibles pour le pourcentage de personnes appartenant aux différentes populations clés qui connaissent leur statut doivent être plus élevées que pour la population générale.</p> |

| Indicateurs supplémentaires  |   |  |  |   |
|--|---|--|--|---|
| <p>HTS.8 Refaire un dépistage pour vérifier le diagnostic avant la mise en route du TAR</p> <p>% des personnes qui commencent un TAR et chez lesquelles un dépistage a été refait afin de vérifier le diagnostic</p> | <p>N : nombre de personnes vivant avec le VIH qui ont commencé un TAR au cours des 12 derniers mois et chez lesquelles un dépistage a été refait afin de vérifier le diagnostic d'infection à VIH.</p> <p>D : nombre de personnes vivant avec le VIH qui ont commencé un TAR au cours des 12 derniers mois.</p> | Établissement de santé ou zone géographique d'intérêt. | Registres du programme, l'information doit être enregistrée dans les outils de suivi du TAR.   | Mesure la qualité afin d'évaluer si un dépistage a été refait pour vérifier le diagnostic d'infection à VIH au moment de la mise en route du TAR.   |
| <p>HTS.9 Autodépistage</p> <p>% des personnes ayant réalisé un dépistage du VIH en utilisant un kit d'autodépistage</p>  | <p>N : nombre de personnes ayant réalisé un dépistage du VIH en utilisant un kit d'autodépistage.</p> <p>D : nombre total de personnes ayant réalisé un dépistage, du VIH quelle que soit la méthode utilisée.</p>  | En fonction des différentes populations d'intérêt.     | Question générique des enquêtes démographiques et de santé qui peut être incluse dans les enquêtes en population générale : « Avez-vous déjà fait un dépistage du VIH en utilisant un kit d'autodépistage ? ». |   |
| <p>HTS.10 Couverture annuelle générale des services de dépistage du VIH</p> <p>% des personnes chez lesquelles un dépistage du VIH a été réalisé au cours des 12 derniers mois et qui ont reçu leur résultat</p>     | <p>N : nombre de personnes interrogées adultes chez lesquelles un dépistage du VIH a été réalisé au cours des 12 derniers mois et qui ont reçu leur résultat.</p> <p>D : nombre de personnes interrogées adultes (15 ans et plus).</p>  | Sexe, âge (15-19, 20-24, 25-49, 50+).                  | N & D : enquête en population dans la population générale.   | Mesure le pourcentage de la population générale couverte par les services de dépistage du VIH au cours des 12 mois précédents. Particulièrement pertinent en cas d'épidémie généralisée pour laquelle les efforts diversifiés menés pour élargir l'accès au dépistage doivent être évalués. |

|  |   |   |   |  |
|--|---|---|---|--|
| <p>HTS.11<br/>Dépistage chez le partenaire</p> <p>% des adultes infectés par le VIH recevant des soins de l'infection à VIH pour lesquels le statut du partenaire est connu</p> <p>Recoupement avec LINK.6 (Section Liens)</p>                                     | <p>N : nombre d'adultes infectés par le VIH ayant reçu des soins de l'infection à VIH au cours des 12 derniers mois pour lesquels le statut par rapport au VIH du partenaire sexuel est inscrit dans le dossier du patient.</p> <p>D : nombre d'adultes infectés par le VIH ayant reçu des soins de l'infection à VIH au cours des 12 derniers mois et qui ont un partenaire sexuel.</p>                          | <p>En fonction des différentes populations d'intérêt.</p>   | <p>N &amp; D : documents du programme, par exemple dossiers cliniques des patients.</p> <p>Les données peuvent être collectées lors de l'examen annuel de l'ensemble des structures ou pour un échantillon de sites sentinelles. (Les résultats doivent être interprétés de manière appropriée.).</p> | <p>Mesure la capacité du programme à identifier les partenaires sexuels des personnes recevant des soins de l'infection à VIH et à leur faire un dépistage du VIH, ces partenaires étant à risque élevé par rapport au VIH, dans le but de :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. prévenir la transmission pouvant survenir à tout moment dans les couples sérodiscordants, et</li> <li>2. identifier les partenaires infectés par le VIH dans le but de les inscrire dans les services de soins de l'infection à VIH.</li> </ol> |
| <p>HTS.12<br/>Activités d'amélioration de la qualité des services de dépistage du VIH</p> <p>% des sites de TAR où sont menées des activités d'amélioration de la qualité</p> <p>Recoupement avec RES.4 (Section Disponibilité des services, qualité et liens)</p> | <p>N : nombre de sites de TAR ayant mené des activités d'amélioration de la qualité au cours des 6 derniers mois et qui s'intéressent aux processus ou aux réalisations des programmes s'occupant des aspects cliniques de l'infection à VIH et pour lesquels les résultats obtenus sont enregistrés.</p> <p>D : nombre d'établissements de santé où ont été dispensés des ARV au cours des 12 derniers mois.</p> | <p>Niveau du site (communautaire, primaire, secondaire, tertiaire); regroupement géographique (par exemple par région ou par district) type de site (par exemple services de consultations générales, sites de SMI, sites de prise en charge de la tuberculose, prisons et autres lieux d'enfermement).</p> | <p>Registres des établissements de santé et observations faites dans ces établissements, données compilées des visites de supervision (portant sur un échantillon de sites ou exhaustives).</p>   | <p>Élément déterminant du renforcement des capacités pour fournir des services de qualité.</p>   |

|  |   |  |  |   |
|--|---|--|--|---|
| <p>HTS.13<br/>Ruptures de stocks dans les services de dépistage du VIH</p> <p>% des sites fournissant des services de dépistage du VIH ayant connu une rupture de stock de tests ou de réactifs utilisés pour le diagnostic de l'infection à VIH</p> <p>Recoupement avec RES.12 (Section Produits médicaux et technologies)</p>  | <p>N : nombre de sites de services de dépistage du VIH ayant connu une rupture de stock de tests ou de réactifs utilisés pour le diagnostic de l'infection à VIH au cours d'une période donnée.</p> <p>D : nombre de sites de services de dépistage du VIH fournissant des données.</p>   | <p>Niveau du site (communautaire, primaire, secondaire, tertiaire); regroupement géographique (par exemple par régions ou par districts); type de site (par exemple services de consultations générales, sites de SMI, sites de prise en charge de la tuberculose); types de test ou de réactif utilisé pour le diagnostic de l'infection à VIH.</p> | <p>Système de gestion de routine du programme.</p> | <p>Évalue la capacité de la chaîne logistique à éviter les ruptures de stock; peut servir d'indicateur de substitution pour évaluer le degré de fonctionnalité globale du système d'approvisionnement.</p> <p>L'objectif est que 0 % des sites de dépistage du VIH connaissent une rupture de stock, soit 100 % des sites sans rupture de stock.</p>                              |
| <p>HTS.14<br/>Capacité des laboratoires à réaliser des tests en rapport avec le VIH</p> <p>Nombre de structures où sont réalisés des tests (laboratoires) et ayant la capacité d'effectuer des tests de laboratoire cliniques</p> <p>Recoupement avec RES.5 et RES.25 (Section Disponibilité des services, qualité et liens)</p> | <p>Nombre des structures où sont réalisés des tests (laboratoires) et ayant la capacité (c'est à dire les infrastructures, le personnel et les équipements de laboratoire spécialisés) pour effectuer les tests suivants :</p> <p>diagnostic de l'infection à VIH avec un test rapide, un test immunoenzymatique, un test Western blot ou des méthodes moléculaires</p> <p>suivi des soins et du traitement de l'infection à VIH et du sida avec la numération des CD4 ou la mesure de la charge virale du VIH</p> <p>tests de laboratoire cliniques dans l'un au moins des domaines suivants : hématologie, biochimie, sérologie, microbiologie, diagnostic et identification de la tuberculose, diagnostic du paludisme, diagnostic des infections opportunistes.</p> | <p>Structures où sont réalisés les tests (par exemple dans des laboratoires cliniques ou sur le lieu de prestation de services); types de tests biologiques; localisation.</p>   | <p>Registres du programme.</p>                     | <p>Cet indicateur fournit des informations utiles sur les tendances de la disponibilité des services de laboratoire. Les niveaux de capacité étant différents d'un laboratoire à un autre, il ne mesure cependant pas le caractère satisfaisant de la couverture des services. Cet indicateur ne vise pas à mesurer la qualité, le coût ou l'efficacité des services fournis.</p> |

|   |  |  |  |   |
|---|--|--|--|---|
| <p>HTS.15<br/>Performance des laboratoires</p> <p>% des laboratoires pour lesquels les rapports de l'évaluation externe de la qualité et du contrôle de la bonne exécution des tests sont favorables</p> <p>Recoupement avec RES.6 (Section Disponibilité des services, qualité et liens)</p> | <p>N : nombre de laboratoires où sont réalisés des tests de dépistage pour lesquels les rapports de l'évaluation externe de la qualité et du contrôle de la bonne exécution des tests sont favorables.</p> <p>D : nombre de laboratoires où sont réalisés des tests de dépistage et participant à une évaluation externe de la qualité ainsi qu'à un contrôle de la bonne exécution des tests.</p> | <p>Type de laboratoire.</p> <p>Type de test.</p> | <p>Registres du programme d'évaluation externe de la qualité des laboratoires relevant du laboratoire national de référence.</p> <p>Conformément aux procédures standards pour l'évaluation externe de la qualité et le contrôle de la bonne exécution des tests, un laboratoire de référence au niveau national ou infranational envoie des échantillons prétestés aux différentes structures de laboratoire pour qu'ils y soient testés puis calcule le taux de correspondance des résultats entre les laboratoires participants et le laboratoire de référence.</p> | <p>Mesure la performance des laboratoires, déterminée par l'exactitude et la fiabilité des tests diagnostiques de laboratoire, afin d'assurer un suivi pour vérifier si la qualité des laboratoires persiste lors de l'expansion des services de dépistage du VIH. L'objectif est d'assurer la validité des résultats des tests réalisés dans les infrastructures biomédicales, de détecter les infrastructures où le niveau de performance est insuffisant et de remédier à ces insuffisances en faisant une supervision plus rapprochée, en faisant des vérifications des équipements et en changeant ces équipements pour d'autres plus perfectionnés, en assurant un approvisionnement en temps opportun en équipements et en réactifs.</p> |
|---|--|--|--|---|



## 2.4.4 Liens avec les soins, inscription et rétention dans les soins

### Cadre conceptuel

L'établissement d'un lien entre les personnes chez lesquelles le dépistage s'avère positif et les services de prévention, de traitement et de soins est une étape cruciale dans la cascade de prise en charge de l'infection à VIH. Il est également important d'établir un lien entre les personnes chez lesquelles le dépistage s'avère négatif et les services de prévention.<sup>75</sup> Ces liens servent de passerelle entre le dépistage et les soins. Sans ces liens, il n'est pas possible de bénéficier de l'ensemble des avantages apportés par la connaissance de son statut par rapport au VIH, que ce soit pour la santé des personnes au niveau individuel ou en termes de santé publique. La pose d'un diagnostic d'infection à VIH qui n'est pas suivie de l'inscription du patient dans les soins est la manifestation d'un sérieux problème dans la prise en charge des patients et dans la gestion du programme. Les efforts déployés pour assurer qu'un lien est bien établi entre les personnes infectées par le VIH et les soins et pour inscrire ces personnes dans les soins doivent être de la même intensité que ceux déployés pour étendre les services de dépistage du VIH.

Le terme « soins de l'infection à VIH » englobe tous les services de santé en rapport avec l'infection à VIH, notamment les interventions suivantes : évaluation des critères pour recevoir un TAR ; préparation avant de commencer un TAR ; fourniture d'un TAR (voir la Section 2.4.5) ; prévention, recherche et traitement des co-infections et des comorbidités comme la tuberculose,<sup>76,77</sup> prévention de la transmission du VIH ; prise en charge nutritionnelle ; et soutien social.

La mise en route précoce du traitement présentant de nombreux avantages, il est important d'évaluer dès que possible les critères pour recevoir un TAR une fois le diagnostic posé. Lorsqu'une personne ne remplit pas d'emblée les critères pour recevoir un TAR, elle doit malgré tout être inscrite dans un service de soins de l'infection à VIH, notamment pour bénéficier régulièrement d'une nouvelle évaluation des critères pour recevoir un TAR et pour la prévention et le diagnostic précoce de la tuberculose et d'autres infections opportunistes (voir la Figure 2.4). Dans de nombreux programmes, il est difficile d'assurer la rétention dans les soins des patients qui ne remplissent pas d'emblée les critères pour recevoir un TAR. Mais le fait de ne plus être inclus dans les soins pré-TAR peut retarder la mise en route du TAR, ce qui augmente le risque de mortalité liée au sida.

\* L'autodépistage ne permet pas d'obtenir un diagnostic définitif. Il s'agit plutôt d'un test initial. Si le test s'avère réactif, il faut toujours le confirmer par d'autres tests en suivant les algorithmes de dépistage nationaux pertinents.

<sup>75</sup> Les services de prévention pour les personnes chez lesquelles le dépistage s'avère négatif peuvent par exemple et selon les cas comprendre la circoncision masculine médicale volontaire et la PPrE.

<sup>76</sup> Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children. Recommendations for a public health approach – December 2014 supplement to the 2013 consolidated ARV guidelines. Geneva, World Health Organization, 2014 ([http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/arvs2013supplement\\_dec2014/en/](http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/arvs2013supplement_dec2014/en/)). Dans la mise à jour des lignes directrices sur la fourniture de cotrimoxazole, il est précisé quand mettre en route et quand arrêter le cotrimoxazole chez l'adulte, chez l'adolescent et chez l'enfant en fonction de la prévalence de fond du paludisme et/ou des infections bactériennes sévères.

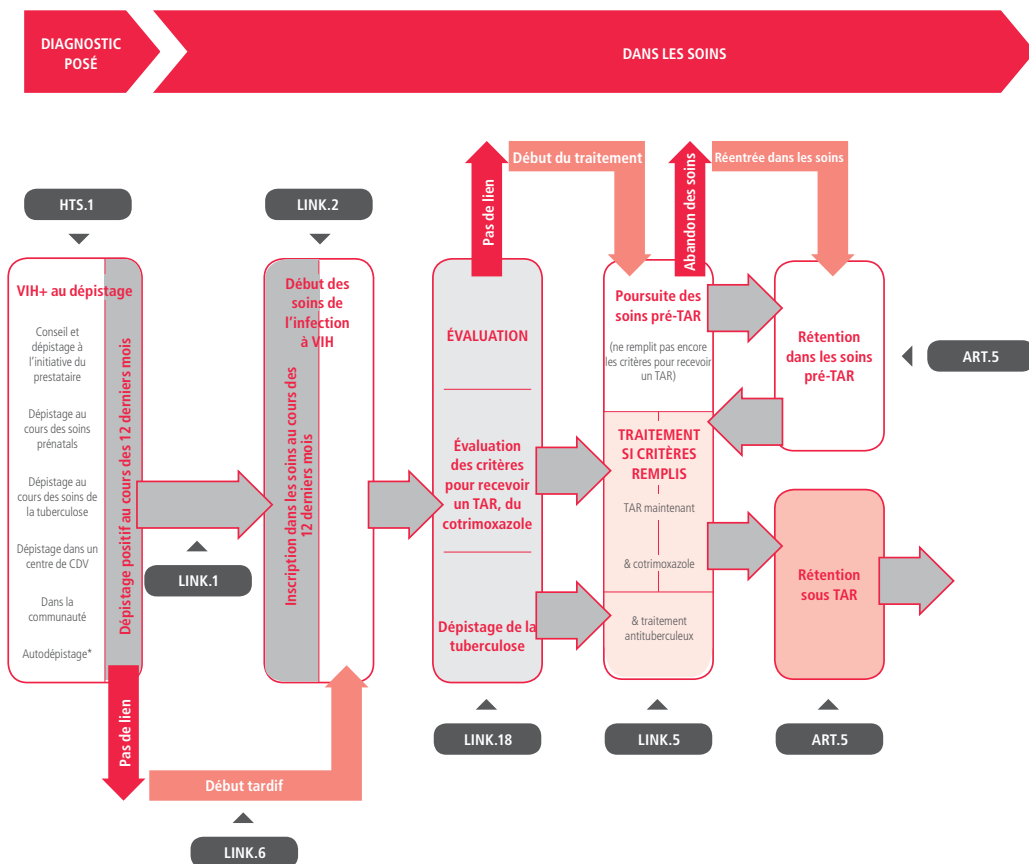
<sup>77</sup> Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH: principes directeurs à l'intention des programmes nationaux et autres partenaires. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44814/1/9789242503005\\_fre.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44814/1/9789242503005_fre.pdf?ua=1&ua=1)).



### 5. Couverture des soins de l'infection à VIH

Nombre et % des personnes vivant avec le VIH qui reçoivent des soins de l'infection à VIH (y compris un TAR).

## Fig. 2.4 Liens avec les soins chez les adultes pour lesquels le dépistage du VIH s'avère positif



\* L'autodépistage ne permet pas d'obtenir un diagnostic définitif. Il s'agit plutôt d'un test initial. Si le test s'avère réactif, il faut toujours le confirmer par d'autres tests en suivant les algorithmes de dépistage nationaux pertinents.



## Définitions des termes liens, inscription et rétention dans le cadre des soins de l'infection à VIH

**Liens avec les soins de l'infection à VIH.** Ils sont définis comme la durée entre le moment où le diagnostic de l'infection à VIH est posé et le moment de l'inscription dans les soins ou le traitement de l'infection à VIH.<sup>1</sup>

**Inscription dans les soins de l'infection à VIH.** Elle commence au moment où une personne vivant avec le VIH se présente dans un établissement de santé qui propose des soins de l'infection à VIH et où une fiche ou un dossier est ouvert à son nom. L'OMS recommande que l'ensemble des patients soient inscrits dans les soins de l'infection à VIH au cours de leur première visite dans l'établissement de santé faisant suite au diagnostic de leur infection à VIH. Cette inscription peut se faire le même jour que le diagnostic de l'infection à VIH.

**Rétention dans les soins de l'infection à VIH.** Elle signifie qu'un patient inscrit dans les soins de l'infection à VIH reçoit régulièrement ces services et de manière appropriée en fonction de ses besoins. Cette définition exclut les personnes décédées et les perdus de vue.

**Perdu de vue.** Il s'agit d'une personne pour laquelle trois mois ou plus (90 jours ou plus) se sont écoulés depuis le dernier rendez-vous manqué.

1 Retention in HIV programmes: defining the challenges and identifying solutions: meeting report. 13–15 September 2011. Geneva, World Health Organization, 2012 ([http://www.who.int/hiv/pub/meetingreports/retention\\_programmes/en/](http://www.who.int/hiv/pub/meetingreports/retention_programmes/en/)).

### Questions relatives au suivi et à l'évaluation des liens avec les soins de l'infection à VIH, de l'inscription dans les soins de l'infection à VIH et de la rétention dans les soins de l'infection à VIH

Dans les systèmes nationaux de suivi et d'évaluation, le suivi et l'évaluation des soins de l'infection à VIH n'ont pas reçu le même niveau d'attention que le suivi et l'évaluation du TAR. Plusieurs des indicateurs décrits dans cette section peuvent sembler nouveaux, mais ils sont basés sur l'examen d'éléments de données qui sont souvent déjà collectés par les programmes.

**Les organisations de la société civile, notamment les réseaux de personnes vivant avec le VIH, peuvent jouer un rôle actif dans le plaidoyer et pour aider à ce que les personnes infectées par le VIH soient inscrites et demeurent en rétention dans les soins de l'infection à VIH.**

### Suivi des patients depuis le dépistage jusqu'aux soins de l'infection à VIH

Si l'on ne dispose ni d'outils adaptés pour le suivi et l'évaluation ni d'un numéro d'identification unique pour le suivi des personnes infectées par le VIH, il est difficile de mesurer si un lien avec les soins a été assuré pour chacune des personnes vivant avec le VIH et si chacune d'entre elles est bien inscrite dans les soins. L'inscription dans les soins peut être particulièrement difficile à déterminer lorsque le diagnostic de l'infection à VIH et l'inscription dans les soins ont lieu dans des structures différentes ou lorsqu'un numéro d'identification unique n'est pas attribué à chaque personne qui fait un dépistage du VIH. Lorsque les patients sont orientés sur un service de consultations de soins de l'infection à VIH situé en dehors de la structure où a eu lieu le dépistage, il est utile de disposer d'un système permettant de vérifier la présence d'un lien avec les soins et d'enregistrer des informations sur le sujet. Les organisations de la société civile, notamment les réseaux de personnes vivant avec le VIH, peuvent jouer un rôle actif dans le plaidoyer et pour aider à ce que les personnes infectées par le VIH soient inscrites et demeurent en rétention dans les soins de l'infection à VIH.

## Standardisation des registres pour les patients inscrits dans les soins de l'infection à VIH qui ne sont pas sous TAR

Dans certaines structures, il n'existe pas de modes opératoires normalisés pour l'enregistrement de l'ensemble des patients inscrits dans les soins de l'infection à VIH qui ne remplissent pas encore les critères pour recevoir un TAR. Des instructions spécifiques doivent être données pour assurer que les registres couvrent l'ensemble des patients recevant des soins de l'infection à VIH dans l'ensemble des sites, y compris dans les sites desservant des populations dont la majorité des membres ne sont pas infectés par le VIH (par exemple dans les services de soins prénatals, de SMI et de consultations de prise en charge de la tuberculose), et pour éviter le double comptage des patients qui passent d'un service à un autre. Les modes opératoires normalisés doivent être mis à jour régulièrement pour qu'ils soient en cohérence avec les directives et les pratiques nationales de soins de l'infection à VIH.

### Suivi de la rétention dans les soins pré-TAR

En raison de taux d'attrition et de taux de mortalité élevés au cours des soins pré-TAR, il est important d'envisager le suivi d'un nouvel indicateur de rétention dans les soins pré-TAR lorsque ces problèmes sont particulièrement aigus, ou lorsqu'un nombre important de personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut mais ne commencent pas le TAR (LINK.9). Dans les structures de soins où la charge de patients est élevée ou lorsque l'enregistrement des données se fait sur papier, le calcul du nombre de personnes recevant des soins pré-TAR et des patients en rétention dans les soins pré-TAR peut prendre beaucoup de temps. La décision quant à la mise en place d'un suivi de la rétention dans les soins pré-TAR dépendra d'une évaluation des avantages qui pourront être retirés des informations collectées par rapport à la charge que représenterait la collecte de ces informations.

### Sélection et utilisation des indicateurs

Les différents indicateurs recommandés pour le suivi des liens avec les soins de l'infection à VIH et de l'inscription dans ces soins sont présentés dans le Tableau 2.18. L'indicateur principal est la couverture globale des services de soins de l'infection à VIH, c'est-à-dire le nombre et le pourcentage de personnes recevant actuellement des soins de l'infection à VIH parmi l'ensemble des personnes vivant avec le VIH ou parmi l'ensemble des personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut positif par rapport à cette infection (LINK.2). Bien que la couverture et la rétention des personnes sous TAR soient également mesurées séparément (voir la Section 2.4.5), cet indicateur relatif aux soins de l'infection à VIH mesure à la fois les personnes sous TAR et les personnes recevant des soins pré-TAR qui ne remplissent pas encore les critères pour recevoir un TAR. Cet indicateur a été choisi pour faire partie des rapports élaborés à l'échelle mondiale.

Pour que cet indicateur mette en évidence une bonne performance de la couverture des soins de l'infection à VIH (LINK.2), plusieurs éléments du programme doivent faire preuve d'une bonne performance: le diagnostic de l'infection à VIH, les liens en temps opportuns et efficaces entre le diagnostic et l'inscription dans les soins de l'infection à VIH et, une fois l'inscription faite, la rétention dans les soins de l'infection à VIH. Une performance sous-optimale dans l'un de ces domaines entraînera une diminution de la valeur de cet indicateur. D'autres mesures portent sur toute une gamme d'interventions faisant partie des soins de l'infection à VIH, notamment la prophylaxie au cotrimoxazole, le dépistage chez les partenaires, la réponse aux besoins en matière de planification familiale et le dépistage de la tuberculose. (Le suivi des co-infections et des comorbidités, par exemple la co-infection VIH/tuberculose, est couvert aux Sections 2.4.4a et 2.4.4b.)

Plusieurs indicateurs mesurent le retard dans la mise en route des soins de l'infection à VIH chez les personnes vivant avec le VIH qui remplissent les critères pour recevoir un TAR, ce retard étant associé à une augmentation de la mortalité. Le pourcentage d'adultes nouvellement inscrits dans les soins de l'infection à VIH à un stade avancé et qui ont un faible nombre de CD4 (LINK.8) rend compte d'une combinaison de facteurs, notamment du moment du diagnostic initial (voir les indicateurs HTS) et du moment entre le diagnostic de l'infection à VIH et l'inscription dans les services de soins de cette infection (voir les indicateurs LINK.1 et LINK.2). L'indicateur LINK.11 permet d'identifier les retards dans

la mise en route du TAR chez l'enfant âgé de moins de cinq ans, tous les enfants de cette tranche d'âge remplissant les critères pour recevoir un TAR. Une fois les patients inscrits dans les soins de l'infection à VIH, le suivi de la durée entre le moment où il a été déterminé qu'un patient remplit les critères pour recevoir un TAR et le moment de la mise en route de ce TAR (LINK.10) donne des informations sur l'efficacité des programmes pour fournir un traitement.

## Éléments particuliers à prendre en considération en fonction du type de situation et de population

### Enfants

Le suivi de la couverture des services chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent au fur et à mesure qu'ils grandissent et passent d'une structure de soins à une autre peut permettre d'identifier des lacunes dans la fourniture des services à ces populations importantes. Les systèmes de collecte des données doivent ventiler celles-ci par tranches d'âge, en tenant compte des différents points d'entrée possibles dans les soins et en évitant le double comptage des patients qui passent d'une structure de soins à une autre dans le système. (Des informations supplémentaires sur la ventilation en fonction de l'âge et des besoins des nourrissons, des enfants et des adolescents se trouvent à la Section 2.4.5b Soins de l'infection à VIH chez l'enfant.)

### Femmes enceintes et femmes allaitant au sein

L'OMS recommande que toute femme infectée par le VIH enceinte ou allaitant au sein commence un TAR quel que soit son nombre de CD4. Les femmes enceintes ou allaitant au sein qui commencent un TAR dans le cadre des services de PTME doivent donc être prises en compte dans les indicateurs généraux relatifs aux liens avec les soins de l'infection à VIH et à la rétention dans ces soins. (Des informations supplémentaires sur le suivi de la PTME se trouvent à la Section 2.4.7.)

### Populations clés

Le suivi des liens avec les soins pré-TAR, de l'inscription dans les soins pré-TAR et de la rétention dans les soins pré-TAR chez les populations clés est particulièrement important en raison de leur charge généralement plus élevée de morbidité et des difficultés plus importantes qu'elles peuvent avoir à accéder aux services de soins et de traitement par rapport à la population générale. Dans les populations clés, le suivi des liens entre le diagnostic et les soins et de la rétention dans les soins peut présenter des difficultés particulières. Au moment du dépistage ou de l'inscription dans les soins, certaines personnes peuvent ne pas souhaiter informer le personnel qu'elles appartiennent à une population clé, en particulier là où les comportements de ces populations clés sont criminalisés ou que ces populations sont victimes de niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination. Dans ces situations, les données sur les liens avec les soins de l'infection à VIH, l'inscription dans les soins de l'infection à VIH et la rétention dans les soins de l'infection à VIH peuvent être obtenues par des enquêtes menées dans les populations clés. Il est capital que toute information concernant les personnes appartenant à des populations clés demeure confidentielle.

Pour le calcul de la couverture dans les populations clés, les dénominateurs sont des estimations de la taille des populations clés (se référer à la Section 2.2 Connaître son épidémie et à la Section 2.4.1 Services pour les populations clés).

**Tableau 2.18 Indicateurs programmatiques relatifs aux liens avec les soins et à l'inscription dans les soins**

| Indicateur  | Numérateur (N)/<br>dénominateur (D)   | Ventilation  | Méthode de mesure  | Pertinence pour<br>le programme et<br>interprétation   |
|---|---|--|--|--|
| <b>Indicateurs nationaux</b>  |   |  |  |  |
| <p><b>LINK.1 Liens avec les soins</b></p> <p>Nombre et % des personnes infectées par le VIH chez lesquelles le diagnostic d'infection a été nouvellement posé, qui sont nouvellement inscrites dans les soins et qui reçoivent nouvellement des soins</p> <p><b>LINK.1a (indicateur privilégié) :</b> nombre et % d'adultes chez lesquels le diagnostic d'infection a été nouvellement posé et pour lesquels un lien avec les soins a été établi (lien au niveau individuel)</p> <p><b>LINK.1b (s'il n'est pas possible de mesurer LINK.1a) :</b> nombre d'adultes infectés par le VIH nouvellement inscrits dans les soins et qui reçoivent des soins et ratio avec le nombre d'adultes chez lesquels le dépistage du VIH s'avère positif (mesure indirecte transversale de la présence d'un lien)</p> | <p>N : nombre de personnes nouvellement inscrites dans les soins de l'infection à VIH et qui ont reçu des services de soins cliniques de l'infection à VIH au cours des 12 derniers mois [mesuré de manière indirecte en déterminant le nombre ayant bénéficié d'au moins l'un des services suivants au cours de la période considérée : évaluation clinique (stade de l'OMS) OU mesure du nombre de CD4 OU mesure de la charge virale OU recevant actuellement un TAR].*</p> <p>D : nombre de personnes chez lesquelles le diagnostic d'infection a été nouvellement posé au cours des 12 derniers mois.</p> <p>Comprend les femmes enceintes et les patients tuberculeux chez lesquels le diagnostic d'infection à VIH a été nouvellement posé.</p> | <p>Âge (&lt;1, 1-4, 5-14, 15-19, 20-49, 50+), pré-TAR/TAR, sexe, populations clés, femmes enceintes, femmes allaitant au sein.</p> | <p>Registres du programme pour les soins de l'infection à VIH, notamment registres de soins pré-TAR, registres de TAR, autres registres utilisés dans les structures de soins (par exemple registres de dépistage du VIH, de soins prénatals, de prise en charge de la tuberculose) ; données de surveillance des cas.</p> <p>D : registres du programme, par exemple registres de dépistage du VIH, registres de laboratoire, déclarations des cas.</p> <p>Faire le suivi du lien de chaque personne avec les soins à l'aide de l'enregistrement dans un registre de dépistage ou de la déclaration des cas ou de systèmes de suivi et d'évaluation informatisés qui permettent d'établir un lien entre les données sur le diagnostic de l'infection à VIH chez les patients et les données sur les soins de cette infection (facilité par l'utilisation d'un numéro d'identification unique).</p> <p>Si cela n'est pas possible, essayer d'examiner l'existence de ce lien par une mesure indirecte transversale : comparer le nombre de personnes nouvellement inscrites dans les soins de l'infection à VIH (y compris sous TAR) avec le nombre de cas de diagnostics d'infection à VIH posés au cours de la période considérée (12 mois). Ce nombre comprend les femmes enceintes et les patients tuberculeux chez lesquels le diagnostic d'infection à VIH a été posé.</p> | <p>Indique la performance du programme pour établir un lien entre les personnes chez lesquelles le diagnostic d'infection à VIH a été posé et les soins.</p> <p>Lorsque cela est possible, il faut évaluer l'établissement de ce lien avec les soins pour chaque personne afin de déterminer avec précision le pourcentage de personnes chez lesquelles le diagnostic d'infection à VIH a été nouvellement posé et pour lesquelles un lien avec les soins a été établi.</p> <p>Lorsqu'il n'est actuellement pas possible de mesurer le degré avec lequel ce lien est établi au niveau individuel, il est possible de comparer un numérateur et un dénominateur obtenus de manière transversale pour se faire une idée de ce lien entre le dépistage et les soins de l'infection à VIH. (Les personnes comptées pour le numérateur et pour le dénominateur n'étant pas les mêmes, ce chiffre est un ratio et pas une vraie proportion.)</p> |

\* Si l'on peut supposer que les personnes sous TAR ont bénéficié d'une évaluation clinique.

|  |  |   |   |   |
|--|--|---|---|---|
| <p><b>LINK.2 Couverture des soins de l'infection à VIH</b></p> <p>Nombre et % des personnes vivant avec le VIH qui reçoivent des soins de l'infection à VIH (y compris un TAR)</p>  | <p>N : nombre de personnes vivant avec le VIH qui ont reçu des soins de l'infection à VIH au cours des 12 derniers mois [mesuré de manière indirecte en déterminant le nombre ayant bénéficié d'au moins l'un des services suivants au cours des 12 derniers mois : évaluation clinique (stade de l'OMS) OU mesure du nombre de CD4 OU mesure de la charge virale OU recevant actuellement un TAR].</p> <p>D : nombre de personnes vivant avec le VIH.</p> | <p>Sexe, populations clés,* statut par rapport à la grossesse, pré-TAR/TAR, soins reçus pour la première fois au cours de l'année considérée, âge [&lt;5, 5-14, 15+ ; autres tranches d'âge dans les situations où il est utile d'avoir des informations plus détaillées en fonction de l'âge et qu'il est possible de collecter ces informations (par exemple lorsque le système est informatisé) : &lt;1, 1-9, 10-14, 15-19, 20-49, 50+].</p> | <p>N : registres du programme, par exemple registres de soins pré-TAR et registres de TAR, registres des visites.</p> <p>Dénominateur (estimation de la population vivant avec le VIH) : estimations obtenues à l'aide de méthodes de modélisation cohérentes à l'échelle internationale (par exemple à l'aide du logiciel Spectrum AIM).</p> | <p>Mesure la proportion de personnes vivant avec le VIH et qui reçoivent des soins de l'infection à VIH (services de TAR et services de soins pré-TAR). Les tendances au fil du temps peuvent faire l'objet d'un suivi afin d'évaluer les progrès accomplis dans l'augmentation du % des personnes incluses dans les soins.</p> <p>Il peut aussi être utile d'examiner le nombre de personnes qui reçoivent des soins de l'infection à VIH par rapport au nombre de personnes chez lesquelles le diagnostic d'infection à VIH a été posé.</p> |
| <p><b>LINK.3 Inscription dans les soins</b></p> <p>Nombre de personnes nouvellement inscrites dans les soins de l'infection à VIH</p>  | <p>N : nombre de personnes nouvellement inscrites dans les soins de l'infection à VIH.</p> <p>Comprend les femmes enceintes et les patients tuberculeux.</p> <p>D : aucun.</p>   | <p>Âge (&lt;1, 1-4, 5-14, 15-19, 20-49, 50+), pré-TAR/TAR, sexe, populations clés,* femmes enceintes, femmes allaitant au sein, patients tuberculeux.</p>   | <p>Registres du programme, par exemple registres des soins de l'infection à VIH, registres de soins pré-TAR.</p> <p>Éviter le double comptage des personnes chez lesquelles un TAR est mis en route et qui peuvent déjà avoir été enregistrées dans un autre registre de soins de l'infection à VIH.</p>                                      | <p>Cet indicateur rend compte du nombre de personnes nouvellement inscrites dans les soins de l'infection à VIH ou qui commencent un TAR au cours de la période considérée.</p>   |

|  |   |  |  |   |
|--|---|--|--|---|
| <p>LINK.4 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale</p> <p>% des femmes infectées par le VIH vues dans les services de soins et de traitement de l'infection à VIH et qui présentent des besoins non satisfaits en matière de planification familiale</p> <p>Recoupement avec MTCT.10 (Section PTME)</p>  | <p>N : nombre de femmes infectées par le VIH en âge de procréer (15-49 ans) vues dans les services de soins et de traitement de l'infection à VIH au cours des 12 derniers mois et qui présentent des besoins non satisfaits en matière de planification familiale.</p> <p>D : nombre de femmes infectées par le VIH en âge de procréer (15-49 ans) vues dans les services de soins et de traitement de l'infection à VIH au cours des 12 derniers mois.</p>                                  | <p>Âge (15-19, 20-49).</p>   | <p>Entretiens de départ avec des patientes au moment où elles quittent le site de prestation de services, en utilisant une série de questions types sur les besoins non satisfaits en matière de planification familiale comme défini dans des enquêtes comme les enquêtes démographiques et de santé.</p> | <p>Donne des indications pour savoir si les besoins des femmes infectées par le VIH en matière de services de planification familiale pour prévenir les grossesses non désirées sont satisfaits (2ème volet de la PTME).</p>  |
| <p>LINK.5 Couverture du dépistage de la tuberculose dans les soins de l'infection à VIH</p> <p>% des personnes dans les soins de l'infection à VIH (y compris dans le cadre d'une PTME) qui ont été dépistées pour la tuberculose dans des établissements de soins ou de traitement de l'infection à VIH</p> <p>Recoupement avec LINK.18 (Section Tuberculose/VIH)</p> | <p>N : nombre d'adultes et d'enfants infectés par le VIH inscrits dans les soins de l'infection à VIH (pré-TAR, TAR, PTME) au cours des 12 derniers mois chez lesquels une recherche de la tuberculose a été effectuée et dont le résultat a été enregistré au cours de leur dernière visite pendant la période considérée.</p> <p>D : nombre d'adultes et d'enfants infectés par le VIH inscrits dans les soins de l'infection à VIH (pré-TAR, TAR, PTME) au cours des 12 derniers mois.</p> | <p>Les ventilations recommandées dépendent du type de système de surveillance :</p> <p>Système informatisé : sexe, âge (0-4, 5-14, 15+), statut par rapport à la grossesse, populations clés.*</p> <p>Système sur papier : aucune ventilation.</p> | <p>N &amp; D : registres du programme, par exemple registres de soins de l'infection à VIH, registres de soins pré-TAR, registres de TAR, registres de PTME.</p>   | <p>Mesure la mise en œuvre de la recommandation selon laquelle les personnes vivant avec le VIH doivent bénéficier d'un dépistage des symptômes de la tuberculose au moment du diagnostic de l'infection à VIH puis au cours de chaque visite de suivi.</p> <p>Les indicateurs de suivi de l'ensemble de la cascade des interventions pour l'intensification du dépistage de la tuberculose se trouvent dans le guide de l'OMS pour le suivi et l'évaluation des activités conjointes VIH et tuberculose.<sup>1</sup></p> |

| Indicateurs supplémentaires   |   |  |   |  |
|---|---|--|---|--|
| <p>LINK.6 Dépistage chez le partenaire</p> <p>% des adultes recevant des soins de l'infection à VIH pour lesquels le statut du partenaire est connu<sup>2</sup></p> <p>Recouplement avec HTS.11 (Section Services de dépistage du VIH)</p>                | <p>N : nombre d'adultes ayant reçu des soins de l'infection à VIH au cours des 12 derniers mois pour lesquels le statut par rapport au VIH du partenaire sexuel est inscrit dans le dossier du patient.</p> <p>D : nombre d'adultes ayant reçu des soins de l'infection à VIH au cours des 12 derniers mois et qui ont un partenaire sexuel.</p>  | <p>En fonction des différentes populations d'intérêt.</p>  | <p>N &amp; D : documents du programme, par exemple dossiers cliniques des patients.</p> <p>Les données peuvent être collectées lors de l'examen annuel de l'ensemble des structures ou pour un échantillon de sites sentinelles. (Les résultats doivent être interprétés de manière appropriée.)</p>  | <p>Mesure la capacité du programme à identifier les partenaires sexuels des personnes recevant des soins de l'infection à VIH et à leur faire un dépistage du VIH (ces partenaires étant à risque élevé par rapport au VIH) dans le but de :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. prévenir la transmission pouvant survenir à tout moment dans les couples sérodiscordants, et</li> <li>2. identifier les partenaires infectés par le VIH dans le but de les inscrire dans les services de soins de l'infection à VIH.</li> </ol> |
| <p>LINK.7 Couverture de la prophylaxie au cotrimoxazole</p> <p>% des personnes infectées par le VIH, remplissant les critères pour recevoir du cotrimoxazole et qui ont reçu ce médicament</p> <p>Recouplement avec LINK.22 (Section tuberculose/VIH)</p> | <p>N : nombre de personnes infectées par le VIH, remplissant les critères pour recevoir du cotrimoxazole et qui ont reçu ce médicament.</p> <p>D : nombre de personnes infectées par le VIH, inscrites dans les soins de l'infection à VIH et remplissant les critères pour recevoir du cotrimoxazole.</p>  | <p>Âge &lt;2 mois, &lt;15, 15+), patients tuberculeux, nouveaux et en rechute.</p>   | <p>N &amp; D : registres du programme, par exemple registres de soins pré-TAR, registres de TAR, registres de laboratoire.</p> <p>Les données peuvent être collectées lors de l'examen annuel de l'ensemble des structures ou pour un échantillon de sites sentinelles. (Les résultats doivent être interprétés de manière appropriée.)</p> | <p>Mesure l'utilisation de la prophylaxie au cotrimoxazole (qui est une composante essentielle des soins de qualité) parmi les personnes qui remplissent les critères alors qu'ils reçoivent des soins de l'infection à VIH.</p>   |
| <p>LINK.8 Mise en route tardive des soins de l'infection à VIH</p> <p>% des personnes avec un nombre de CD4 ≤350 cellules/mm<sup>3</sup> et une maladie symptomatique au moment de leur inscription dans les soins de l'infection à VIH</p>               | <p>N : nombre de personnes vivant avec le VIH inscrites dans les soins de l'infection à VIH au cours des 12 derniers mois qui présentaient un nombre de CD4 de référence ≤350 cellules/mm<sup>3</sup> et une maladie symptomatique (stade 3 ou 4) au moment de leur inscription dans les soins.</p> <p>D : nombre de personnes vivant avec le VIH inscrites dans les soins de l'infection à VIH au cours des 12 derniers mois et pour lesquelles le nombre de CD4 de référence est connu.</p> | <p>Sexe, populations clés* (si disponibles), autres populations cibles, âge [&lt;15, 15-19, 20-49, 50+ ; autres tranches d'âge dans les situations où il est utile d'avoir des informations plus détaillées en fonction de l'âge et qu'il est possible de collecter ces informations (par exemple lorsque le système est informatisé) : &lt;1, 1-9, 10-14, 15-19, 20-49, 50+].</p> | <p>N &amp; D : registres du programme, par exemple registres de soins pré-TAR, registres de TAR, registres de laboratoire.</p>  | <p>Mesure l'efficacité des efforts faits par les programmes pour que les adultes infectés par le VIH fassent un dépistage et s'inscrivent dans les soins de manière précoce.</p> <p>Dans les situations où le test de numération des CD4 n'est pas réalisé dans le même temps (et au même endroit) que le test de dépistage du VIH, le nombre de CD4 réalisé au plus proche du moment où le diagnostic a été posé est considéré comme le nombre de CD4 « au moment de l'inscription dans les soins ».</p>                                  |

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
| <p>LINK.9 Rétention dans les soins pré-TAR à 12 mois</p> <p>% des personnes infectées par le VIH recevant des soins pré-TAR qui ne remplissent pas encore les critères pour recevoir un TAR et qui sont encore dans les soins 12 mois après leur inscription</p> | <p>N : nombre de personnes infectées par le VIH inscrites dans les soins de l'infection à VIH et qui ne remplissaient pas encore les critères pour recevoir un TAR 12 mois avant le début de l'année considérée, qui étaient encore en vie et recevaient des soins de l'infection à VIH 12 mois après leur inscription dans les soins.</p> <p>D : nombre de personnes infectées par le VIH inscrites dans les soins de l'infection à VIH et qui ne remplissaient pas les critères pour recevoir un TAR 12 mois avant le début de l'année considérée.</p> | <p>Aucune.</p>  | <p>N &amp; D : registres du programme, par exemple registres de soins pré-TAR, registres de TAR.</p> <p>Nécessite un examen de cohorte et la transmission des données.</p> | <p>Mesure la rétention dans les soins à moyen terme des patients ne remplissant initialement pas les critères pour recevoir un TAR.</p>  |
| <p>LINK.10 Patients qui remplissent les critères mais qui n'ont pas encore commencé de TAR</p> <p>Nombre et % des personnes vivant avec le VIH qui remplissent les critères pour recevoir un TAR mais qui n'ont pas encore commencé ce traitement</p>            | <p>N : nombre de personnes infectées par le VIH pour lesquelles l'évaluation menée au cours des 12 derniers mois montre qu'elles remplissent les critères pour recevoir un TAR, mais qui ne sont pas sous TAR à la fin de l'année considérée.</p> <p>D : nombre de personnes et d'enfants infectés par le VIH pour lesquels l'évaluation menée au cours des 12 derniers mois montre qu'ils remplissent les critères pour recevoir un TAR.</p>  | <p>Sexe, âge (&lt;5, 5-14, 15-19, 20-49, 50+), co-morbidités (par exemple tuberculose et hépatite).</p> | <p>N &amp; D : registres du programme, par exemple registres de soins pré-TAR et registres de TAR.</p>   | <p>Peut donner un aperçu de la taille de la liste d'attente pour recevoir un TAR dans les milieux où les patients sont vus dans les structures de soins mais ne peuvent pas commencer un TAR.</p> <p>La capacité d'un programme à calculer cet indicateur permet également de savoir si un système est en place pour faire le suivi des personnes qui remplissent les critères mais ne sont pas encore sous TAR.</p> |

\* Dans de nombreuses situations, les données spécifiques sur les populations clés ne peuvent pas être collectées lors du suivi de routine des programmes ; il faut alors mener des enquêtes



|   |  |         |  |   |
|---|--|---------|--|---|
| <p><b>LINK.11</b><br/>Établissement en temps opportun d'un lien entre le diagnostic et le traitement chez les enfants âgés de moins de 5 ans</p> <p>% des enfants âgés de moins de 5 ans chez lesquels un TAR a été mis en route au cours du mois suivant le diagnostic de leur infection à VIH</p> | <p>N : nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans vivant avec le VIH chez lesquels un TAR a été mis en route au cours du mois suivant le diagnostic durant la période considérée.</p> <p>D : nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans vivant avec le VIH chez lesquels un TAR a été mis en route durant la période considérée.</p> | Aucune. | <p>N &amp; D : registres du programme, par exemple registres de TAR, registres de dépistage du VIH</p> <p>Données collectées si possible de manière systématique pour l'ensemble des enfants, notamment dans les structures disposant d'un système informatisé pour les données des patients. Lorsque le système repose sur des documents papiers, cet indicateur peut être calculé pour un échantillon de sites sentinelles</p> | <p>Mesure l'efficacité des liens établis par le programme entre le diagnostic et le traitement chez les enfants infectés par le VIH, tous remplissant les critères pour commencer immédiatement un TAR quel que soit leur nombre de CD4 ; indicateur de la qualité des soins.</p> |
|---|--|---------|--|---|

## 2.4.4a Tuberculose associée au VIH

### Cadre conceptuel

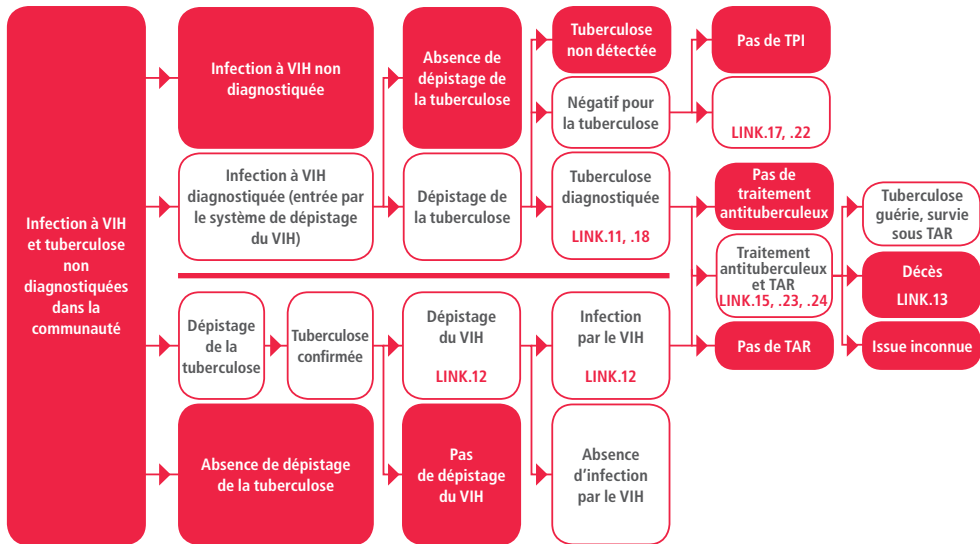
La tuberculose reste la principale cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH, même à l'ère de l'extension du TAR. En 2013, sur les 35 millions de personnes qui, selon les estimations, vivaient avec le VIH, 3 % ont développé une tuberculose et un quart de l'ensemble des décès liés au VIH étaient attribués à la tuberculose. Cette même année, les personnes vivant avec le VIH représentaient 1,1 million (soit 13 %) des 9 millions de personnes qui, selon les estimations, ont développé une tuberculose dans le monde, et 25 % de l'ensemble des décès dus à la tuberculose étaient liés à l'infection à VIH.

**Il est important que les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et les programmes nationaux de lutte contre le sida travaillent ensemble pour assurer que des services conjoints sont disponibles.**

Le TAR doit être commencé immédiatement chez toute personne qui présente de façon concomitante une infection à VIH et une tuberculose active, quel que soit son nombre de CD4. Ce démarrage précoce du TAR est essentiel pour diminuer la mortalité. Par conséquent, il est important que les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et les programmes nationaux de lutte contre le sida travaillent ensemble pour assurer que des services conjoints sont disponibles. En 2012, l'OMS a publié sa politique pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.<sup>78</sup> Les éléments clés de cette politique de l'OMS servent de base pour les activités de suivi et d'évaluation recommandées.

La cascade de services relatifs à la co-infection tuberculose et VIH diffère selon que le patient est entré dans les soins par le système de diagnostic et de soins de l'infection à VIH ou par le système de prise en charge de la tuberculose (Figure 2.5). Un dépistage de la tuberculose doit être réalisé chez toute personne chez laquelle un diagnostic d'infection à VIH est posé, et un dépistage de l'infection à VIH doit être réalisé chez toute personne chez laquelle un diagnostic de tuberculose est posé. Une bonne compréhension de la cascade de services peut permettre d'identifier les possibles améliorations en matière de prestation de services et de diminuer le nombre de perdus de vue.

<sup>78</sup> Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 ([http://www.who.int/tb/publications/2012/tb\\_hiv\\_policy\\_9789241503006/fr/](http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/fr/)).

**Fig. 2.5 Cascade de soins pour la co-infection tuberculose/VIH**

La tuberculose peut être prévenue en évitant l'exposition à une personne atteinte de tuberculose infectieuse (en améliorant les mesures globales de lutte contre la tuberculose, notamment la détection rapide de l'infection et la mise en route rapide du traitement tuberculeux et en mettant en œuvre les mesures standards de lutte contre l'infection tuberculeuse afin de réduire la transmission),<sup>79</sup> en fournissant un traitement préventif à l'isoniazide (TPI) pour l'infection tuberculeuse latente chez les personnes vivant avec le VIH afin que cette infection tuberculeuse latente ne progresse pas vers une tuberculose active et en assurant l'extension du TAR, qui a également un effet important sur la prévention de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.

### Éléments nouveaux concernant la co-infection tuberculose et VIH

Au cours de la dernière décennie, des progrès importants ont été accomplis dans l'extension des activités conjointes tuberculose/VIH, avec l'obtention d'une couverture élevée du dépistage du VIH chez les patients tuberculeux, du dépistage de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et de la mise sous TAR des patients tuberculeux déclarés et infectés par le VIH. En outre, les résultats de nouveaux travaux de recherche ont montré que la combinaison de la mise en route précoce du TAR et du TPI est efficace pour la prévention de la tuberculose associée au VIH et aussi que le TAR a un impact sur la diminution de la mortalité en cas de tuberculose associée au VIH quand ce traitement est mis en route dans les huit semaines suivant la mise en route du traitement antituberculeux.<sup>80</sup> De plus, l'OMS recommande depuis 2013 l'utilisation du test Xpert MTB/RIF<sup>81</sup> comme test de diagnostic initial de la tuberculose en cas de suspicion de tuberculose associée au VIH ; ce test détecte simultanément et en moins de deux heures sur un échantillon de crachats la présence

<sup>79</sup> Politique de l'OMS pour la lutte contre la transmission de la tuberculose dans les établissements de santé, les structures collectives et les ménages. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44429/1/9789242598322\\_fre.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44429/1/9789242598322_fre.pdf?ua=1&ua=1)).

<sup>80</sup> Blanc FX, Sok T, Laureillard D, Borand L, Rekacewicz C, Nerrienet E, Madec Y et al. Earlier versus later start of antiretroviral therapy in HIV-infected adults with tuberculosis. *N Engl J Med*, 2011, 365(16):1471–1481 (<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1013911>).

Havlr D, Kendall MA, Ive P, Kumwenda J, Swindells S, Qasba SS et al. Timing of antiretroviral therapy for HIV-1 infection and tuberculosis. *N Engl J Med*, 2011, 20;365(16):1482–91 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3327101/>).

Abdool Karim SN, Naidoo K, Grobler A, Padayatchi N, Baxter C, Gray AL et al. Integration of antiretroviral therapy with tuberculosis treatment. *N Engl J Med*, 2011, 20;365(16):1492–501 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3233684/>).

<sup>81</sup> Technique automatisée d'amplification de l'acide nucléique en temps réel pour la détection rapide et simultanée de la tuberculose et de la résistance à la rifampicine: utilisation du test Xpert MTB/RIF pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire et de la tuberculose extrapulmonaire chez l'adulte et chez l'enfant: mise à jour de la politique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145681/1/9789242506334\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145681/1/9789242506334_fre.pdf?ua=1)).

de *Mycobacterium tuberculosis* sensible et de *Mycobacterium tuberculosis* résistant à la rifampicine. Ce test présente une meilleure sensibilité et une meilleure spécificité que l'examen microscopique conventionnel des crachats. En 2011, une Déclaration politique sur l'infection à VIH et le sida<sup>82</sup> a également été approuvée à l'unanimité par les États membres des Nations Unies et a donné une impulsion cruciale pour la mise en œuvre des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH. Une plus grande attention est désormais portée à l'identification des décès dus à une tuberculose associée au VIH, et des efforts ont été faits pour inclure de meilleures estimations de la charge de la tuberculose et de la mortalité dans le modèle *Spectrum AIM*, utilisé par de nombreux pays. Enfin, ces dernières années, une plus grande attention a été accordée à la tuberculose chez l'enfant et chez la femme, notamment à la meilleure façon de dépister et de diagnostiquer la tuberculose dans les structures de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.<sup>83</sup>

L'OMS a récemment publié la révision 2015 de son guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH,<sup>84</sup> qui accorde une place importante à la mesure des résultats chez les patients ainsi qu'à la mesure de la qualité et de l'impact des programmes. Dans cette version révisée du guide, le nombre total d'indicateurs de suivi à l'échelle mondiale a été diminué de 13 à sept et de nouveaux indicateurs ont été ajoutés pour le suivi de la cascade des interventions pour l'intensification du dépistage de la tuberculose, de l'accès aux tests diagnostiques rapides de la tuberculose et de la mise en route précoce du TAR, et de l'observance du traitement de la tuberculose latente.

## Questions relatives au suivi et à l'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH

Les données nécessaires pour le suivi des activités conjointes tuberculose/VIH sont collectées à la fois par le programme national de lutte contre la tuberculose et par le programme national de lutte contre l'infection à VIH, chacun utilisant des bases de données différentes. Les chiffres obtenus par chacun de ces deux programmes coïncident donc rarement. Il a été difficile d'harmoniser les résultats et de parvenir à un ensemble de données nationales unique sur les indicateurs clés (par exemple pour la manière de calculer le pourcentage de patients infectés par le VIH et la tuberculose qui reçoivent un TAR) (LINK.16). Pour ajouter à la confusion, les deux programmes utilisent des définitions d'indicateurs et des calendriers différents: les données relatives à la tuberculose sont généralement transmises tous les trois mois et ne sont pas cumulatives, tandis que les données sur l'infection à VIH peuvent être transmises une fois par an et être cumulatives.

Souvent, les rapports établis sur les indicateurs tuberculose/VIH manquent de cohérence et sont incomplets. Pour quelques indicateurs, par exemple la couverture du TPI, certains pays ne transmettent pas leurs résultats, et on ne sait pas si, dans ces pays, les activités ne sont pas mises en œuvre ou si elles sont mises en œuvre mais ne sont pas incluses dans le rapport. En outre, certains pays transmettent bien les numérateurs, mais pas les dénominateurs correspondants, ce qui rend impossible la mesure de la couverture. Cela peut être dû à un manque d'éléments de données de base comme le « nombre de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites dans les soins de l'infection à VIH au cours de la période considérée ». Même si elles sont importantes, d'autres activités telles que la lutte contre l'infection tuberculeuse se sont avérées difficiles à mesurer. La manière d'effectuer ces mesures est expliquée plus clairement dans la version révisée de 2015 du guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH.

## Sélection des indicateurs

Il est important de faire le suivi de l'ensemble de la cascade de soins, depuis le dépistage et la réalisation des tests jusqu'au traitement des personnes qui présentent une co-infection par le VIH et la tuberculose

<sup>82</sup> Political declaration on HIV/AIDS: intensifying our efforts to eliminate HIV/AIDS, A/RES/65/277, 10 June 2011. ([https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/2012/02/hlm-hiv/20110610\\_UN\\_A-RES-65-277\\_en.pdf](https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific/2012/02/hlm-hiv/20110610_UN_A-RES-65-277_en.pdf)).

<sup>83</sup> Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children. Second edition. Geneva, World Health Organization, 2014 ([http://www.who.int/tb/publications/childtb\\_guidelines/en/](http://www.who.int/tb/publications/childtb_guidelines/en/)).

<sup>84</sup> 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/m\\_and\\_e\\_document\\_page/fr/](http://www.who.int/tb/publications/m_and_e_document_page/fr/)).

(Figure 2.5). Les pays doivent faire le suivi des interventions comme la couverture du dépistage du VIH chez les patients tuberculeux (LINK.15) et du dépistage de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH (LINK.18), l'établissement, pour les patients tuberculeux et infectés par le VIH, d'un lien avec le traitement antituberculeux et le TAR (LINK. 16) et le traitement de l'infection tuberculeuse latente chez les personnes infectées par le VIH qui ne présentent pas de tuberculose active (LINK.17). Les mesures de lutte contre l'infection tuberculeuse mises en place dans les établissements de santé doivent également faire l'objet d'un suivi à intervalles réguliers, notamment l'utilisation d'un test moléculaire rapide comme le test Xpert MTB/RIF (LINK.26). En outre, il est important de faire un suivi des résultats et de l'impact des interventions conjointes tuberculose/VIH: nombre de patients ayant achevé leur TPI (LINK.23), mortalité de la tuberculose associée au VIH (LINK.14) et développement d'une tuberculose chez les agents de santé (LINK.19). Pour évaluer la qualité des services, les pays doivent aussi faire un suivi des perdus de vue tout au long de la cascade de soins.

### Éléments particuliers à prendre en considération en fonction du type de situation et de population

L'OMS, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime et l'ONUSIDA ont élaboré des orientations générales pour un certain nombre de populations particulières à risque pour le VIH et la tuberculose ou pour lesquelles des éléments particuliers doivent être pris en considération pour la prestation de services. Ces orientations comprennent les lignes directrices unifiées figurant dans le document *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*<sup>85</sup> et dans le document *Policy guidelines for the integrated management of TB, HIV and viral hepatitis in people who inject drugs (presque finalisé)*. Des orientations spécifiques sur le suivi et l'évaluation des services de lutte contre la tuberculose figurent dans le document *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*.<sup>86</sup> Les autres populations pour lesquelles la co-infection tuberculose/VIH doit faire l'objet d'une attention particulière comprennent les prisonniers et les travailleurs dans des mines (qui sont souvent à risque de tuberculose résistante aux médicaments) et les agents de santé (qui sont exposés au risque professionnel de tuberculose et de tuberculose résistante aux médicaments).<sup>87</sup> Dans la révision 2015 du guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH, il est recommandé que la mesure du risque de tuberculose chez les agents de santé par rapport à la population générale soit utilisée comme indicateur mondial et indicateur national. Cette mesure peut aussi servir de mesure indirecte de l'impact des activités de lutte contre l'infection dans les établissements de santé.

<sup>85</sup> Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva, World Health Organization, 2014 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>).

<sup>86</sup> WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision. Geneva, World Health Organization, 2013 ([http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets\\_universal\\_access/en/](http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/)).

<sup>87</sup> Directives conjointes OMS/OIT/ONUSIDA sur l'amélioration de l'accès des personnels de santé aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien pour le VIH et la tuberculose. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 ([http://www.who.int/occupational\\_health/note\\_d'orientation.pdf?ua=1](http://www.who.int/occupational_health/note_d'orientation.pdf?ua=1)).

**Tableau 2.19 Indicateurs programmatiques relatifs à la co-infection tuberculose/VIH**

| Indicateur  | Numérateur (N)/<br>dénominateur (D)   | Ventilation                                    | Méthode de<br>mesure et points<br>particuliers/<br>Recoupement<br>avec le Guide<br>tuberculose/VIH <sup>3</sup>  | Pertinence pour<br>le programme et<br>interprétation  |
|---|---|--|--|---|
| <b>Indicateurs nationaux</b>  |   |  |  |   |
| LINK.12 Prévalence de la tuberculose dans les soins de l'infection à VIH<br><br>% des personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites pour une prise en charge du VIH et présentant une tuberculose évolutive | N : nombre de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites pour une prise en charge du VIH et présentant une tuberculose évolutive pendant la période considérée.<br><br>D : nombre de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites pour une prise en charge du VIH (pré-TAR et TAR) pendant la période considérée. | Sexe, âge (0-4, 5-14, 15+), populations clés.* | N & D : registres du programme, par exemple registres de soins pré-TAR, registres de TAR, registres de la tuberculose dans l'unité de prise en charge de base de la tuberculose.<br><br>Indicateur clé mondial et national A3. | Mesure la charge de la tuberculose active chez les personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites dans les soins de l'infection à VIH. La détection précoce de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH permet la mise en route précoce du traitement antituberculeux et du TAR. Cet indicateur mesure aussi de manière indirecte le degré avec lequel sont déployés les efforts pour détecter la tuberculose associée au VIH. |

|   |   |   |  |   |
|---|---|---|--|---|
| <p><b>LINK.13</b> Prévalence de l'infection à VIH chez les patients tuberculeux</p> <p>% des patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, enregistrés dont le statut sérologique positif vis-à-vis du VIH a été consigné</p> | <p>N : nombre de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, enregistrés pendant la période considérée et dont la séropositivité pour le VIH est consignée.</p> <p>D : nombre de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, enregistrés pendant la période considérée et dont le statut sérologique pour le VIH (positif ou négatif) a été consigné.</p> | <p>Sexe, âge (0-4, 5-14, 15+), populations clés,* tuberculose (nouveaux cas et en rechute), lieu de résidence, statut socio-économique.</p> | <p>N &amp; D : registres du programme, par exemple fiches de traitement antituberculeux et registres des cas de tuberculose.</p> <p>Indicateur clé mondial et national A2.</p> | <p>Évalue la prévalence de l'infection à VIH chez les patients tuberculeux enregistrés. Le dépistage du VIH étant réalisé chez presque 100 % des patients tuberculeux, cet indicateur fournira une estimation plus précise de la véritable prévalence de l'infection à VIH chez les patients tuberculeux dans le pays.</p> <p>Cet indicateur permet également de définir ce groupe de population qui remplit les critères pour recevoir une prophylaxie au cotrimoxazole et un TAR.</p> <p>La mesure de la prévalence de l'infection à VIH chez les patients tuberculeux permet d'orienter l'allocation des ressources et de faire le suivi de l'efficacité des interventions de prévention de l'infection à VIH.</p> |
|---|---|---|--|---|

|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
| <p>LINK.14 Mortalité des patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH</p> <p>% des patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH qui sont décédés</p>   | <p>N : nombre de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH qui sont décédés avant ou pendant le traitement antituberculeux.</p> <p>D : nombre de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH enregistrés pendant la période considérée.</p>  | <p>Sexe, âge (0-4, 5-14, 15+), populations clés,* cas de tuberculose (nouveaux cas et en rechute), lieu de résidence, statut socio-économique.</p> | <p>N &amp; D : registres du programme, par exemple registre de cas de tuberculose.</p> <p>Indicateur clé mondial et national A6.</p>   | <p>Les tendances peuvent suggérer des changements dans l'impact des activités conjointes tuberculose/VIH sur la mortalité due à la tuberculose associée au VIH.</p>   |
| <p>LINK.15 Dépistage du VIH chez les patients tuberculeux</p> <p>% des patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, enregistrés dont le statut sérologique vis-à-vis du VIH a été consigné</p> <p>Recoupement avec HTS.6 (Section Services de dépistage du VIH)</p> | <p>N : nombre de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, enregistrés pendant la période considérée dont le résultat du test de dépistage du VIH (positif ou négatif) a été consigné dans le registre des cas de tuberculose.</p> <p>D : nombre de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, enregistrés dans le registre des cas de tuberculose pendant la période considérée.</p> | <p>Sexe, âge (0-4, 5-14, 15+), statut par rapport au VIH (positif, négatif, inconnu).</p>  | <p>N &amp; D : registres du programme, par exemple fiches de traitement antituberculeux et registres des cas de tuberculose.</p> <p>Indicateur clé mondial et national A1.</p> | <p>Mesure le degré avec lequel a été établi le statut par rapport au VIH chez les patients tuberculeux enregistrés. Connaître le statut de ces patients par rapport au VIH permet d'établir un lien avec les services appropriés de prise en charge de l'infection à VIH.</p> |

|   |   |   |  |   |
|---|---|---|--|---|
| <p>LINK.16 Couverture du TAR pendant le traitement antituberculeux</p> <p>% des patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH sous TAR pendant le traitement antituberculeux</p> | <p>N : nombre de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH ayant commencé leur traitement antituberculeux pendant la période considérée qui suivent déjà un TAR ou qui ont commencé un TAR pendant le traitement antituberculeux.</p> <p>D : nombre de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH enregistrés pendant la période considérée.</p> | <p>Sexe, âge (0-4, 5-14, 15+), populations clés.*</p> | <p>N &amp; D : registres du programme, par exemple fiches de traitement antituberculeux et registres des cas de tuberculose, registres de soins pré-TAR et registres de TAR.</p> <p>Indicateur clé mondial et national A4.</p> | <p>Mesure le degré avec lequel les patients tuberculeux infectés par le VIH reçoivent un TAR au cours de leur traitement antituberculeux. Les deux traitements sont nécessaires pour réduire la mortalité.</p> <p>Une couverture élevée indique une forte collaboration entre le programme national de lutte contre le VIH et le programme national de lutte contre la tuberculose.</p> |
|---|---|---|--|---|

\* Dans de nombreuses situations, les données spécifiques sur les populations clés ne peuvent pas être collectées lors du suivi de routine des programmes ; il faut alors mener des enquêtes.



|  |  |   |   |   |
|--|--|---|---|---|
| <p><b>LINK.17 Couverture du TPI/traitement de la tuberculose latente</b></p> <p>% des personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites pour une prise en charge du VIH qui commencent un traitement préventif de la tuberculose</p> | <p>N : nombre total de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites pour une prise en charge du VIH qui commencent un traitement pour une infection tuberculeuse latente (par exemple un TPI) pendant la période considérée.</p> <p>D : nombre total de personnes nouvellement inscrites pour une prise en charge du VIH, c'est-à-dire qui sont enregistrées dans les registres pré-TAR ou TAR pendant la période considérée, à l'exception des cas confirmés de tuberculose.</p> | <p>Sexe, âge (0-4, 5-14, 15+), populations clés.*</p> | <p>N &amp; D : registres du programme, par exemple registres de soins de l'infection à VIH/fiches de TAR, registres de TAR.</p> <p>Indicateur clé mondial et national A5.</p> | <p>Mesure le degré avec lequel un traitement de l'infection tuberculeuse latente est mis en route chez les personnes nouvellement inscrites dans les soins de l'infection à VIH. Le traitement de l'infection tuberculeuse latente permet de diminuer la charge de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.</p> |
|--|--|---|---|---|

|   |   |  |   |  |
|---|---|--|---|--|
| <p><b>LINK.18</b> Couverture du dépistage de la tuberculose dans les soins de l'infection à VIH</p> <p>% des personnes dans les soins de l'infection à VIH (y compris dans le cadre d'une PTME) qui ont été dépistées pour la tuberculose dans des établissements de soins ou de traitement de l'infection à VIH</p> <p>Recoupement avec LINK.5 (Section Liens)</p> | <p>N : nombre d'adultes et d'enfants infectés par le VIH inscrits dans les soins de l'infection à VIH (pré-TAR, TAR, PTME) au cours des 12 derniers mois chez lesquels une recherche de la tuberculose a été effectuée et dont le résultat a été enregistré au cours de leur dernière visite pendant la période considérée.</p> <p>D : nombre d'adultes et d'enfants infectés par le VIH inscrits dans les soins de l'infection à VIH (pré-TAR, TAR, PTME) au cours des 12 derniers mois.</p> | <p>Les ventilations recommandées dépendent du type de système de surveillance :</p> <p>Système informatisé : sexe, âge (0-4, 5-14, 15+), statut par rapport à la grossesse, populations clés.*</p> <p>Système sur papier : aucune ventilation.</p> | <p>N &amp; D : registres du programme, par exemple registres de soins de l'infection à VIH, registres de soins pré-TAR, registres de TAR, registres de PTME.</p> <p>Indicateur clé national B1.</p> | <p>Mesure la mise en œuvre de la recommandation selon laquelle les personnes vivant avec le VIH doivent bénéficier d'un dépistage des symptômes de la tuberculose au moment du diagnostic de l'infection à VIH puis au cours de chaque visite de suivi.</p> <p>Les indicateurs de suivi de l'ensemble de la cascade des interventions pour l'intensification du dépistage de la tuberculose se trouvent dans le guide de l'OMS pour le suivi et l'évaluation des activités conjointes VIH et tuberculose.1</p> |
|---|---|--|---|--|

\* Dans de nombreuses situations, les données spécifiques sur les populations clés ne peuvent pas être collectées lors du suivi de routine des programmes ; il faut alors mener des enquêtes.

| Indicateurs supplémentaires  |  |                |   |   |
|--|--|----------------|---|---|
| <p>LINK.19 Risque relatif de développer une tuberculose chez les agents de santé</p> <p>Risque de développer une tuberculose chez les agents de santé employés dans les établissements prenant en charge la tuberculose ou le VIH par rapport au risque dans la population générale adulte</p> | <p>N : taux de notification de la tuberculose chez les agents de santé, c'est-à-dire le nombre total de cas de tuberculose enregistrés parmi les agents de santé sur le nombre d'agents de santé dans l'unité considérée et sur la période considérée.</p> <p>D : taux de notification de la tuberculose dans l'ensemble de la population adulte, c'est-à-dire le nombre total de cas de tuberculose enregistrés sur le chiffre de la population adulte dans l'unité considérée pendant la période considérée.</p> | <p>Aucune.</p> | <p>N &amp; D : registres de médecine du travail, registres du programme, par exemple registre des cas de tuberculose.</p> <p>Ajustement en fonction de l'âge et du sexe, lorsque cela est justifié.</p> <p>Indicateur clé mondial et national A7.</p> | <p>Mesure de manière indirecte l'efficacité des activités de lutte contre la tuberculose dans les établissements de santé. Si ces mesures sont mises en œuvre de manière efficace, l'exposition peut être réduite au minimum, le risque de contracter une tuberculose diminue, et le risque relatif de tuberculose active serait proche de 1.</p> |

\* Dans de nombreuses situations, les données spécifiques sur les populations clés ne peuvent pas être collectées lors du suivi de routine des programmes ; il faut alors mener des enquêtes.

|   |   |   |  |   |
|---|---|---|--|---|
| <p>LINK.20 Taux de dépistage de la tuberculose</p> <p>% des patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH, détectés et notifiés par rapport au nombre estimatif de cas incidents de tuberculose séropositifs pour le VIH</p>   | <p>N : nombre de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH, enregistrés pendant la période considérée.</p> <p>D : nombre estimatif de cas incidents de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH (avec limites inférieure et supérieure de la fourchette d'incertitude).</p>   | <p>Sexe, âge (0-4, 5-14, 15+), populations clés.*</p> | <p>N &amp; D : registres du programme, par exemple registres de soins pré-TAR, registres de TAR et registres des cas de tuberculose.</p> <p>D : les estimations annuelles récentes spécifiques à chaque pays de nombre de cas de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH peuvent être obtenues auprès de l'OMS à l'adresse suivante : <a href="http://www.who.int/tb/country/en/">http://www.who.int/tb/country/en/</a>.</p> <p>Indicateur clé national B10.</p> | <p>Rend compte de manière globale des efforts déployés pour le dépistage, qui peuvent inclure le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire chez les patients tuberculeux, le dépistage intensif de la tuberculose à chaque visite dans tous les établissements de soins et de traitement de l'infection à VIH, la prestation de services efficace aux populations clés et les liens entre le programme national de lutte contre le VIH et le programme national de lutte contre la tuberculose.</p> |
| <p>LINK.21 Test de diagnostic de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH</p> <p>% des personnes vivant avec le VIH présentant des symptômes de tuberculose qui reçoivent un test moléculaire rapide (par exemple le test Xpert MTB/RIF) comme premier test de diagnostic de la tuberculose</p> | <p>N : nombre de personnes vivant avec le VIH et présentant des symptômes de la tuberculose qui reçoivent un test moléculaire rapide (par ex., Xpert MTB/RIF) comme premier test.</p> <p>D : nombre de personnes vivant avec le VIH et présentant des symptômes de la tuberculose qui ont été détectés grâce à l'intensification du dépistage dans les établissements de soins et de traitement du VIH pendant la période considérée.</p> | <p>Sexe, âge (0-4, 5-14, 15+), populations clés.*</p> | <p>N : registres du programme, par exemple registres de laboratoire pour les examens microscopiques des frottis et des tests Xpert MTB/RIF.</p> <p>D : dossiers du programme, par exemple registres de soins pré-TAR et registres de TAR.</p> <p>Indicateur clé national B6.</p>   | <p>Mesure l'utilisation des tests diagnostiques moléculaires rapides comme premier test pour le diagnostic précoce de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.</p>   |

|  |  |   |  |   |
|--|--|---|--|---|
| <p>LINK.22 Couverture de la prophylaxie au cotrimoxazole</p> <p>% des patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH qui bénéficient d'une prophylaxie au cotrimoxazole</p> <p>Recoupement avec LINK.7 (Section Liens)</p> | <p>N : nombre de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH, enregistrés pendant la période considérée, qui ont commencé ou poursuivi une prophylaxie au cotrimoxazole pendant leur traitement antituberculeux</p> <p>D : nombre de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH enregistrés pendant la période considérée.</p>  | <p>Sexe, âge (0-4, 5-14, 15+), populations clés.*</p> | <p>N &amp; D : dossiers du programme, par exemple registres de soins pré-TAR, registres de TAR, registres des cas de tuberculose.</p> <p>Indicateur clé national B11.</p>                                    | <p>Mesure l'engagement et la capacité des programmes à fournir une prophylaxie au cotrimoxazole aux patients tuberculeux et infectés par le VIH, qui constitue une composante essentielle de la qualité des soins.</p>      |
| <p>LINK.23 Arrivée au terme du TPI/ traitement de la tuberculose latente</p> <p>% des personnes vivant avec le VIH qui arrivent au terme du traitement prophylactique contre la tuberculose</p>  | <p>N : nombre de personnes vivant avec le VIH et bénéficiant d'une prise en charge du VIH qui sont parvenues au terme du traitement (c'est-à-dire TPI seul ou TPI en combinaison avec un TAR) pour une infection tuberculeuse latente pendant la période considérée.</p> <p>D : nombre de personnes vivant avec le VIH et bénéficiant d'une prise en charge du VIH qui ont commencé un traitement pour une infection tuberculeuse latente 12 à 15 mois plus tôt.</p> | <p>Sexe, âge (0-4, 5-14, 15+), populations clés.*</p> | <p>N &amp; D : registres du programme, par exemple registres de soins pré-TAR, registres de TAR ou registres de traitement de la tuberculose latente, si disponible.</p> <p>Indicateur clé national B13.</p> | <p>Mesure le taux d'achèvement du traitement de la tuberculose latente chez les personnes recevant des soins de l'infection à VIH et mesure de manière indirecte l'efficacité des mécanismes de soutien à l'observance.</p> |

|  |   |   |   |  |
|--|---|---|---|--|
| <p>LINK.24 TAR précoce chez les patients tuberculeux et infectés par le VIH</p> <p>% des patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH qui ont commencé un TAR dans les 8 semaines après le diagnostic de la tuberculose</p>  | <p>N : nombre de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH qui ont commencé un TAR dans les 8 semaines après le diagnostic de la tuberculose.</p> <p>D : nombre de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH qui ont été identifiés pendant la période considérée.</p>  | <p>Sexe, âge (0-4, 5-14, 15+), populations clés.*</p> | <p>N &amp; D : dossiers du programme, par exemple fiches de traitement antituberculeux et registres des cas de tuberculose, registres de soins pré-TAR, registres de TAR.</p> <p>Indicateur clé national B8.</p>  | <p>Évalue si le TAR est mis en route en temps opportun après le diagnostic de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.</p>      |
| <p>LINK.25 TAR précoce chez les patients tuberculeux et infectés par le VIH profondément immunodéprimés</p> <p>% des patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH profondément immunodéprimés (nombre de CD4 <math>\leq 50</math> cellules/mm<sup>3</sup>) qui ont commencé un TAR dans les 2 semaines à compter du diagnostic de la tuberculose</p> | <p>N : nombre de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH dont le nombre de CD4 est <math>\leq 50</math> cellules/mm<sup>3</sup> qui ont commencé un TAR dans les 2 semaines à compter du diagnostic de la tuberculose.</p> <p>D : nombre de patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH qui ont été détectés pendant la période considérée et dont le nombre de CD4 est <math>\leq 50</math> cellules/mm<sup>3</sup>.</p> | <p>Sexe, âge (0-4, 5-14, 15+), populations clés.*</p> | <p>N &amp; D : registres du programme, par exemple fiches de traitement antituberculeux et registres des cas de tuberculose, registres de soins pré-TAR, registres de TAR.</p> <p>Indicateur clé national B9.</p> | <p>Évalue si le TAR est mis en route en temps opportun chez les patients tuberculeux et infectés par le VIH profondément immunodéprimés.</p> |

|   |  |                                       |   |  |
|---|--|---------------------------------------|---|--|
| <p>LINK.26 Lutte contre l'infection tuberculeuse</p> <p>% d'établissements de santé offrant des services aux personnes qui vivent avec le VIH (y compris une PTME) et respectant des pratiques de lutte contre l'infection tuberculeuse</p> | <p>N : nombre d'établissements de santé respectant des pratiques de lutte contre l'infection tuberculeuse « attestées » et conformes aux directives internationales. (Pour les critères, se référer à la révision 2015 du guide de l'OMS de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH).</p> <p>D : nombre d'établissements de santé dont les pratiques de lutte contre l'infection tuberculeuse ont été évaluées pendant la période considérée.</p> | <p>Type d'établissement de santé.</p> | <p>N &amp; D : rapports de visite de contrôle ou enquêtes annuelles sur la lutte contre les infections.</p> <p>Indicateur clé national B12.</p> | <p>Mesure la mise en œuvre des politiques de lutte contre l'infection tuberculeuse dans les sites de services de prise en charge de l'infection à VIH. Ces politiques doivent être mises en œuvre dans l'ensemble des établissements de santé dans les pays à épidémie généralisée d'infection à VIH et au minimum dans les établissements de santé où sont pris en charge la tuberculose ou l'infection à VIH dans les pays à épidémie peu active ou à épidémies concentrées d'infection à VIH.</p> |
|---|--|---------------------------------------|---|--|

## 2.4.4b Autres co-morbidités

Il est de plus en plus fréquent d'observer des comorbidités de l'infection à VIH (maladies infectieuses et maladies non transmissibles), car le nombre de personnes sous TAR augmente et la détection de ces pathologies est plus performante. Dans les pays à revenu faible ou moyen, la tuberculose, les infections bactériennes graves et les autres infections opportunistes continuent d'être la principale cause de morbidité et de mortalité associée au VIH, indépendamment de l'âge.

Selon les estimations, environ 3,6 millions de personnes âgées de 50 ans et plus vivent avec le VIH dans le monde ; cela correspond à 10 % de l'ensemble des adultes vivant avec le VIH. Maintenant qu'ils vivent plus longtemps grâce au TAR et du fait qu'ils sont exposés à un risque plus important de présenter une maladie liée au vieillissement ou aux pathologies chroniques inhérentes à l'infection à VIH, les personnes vivant avec le VIH ont un risque plus élevé de présenter des maladies non transmissibles que les personnes qui ne sont pas infectées, notamment une maladie cardiovasculaire, un diabète et certains cancers. En outre, certains troubles de santé mentale ont tendance à être plus fréquents chez les personnes vivant avec le VIH que dans la population générale. Dans les tranches d'âge opposées, les enfants et les adolescents vivant avec le VIH peuvent eux aussi présenter des co-morbidités ; les effets à long terme du VIH ou de la toxicité des ARV peuvent conduire à une croissance insuffisante ou à un retard de croissance, à un retard du développement et à une maladie pulmonaire chronique.

Dans les pays à revenu élevé, suite à l'utilisation croissante du TAR, les tendances des co-morbidités observées chez l'adulte ont changé progressivement, avec une augmentation de la contribution des maladies chroniques du foie dues aux hépatites B et C, des maladies cardiovasculaires et des affections malignes non liées au sida. Dans les pays à revenu faible ou moyen, les comorbidités devraient prendre un profil similaire, car les enfants et les adolescents infectés par le VIH vivent maintenant plus longtemps grâce au TAR. La mise en route plus précoce et la meilleure efficacité du traitement chez l'enfant pourraient permettre de diminuer les risques de retard de croissance et de maladie pulmonaire chronique, mais être associées à une augmentation du risque de toxicité liée aux ARV. Il faut donc disposer de données longitudinales de meilleure qualité.

### Infections opportunistes liées au VIH

Chez l'adulte et chez l'enfant, la mortalité associée à la tuberculose, aux infections bactériennes sévères et aux autres infections opportunistes est dans la plupart des cas augmentée de cinq à neuf fois dans les pays à revenu faible par rapport aux pays à revenu élevé. Cela s'explique en grande partie par le retard dans le diagnostic de l'infection à VIH et dans la mise en route du traitement, par les échecs du traitement et/ou par une mauvaise observance du TAR. D'une manière générale, on ne dispose pas d'informations suffisantes sur la charge relative des différentes infections opportunistes et sur l'impact du TAR sur leur incidence au niveau des pays. Sauf pour la tuberculose, le diagnostic des différentes autres infections opportunistes ne fait actuellement pas partie des systèmes de suivi et des systèmes statistiques nationaux.

### Maladies cardiovasculaires et diabète

Plusieurs facteurs sont responsables de l'augmentation des maladies cardio-vasculaires et du diabète chez les personnes vivant avec le VIH. Ces facteurs comprennent les effets inflammatoires chroniques de l'infection à VIH, les effets secondaires de certains ARV, les facteurs liés au style de vie (par exemple le tabagisme) et le processus de vieillissement. Dans les années à venir, l'OMS va s'efforcer de mieux comprendre les co-morbidités associées aux maladies non transmissibles liées au VIH chez les personnes vivant avec le VIH afin d'obtenir des informations pouvant être utiles pour prévenir et lutter contre ces maladies. Des interventions sont également nécessaires pour réduire les principaux facteurs de risque modifiables associés aux maladies non transmissibles comme le tabagisme, la mauvaise alimentation, le manque d'activité physique et la consommation excessive de sel et d'alcool. En collaboration avec ses partenaires, l'OMS examinera la meilleure façon de faire le suivi et d'évaluer l'impact des interventions destinées à atténuer les effets des maladies non transmissibles chez les personnes vivant avec le VIH.



## Cancers

Certains cancers touchent de manière disproportionnée les personnes infectées par le VIH par rapport aux personnes du même âge qui ne sont pas infectées. Parmi ceux-ci, trois cancers (le sarcome de Kaposi, le lymphome non hodgkinien et le cancer du col de l'utérus) sont connus comme des « affections malignes définissant le sida ». Le TAR diminue le risque de survenue du sarcome de Kaposi ainsi que du lymphome non hodgkinien et permet d'augmenter la survie en cas de survenue de ces maladies, mais il ne diminue pas l'incidence du cancer du col chez la femme infectée par le VIH.<sup>88</sup> Depuis l'introduction du TAR, l'incidence de plusieurs autres cancers, notamment de la maladie de Hodgkin et du cancer anal, est en augmentation chez les personnes infectées par le VIH. L'influence du TAR sur le risque de survenue de ces autres cancers n'est pas claire. L'augmentation de certains cancers pourrait également être influencée par le vieillissement de la population vivant avec le VIH ; l'incidence de la plupart des cancers augmente avec l'âge dans les populations infectées et dans les populations qui ne sont pas infectées par le VIH.

La prévention, le diagnostic précoce, le traitement et le suivi du cancer chez les personnes vivant avec le VIH doivent se conformer aux normes de meilleures pratiques cliniques. L'OMS a récemment publié des lignes directrices sur les manifestations cutanées et buccales de l'infection à VIH chez les personnes infectées ; le document contient des recommandations en termes de traitement.<sup>89</sup>

Dans de nombreuses parties du monde, les systèmes de suivi des programmes de lutte contre le VIH ne collectent pas de données permettant d'évaluer l'importance des affections malignes liées au VIH. Les programmes peuvent utiliser d'autres sources de données (par exemple les registres du cancer ou les systèmes de l'état civil) et s'en servir pour évaluer la charge des affections malignes définissant le sida au niveau de la population, en particulier dans les situations où la charge de morbidité est élevée.

## Troubles de la santé mentale et maladies du système nerveux central

Le VIH peut être à l'origine d'une encéphalopathie, d'une dépression, d'une manie, de troubles cognitifs ou d'une démence franche, et souvent d'une combinaison de ces différentes pathologies.<sup>90</sup> Chez le nourrisson et chez l'enfant infecté par le VIH, la survenue d'une anomalie du développement moteur et cognitif est plus fréquente que chez l'enfant qui n'est pas infecté.<sup>91</sup> Des troubles mentaux sont aussi souvent associés à l'utilisation de substances comme l'alcool et les drogues à usage récréatif, qui augmentent de manière indépendante les comportements à risque d'exposition au VIH. Certains ARV, par exemple l'éfavirenz, ont des effets secondaires sur le système nerveux central.

Les troubles de la santé mentale et les maladies du système nerveux central font rarement l'objet d'un suivi dans le cadre de la riposte au VIH des systèmes de santé.<sup>92</sup> Le suivi et l'évaluation des troubles de la santé mentale en rapport avec l'infection à VIH aideraient à déterminer leurs caractéristiques épidémiologiques, à évaluer les besoins et à y répondre de manière appropriée. Les données sur les affections de la santé mentale en rapport avec l'infection à VIH restent cependant rares. Même lorsque des informations concernant ces affections sont enregistrées dans les dossiers de suivi clinique des patients au niveau de certains établissements de santé, elles sont rarement incluses dans les systèmes de suivi et d'évaluation de routine.

## Co-infections par le virus de l'hépatite B et par le virus de l'hépatite C

Selon les estimations, environ 5 % à 25 % des quelque 34 millions de personnes infectées par le VIH dans le monde présentent également une infection chronique par le VHB et/ou le VHC.<sup>93</sup> La charge la

<sup>88</sup> HIV infection and cancer risk. Fact sheet. National Cancer Institute, 2011 (<http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/hiv-infection>).

<sup>89</sup> Guidelines on the treatment of skin and oral HIV-associated conditions in children and adults. Geneva, World Health Organization, 2014 ([http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/skin-mucosal-and-hiv/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/skin-mucosal-and-hiv/en/)).

<sup>90</sup> Ibid.

<sup>91</sup> Ruel TD, Boivin MJ, Boal HE, Bangirana P, Charlebois E, Havlir DV, Rosenthal P et al. Neurocognitive and motor deficits in HIV-infected Ugandan children with high CD4 cell counts. *Clin Infect Dis*. 2012;54(7):1001–1009 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3297647/>).

<sup>92</sup> VIH/sida et santé mentale. Rapport du Secrétariat. Conseil exécutif, 124ème session, EB124/6. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/28911/1/B124\\_6-fr.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/28911/1/B124_6-fr.pdf?ua=1)).

<sup>93</sup> Se référer par exemple à la publication suivante: Easterbrook P, Sands A, Harman H. Challenges and priorities in the

plus importante de co-infection par l'hépatite B est observée dans les pays à revenu faible ou moyen, notamment en Asie du Sud-Est et en Afrique subsaharienne. Il existe très peu de données sur la prévalence de la co-infection VIH/VHC en Afrique, et la plupart des études utilisées pour calculer les estimations présentent des limites importantes (échantillons de petite taille ou populations d'étude non-représentatives ; tests de recherche des anticorps anti-VHC avec un taux élevé de faux positifs).

Il n'existe actuellement pas de dépistage systématique avec recherche de l'AgHBs ou des anticorps anti-VHC dans les programmes de TAR, et il n'existe pas de documents d'orientation sur les stratégies de dépistage systématique. Le Département HIV de l'OMS élabore actuellement des lignes directrices qui comprendront des recommandations sur ce dépistage.

La co-infection par le VIH augmente la gravité de l'infection par le VHB et la gravité de l'infection par le VHC ; une infection concomitante par le VIH augmente le risque de décès lié à la cirrhose, de carcinome hépatocellulaire et la mortalité liée aux pathologies hépatiques ; elle diminue également la réponse au traitement.<sup>94</sup> Bien que la plupart des données concernant la co-infection VIH/hépatite proviennent de pays à revenu élevé, où les pathologies hépatiques sont devenues l'une des principales causes de décès chez les personnes qui présentent une co-infection VIH/VHB, il n'existe aucune donnée suggérant la présence d'une différence dans l'histoire naturelle ou dans la réponse au traitement de l'infection à VHC dans les autres régions ou dans d'autres contextes.

**Tableau 2.20 Indicateurs programmatiques relatifs aux autres co-morbidités**

| Indicateur  | Numérateur (N)/<br>dénominateur (D)  | Ventilation | Méthode de mesure                                  | Pertinence pour le<br>programme et interprétation  |
|---|--|-------------|--|--|
| <b>Indicateurs nationaux</b>  |  |             |  |  |
| LINK.27 Dépistage de l'hépatite B<br><br>% des personnes dans les soins de l'infection à VIH chez lesquelles un dépistage de l'hépatite B a été réalisé | N : nombre de personnes dans les soins de l'infection à VIH chez lesquelles un dépistage de l'hépatite B a été réalisé au cours de la période considérée à l'aide de tests de recherche de l'AgHBs.<br><br>D : nombre de personnes dans les soins de l'infection à VIH au cours de la période considérée.          | Sexe, âge.  | Dossiers cliniques et/ou registres de laboratoire. | Permet de faire le suivi de l'ampleur et des tendances du dépistage de l'hépatite B chez les patients infectés par le VIH, ce qui constitue une intervention déterminante pour évaluer les besoins liés à la prise en charge de l'hépatite B.<br><br>La présence de l'AgHBs pendant un minimum de 6 mois indique l'existence d'une hépatite B chronique, ce qui informe les cliniciens de la nécessité d'une évaluation clinique et biologique plus approfondie et d'un traitement. La connaissance du statut par rapport à la co-infection VIH/VHB permet de prescrire des ARV efficaces à la fois contre le VHB et le VIH. |
| LINK.28 Dépistage de l'hépatite C<br><br>% des personnes dans les soins de l'infection à VIH chez lesquelles un dépistage de l'hépatite C a été réalisé | N : nombre de personnes dans les soins de l'infection à VIH chez lesquelles un dépistage de l'hépatite C a été réalisé au cours de la période considérée à l'aide de tests de recherche d'anticorps anti-VHC.<br><br>D : nombre de personnes dans les soins de l'infection à VIH au cours de la période considérée | Sexe, âge.  | Dossiers cliniques et/ou registres de laboratoire. | Permet de faire le suivi de l'ampleur et des tendances du dépistage de l'hépatite C chez les patients infectés par le VIH, ce qui constitue une intervention déterminante pour évaluer les besoins liés à la prise en charge de l'hépatite C.<br><br>La présence d'anticorps anti-VHC donne des informations sur les taux de co-infection VIH/VHC, ce qui constitue une indication pour les cliniciens de la nécessité d'une évaluation clinique et biologique plus approfondie et d'un traitement.  |



Prévention

Service de  
dépistage du  
VIHLiens avec  
les soins

TAR

Suppression de  
la charge virale

## 2.4.5 Fourniture du traitement antirétroviral

### 2.4.5a Traitement antirétroviral chez l'adulte

#### Cadre conceptuel

Plus que jamais, le TAR fait maintenant partie des composantes essentielles de la riposte nationale du secteur de la santé au VIH. Lors du suivi de l'ensemble de la cascade des services de prévention et de traitement de l'infection à VIH, il est donc particulièrement important de faire le point sur l'extension du TAR. Les indicateurs figurant dans cette section suivent une personne vivant avec le VIH depuis la mise en route de son traitement et/ou sa réentrée dans le traitement jusqu'aux principales issues du traitement que sont par exemple la rétention sous TAR, l'arrêt du traitement, le fait d'être perdu de vue et le décès (Figure 2.6).

Les principales mesures de la fourniture du TAR évaluent si :

- un TAR est mis en route chez les patients qui remplissent les critères pour recevoir ce traitement, et si cette mise en route se fait en temps opportun (ART.1)
- le TAR prescrit est approprié et conforme aux directives nationales de traitement (ART.2 et ART.3)
- les patients sous TAR observent correctement leur schéma thérapeutique (ART.7) et sont en rétention sous traitement (ART.5), et
- le traitement est efficace en termes d'issue pour les patients [c'est-à-dire en termes de suppression de la charge virale (ART.9) et de survie (ART.11)].

Global  
indicateur

#### 6. Couverture du TAR

% des personnes  
vivant avec le VIH qui  
reçoivent un TAR.

#### Éléments nouveaux concernant le traitement antirétroviral

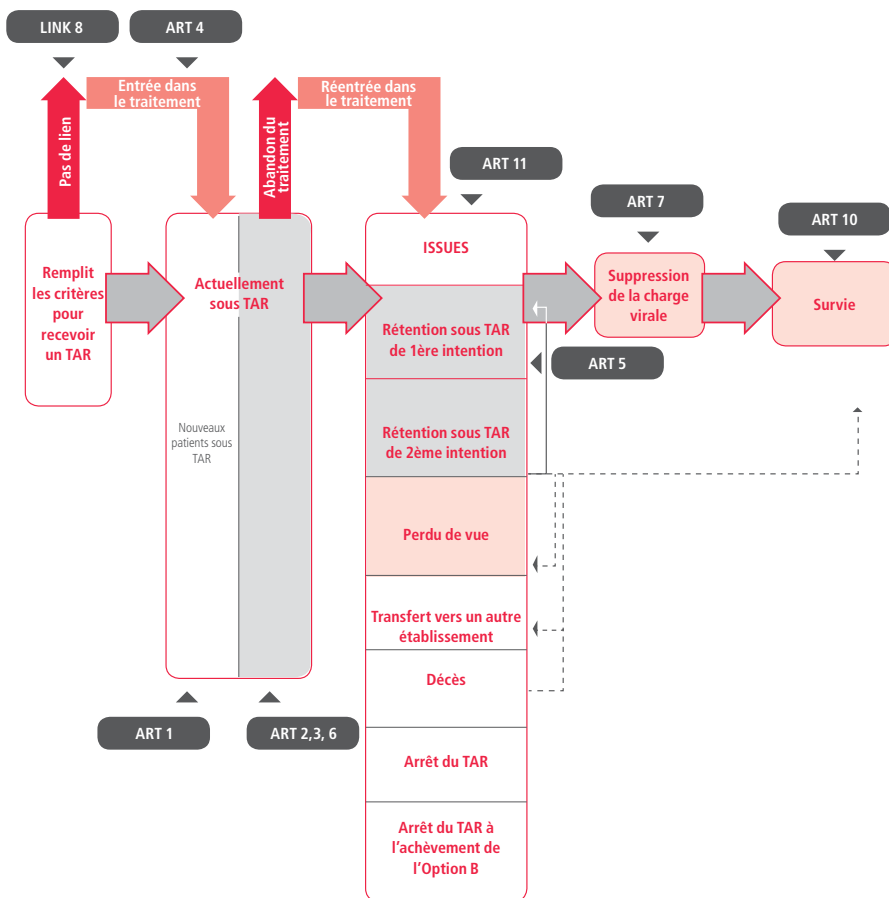
Suite à la publication de nouvelles données montrant que la mise en route précoce du TAR présente des avantages en termes de pronostic clinique pour les patients et de diminution de la transmission du VIH, l'OMS a révisé en 2013 ses recommandations relatives à la mise en route du traitement du TAR.<sup>95</sup> Avec ces nouvelles recommandations, les critères de mise en route du TAR chez l'adulte et le grand enfant ont été élargis à un nombre de CD4  $\leq 500$  cellules/mm<sup>3</sup>.<sup>96</sup> (Auparavant, il était recommandé de réserver le traitement aux personnes dont le nombre de CD4 était  $\leq 350$  cellules/mm<sup>3</sup>.) D'autres groupes, notamment les enfants âgés de moins de cinq ans, les couples sérodiscordants, les femmes enceintes et les patients tuberculeux, remplissent les critères pour recevoir un TAR quel que soit leur nombre de CD4. En utilisant ces nouveaux critères, on estime que 85 % de l'ensemble des personnes vivant actuellement avec le VIH remplissent les critères pour recevoir un TAR.<sup>97</sup> Les nouvelles recommandations encouragent également l'utilisation de schémas thérapeutiques à base d'associations d'ARV en doses fixes ainsi que la surveillance systématique de la charge virale comme principal indicateur de réussite du traitement.

<sup>95</sup> Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH - Recommandations pour une approche de santé publique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/fr/>).

<sup>96</sup> Dans les Lignes directrices unifiées, il est recommandé de mettre en route en priorité un TAR chez les personnes qui présentent une maladie sévère ou à un stade avancé (stade clinique de l'OMS 3 ou 4) ou un nombre de CD4  $\leq 350$  cellules/mm<sup>3</sup>.

<sup>97</sup> Global update on the health sector response to HIV, 2014. Geneva, World Health Organization, 2014 (<http://www.who.int/hiv/pub/progressreports/update2014/en/>) OU UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Geneva, United Nations Joint Programme on HIV/AIDS, 2013 (<http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/globalreport2013/globalreport>).

Fig. 2.6 Cascade des services de TAR



## Questions relatives au suivi et à l'évaluation du TAR

### Dénominateurs pour la couverture du TAR

À l'échelle mondiale, l'indicateur de suivi de la couverture du TAR est le pourcentage de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH qui sont sous TAR (ART.3). La raison d'être de cet indicateur n'est pas de préconiser un changement dans les critères à remplir pour mettre en route un TAR chez l'ensemble des personnes vivant avec le VIH. Cet indicateur permet plutôt de faire des comparaisons de la couverture du TAR entre des pays utilisant des critères de mise en route du TAR différents. Il facilite également le suivi des tendances en matière de couverture du TAR dans un pays. Si les pays doivent également calculer la couverture chez les personnes qui remplissent les critères pour recevoir un TAR (ART.2), le dénominateur approprié pour les rapports mondiaux est « l'ensemble des personnes vivant avec le VIH ».

### Analyse de l'issue pour les patients dans un suivi longitudinal

La plupart des données requises pour le calcul des principaux indicateurs relatifs au TAR proviennent d'informations agrégées tirées des dossiers des patients faisant partie d'un système de surveillance des patients informatisé ou sur papier. L'étude des données de cohortes (longitudinales) et l'étude des données transversales sont toutes les deux importantes. L'utilisation de systèmes de données informatisés simplifie grandement l'analyse de cohorte, car elle permet de retrouver facilement les

informations sur les patients lors de leurs différents contacts avec le système de santé. Cependant, avec la décentralisation des services de TAR vers les structures de soins primaires, les systèmes de données doivent aussi être conçus en tenant compte des limites des ressources locales et des capacités du personnel ; l'enregistrement des informations continue à se faire sur papier, même si un système informatisé est utilisé à un niveau plus élevé, lorsque les données sont agrégées. Lorsque la charge de travail représentée par l'analyse de l'ensemble des informations enregistrées sur les patients est trop importante, un échantillonnage de ces enregistrements pour le programme ou l'extraction de données à partir de sites sentinelles ou de sites disposant d'un système informatisé peut permettre de mesurer certains indicateurs ou de réaliser des ventilations supplémentaires.

Le transfert des patients et de leur dossier de traitement d'un établissement de santé à un autre représente une difficulté majeure pour une prise en charge clinique efficace des patients sous TAR et pour le suivi de leur rétention dans les soins. L'utilisation d'un seul système de numéro d'identification unique pour chaque patient d'un pays et de systèmes informatisés de suivi des patients compatibles entre tous les établissements permet de diminuer la quantité de données manquantes. Il est particulièrement important d'éviter de perdre des patients lors de ce suivi alors que le nombre d'établissements de santé où le TAR peut être mis en route ne cesse d'augmenter (la mise en route du TAR peut par exemple se faire dans les services de SMI ou les services de prise en charge de la tuberculose) et que les patients qui ont besoin d'un TAR à vie sont transférés de ces services vers des services de consultations généraux de prise en charge de l'infection à VIH. (Voir l'encadré sur les définitions utilisées pour le suivi.)

### Mesure de la rétention et d'autres issues relatives au traitement

La rétention des patients sous TAR est une mesure essentielle de la qualité du programme et constitue un indicateur d'alerte précoce (IAP) de la résistance du VIH aux ARV (voir la Section 2.4.5d).

La rétention et d'autres issues relatives au traitement, comme la suppression de la charge virale, le nombre de décès et le nombre de perdus de vue, sont mesurées dans des cohortes de patients sous TAR pour un certain nombre de durées données. Le suivi de la rétention et d'autres issues pour les patients à 12 mois fait partie des normes recommandées par l'OMS et il est utilisé pour établir les rapports à l'échelle mondiale (ART.5) ; il est cependant également recommandé de faire des mesures supplémentaires 6, 24, 36, 48 et 60 mois, etc. après la mise en route du TAR. Le suivi des perdus de vue nécessite souvent la mise en place d'études spéciales pour réaliser des enquêtes et évaluer le nombre de patients véritablement perdus de vue et combien de patients ont été transférés vers un autre site ou sont décédés.

Quand il ne leur est actuellement pas possible d'établir des rapports sur la rétention dans l'ensemble des sites de TAR ou pour l'ensemble des patients sous TAR, les pays peuvent, en attendant de pouvoir établir des rapports complets, obtenir des estimations de la rétention représentatives au niveau national à l'aide d'un échantillonnage d'un sous-ensemble de services de consultations ou de patients, en utilisant soit les méthodes des IAP, soit des méthodes décrites dans les orientations pour la surveillance de la résistance du VIH aux ARV acquise.<sup>98,99,100,101</sup>

La rétention sous traitement et l'observance du TAR sont deux paramètres essentiels non seulement en tant qu'issues pour les patients, mais aussi pour ralentir l'apparition d'une résistance du VIH aux ARV. Une présentation des indicateurs de la résistance du VIH aux ARV se trouve à la Section 2.4.5d.

<sup>98</sup> Surveillance de la résistance du VIH aux antirétroviraux chez les adultes qui commencent un traitement antirétroviral - Document analytique (résistance du VIH aux ARV prétraitement). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (Voir l'Annexe 1.3.) ([http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/prettreatment\\_drugresistance/fr/](http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/prettreatment_drugresistance/fr/)).

<sup>99</sup> Surveillance de la résistance du VIH aux antirétroviraux chez les adultes sous traitement antirétroviral - Document analytique (résistance du VIH aux antirétroviraux acquise). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (Voir l'Annexe 1.3.) ([http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/acquired\\_drugresistance/fr/](http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/acquired_drugresistance/fr/)).

<sup>100</sup> EWI meeting report, appendix 8: page 129, Table 2 ([http://www.who.int/hiv/pub/ewi\\_meeting\\_appendix.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/ewi_meeting_appendix.pdf)).

<sup>101</sup> Des estimations au niveau du site encadrées d'intervalles de confiance peuvent être obtenues par l'échantillonnage d'un nombre suffisant de dossiers de patients dans chaque service de consultations, comme indiqué dans le document suivant: Report of the Early Advisory Indicator Panel meeting (11–12 August 2011). Geneva, World Health Organization, 2012 ([http://www.who.int/hiv/pub/meetingreports/ewi\\_meeting\\_report/en/](http://www.who.int/hiv/pub/meetingreports/ewi_meeting_report/en/)).

## Mesure de l'observance du TAR

L'observance du TAR est importante pour obtenir une issue favorable du TAR et pour minimiser le risque d'apparition d'une résistance du VIH aux ARV. Même si le suivi du retrait des médicaments est l'indicateur de *mesure indirecte* recommandé pour le suivi de l'observance (ART.7), la méthode la plus fiable pour mesurer l'observance est le suivi des taux de suppression de la charge virale (ART.9) (voir la Section 2.4.6). Lorsque le test de mesure de la charge virale n'est pas disponible de manière systématique, la suppression de la charge virale peut être évaluée sur un échantillon représentatif de patients sous TAR, en utilisant une enquête sur la résistance du VIH aux ARV.<sup>102,103</sup>

Plusieurs méthodes d'évaluation sont couramment utilisées pour mesurer l'observance, chacune d'entre elles présentant ses propres avantages et inconvénients. L'observance par les patients des rendez-vous pour retirer les médicaments (ART.7) est une mesure indirecte reconnue et normalisée de l'observance du traitement. Cette mesure repose sur la possession des médicaments sur une courte période et ne prend pas en compte la prise ou non par le patient des médicaments prescrits. Il a cependant été démontré que le retrait des médicaments était associé à la suppression de la charge virale.<sup>104</sup>



### 7. Rétention sous TAR

% des personnes vivant avec le VIH et sous TAR qui sont en rétention sous TAR 12 mois après la mise en route de ce traitement.

L'observance telle que signalée par le patient lui-même et le compte des comprimés sont généralement évalués de manière systématique à chaque fois que les patients sont vus dans les services de consultation et pour tous les patients, les données étant enregistrées dans les systèmes de surveillance des patients. Ces paramètres sont faciles à enregistrer, mais généralement associés à une surestimation de l'observance. Le décompte des comprimés réalisés lors de visites à domicile non planifiées est une méthode plus fiable, mais demande beaucoup de personnel et ne peut pas être utilisé en pratique pour le suivi systématique.

## Sélection et utilisation des indicateurs

Concernant l'étape « TAR » de la cascade de services de prévention, de soins et de traitement de l'infection à VIH, la couverture globale du TAR (ART.3) fournit une mesure récapitulative des progrès accomplis dans l'extension du traitement. Elle est utilisée comme indicateur mondial et permet de faire des comparaisons entre pays. Si la couverture nationale est faible, les pays doivent évaluer si cela est dû à un manque de ressources et/ou à l'utilisation inefficace des ressources disponibles. Le nombre de patients chez qui un TAR a été mis en route (ART.1) est un indicateur complémentaire qui fournit des informations sur la capacité du programme à identifier les personnes vivant avec le VIH qui remplissent les critères pour recevoir un TAR mais qui ne l'ont pas encore commencé et à établir un lien entre ces personnes et les services de traitement.

Les indicateurs présentés dans cette section mesurent les déterminants de la couverture et de la qualité du TAR, deux paramètres qui contribuent à la survie à long terme des personnes vivant avec le VIH et à la réduction de la transmission du VIH. Une prise en charge de haute qualité des patients sous TAR (mise en route précoce du traitement, observance des schémas thérapeutiques prescrits et rétention dans les soins) est directement associée à une augmentation de la probabilité d'obtenir une suppression de la charge virale et d'éviter l'apparition d'une résistance aux ARV.

<sup>102</sup> Using early warning indicators to prevent HIV drug resistance. Report of the Early Advisory Indicator Panel meeting (11–12 August 2011). Geneva, World Health Organization, 2012 ([http://www.who.int/hiv/pub/meetingreports/ewi\\_meeting\\_report/en/](http://www.who.int/hiv/pub/meetingreports/ewi_meeting_report/en/)).

<sup>103</sup> Surveillance de la résistance du VIH aux antirétroviraux chez les adultes sous traitement antirétroviral - Document analytique (résistance du VIH aux antirétroviraux acquise). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 (voir l'Annexe 1.3) ([http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/acquired\\_drugresistance/fr/](http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/acquired_drugresistance/fr/)).

<sup>104</sup> EWI meeting report, appendix 8: page 129, Table 2 ([http://www.who.int/hiv/pub/ewi\\_meeting\\_appendix.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/ewi_meeting_appendix.pdf)).

## Définitions utilisées pour le suivi des soins dans le cadre du TAR

- **Nouvellement sous TAR.** Les patients qui commencent un TAR comprennent : les patients n'ayant jamais reçu de TAR ; les patients qui ont déjà reçu seulement une PPE ou une PPrE ; les femmes ayant reçu l'option B de PTME, qui ont arrêté les ARV après l'arrêt de l'allaitement au sein et qui doivent commencer un TAR pour leur propre santé ; et les patients qui ont déjà reçu un TAR pour lesquels des données sont ou ne sont pas disponibles et qui ont reçu un TAR par des sources extérieures au système de santé officiel et n'ont pas été comptabilisés en tant que patient nouvellement sous TAR dans un système qui fait l'objet d'un suivi à l'échelle nationale.
- **Actuellement sous TAR.** Pour établir le nombre de patients actuellement sous TAR, un établissement de santé doit compter les patients qui ont commencé le TAR dans cet établissement, plus les patients transférés venant d'un autre établissement, moins les patients transférés vers un autre établissement, les décès, les perdus de vue et les personnes ayant arrêté le TAR. Pour obtenir le nombre total, l'ensemble des chiffres obtenus dans les différents établissements de santé sont additionnés.
- **Rétention dans les soins de l'infection à VIH et sous TAR.** Le taux de rétention est souvent utilisé pour décrire une cohorte de personnes infectées par le VIH, vivantes et qui reçoivent des soins de l'infection à VIH, y compris un TAR, à un moment donné après le début des soins de l'infection à VIH en général ou du TAR en particulier. Le suivi de la rétention dans les soins peut être réalisé pour l'ensemble des patients recevant des soins de l'infection à VIH, mais aussi de manière séparée pour ceux qui reçoivent des soins pré-TAR et ceux sous TAR. Le nombre de personnes en rétention est égal au nombre de personnes ayant commencé les soins de l'infection à VIH moins le nombre de décès, de perdus de vue et de personnes ayant arrêté leur traitement au moment de la mesure. Sur le plan opérationnel, la rétention dans les soins de l'infection à VIH peut être définie sur la base de l'assiduité aux rendez-vous de consultations médicales ou sur la base des interventions. Dans les Trois systèmes intégrés de suivi du patient,<sup>1</sup> la rétention sous TAR est définie d'une manière générale comme le nombre de personnes encore en vie et sous TAR 12 mois après la mise en route du traitement (ou toute autre durée précisée). Lors de son calcul par agrégation des données au niveau de l'établissement de santé, ce chiffre ne comprend pas les patients transférés vers un autre établissement au cours des 12 mois, les décès, les personnes dont on sait qu'elles ont arrêté le TAR et les perdus de vue.
- **Perdu de vue.** Cette catégorie s'applique à tout patient perdu de vue trois mois ou plus (90 jours ou plus) depuis le dernier rendez-vous manqué.
- **Personne ayant arrêté le TAR.** Les patients peuvent arrêter leur schéma d'ARV pour différentes raisons et un code spécifique leur est attribué selon la raison.<sup>2</sup> Il peut y avoir un chevauchement entre les catégories « perdu de vue » et « personne ayant arrêté le TAR », les patients qui arrêtent leur traitement sans en avertir le personnel du service de consultations étant classés comme perdus de vue.

<sup>1</sup> Trois systèmes intégrés de suivi du patient pour les soins VIH/TAR, SMI/PTME (y compris la prévention contre le paludisme pendant la grossesse), et la co-infection TB/VIH : données minimum standardisées et outils illustratifs. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85741/1/9789242598155\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85741/1/9789242598155_fre.pdf?ua=1)).

<sup>2</sup> Dans les Trois systèmes intégrés de suivi du patient, les raisons pour l'arrêt d'un TAR et faisant l'objet d'un codage sont les suivantes : toxicité/effets secondaires, effets indésirables, grossesse, échec du traitement, mauvaise observance, maladie, hospitalisation, rupture de stock de médicaments, problème financier du patient, autres décisions du patient, interruption programmée de la prescription des médicaments, et fin de la période de risque de TME dans les pays utilisant l'Option B pour la PTME.



Les programmes dans lesquels un nombre élevé de patients ont un faible nombre de CD4 au moment de la mise en route du TAR doivent rechercher les raisons de ce retard au traitement. Si le diagnostic d'infection à VIH est posé tardivement au cours de la progression de la maladie, le programme doit peut-être revoir sa stratégie de dépistage et de conseil après le test. Si la rétention dans les soins pré-TAR est insuffisante ou si l'orientation des patients vers les établissements disposant du TAR n'est pas suivie d'effets, ce qui contribue à une mise en route tardive du TAR, le programme doit peut-être améliorer les systèmes de suivi des patients pour que ceux-ci restent dans les soins.

Les programmes pour lesquels le taux d'observance du TAR est faible (mesuré par une absence de suppression de la charge virale et/ou par un faible taux de retrait des médicaments) doivent identifier les obstacles à l'observance, par exemple les ruptures de stock de TAR, les schémas thérapeutiques inappropriés (ARV avec des effets secondaires et/ou résistance aux ARV) ou les obstacles à l'accès aux services de consultations ou à la prise des médicaments comme prescrits.

Un taux de rétention sous TAR insuffisant doit inciter les administrateurs de programmes à étudier les issues des patients sous TAR (ART.7), c'est-à-dire le nombre de décès, de perdus de vue et de personnes ayant souffert d'une toxicité des médicaments. Des informations supplémentaires sur l'utilisation des indicateurs relatifs à la suppression de la charge virale se trouvent à la Section 2.4.6. La ventilation des indicateurs de suivi du TAR en fonction des populations clés et d'autres populations prioritaires particulières et par tranches d'âge peut révéler la présence de certains obstacles spécifiques à l'accès aux services.

## Éléments particuliers à prendre en considération en fonction du type de situation et de population

### Enfants et adolescents

Chez l'enfant et l'adolescent, les besoins en matière de soins et de traitement varient en fonction de la tranche d'âge. Par exemple, la mise en route précoce du TAR est une priorité chez les nourrissons et chez les enfants âgés de moins de cinq ans, tous remplissant les critères pour recevoir un TAR. Pour les tranches d'âge supérieures, les taux d'attrition sous TAR et les taux de mortalité observés chez l'adolescent sont souvent élevés. Les systèmes doivent pouvoir assurer le suivi des enfants au fur et à mesure qu'ils évoluent dans la cascade d'interventions de prise en charge de l'infection à VIH et que les nourrissons deviennent des enfants, en recevant leur traitement à des endroits qui peuvent être différents, puis lorsqu'ils passent vers les services pour adultes. La ventilation des données relatives au TAR chez l'enfant et chez l'adolescent en fonction de différentes tranches d'âge peut permettre de faire le suivi de la qualité des services à chaque étape et d'obtenir des informations utiles pour planifier les programmes et prévoir les approvisionnements en médicaments. (Voir la Section 2.4.5b sur l'infection à VIH chez l'enfant.)

### Femmes enceintes et femmes allaitant au sein

La couverture du TAR et la rétention sous TAR chez les femmes enceintes et chez les femmes allaitant au sein infectées par le VIH sont des indicateurs nationaux pour le suivi de la cascade d'interventions de PTME (MTCT.2 et MTCT.3). Les indicateurs de la couverture de la prise d'ARV chez les femmes enceintes infectées par le VIH couvrent les femmes infectées par le VIH chez lesquelles le diagnostic d'infection est posé pendant la grossesse et celles qui ont commencé leur traitement avant le début de la grossesse. Chez les femmes qui ont commencé le TAR au cours de la grossesse, la rétention est mesurée 12 mois après la date de mise en route du traitement. Comme pour les autres patients sous TAR, il est également possible de mesurer la rétention de manière plus précoce (par exemple à 3, 6 ou 9 mois) afin d'évaluer si l'observance pose un problème au cours de l'exécution du programme de PTME. Lorsque ces femmes sont transférées d'un site de consultations de SMI vers un site de services de TAR, il est important d'éviter de

les compter une deuxième fois comme clientes nouvellement inscrites dans les soins (voir la Section 2.4.7).

## Populations clés

Comme cela a été expliqué à la Section 2.4.4 sur les liens avec les soins de l'infection à VIH, il est important de ventiler les indicateurs relatifs à la couverture du TAR et ceux relatifs à la rétention sous TAR en fonction des populations clés afin d'évaluer l'équité dans la fourniture des services. Des activités particulières, généralement des enquêtes, doivent être menées pour mesurer la couverture du TAR et la rétention sous TAR dans les populations clés, les dossiers des patients ne comprenant généralement pas de données permettant d'identifier ces groupes à risque particuliers. Le calcul de la couverture nécessite également de disposer d'estimations du dénominateur, c'est-à-dire de la taille des populations clés (voir la Section 2.4.1).

## Tuberculose et hépatite B

Dans les lignes directrices de l'OMS de 2013 sur le traitement, il est recommandé de mettre en route un TAR quel que soit le nombre de CD4 chez toute personne vivant avec le VIH qui présente une co-infection par la tuberculose active ou une hépatite B associée à une pathologie hépatique chronique sévère. La mesure de l'utilisation du TAR par les personnes vivant avec le VIH qui présentent ces pathologies fournit des informations spécifiques sur la mise en route du TAR, la rétention sous TAR et les issues du TAR (voir la Section 2.4.4b) dans ce groupe particulier qui peut évoluer vers une issue défavorable en l'absence de traitement.

**Tableau 2.21 Indicateurs programmatiques relatifs au traitement antirétroviral**

| Indicateur  | Numérateur (N)/<br>dénominateur (D)  | Ventilation  | Méthode de mesure                                     | Pertinence pour<br>le programme et<br>interprétation   |
|---|--|--|---|--|
| <b>ART.1 Nouveaux patients sous TAR</b><br><br>Nombre de personnes vivant avec le VIH qui commencent un TAR | N : nombre de personnes vivant avec le VIH qui ont commencé un TAR au cours des 12 derniers mois.<br><br>D : sans objet. | Sexe, âge (<1, 1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50+), populations clés* si disponibles, raisons pour commencer un TAR, femmes enceintes ou allaitant au sein, autres populations prioritaires particulières, partenaires sérodiscordants, CD4 ≤500 cellules/mm <sup>3</sup> , type de prestataire (public/privé). | Registres du programme, par exemple registres de TAR. | Mesure dans son ensemble l'extension du programme de TAR. La ventilation fournit des informations supplémentaires pour évaluer l'inscription au TAR dans des populations prioritaires et de certaines tranches d'âge particulières (nourrissons, enfants, adolescents, adultes). |

|  |  |   |   |  |
|--|--|---|---|--|
| <p><b>ART.2 Couverture du TAR 1</b></p> <p>% des personnes vivant avec le VIH qui remplissent les critères pour recevoir un TAR et qui reçoivent ce traitement</p> | <p>N : nombre de personnes vivant avec le VIH qui reçoivent actuellement un TAR.</p> <p>D1 : estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH qui remplissent les critères pour recevoir un TAR selon les directives nationales de traitement.</p> <p>D2 (dénominateur obtenu à partir de données programmées) : nombre de personnes vivant avec le VIH chez lesquelles le diagnostic a été posé et qui ont reçu leur résultat. (numérateur de HTS.1).</p> | <p>Sexe, populations clés,* type de schéma thérapeutique (par exemple de première intention, de deuxième intention), type de prestataire (public/privé).</p> <p>Âge :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. minimum pour les systèmes sur papier (collecte systématique) : &lt;15, 15+</li> <li>2. extraction annuelle de données ventilées si ces données ne sont pas collectées de manière systématique : &lt;5, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50+</li> <li>3. système informatisé : par tranches d'âge de 5 ans.</li> </ol> | <p>N : registres du programme, par exemple registres de TAR, formulaires d'enregistrement.</p> <p>D1 : estimations obtenues à l'aide de méthodes de modélisation cohérentes à l'échelle internationale (par exemple à l'aide du logiciel Spectrum AIM).</p> <p>D2 : registres du programme, par exemple registres de dépistage.</p> | <p>Utilisé pour évaluer les progrès accomplis pour fournir un TAR à l'ensemble des personnes vivant avec le VIH remplissant les critères pour recevoir ce traitement.</p> <p>Les ventilations peuvent permettre de connaître le degré d'équité dans l'inscription au TAR dans certaines populations prioritaires.</p> <p>Lorsqu'il n'existe pas d'autre moyen de prévoir les besoins en formulations d'ARV pour enfant, les données peuvent être ventilées en fonction des tranches d'âge suivantes : &lt;3, 3-10 et 10+.</p> <p>Chacune de ces tranches d'âges doit recevoir un schéma thérapeutique privilégié de TAR de première intention différent.</p> |
|--|--|---|---|--|

\* Dans de nombreuses situations, les données spécifiques sur les populations clés ne peuvent pas être collectées lors du suivi de routine des programmes ; il faut alors mener des enquêtes.

|  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
| <p>ART.3 Couverture du TAR 2</p> <p>% des personnes vivant avec le VIH qui reçoivent un TAR</p>   | <p>N : nombre de personnes vivant avec le VIH qui reçoivent actuellement un TAR.</p> <p>D : nombre de personnes vivant avec le VIH.</p> | <p>Sexe, populations clés,* type de schéma thérapeutique (par exemple de première intention, de deuxième intention).</p> <p>Âge :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. minimum pour les systèmes sur papier (collecte systématique) : &lt;15, 15+</li> <li>2. extraction annuelle de données ventilées si ces données ne sont pas collectées de manière systématique : &lt;5, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50+</li> <li>3. système informatisé : par tranches d'âge de 5 ans.</li> </ol> | <p>N : registres du programme, par exemple registres de TAR, formulaires d'enregistrement.</p> <p>D : estimations obtenues à l'aide de méthodes de modélisation cohérentes à l'échelle internationale (par exemple à l'aide du logiciel Spectrum AIM).</p> | <p>Cette mesure de la couverture est indépendante des changements dans les directives nationales de traitement. Elle est donc plus utile qu'ART.2 pour faire le suivi des tendances et pour faire des comparaisons au niveau international de la couverture du TAR (pour ART.2, le dénominateur est le nombre de personnes vivant avec le VIH qui remplissent les critères pour recevoir un TAR).</p> <p>À partir de 2014, cet indicateur a été inclus dans les rapports mondiaux des Nations Unies.</p> |
|--|---|---|--|--|

|   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
| <p><b>ART.4 Mise en route tardive du TAR</b></p> <p>% des personnes infectées par le VIH chez lesquelles le TAR est mis en route alors que leur nombre de CD4 est <math>\leq 200</math> cellules/mm<sup>3</sup>, et <math>\leq 350</math> cellules/mm<sup>3</sup></p> | <p>N : nombre de personnes adultes infectées par le VIH chez lesquelles le TAR a été mis en route au cours des 12 derniers mois alors que leur nombre de CD4 de référence était <math>\leq 200</math> cellules/mm<sup>3</sup>, et <math>\leq 350</math> cellules/mm<sup>3</sup>.</p> <p>D : nombre de personnes adultes infectées par le VIH chez lesquelles le TAR a été mis en route au cours des 12 derniers mois et qui disposent d'un nombre de CD4 de référence.</p> | <p>Sexe, âge (&lt;1, 1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-49, 50+), populations clés* si disponibles, autres populations prioritaires.</p> <p>Facultatif : calculer aussi cet indicateur en utilisant les seuils de <math>\leq 500</math> cellules/mm<sup>3</sup> et <math>&gt; 500</math> cellules/mm<sup>3</sup> au moment de la mise en route du TAR.</p> <p>Facultatif : moyenne et médiane du nombre de CD4.</p> | <p>N &amp; D : registres du programme, par exemple registres des ARV, registres de laboratoire</p> <p>Le suivi de la moyenne et de la médiane du nombre de CD4 peut être plus faisable avec un système informatisé des dossiers des patients qu'avec un système sur papier.</p> | <p>Mesure la mise en route tardive du TAR, qui est un facteur de risque d'échec thérapeutique. Une personne chez laquelle le nombre de CD4 est <math>\leq 200</math> cellules/mm<sup>3</sup> serait considérée comme s'étant présentée de manière tardive avec une maladie à un stade avancé.</p> <p>La ventilation en fonction des populations prioritaires donne une indication de l'équité dans l'inscription au TAR.</p> |
|---|--|---|---|--|

|  |   |  |   |  |
|--|---|--|---|--|
| <p>ART.5 Rétention sous TAR</p> <p>% des personnes vivant avec le VIH et sous TAR qui sont en rétention sous TAR 12 mois après la mise en route de ce traitement</p> <p>Mesure également recommandée à 24, 36, 48, 60 mois, etc.</p> <p>Recoupement avec MTCT.3 (Section PTME)</p>  | <p>N : nombre de patients sous TAR en vie et sous TAR 12 mois (ou 24, 36, 48, 60 mois, etc.) après la mise en route de ce traitement.</p> <p>D : nombre de patients chez lesquels un TAR a été mis en route jusqu'à 12 mois (ou 24, 36, 48, 60 mois, etc.) avant le début de l'année considérée. Cela comprend les patients décédés depuis le début du traitement, ceux qui ont arrêté leur traitement et les perdus de vue à 12 mois (ou 24, 36, 48, 60 mois, etc.).</p> | <p>Sexe, grossesse au moment de la mise en route du TAR, allaitement au sein au moment de la mise en route du TAR, si pertinent.</p> <p>Âge :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. minimum pour les systèmes sur papier (collecte systématique) : &lt;15, 15+</li> <li>2. extraction annuelle de données ventilées si ces données ne sont pas collectées de manière systématique : &lt;5, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50+</li> <li>3. système informatisé : par tranches d'âge de 5 ans.</li> </ol> <p>Ventilation optionnelle : co-infection avec la tuberculose, co-infection avec l'hépatite B, consommation de drogue par injection.</p> | <p>N &amp; D : registres du programme, par exemple registres de TAR, formulaires d'enregistrement des cohortes.</p> <p>Informations collectées si possible sur l'ensemble des patients de l'ensemble des consultations de TAR. Si ce n'est pas possible, essayer de calculer cet indicateur à partir d'un échantillon de patients appartenant à un sous-ensemble représentatif des consultations de TAR.1</p> <p>Une période de grâce de 3 mois étant autorisée avant de conclure qu'un patient est perdu de vue, la cohorte évaluée doit être composée des patients qui commencent un TAR entre 27 et 15 mois avant la date de début de l'enquête.</p> | <p>Un taux élevé de rétention sous TAR est une mesure importante de la réussite du programme et de sa qualité globale.</p> <p>Lorsque cet indicateur est utilisé comme IAP pour la résistance du VIH aux ARV, la performance est considérée comme satisfaisante si &gt;85 %, comme passable si &gt;75 % et des mesures pour améliorer la situation doivent être mises en place immédiatement si ≤75 %.</p> |
|--|---|--|---|--|

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
| <p>ART.6 Issues du TAR à moyen terme</p> <p>% des patients sous TAR en fonction des différentes issues du traitement à 12 mois</p> <p>Recoupement avec MTCT.8 (Section PTME)</p> | <p>N : patients sous TAR en fonction des différentes issues du traitement 12 mois après la mise en route de ce traitement :</p> <p>sous TAR de première intention</p> <p>sous TAR de deuxième intention</p> <p>décès</p> <p>perdu de vue</p> <p>arrêt du TAR</p> <p>arrêt du TAR à l'achèvement de l'Option B.</p> <p>D : nombre de patients chez lesquels un TAR a été mis en route au cours des 12 mois précédant le début de la période considérée.</p> | <p>Sexe, grossesse au moment de la mise en route du TAR et allaitement au sein au moment de la mise en route du TAR.</p> <p>Âge :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. minimum pour les systèmes sur papier (collecte systématique) : &lt;15, 15+</li> <li>2. extraction annuelle de données ventilées si ces données ne sont pas collectées de manière systématique : &lt;5, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50+</li> <li>3. système informatisé : par tranches d'âge de 5 ans.</li> </ol> <p>Ventilation optionnelle : co-infection avec la tuberculose, co-infection avec l'hépatite B, niveau du site, sites pour lesquels le taux de rétention est &lt;75 %.</p> | <p>N &amp; D : registres du programme, par exemple registres de TAR, formulaires d'enregistrement des cohortes.</p> <p>Informations collectées si possible sur l'ensemble des patients, mais peuvent aussi être collectées sur un échantillon.</p> <p>La ventilation en fonction de l'âge peut être réalisée de manière systématique si l'on dispose d'un système informatisé pour les dossiers des patients, et sur un échantillon de sites sentinelles avec un système sur papier.</p> | <p>Mesure la rétention à 12 mois et donne des informations sur les contributions relatives des décès, des perdus de vue et de l'arrêt du traitement pour les personnes qui ne sont pas en rétention sous traitement. Toutefois, les programmes ne peuvent pas toujours faire une distinction fiable entre ces trois catégories, car certains transferts vers un autre service de TAR peuvent passer inaperçus et certains décès ne sont pas déclarés. Par conséquent, la distribution des différentes issues du TAR et l'importance des perdus de vue doivent être interprétées avec prudence et faire l'objet d'investigations supplémentaires.</p> |
|--|--|---|--|--|

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
| <p>ART.7 Mesure indirecte de l'observance du TAR</p> <p>% des patients sous TAR qui retirent dans les temps l'ensemble des ARV prescrits</p> | <p>N : nombre de patients qui retirent l'ensemble des ARV prescrits avec pas plus de 2 jours de retard au premier retrait après un retrait de référence défini.</p> <p>D : nombre de patients qui retirent des ARV à une date ou après une date donnée pour l'échantillon.</p> | <p>Sexe, âge (&lt;10, 10-19, 20-49, 50+).</p> | <p>N &amp; D : échantillon de registres du programme, par exemple registre des ARV, registres de la pharmacie.<sup>1</sup></p> | <p>Une méthode d'évaluation par mesure indirecte de l'observance du TAR au niveau de la population par le retrait dans les temps des ARV. Cette méthode présente des inconvénients, mais elle peut avoir son utilité et s'avérer réalisable en situation de ressources limitées.</p> <p>Lorsque cet indicateur est utilisé comme IAP pour la résistance du VIH aux ARV, la performance est considérée comme satisfaisante si &gt;90 % et comme passable si &gt;80 %.</p> |
|--|--|---|--|--|



|   |   |  |  |  |
|---|---|--|--|--|
| <p>ART.8 Couverture de la mesure de la charge virale</p> <p>% des personnes sous TAR chez lesquelles un résultat de mesure de la charge virale est disponible 12 mois après la mise en route du TAR</p> <p>Recoupement avec VLS.2 (Section Suppression de la charge virale)</p> | <p>N : nombre de personnes vivant avec le VIH et sous TAR pour lesquelles un résultat de mesure de la charge virale est disponible 12 mois après la mise en route du TAR.</p> <p>D : nombre de personnes sous TAR depuis 12 mois.</p> | <p>Âge :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. minimum pour les systèmes sur papier (collecte systématique) : &lt;15, 15+</li> <li>2. extraction annuelle de données ventilées si ces données ne sont pas collectées de manière systématique : &lt;5, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50+</li> <li>3. système informatisé : par tranches d'âge de 5 ans.</li> </ol> | <p>N &amp; D : registres du programme, par exemple registres de TAR, formulaires d'enregistrement de cohortes, dossiers des patients.</p> <p>Registres de laboratoire.</p> <p>Enquête.</p> <p>Patients exclus du dénominateur : décès, transferts vers un autre service de consultations, patients classés comme perdus de vue, et patients chez lesquels un test de mesure de la charge virale n'a pas été réalisé au 12ème mois sous TAR.</p> <p>Lors du calcul du numérateur pertinent, il est très important de retirer des données toute duplication éventuelle des cas et d'éviter tout double comptage.</p> | <p>Cet indicateur est essentiel pour décider si l'indicateur suivant (ART.9) peut être calculé à partir des données collectées de manière systématique.</p> <p>Si la couverture des données collectées de manière systématique est inférieure au pourcentage à partir duquel les données sont considérées comme représentatives de la population éligible, les résultats obtenus à partir de ces données ne peuvent pas être présentés comme des chiffres nationaux. Dans certaines situations, le seuil utilisé est de 70 % ou 80 %.</p> <p>À 15 mois, au moins un test de mesure de la charge virale doit avoir été réalisé chez l'ensemble des patients sous TAR. Cet indicateur évalue le niveau de disponibilité de la mesure de la charge virale dans le pays.</p> |
|---|---|--|--|--|

|   |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
| <p>ART.9 Suppression de la charge virale 12 mois après la mise en route du TAR</p> <p>% des personnes vivant avec le VIH et sous TAR qui présentent une suppression de la charge virale 12 mois après la mise en route du traitement</p> <p>Recoupement avec VLS.1 (Section Suppression de la charge virale) et ART.15 (Section Résistance aux antirétroviraux)</p> | <p>N : nombre de personnes vivant avec le VIH chez lesquelles un TAR a été mis en route 12 mois avant le début de la période considérée et qui présentent une suppression de la charge virale (&lt;1000 copies/ml) 12 mois après la mise en route du TAR.</p> <p>D : nombre de personnes vivant avec le VIH chez lesquelles un TAR a été mis en route 12 mois (<math>\pm</math>3 mois) avant le début de l'année considérée.</p> | <p>Âge :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. minimum pour les systèmes sur papier (collecte systématique) : &lt;15, 15+</li> <li>2. extraction annuelle de données ventilées si ces données ne sont pas collectées de manière systématique : &lt;5, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50+</li> <li>3. système informatisé : par tranches d'âge de 5 ans.</li> </ol> <p>Sexe, grossesse au moment de la mise en route du TAR et allaitement au moment de la mise en route du TAR, si pertinent.</p> | <p>N &amp; D : registres du programme, par exemple registres de TAR, formulaires d'enregistrement de cohortes, dossiers des patients, combinés à des estimations pour la population pour lesquelles aucune donnée sur la charge virale n'est disponible.</p> <p>Les programmes doivent enregistrer ces informations de manière systématique. Dans les situations où cette information n'est pas disponible à partir des registres du programme, elle peut être obtenue par estimation à partir d'une enquête de surveillance de la résistance aux ARV acquise, qui fournit des méthodes pour obtenir une estimation représentative au niveau national de la suppression de la charge virale chez les patients sous TAR depuis 12 mois (voir la Section 2.4.5d).</p> | <p>Mesure les issues cliniques pour les patients dans les soins et la qualité globale des soins au cours de l'extension des programmes de TAR. La suppression de la charge virale est également la meilleure mesure disponible de l'observance du TAR par le patient.</p> <p>Dans une cohorte de patients ayant commencé un TAR à un moment donné, des niveaux particuliers de suppression de la charge virale peuvent être attendus, ces niveaux variant en fonction du moment où la mesure est réalisée ; les données obtenues peuvent être comparées avec un point de référence.</p> |
|---|--|---|---|---|

|   |   |  |   |  |
|---|---|--|---|--|
| <p>ART.10 Ruptures de stocks d'ARV</p> <p>% des structures de soins ayant connu une rupture de stock d'ARV</p> <p>Recouplement avec HTS.13 (Section Services de dépistage du VIH) et RES.12 (Section Produits médicaux et technologies)</p> | <p>N : nombre de sites de TAR ayant connu une rupture de stock de l'un quelconque des ARV au cours de la période considérée.</p> <p>D : nombre total de sites de TAR sur lesquels cette information est collectée.</p>  | <p>Niveau du site (communautaire, primaire, secondaire, tertiaire), regroupement géographique (par exemple par région ou par district), type de site (par exemple services de consultations générales, sites de SMI, sites de prise en charge de la tuberculose), type d'ARV.</p>                      | <p>N &amp; D : registres de routine du programme, par exemple registres de la pharmacie.</p> <p>L'IAP relatif à la résistance du VIH aux ARV sur les ruptures de stock d'ARV fait le suivi du % des mois où aucune rupture de stock n'a été observée au cours de l'année considérée. Il peut être mesuré au niveau des structures de soins et les résultats obtenus peuvent être agrégés pour obtenir une estimation nationale.</p> | <p>Cet indicateur évalue la performance du système mis en place pour assurer la chaîne logistique.</p> <p>Au niveau des structures de soins, il mesure la capacité de ces structures à assurer l'approvisionnement en ARV et à éviter les interruptions de TAR.</p> <p>Lorsqu'il est utilisé comme IAP pour la résistance du VIH aux ARV, la cible est de 0 % (c'est-à-dire l'ensemble des sites disposent d'un approvisionnement continu en ARV).</p> |
| <p>ART.11 Survie sous TAR</p> <p>% des personnes vivant avec le VIH en vie 12, 24, 36 mois, etc. après la mise en route du TAR</p>  | <p>N : nombre de personnes infectées par le VIH en vie 12, 24, 36 mois, etc. après la mise en route du TAR.</p> <p>D : nombre de personnes infectées par le VIH chez lesquelles un TAR a été mis en route jusqu'à 12, 24, 36 mois, etc. avant le début de l'année considérée.</p> | <p>Age (&lt;5, 5-14, 15-19, 20-49, 50+).</p> <p>Catégories d'âge supplémentaires dans les situations où des informations plus détaillées sur des tranches d'âge particulières sont nécessaires et peuvent être obtenues (par exemple lorsque le système est informatisé) : &lt;1, 1-4, 5-9, 10-14.</p> | <p>N &amp; D : basés sur les registres de TAR et les formulaires d'enregistrement de cohortes, avec une étude spéciale pour déterminer l'issue du TAR pour les perdus de vue et reclasser leur statut.</p> <p>Le dénominateur comprend les décès depuis le début du traitement, les personnes qui ont arrêté leur traitement et les personnes enregistrées comme perdues de vue à 12, 24, 36 mois, etc.</p>                         | <p>Mesure directement ou par estimation la survie réelle des patients sous TAR.</p> <p>Donne également des indications sur les éventuelles erreurs de classification et sur l'ampleur des transferts vers un autre service de TAR passés inaperçus et sur les décès non déclarés. Peut aider à l'amélioration du programme en identifiant des façons d'améliorer le suivi des patients et en fournissant des données sur les issues du TAR.</p>        |

## 2.4.5b Soins de l'infection à VIH chez l'enfant

### Cadre conceptuel

Les soins et le traitement de l'infection à VIH chez l'enfant ont pris du retard par rapport à ceux chez l'adulte ; en comparaison de l'adulte, le diagnostic est posé chez une plus faible proportion d'enfants vivant avec le VIH et une plus faible proportion d'entre eux reçoit des soins.<sup>105</sup> Dans le monde, la voie la plus courante par laquelle un enfant est infecté par le VIH est la transmission du virus au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement au sein, connu sous le nom de « transmission mère-enfant » ou transmission verticale (voir la Section 2.4.7 sur la Prévention de la TME). Pour diminuer le nombre d'enfants qui meurent de l'infection à VIH, il faut d'une part prévenir les nouvelles infections de la mère à l'enfant à l'aide d'interventions efficaces et d'autre part identifier et traiter rapidement les nourrissons et les enfants infectés. Sans traitement, la moitié de l'ensemble des enfants vivant avec le VIH mourront avant l'âge de deux ans.<sup>106</sup>

Les enfants plus âgés et les adolescents peuvent également être infectés par transmission sexuelle et du fait de la consommation de drogue par injection. Chez l'enfant âgé de moins de 15 ans, une écrasante majorité des infections sont dues à la TME, alors que chez ceux âgés de 15 ans et plus, la plupart des nouvelles infections sont transmises au cours de rapports sexuels non protégés ou de l'injection de drogue avec du matériel contaminé. Les personnes vivant avec le VIH âgées de moins de 19 ans représentent donc un groupe non homogène et ont des besoins différents en matière de prévention et de traitement.

Les enfants et les adolescents peuvent aussi être infectés par des transfusions sanguines et des pratiques médicales à risque. Dans certains contextes, ces voies sont une cause importante d'infections chez l'enfant et doivent faire l'objet d'un suivi.

Chez le nourrisson et chez l'enfant infectés par le VIH, la cascade de soins est la même que celle qui doit être mise en place chez l'adulte : diagnostic, liaison avec les soins, inscription dans les soins, traitement et suppression de la charge virale (Figure 2.7). La plupart des indicateurs utilisés pour le suivi de l'infection à VIH chez l'enfant sont donc les mêmes que ceux utilisés chez l'adulte, une ventilation particulière en fonction de tranches d'âge spécifiques donnant des informations sur les enfants. La collecte, l'organisation, la transmission et l'interprétation des informations stratégiques relative aux enfants vivant avec le VIH présentent cependant des difficultés particulières. Les nourrissons et les jeunes enfants exposés au VIH peuvent par exemple être perdus de vue avant que leur statut par rapport au VIH ne soit déterminé ; il est alors difficile de calculer avec exactitude le nombre d'enfants infectés par le VIH. Les adolescents ne sont pas toujours en mesure de donner leur consentement pour le diagnostic et les soins de leur infection à VIH, et ils sont souvent exclus des enquêtes ; cela empêche de bien comprendre l'épidémie d'infection à VIH dans cette population, de collecter des informations sur le sujet et de mettre en place la riposte appropriée. Le manque de données sur les enfants qui en découle a limité la capacité des programmes à adapter leurs services aux jeunes clients et à faire le suivi nécessaire pour savoir si ces services répondent bien à leurs besoins.

### Questions relatives au suivi et à l'évaluation des soins de l'infection à VIH chez l'enfant

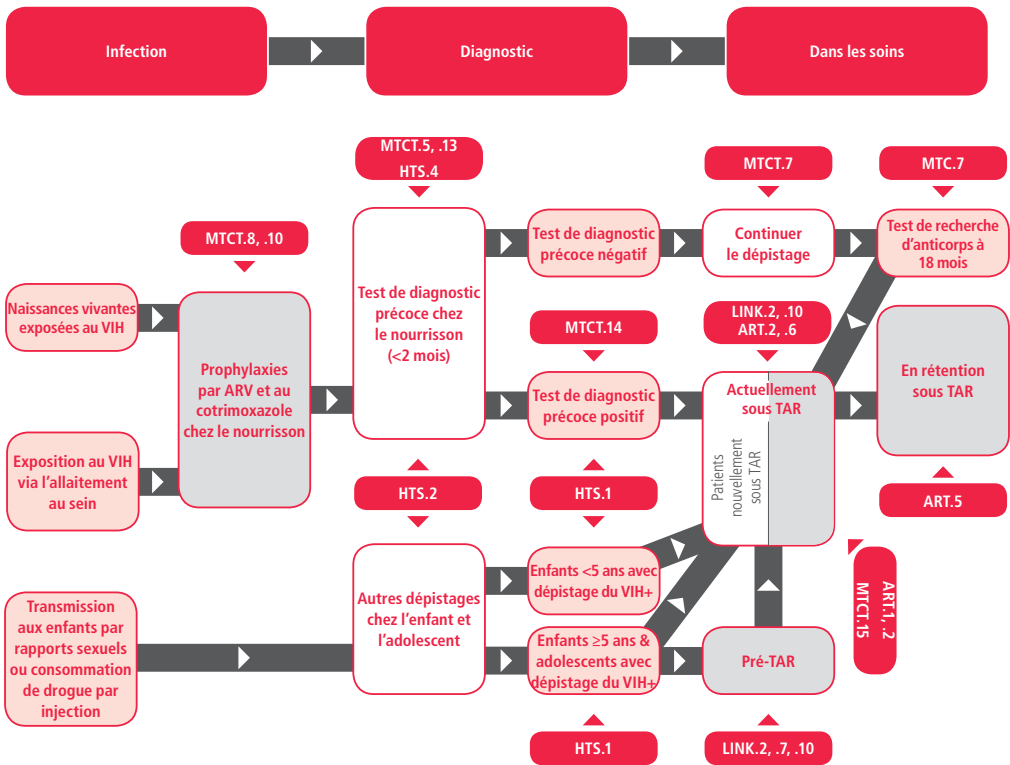
#### Ventilation en fonction de l'âge

La ventilation en fonction de l'âge est essentielle pour le suivi et l'évaluation de la cascade d'interventions en rapport avec l'infection à VIH chez l'enfant. Au fur et à mesure que l'enfant vivant avec le VIH grandit depuis sa naissance jusqu'à l'adolescence puis l'âge adulte, ses besoins en matière de soins et de traitement changent et la riposte doit évoluer. L'obtention d'informations sur les soins et le traitement pour les différentes tranches d'âge tout au long de la cascade peut aider à identifier des

<sup>105</sup> Global update on the health sector response to HIV, 2014. Geneva, World Health Organization, 2014 (<http://www.who.int/hiv/pub/progressreports/update2014/en/>).

<sup>106</sup> Enfants et VIH/sida. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2014. ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/FactSheet\\_Children\\_fr\\_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/FactSheet_Children_fr_0.pdf)).

**Fig. 2.7 Cascade de services de prévention, de soins et de traitement pour les enfants**



lacunes et à faire le suivi de l'extension des services dans les tranches d'âge prioritaires.

Suite à la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant,<sup>107</sup> l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (en anglais *United Nations Children's Fund, UNICEF*) définissent un « enfant » comme un être humain âgé de moins de 18 ans. De son côté, l'adolescence est définie comme allant de l'âge de 10 ans à l'âge de 19 ans. Cependant, en épidémiologie de l'infection à VIH, il est fréquent de compter les garçons et les filles âgés de 0 à 14 ans comme des enfants, et ceux âgés de 15 ans et plus avec les adultes. Cela s'explique par le besoin de cohérence dans les données sur les tendances, l'homogénéité de la population âgée de moins de 15 ans en termes de moment et de mode de contamination par le VIH (presque exclusivement par TME) et la possibilité dans la plupart des pays de ventiler les données par tranches d'âge standards de 5 ans.

Concernant la ventilation des données relatives à l'infection à VIH depuis la naissance jusqu'à l'adolescence, les tranches d'âge standards proposées sont les suivantes: <1, 1-4, 5-9, 10-14 et 15-19 ans, ou des combinaisons de ces tranches d'âge (par exemple <5 ans, ou 10-19 ans pour les adolescents). La ventilation des données en fonction de l'âge au cours des premières années de vie est particulièrement importante pour la mise en route du TAR, car tout enfant âgé de moins de cinq ans chez lequel un diagnostic d'infection à VIH est posé remplit les critères pour commencer un traitement, et la mise en route du TAR au cours des premiers mois de la vie permet de diminuer la mortalité. Tout au long de l'enfance et de l'adolescence, une ventilation fine en fonction de l'âge peut révéler des lacunes dans la couverture du TAR pour certaines tranches d'âge particulières et fournir des informations

<sup>107</sup> La Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant définit un enfant comme « tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable »

essentielles pour la planification d'approches adaptées à l'âge pour la prestation de services.

La décision quant au degré de ventilation des données en fonction de l'âge (c'est-à-dire le nombre de tranches d'âge) doit être prise en pesant soigneusement les besoins pour le programme en informations spécifiques à l'âge et la faisabilité de la collecte des données et de la préparation des rapports. Une ventilation en fonction de l'âge est nécessaire pour la plupart des indicateurs relatifs à l'infection à VIH chez l'enfant, mais le degré de cette ventilation dépend du but de l'indicateur. Pour certains indicateurs, la ventilation en fonction de l'âge doit être complète, tandis que pour d'autres une ventilation partielle est suffisante. La charge de travail que représentent l'obtention et la préparation des données dépend du système de suivi et d'évaluation en place ; pour les systèmes sur papier, la ventilation en fonction de l'âge demande beaucoup de travail ; elle est souvent beaucoup plus facile lorsque les ensembles de données sont informatisés. Lorsque la ventilation des informations en fonction de l'âge est nécessaire (par exemple pour la couverture et l'observance du TAR, la rétention sous TAR et la suppression de la charge virale) mais demande trop de travail, les pays peuvent réaliser une ventilation détaillée sur un échantillon de sites ou seulement pour les zones disposant d'un système informatisé.

### **Détermination de la taille des populations d'enfants exposés au VIH et des populations d'enfants vivant avec le VIH**

Pour le calcul du dénominateur des indicateurs tels que celui relatif au diagnostic précoce chez le nourrisson (MTCT.6) et ceux relatifs à la couverture des soins de l'infection à VIH et du TAR (LINK.1, LINK.2, ART.2), il faut disposer d'estimations du nombre d'enfants exposés au VIH ou du nombre d'enfants vivant avec le VIH. Le logiciel *Spectrum AIM peut produire ces estimations en se basant sur des données sur la prévalence de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer, les taux de fécondité chez les femmes infectées par le VIH, la couverture des interventions à base d'ARV au cours de la grossesse et de l'allaitement au sein, la charge virale maternelle, le nombre d'enfants recevant un TAR (disponible à partir des données programmatiques), le moment de l'infection (pendant la grossesse, la période périnatale ou l'allaitement au sein), le nombre de décès dus à d'autres causes et le nombre d'enfants qui sortent de cette population lorsqu'ils deviennent adultes. Le modèle est également basé sur un grand nombre d'hypothèses. Ces estimations sont donc encadrées par des intervalles d'incertitude larges ; tout cela doit être précisé clairement et pris en compte lors de l'utilisation de ces estimations pour le calcul des indicateurs.*

Peu de données sont collectées sur le nombre de nouvelles infections chez l'enfant et chez l'adolescent attribuables à une transmission sexuelle ou à la consommation de drogue par injection, ce type d'infection se produisant chez eux principalement entre 10 ans et 20 ans. Les personnes appartenant à cette tranche d'âge sont rarement interrogées lors des enquêtes, la plupart d'entre elles n'ayant pas encore atteint l'âge de donner leur consentement. Lorsque ce type de situation pose un problème, le nombre d'enfants infectés par ces deux modes de transmission doit être obtenu par estimation afin de mieux comprendre et adapter les mesures de prévention et de traitement.

### **Suivi des enfants et des adolescents d'un lieu de prestation à un autre**

Le suivi des enfants tout au long de la cascade de soins et de traitement est difficile. Il existe de nombreux points de prestation de services où les enfants infectés par le VIH peuvent être identifiés et inscrits dans les soins. Il peut par exemple s'agir des hôpitaux de référence, des consultations de soins prénatals, des sites de TAR, des structures de SMI, des consultations de vaccination et des consultations systématiques du nourrisson. Le diagnostic est souvent posé dans une structure de soins, puis l'enfant est orienté vers une autre structure pour commencer les soins. Il arrive qu'il soit ensuite transféré sur un autre site pour poursuivre le traitement, beaucoup ayant l'impression que le traitement chez l'enfant est plus complexe que chez l'adulte, les ruptures de stock de formulations d'ARV pour enfant étant fréquentes et les agents de santé formés pour prodiguer des soins de l'infection à VIH chez l'enfant étant peu nombreux. La multiplicité des points de prestation de services fournit autant d'occasions pour améliorer la couverture du TAR. Dans le même temps, elle augmente aussi le risque de lacunes dans les

soins si les liens entre les services ne sont pas suffisamment solides ainsi que le risque d'être perdu de vue. Comme nous l'avons vu pour le suivi des patients, l'attribution de numéros d'identification uniques pour les utilisateurs et le recours à des systèmes d'information informatisés peuvent aider à améliorer l'établissement de liens entre les données au fil du temps et entre les différents services.

### Sélection et utilisation des indicateurs

Le suivi de la cascade de soins de l'infection à VIH chez l'enfant depuis le moment du diagnostic en passant par l'inscription dans les soins et par la rétention dans les soins et le traitement se fait à l'aide de données ventilées pour le calcul de différents indicateurs décrits dans différentes sections de ce présent document: services de dépistage du VIH; liens avec les soins; TAR; suppression de la charge virale; résistance du VIH aux ARV; et PTME. (Se référer au Tableau 2.22; une description détaillée des différents indicateurs se trouve dans les sections correspondantes.)

Les indicateurs relatifs à la couverture des soins de l'infection à VIH et du TAR (LINK.2 et ART.2) donnent une mesure globale de l'efficacité du programme pour mesurer et assurer la rétention des enfants et des adolescents dans les services de soins et pour en faire le suivi. Lorsque les taux de couverture du traitement et des soins sont faibles, les programmes doivent évaluer les stratégies de diagnostic de l'infection à VIH ainsi que l'utilisation des soins et la rétention dans les soins. Les tendances du nombre d'enfants qui bénéficient d'un dépistage chaque année (HTS.2) aident à déterminer si les enfants ont accès au dépistage du VIH et si le diagnostic d'infection est posé. Les tendances du pourcentage d'enfants qui remplissent les critères pour recevoir un TAR et chez lesquels celui-ci est mis en route (ART.2) peuvent être utilisées pour évaluer les progrès accomplis en vue d'améliorer l'utilisation et l'extension des services de traitement.

L'examen des indicateurs relatifs à la PTME, comme le diagnostic précoce chez le nourrisson (HTS.5, MTCT.6) et le statut final chez le nourrisson exposé au VIH (MTCT.8), peut aider à mettre en évidence les lacunes dans l'identification des enfants infectés par le VIH et à déterminer des stratégies pour améliorer le diagnostic précoce chez les enfants à risque. Si tous les nourrissons identifiés et chez lesquels l'infection à VIH est confirmée doivent bien commencer immédiatement un TAR, les nourrissons exposés au VIH chez lesquels l'infection à VIH n'est pas confirmée doivent être suivis jusqu'à ce que leur statut final par rapport au VIH soit déterminé. Les nourrissons et les enfants infectés peuvent sortir de la cascade à différents stades et, une fois perdus de vue, connaître des taux de mortalité élevés.

Les indicateurs relatifs aux liens entre les services fournissent des informations précieuses sur les retards possibles dans l'accès au TAR, notamment sur l'établissement d'un lien en temps opportun entre le dépistage et le TAR pour les enfants âgés de moins de 5 ans (LINK.11) et sur la proportion de nourrissons infectés par le VIH chez lesquels un TAR est mis en route au cours de la première année de vie (LINK.1).

Plusieurs indicateurs relatifs à la qualité des soins permettent de faire le suivi de l'efficacité des programmes menant des actions pour les enfants et les adolescents. Lorsque la rétention sous TAR est faible (ART.5), les programmes doivent tenter de retrouver les enfants perdus de vue et déterminer pourquoi ils ont arrêté le traitement. Des taux insuffisants de suppression de la charge virale (ART.9/VLS.1) peuvent indiquer un faible niveau d'observance du traitement par le patient [cette observance est également mesurée par le retrait des ARV (ART.7) et/ou par l'émergence d'une résistance du VIH aux ARV].

La ventilation des indicateurs en fonction de différentes tranches d'âge peut fournir des indications supplémentaires sur les raisons d'une performance insuffisante. En fonction de leur âge et de leur stade de développement, les nourrissons, les enfants et les adolescents accèdent aux services à différents points de traitement et peuvent avoir à faire face à des obstacles très différents les empêchant d'avoir accès au dépistage du VIH ainsi qu'aux services de soins de l'infection à VIH et au TAR, de rester en rétention sous TAR et d'observer correctement leur traitement. Chez un nourrisson ou un jeune enfant, la rétention dans les soins et l'observance du schéma thérapeutique prescrit dépendent par exemple largement de ses parents alors qu'un adolescent joue habituellement un rôle actif dans les décisions concernant son traitement et dans l'observance de ce traitement.

**Tableau 2.22 Récapitulatif des indicateurs programmatiques relatifs à l'infection à VIH chez l'enfant**

| Indicateurs  | Description pour le programme chez l'enfant   |
|--|---|
| <b>Indicateurs nationaux</b>   |   |
| HTS.1 % des personnes vivant avec le VIH chez lesquelles le diagnostic a été posé    | % des enfants et des adolescents vivant avec le VIH chez lesquels le diagnostic a été posé  |
| HTS.2 Extension des services de dépistage du VIH                                     | Nombre d'enfants et d'adolescents chez lesquels un dépistage du VIH a été réalisé et pour lesquels le résultat a été rendu  |
| HTS.5/MTCT.5 Couverture du diagnostic précoce chez le nourrisson                     | % des nourrissons exposés au VIH chez lesquels un test virologique recherchant une infection à VIH a été réalisé au cours des 2 mois suivant la naissance                                     |
| LINK.2 Couverture des soins de l'infection à VIH                                     | Nombre et % des enfants infectés par le VIH qui reçoivent des soins de l'infection à VIH  |
| MTCT.9 Couverture de la prophylaxie au cotrimoxazole                                 | % des nourrissons exposés au VIH qui ont commencé une prophylaxie au cotrimoxazole dans les 2 mois suivant leur naissance   |
| MTCT.7 Taux de TME final   | % des nourrissons infectés par le VIH parmi les nourrissons exposés au VIH nés au cours des 12 derniers mois  |
| ART.1 Nouveaux patients sous TAR   | Nombre d'enfants qui commencent un TAR  |
| LINK.1/MTCT.15 Mise en route du TAR, mise en route du TAR chez le nourrisson         | % des nourrissons identifiés comme étant infectés par le VIH chez lesquels un TAR a été mis en route au plus tard à l'âge de 12 mois  |
| ART.2 Couverture du TAR 1  | % des enfants qui remplissent les critères pour recevoir un TAR et qui reçoivent ce traitement  |
| LINK.9 Rétention dans les soins pré-TAR à 12 mois                                    | % des enfants infectés par le VIH recevant des soins pré-TAR qui ne remplissent pas encore les critères pour recevoir un TAR et qui sont encore dans les soins 12 mois après leur inscription |
| ART.5 Rétention sous TAR   | % des enfants dont l'infection à VIH est connue et sous TAR qui sont en rétention sous TAR 12 mois après la mise en route de ce traitement  |
| ART.6 Issues du TAR à moyen terme  | % des enfants et adolescents sous TAR en fonction des différentes issues du traitement 12 mois après la mise en route du TAR  |
| ART.11 Survie sous TAR   | % des enfants en vie 12, 24, 36 mois, etc., après la mise en route du TAR   |
| MTCT.8 Statut par rapport à l'issue finale   | Distribution en % des nourrissons exposés au VIH, en fonction de leur statut par rapport à l'issue finale   |
| MTCT.4 Couverture de la prophylaxie par ARV chez le nourrisson                       | % des nourrissons exposés au VIH chez lesquels une prophylaxie par ARV a été mise en route  |
| <b>Indicateurs supplémentaires</b>   |   |
| LINK.7 Couverture de la prophylaxie au cotrimoxazole                                 | % des enfants remplissant les critères pour recevoir du cotrimoxazole et qui ont reçu ce médicament   |
| MTCT.13 Temps mis pour obtenir les résultats du dépistage précoce chez le nourrisson | % des résultats du diagnostic précoce chez le nourrisson rendus en temps opportun   |
| MTCT.14 Taux de TME à 6 semaines   | % des nourrissons nés de femmes infectées par le VIH qui sont infectés par le VIH à 6 semaines  |
| ART.8/VLS.2 Viral load testing coverage  | % of children and adolescents on ART with VL results at 12 months   |
| ART.9/VLS.1 Viral load suppression at 12 months after ART initiation                 | % of children and adolescents on ART who are virally suppressed at 12 months  |



|  |  |
|--|--|
| ART.19 HIVDR among infants   | % of infants and children under age 18 months diagnosed with HIV who have any HIVDR  |
| MTCT.13 Turnaround time of EID results   | % of early infant diagnosis test results returned in a timely manner   |
| MTCT.14 6-week MTCT rate   | % of infants born to HIV-positive women who are HIV-positive at 6 weeks  |
| For related PMTCT indicators, see section 2.4.7.                                       |  |
| LINK.11 Établissement en temps opportun d'un lien entre le diagnostic et le traitement | % des enfants âgés de moins de 5 ans chez lesquels un TAR a été mis en route au cours du premier mois suivant le diagnostic de leur infection à VIH                                    |
| ART.7 Mesure indirecte de l'observance du TAR  | % des enfants et des adolescents sous TAR pour lesquels l'ensemble des ARV prescrits sont retirés dans les temps   |
| ART.8/VLS.2 Couverture de la mesure de la charge virale                                | % des enfants et des adolescents sous TAR chez lesquels un résultat de mesure de la charge virale est disponible 12 mois après la mise en route du TAR                                 |
| ART.9/VLS.1 Suppression de la charge virale 12 mois après la mise en route du TAR      | % des enfants et des adolescents sous TAR qui présentent une suppression de la charge virale 12 mois après la mise en route du traitement  |
| ART.19 Résistance du VIH aux ARV chez le nourrisson                                    | % des nourrissons et des enfants âgés de moins de 18 mois chez lesquels un diagnostic d'infection à VIH a été posé et qui présentent une résistance du VIH aux ARV quelle qu'elle soit |

## 2.4.5c Suivi de la toxicité

### Cadre conceptuel

Avec l'extension du TAR et l'exposition plus précoce et plus longue aux ARV chez l'adulte, l'adolescent et l'enfant ainsi que la femme enceinte ou allaitant au sein, la surveillance de la toxicité est devenue une composante essentielle des programmes de traitement et de prévention. Les inquiétudes face aux toxicités des ARV sont parmi les raisons les plus fréquemment données pour le non-respect de l'observance du TAR, l'arrêt du TAR ou la substitution d'ARV. L'OMS recommande que les pays utilisent une approche normalisée pour intégrer la surveillance de la toxicité dans les systèmes nationaux de suivi et d'évaluation.<sup>108</sup> L'approche proposée définit un ensemble minimal d'éléments de données à obtenir pour établir des rapports sur l'ampleur des toxicités et sur leur impact sur l'arrêt du traitement. En complément du suivi systématique, l'OMS recommande de faire, pour répondre à des préoccupations particulières, une surveillance active de la toxicité à l'aide d'études et d'enquêtes spécifiques dans des sites sentinelles en fonction des besoins.

### Suivi systématique de la toxicité des ARV

Le suivi systématique fournit des données sur l'incidence et l'importance clinique des toxicités graves des ARV et sur leur impact sur l'issue du traitement et sur l'attrition chez les patients. Ces informations sont utiles pour donner des orientations sur la manière de prévenir la toxicité des ARV ou de limiter sa gravité, et donc d'optimiser la rétention des patients sous traitement et dans les soins et d'améliorer l'efficacité du traitement.

L'indicateur principal pour le suivi systématique de la toxicité est le pourcentage de patients sous TAR avec une toxicité limitant le traitement, qui est définie comme une maladie engageant le pronostic vital ou ayant pour conséquence un décès, une hospitalisation, un handicap ou encore un arrêt du traitement ou une substitution d'ARV dans le traitement (ART.12). Pour la première fois, cet indicateur a été choisi pour le suivi des programmes nationaux. La ventilation de cet indicateur en fonction du type d'ARV,

<sup>108</sup> Des fiches techniques de l'OMS sur la surveillance de la toxicité des ARV dans les programmes de TAR sont disponibles (en anglais) à l'adresse suivante: [http://www.who.int/hiv/pub/arv\\_toxicity/en/](http://www.who.int/hiv/pub/arv_toxicity/en/).

du sexe, de l'âge, du statut par rapport à la grossesse, de la présence d'une co-infection tuberculose/VIH et, si les données sont disponibles, des populations clés, en utilisant les données collectées à partir des dossiers cliniques des patients et des registres de TAR, fournit des informations supplémentaires sur les populations à risque de toxicité due à des facteurs environnementaux et comportementaux, à des comorbidités ou à l'utilisation concomitante d'autres médicaments. (Voir le Tableau 2.23.)

### Surveillance de la toxicité liée aux ARV

Lorsque des données supplémentaires sont nécessaires pour servir de base aux politiques et améliorer les issues du traitement, l'OMS recommande de renforcer la surveillance des principales toxicités des ARV dans des sites sentinelles. Elle fournit des orientations sur la manière de conduire des études spéciales dans deux domaines principalement :

- Surveillance active de certaines toxicités des ARV dans les cohortes sentinelles existantes. Il est très avantageux d'intégrer une surveillance active de la toxicité au sein de cohortes existantes établies dans un pays à des fins de suivi et d'évaluation. Ces cohortes disposent d'un système fiable pour collecter des données cliniques et sur la toxicité. La précision de l'évaluation obtenue avec ces études peut être améliorée en se concentrant sur un seul ARV ou sur l'incidence des principales toxicités.
- Surveillance de la toxicité des ARV au cours de la grossesse et de l'allaitement au sein. Elle peut se faire à l'aide d'un registre où sont consignés de manière prospective les cas d'exposition au cours de la grossesse afin de rechercher des toxicités chez les femmes enceintes et les nouveau-nés, à l'aide d'un système de surveillance des malformations congénitales pour évaluer les issues de la naissance, et à l'aide d'une surveillance prospective de cohortes de paires mère-enfant pour rechercher des toxicités depuis la naissance jusqu'à la fin de l'allaitement au sein.

L'OMS met à disposition des orientations et une assistance techniques pour la surveillance de la toxicité dans le cadre du suivi et de l'évaluation systématiques ou à l'aide d'enquêtes spéciales. Ces orientations sont disponibles à l'adresse suivante : [http://www.who.int/hiv/topics/arv\\_toxicity/fr/](http://www.who.int/hiv/topics/arv_toxicity/fr/). Des documents supplémentaires en anglais sont disponibles à l'adresse suivante : [http://www.who.int/hiv/topics/arv\\_toxicity/en/index.html](http://www.who.int/hiv/topics/arv_toxicity/en/index.html)

### Éléments particuliers à prendre en considération en fonction du type de situation et de population

#### Femmes enceintes et femmes allaitant au sein

Pour la surveillance systématique de la toxicité des ARV au cours de la grossesse et de l'allaitement au sein, l'OMS recommande de se concentrer sur trois domaines particuliers:<sup>109,110</sup>

- issues défavorables chez la mère: suivi des toxicités limitant le traitement associées au TAR chez la femme enceinte ;
- issues défavorables de la naissance: suivi de la toxicité sur le fœtus in utero, se manifestant par des cas de mortinaissance, de naissance prématurée et de faible poids de naissance ou par des cas d'anomalies congénitales majeures ou de décès infantiles précoces ;
- issues défavorables chez le nourrisson et chez l'enfant: suivi des résultats sanitaires chez le nourrisson et le jeune enfant exposés à des ARV par le lait maternel, notamment tout impact sur la croissance et le développement.

Les issues défavorables de la naissance peuvent être surveillées de manière systématique en intégrant un indicateur supplémentaire dans le système national de suivi et d'évaluation. Une évaluation en bonne et due forme est notamment justifiée si des accouchements prématurés (<37 semaines) (ART.13) sont déclarés à une fréquence égale ou supérieure à une estimation approximative de leur incidence attendue. (Des informations détaillées et les éléments devant faire partie des rapports se trouvent au Tableau 2.23.)

<sup>109</sup> Surveillance de la toxicité des médicaments antirétroviraux au cours de la grossesse et de l'allaitement - Note technique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 ([http://www.who.int/hiv/topics/arv\\_toxicity/WHO\\_13039\\_Surveillance\\_Fr\\_Web.pdf?ua=1](http://www.who.int/hiv/topics/arv_toxicity/WHO_13039_Surveillance_Fr_Web.pdf?ua=1)).

<sup>110</sup> Surveillance of the toxicity of antiretroviral drugs during pregnancy and breastfeeding. March 2014 supplements to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Geneva, World Health Organization, 2013 ([http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/arvs2013supplement\\_march2014/en/](http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/arvs2013supplement_march2014/en/)). (Se référer au Chapitre 11, Monitoring and evaluation.)

**Tableau 2.23 Indicateurs programmatiques relatifs au suivi de la toxicité**

| Indicateur  | Numérateur (N)/<br>dénominateur (D)  | Ventilation  | Méthode de mesure  | Pertinence pour<br>le programme et<br>interprétation  |
|---|--|--|--|---|
| <b>Indicateur national</b>  |  |  |  |   |
| ART.12 Prévalence de la toxicité<br><br>% des patients sous TAR chez lesquels a été observée une toxicité limitant le traitement  | N : nombre de personnes vivant avec le VIH et sous TAR au cours des 12 derniers mois qui ont arrêté le traitement ou changé de schéma thérapeutique en raison d'une toxicité.<br><br>D : nombre de personnes vivant avec le VIH et sous TAR au cours des 12 derniers mois.                                     | Schémas thérapeutiques, sexe, âge (<3, 3-9, 10-14, 15+), femmes enceintes et femmes allaitant au sein, populations clés,* co-infection tuberculose/VIH, catégories de toxicité (adaptées de la fiche des patients ou du registre de TAR).  | N & D : registres du programme, par exemple registres de TAR.<br><br>Le numérateur comprend les décès.             | Mesure l'impact des toxicités sur les issues du traitement. Aide à orienter la politique nationale sur les schémas thérapeutiques de TAR, le diagnostic, les stratégies de prévention des toxicités, la formation des agents de santé et la rétention dans les soins. |
| <b>Indicateur supplémentaire</b>  |  |  |  |   |
| ART.13 Accouchements prématurés liés à une toxicité des ARV<br><br>% des accouchements prématurés chez les femmes enceintes infectées par le VIH sous TAR<br><br>Recoupement avec MTCT.20 (Section Prévention de la transmission mère-enfant) | N : nombre de femmes infectées par le VIH qui ont reçu un TAR et ont accouché au cours des 12 derniers mois et chez lesquelles l'accouchement a été prématuré (<37 semaines de gestation).<br><br>D : nombre de femmes infectées par le VIH qui ont reçu un TAR et ont accouché au cours des 12 derniers mois. | Schémas thérapeutiques, âge, moment de mise en route du TAR (avant la conception, au cours du 1er, 2ème ou 3ème trimestre de grossesse), âge gestationnel de la naissance prématurée (<28 semaines, 28 à <32 semaines, 32 à <37 semaines). | N & D : documents du programme, par exemple carte de SMI avec enregistrement intégré des informations sur la PTME. | Un taux plus élevé que prévu suggère la nécessité d'une évaluation plus structurée et d'un examen de la politique nationale sur l'utilisation des ARV au cours de la grossesse.   |

\* Dans de nombreuses situations, les données spécifiques sur les populations clés ne peuvent pas être collectées lors du suivi de routine des programmes ; il faut alors mener des enquêtes.

## 2.4.5d Résistance aux antirétroviraux

Alors que le TAR est en cours d'extension, l'émergence de niveaux importants de résistance du VIH aux ARV au niveau de la population est devenue un sujet de préoccupation mondial. L'émergence d'une résistance du VIH aux ARV menace l'efficacité du TAR et le maintien de la réduction de la morbidité et de la mortalité liées au VIH. Comme cela est indiqué dans le rapport mondial de l'OMS sur la résistance du VIH aux ARV de 2012,<sup>111</sup> les niveaux de résistance aux ARV ont augmenté lentement. La résistance n'a pas encore atteint un niveau pouvant représenter une menace pour l'efficacité des programmes de TAR. Cette tendance est cependant préoccupante, en particulier dans le contexte de l'extension rapide des programmes nationaux de TAR. La mise en place de mesures visant à ralentir l'émergence de résistances du VIH aux ARV est une priorité. L'OMS recommande que la prévention et

**L'OMS recommande que la prévention et l'évaluation de la résistance du VIH aux ARV soient intégrées dans tous les programmes nationaux de lutte contre le VIH.**

l'évaluation de la résistance du VIH aux ARV soient intégrées dans tous les programmes nationaux de lutte contre le VIH.<sup>112</sup>

### Surveillance systématique

La surveillance globale de la résistance du VIH aux ARV implique à la fois un suivi systématique de la performance du programme de TAR dans les structures de traitement en utilisant les IAP, et la réalisation périodique d'enquêtes sur la résistance du VIH aux ARV dans des populations particulières (voir ci-dessous). Pour prévenir l'émergence d'une résistance aux ARV, la stratégie de l'OMS pour lutter contre cette résistance (élaborée en 2005 et révisée en 2012) encourage le suivi d'IAP clés et l'utilisation de ces IAP pour améliorer la qualité. Les IAP de l'OMS relatifs à la résistance du VIH aux ARV sont des indicateurs de la qualité des soins qui permettent d'alerter les responsables des services de consultations et les administrateurs de programmes de l'existence de circonstances favorisant l'échec virologique et l'émergence d'une résistance du VIH aux ARV au niveau de la population. Les IAP sont inclus dans les indicateurs relatifs au TAR et à la suppression de la charge virale (Tableau 2.21 et Tableau 2.25). En outre, la stratégie recommandée évalue si la résistance du VIH aux ARV est en hausse et se rapproche de niveaux qui pourraient nuire à l'efficacité des programmes de TAR.

Les IAP sont les indicateurs suivants:

- retrait dans les temps des ARV prescrits (ART.7: mesure indirecte de l'observance du TAR)
- rétention sous TAR à 12 mois (ART.5)
- ruptures de stock d'ARV (ART.10)
- suppression de la charge virale 12 mois après la mise en route du TAR (VLS.1)
- la couverture de la charge virale (VLS.2).

Le document d'orientation sur les IAP publié en 2012 donne une description des méthodes qui peuvent être utilisées pour obtenir des estimations particulières au niveau des sites de la résistance du VIH aux ARV sur un échantillon de dossiers de patients. Une mise à jour de ce document sera publiée en 2015 ; elle comprendra des méthodes qui permettront également d'obtenir des estimations représentatives à l'échelle nationale en réalisant un échantillonnage aléatoire des services de consultations proposant un TAR. Si le but est seulement d'obtenir des estimations représentatives à l'échelle nationale, et pas d'obtenir des résultats spécifiques pour

<sup>111</sup> Rapport OMS 2012 sur la résistance du VIH aux antirétroviraux. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (<http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/report2012/fr/>).

<sup>112</sup> Ibid

les différents établissements de santé, des estimations de la rétention et de la suppression de la charge virale peuvent être obtenues à l'aide d'enquêtes sur la résistance du VIH aux ARV acquise.

Les rapports sur les IAP devraient être établis principalement à partir des données programmatiques collectées de manière systématique. Ce type de données n'est toutefois pas toujours disponible facilement. Si la couverture des données collectées de manière systématique n'atteint pas le pourcentage à partir duquel les données sont considérées comme représentatives de la population remplissant les critères,<sup>113</sup> les résultats obtenus à partir de ces données ne peuvent pas être présentés comme des chiffres nationaux.

### Enquêtes sur la résistance du VIH aux ARV dans des populations particulières

En plus de la surveillance de routine des IAP relatifs à la résistance du VIH aux ARV, il est important de mener des enquêtes périodiques dans des populations particulières afin d'obtenir des informations utiles pour choisir les schémas thérapeutiques et déterminer la fréquence du suivi de la charge virale. L'OMS fournit des orientations détaillées sur la façon d'effectuer des enquêtes sur la résistance du VIH aux ARV.<sup>114</sup> Ces enquêtes périodiques permettent d'obtenir des évaluations représentatives au niveau national de la prévalence de la résistance du VIH aux ARV et de faire le suivi de son évolution dans quatre populations prioritaires:

- **Personnes qui commencent nouvellement un TAR** (résistance du VIH aux ARV prétraitement), afin d'obtenir des informations utiles pour choisir le TAR de première intention et les schémas prophylactiques au niveau national (ART.14).
- **Personnes déjà sous TAR** (résistance du VIH aux ARV acquise), afin d'obtenir des informations utiles pour choisir le TAR de deuxième intention et déterminer la fréquence recommandée de la mesure de la charge virale (ART.16). Une enquête dans cette population peut également fournir des estimations représentatives à l'échelle nationale de la rétention sous traitement et de la suppression de la charge virale qui peuvent être utilisées pour orienter les mesures à prendre pour améliorer la qualité.
- **Personnes récemment infectées par le VIH** (résistance du VIH aux ARV transmise), afin d'obtenir des informations sur la transmission de virus résistants aux ARV et de la caractériser (ART.18).
- **Nourrissons âgés de moins de 18 mois, afin d'obtenir des informations utiles pour choisir le traitement de première intention pour les enfants** (ART.19).

Le Tableau 2.24 présente les indicateurs relatifs à la résistance du VIH aux ARV calculés à partir d'enquêtes spéciales.

L'OMS suggère que les pays à épidémie généralisée fassent une évaluation de la résistance du VIH aux ARV tous les trois ans, avec par exemple une évaluation de la résistance prétraitement au cours des années 1, 4 et 7 et une évaluation de la résistance acquise au cours des années 2, 5 et 8. Les pays doivent décider de la meilleure façon d'enchaîner les enquêtes en fonction du type d'épidémie et de la couverture du programme national de TAR. Les données sur la résistance du VIH aux ARV doivent être disponibles pour aider au cours du processus de prise de décisions dans le pays, notamment lors de la mise à jour des directives sur l'utilisation du TAR chez l'adulte et chez l'enfant.

L'OMS publiera bientôt une note d'information détaillée avec des exemples de budget afin d'aider les pays à préparer leur stratégie nationale.<sup>115</sup> Les informations essentielles relatives à la résistance du VIH aux ARV sont disponibles sur le site web de l'OMS à l'adresse suivante: <http://www.who.int/hiv/topics/drugresistance/fr/> ; des documents supplémentaires en anglais sont disponibles à l'adresse suivante: <http://www.who.int/hiv/topics/drugresistance/en/>.

<sup>113</sup> Dans certaines situations, le seuil utilisé est de 70 % ou 80 %.

<sup>114</sup> Surveillance de la résistance du VIH aux antirétroviraux chez les adultes sous traitement antirétroviral - Document analytique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 ([http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/acquired\\_drugresistance/fr/](http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/acquired_drugresistance/fr/)).

<sup>115</sup> Guidance note on HIV drug resistance surveillance. Geneva, World Health Organization, 2014 (à paraître).

**Tableau 2.24 Indicateurs relatifs à la résistance du VIH aux ARV calculés à l'aide d'enquêtes spéciales**

| Indicateur  | Numérateur (N)/<br>dénominateur (D)  | Ventilation  | Méthode de<br>mesure et points<br>particuliers  | Pertinence pour<br>le programme et<br>interprétation  |
|---|--|--|---|---|
| <b>Indicateurs nationaux</b>  |  |  |   |   |
| <p><b>ART.14 Prévalence de la résistance du VIH aux ARV au moment de la mise en route du TAR</b></p> <p>% des personnes vivant avec le VIH chez lesquelles un TAR est mis en route et qui présentent une résistance aux ARV</p>   | <p>N : nombre de personnes vivant avec le VIH chez lesquelles un TAR a été mis en route au cours des 12 derniers mois et qui présentent une résistance du VIH aux ARV.</p> <p>D : nombre de personnes vivant avec le VIH chez lesquelles un TAR a été mis en route au cours des 12 derniers mois.</p>  | <p>Statut par rapport à l'exposition antérieure aux ARV, classes d'ARV [inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI), inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI), inhibiteurs de la protéase (IP)].</p> | <p>N &amp; D : enquête représentative au niveau national.</p>                                   | <p>Donne des informations utiles pour la prise de décisions lors de la gestion du traitement de 1ère intention (par exemple pour décider de l'intensité du suivi pour rechercher un échec thérapeutique, pour choisir les ARV).</p>   |
| <p><b>ART.15 Suppression de la charge virale 12 mois après la mise en route du TAR</b></p> <p>% des personnes vivant avec le VIH et sous TAR qui présentent une suppression de la charge virale 12 mois après la mise en route du traitement</p> <p>Recoupement avec ART.9 (Section Traitement antirétroviral) et VLS.1 (Section Suppression de la charge virale)</p> | <p>N : nombre de personnes vivant avec le VIH chez lesquelles un TAR a été mis en route 12 mois (<math>\pm 3</math> mois) avant l'enquête et qui présentent une suppression de la charge virale (<math>&lt; 1000</math> copies/ml) au moment de l'enquête.</p> <p>D : nombre de personnes vivant avec le VIH chez lesquelles un TAR a été mis en route 12 mois (<math>\pm 3</math> mois) avant le début de l'année considérée.</p> | <p>Sexe, âge, femmes enceintes et femmes allaitant au sein, schémas thérapeutiques.</p>  | <p>N &amp; D : enquête sur la résistance aux ARV acquise représentative au niveau national.</p> | <p>Mesure les issues cliniques pour les patients dans les soins et la qualité globale des soins au cours de l'extension des programmes de TAR. La suppression de la charge virale est également la meilleure mesure disponible de l'observance du TAR par le patient.</p> <p>Lorsque cet indicateur est utilisé comme IAP pour la résistance du VIH aux ARV, la performance est considérée comme satisfaisante si <math>&gt; 85</math> % et comme passable si <math>&gt; 70</math> %.</p> |

| Indicateurs supplémentaires   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| <p>ART.16 Prévalence de la résistance du VIH aux ARV acquise</p> <p>% des personnes vivant avec le VIH en échec thérapeutique sous TAR à 12 mois (<math>\pm 3</math> mois) qui présentent une résistance du VIH aux ARV quel qu'en soit le type</p> | <p>N : nombre de personnes vivant avec le VIH sous TAR depuis 12 mois (<math>\pm 3</math> mois) et en échec thérapeutique sous TAR (<math>\geq 1000</math> copies/ml) qui présentent une résistance du VIH aux ARV quel qu'en soit le type.</p> <p>D : nombre de personnes vivant avec le VIH sous TAR depuis 12 mois (<math>\pm 3</math> mois), en échec thérapeutique sous TAR (<math>\geq 1000</math> copies/ml) et chez lesquelles un test de génotypage a été réalisé avec succès.</p> | <p>Schémas thérapeutiques de TAR (1ère intention, 2ème intention), classes d'ARV (INTI, INNTI, IP).</p> | <p>N &amp; D : enquête sur la résistance aux ARV acquise représentative au niveau national.</p>   | <p>Mesure le degré de résistance aux ARV acquise chez les personnes sous traitement depuis 12 mois. La résistance aux ARV acquise peut compromettre l'efficacité du TAR de 2ème et de 3ème intention.</p> |
| <p>ART.17 Résistance du VIH aux ARV acquise à long terme</p> <p>% des personnes vivant avec le VIH sous TAR depuis au moins 48 mois et en échec thérapeutique sous TAR qui présentent une résistance du VIH aux ARV quel qu'en soit le type</p>     | <p>N : nombre de personnes vivant avec le VIH sous TAR depuis au moins 48 mois et en échec thérapeutique sous TAR (<math>\geq 1000</math> copies/ml) au moment de l'enquête qui présentent une résistance du VIH aux ARV quel qu'en soit le type.</p> <p>D : nombre de personnes vivant avec le VIH sous TAR depuis au moins 48 mois, en échec thérapeutique sous TAR (<math>\geq 1000</math> copies/ml) et chez lesquelles un test de génotypage a été réalisé avec succès.</p>            | <p>Schémas thérapeutiques de TAR (1ère intention, 2ème intention), classes d'ARV (INTI, INNTI, IP).</p> | <p>N &amp; D : enquête sur la résistance aux ARV acquise représentative au niveau national.</p>   | <p>Mesure le degré de résistance aux ARV acquise, celle-ci pouvant compromettre l'efficacité du TAR de 2ème et de 3ème intention.</p>   |
| <p>ART.18 Prévalence de la résistance du VIH aux ARV transmise</p> <p>% des adultes récemment infectés par le VIH qui présentent une résistance du VIH aux ARV</p>  | <p>N : nombre d'adultes récemment infectés par le VIH qui présentent une résistance du VIH aux ARV quel qu'en soit le type (indiquer la durée).</p> <p>D : nombre d'adultes récemment infectés par le VIH (indiquer la durée).</p>  | <p>Schémas thérapeutiques de TAR (1ère intention, 2ème intention), classes d'ARV (INTI, INNTI, IP).</p> | <p>N &amp; D : enquête sur la résistance aux ARV transmise représentative au niveau national (intégrée dans la surveillance sérologique du VIH ou dans les indicateurs relatifs au sida des enquêtes démographiques et de santé).</p> | <p>Mesure le degré de résistance aux ARV transmise.</p>   |

|   |   |                              |  |  |
|---|---|------------------------------|--|--|
| <p><b>ART.19 Résistance du VIH aux ARV chez le nourrisson</b></p> <p>% des nourrissons et des enfants âgés de moins de 18 mois chez lesquels le diagnostic d'infection à VIH a été posé et qui présentent une résistance du VIH aux ARV quel qu'en soit le type</p> | <p><b>N</b> : nourrissons et enfants âgés de moins de 18 mois chez lesquels un diagnostic précoce d'infection du nourrisson a été posé au cours d'une période de 12 mois et qui présentent une résistance du VIH aux ARV quel qu'en soit le type.</p> <p><b>D</b> : nourrissons et enfants âgés de moins de 18 mois chez lesquels un diagnostic précoce d'infection du nourrisson a été posé au cours de la même période.</p> | <p>Exposition à la PTME.</p> | <p><b>N &amp; D</b> : enquête sur la résistance aux ARV chez le nourrisson et chez l'enfant âgé de moins de 18 mois représentative au niveau national.</p> |  |
|---|---|------------------------------|--|--|







## 2.4.6 Suppression de la charge virale

### Cadre conceptuel

Les relations au niveau individuel entre le TAR, la charge virale et la transmission du VIH ont été signalées pour la première fois en 2011 dans des études menées dans la région de Rakai en Ouganda.<sup>116</sup> Par extrapolation au niveau de la population,

ces relations sont utilisées pour mesurer le succès du traitement dans une cohorte de patients sous TAR par la surveillance des taux de suppression de la charge virale. La suppression de la charge virale est également utilisée pour obtenir une estimation du potentiel global de transmission dans une communauté afin de mesurer l'efficacité du TAR pour prévenir cette transmission.

Actuellement, peu de structures réalisent de manière systématique un suivi de charge virale. La suppression de la charge virale dans les populations est cependant l'un des principaux indicateurs de résultat de la performance du programme de lutte contre le VIH, et il faudrait donc étendre son suivi.

Le niveau actuel de suppression de la charge virale chez les personnes qui reçoivent un traitement (VLS.3) a été choisi pour le suivi à l'échelle mondiale.

Le cadre conceptuel pour la charge virale proposé par Hall.<sup>117</sup> (Figure 2.8) récapitule les différentes options de mesure de ce paramètre et facilite l'examen des implications, l'interprétation et la détermination des limites de chacune de ces options. Des ajustements doivent être faits pour tenir compte des diverses sources de « valeurs inconnues » indiquées dans les cases roses.

En suivant ce cadre, une mesure synthétique de la charge virale peut être prise à quatre niveaux:

- **Charge virale au niveau de la population: mesure de la charge virale pour l'ensemble des personnes infectées par le VIH, y compris celles chez lesquelles le diagnostic d'infection n'a pas été posé (VLS.5) ;**
- **Charge virale au niveau de la communauté (charge virale chez les personnes chez lesquelles le diagnostic d'infection a été posé): mesure de la charge virale pour l'ensemble des personnes chez lesquelles le diagnostic d'infection a été posé, certaines pouvant ne pas encore être dans les soins et certaines pouvant ne pas avoir bénéficié d'un test de mesure de la charge virale ;**
- **Charge virale chez les personnes qui sont dans les soins: mesure de la charge virale pour l'ensemble des personnes dans les soins et sous traitement, y compris celles qui sont dans les soins mais pour lesquelles on ne dispose pas d'un résultat de test de mesure de la charge virale ;**
- **Charge virale ayant fait l'objet d'un suivi: mesure de la charge virale pour**

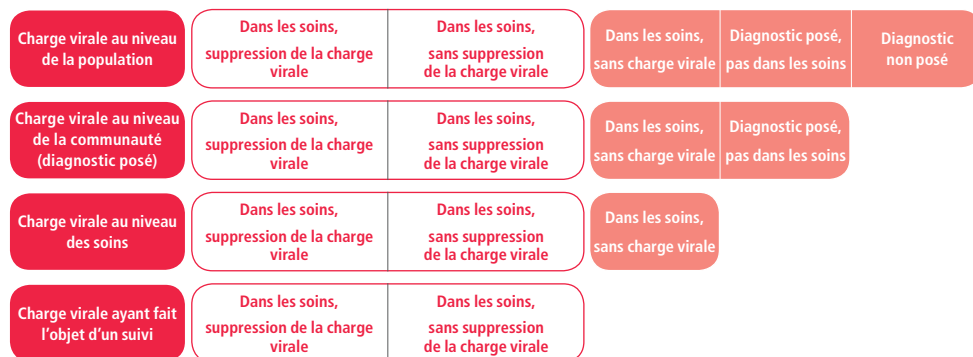


### 8. Suppression de la charge virale

% des personnes vivant avec le VIH et sous TAR qui présentent une suppression virologique.

<sup>116</sup> Chelsea B. Polis, Ronald H. Gray, J.B. Bwanika, Godfrey Kigozi, Noah Kiwanuka, Fred Nalugoda, Joseph Kagaayi, Tom Lutalo, David Serwadda, and Maria J. Wawer. Effect of hormonal contraceptive use prior to HIV seroconversion on viral load setpoint among women in Rakai, Uganda. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011 February 1; 56(2): 125–130. doi:10.1097/QAI.0b013e3181fbc11 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3023004/pdf/nihms253001.pdf>).

<sup>117</sup> Hall I. Viral load measures: patients, populations, and Interpretations. 20th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Atlanta, March 3–6 2013. Abstract 165.

**Fig. 2.8 Cadre conceptuel pour les mesures de la charge virale**

Source : adapté de *Guidance on community viral load: a family of measures, definitions, and method for calculation*. Atlanta, Centers for Disease Control, 2011. ([http://www.ct.gov/dph/lib/dph/aids\\_and\\_chronic/surveillance/statewide/community\\_viralload\\_guidance.pdf](http://www.ct.gov/dph/lib/dph/aids_and_chronic/surveillance/statewide/community_viralload_guidance.pdf)).

### **l'ensemble des personnes dans les soins pour lesquelles on dispose d'un résultat de test de mesure de la charge virale (VLS.3).**

Chacune de ces quatre valeurs globales part des données disponibles sur la charge virale (colonnes du milieu avec une bordure rouge de la Figure 2.8). La charge virale doit être mesurée ou estimée pour les autres groupes de population (cases roses), c'est-à-dire le groupe de personnes dans les soins mais pour lesquelles on ne dispose pas d'un résultat de test de mesure de la charge virale, le groupe de personnes pour lesquelles le diagnostic d'infection a été posé mais qui ne sont pas dans les soins et le groupe de personnes pour lesquelles le diagnostic d'infection n'a pas été posé.

Lorsque la couverture du test de mesure de la charge virale est insuffisante (par exemple inférieure à 70 % ou 80 % de la population pour laquelle un résultat de test de mesure de la charge virale devrait être disponible), la charge virale au niveau de la population et la charge virale au niveau des soins peuvent également être mesurées par des enquêtes. La charge virale pour la population pour laquelle on ne dispose pas de résultat de test de mesure de la charge virale peut être estimée grâce à une modélisation basée sur un ensemble d'hypothèses. Au minimum un programme national de soins de l'infection à VIH doit examiner les données disponibles sur la charge virale pour faire un suivi du niveau actuel de suppression de la charge virale observé dans la population sous TAR. Dans un programme de TAR performant, la majorité des personnes sous TAR sont censées présenter une suppression de la charge virale, et ainsi diminuer de manière efficace la probabilité de transmission par acte à risque entre une personne infectée et une personne non infectée. La suppression de la charge virale est déterminée par l'efficacité des ARV utilisés et par le niveau de rétention sous TAR et le niveau d'observance du TAR chez les personnes vivant avec le VIH.

### **Questions relatives au suivi et à l'évaluation des mesures de la charge virale**

Pour interpréter des données sur la charge virale, il faut connaître la couverture de ces données, par exemple si elles portent sur la totalité ou sur un sous-ensemble particulier des personnes sous TAR. Si elles ne portent que sur un sous-ensemble de la population, il faut déterminer quels biais peuvent exister dans ces données. Dans certaines situations où les données sur la charge virale sont rares, les tests de mesure de la charge virale peuvent cibler les patients qui présentent des signes d'échec thérapeutique, ce qui fausse les résultats, la charge virale étant d'une manière générale plus élevée. Dans le même temps, puisque les données sur la charge virale ne sont disponibles que pour les personnes qui se rendent dans les établissements de santé, ces données peuvent être biaisées vers un résultat plus positif (c'est-à-dire vers une valeur inférieure de la charge virale), car on peut supposer que les personnes qui se rendent dans les établissements de santé sont celles qui ont une meilleure rétention dans les soins et observent mieux leur traitement, et qui ont donc plus de chances de présenter une suppression de la

charge virale. Pour obtenir des estimations de la charge virale au niveau de populations autres que les personnes pour lesquelles un résultat de test de mesure de la charge virale est disponible (VLS.5), les valeurs de l'indicateur peuvent être ajustées sur la base d'hypothèses sur les niveaux de charge virale chez les patients qui ne sont pas sous TAR et chez les personnes qui ne connaissent pas leur statut par rapport au VIH.

### **Moment où réaliser la mesure de la charge virale**

La suppression de la charge virale survient un certain temps après la mise en route du TAR. Pour utiliser un moment précis par défaut, les données sur la charge virale peuvent être agrégées pour mesurer la suppression de la charge virale dans une population à partir de six mois après la mise en route du TAR.

### **Mesures de la charge virale après certaines durées particulières du TAR ou chez l'ensemble des personnes sous TAR indépendamment de la durée de ce traitement**

La mesure transversale de la charge virale (c'est-à-dire par exemple chez l'ensemble des personnes sous TAR, indépendamment de la durée du traitement) donne un aperçu de la suppression globale de charge virale dans la population, que ce soit dans la population sous TAR, la population dans les soins de l'infection à VIH, la population chez laquelle un diagnostic d'infection à VIH a été posé ou la population de personnes vivant avec le VIH. La quantification du niveau général de la charge virale dans la population est une mesure qui peut donner un aperçu des dynamiques de transmission du VIH.

De son côté, la mesure de la charge virale après différentes durées déterminées de traitement permet de faire une évaluation de la progression de la maladie. La mesure longitudinale est proposée comme une mesure directe de la réalisation d'un programme de soins de l'infection à VIH (VLS.1). Cette mesure est utile pour fixer des cibles, certains niveaux de suppression de la charge virale pouvant être attendus dans une cohorte de patients qui ont commencé un TAR puis l'ont continué pour une certaine durée déterminée (par exemple suppression de la charge virale chez les patients sous TAR depuis 12, 24 et 36 mois).

### **Niveaux de la charge virale et définition de la suppression et de la détection de la charge virale**

La définition d'une charge virale indétectable dépend de la sensibilité du test utilisé (c'est-à-dire de la quantité de virus nécessaire pour que ce virus soit détecté par le test). Pour les indicateurs relatifs à la charge virale présentés dans ce guide, la suppression de la charge virale est définie comme une quantité de virus inférieure à 1000 copies/ml.<sup>118</sup> Les pays peuvent cependant examiner un seuil supplémentaire qui présenterait un intérêt dans leur contexte.

### **Options de mesure de la charge virale**

Le résultat souhaité pour une personne sous TAR est de parvenir à la suppression de la charge virale et de conserver cette suppression. Pour mesurer l'effet du programme, il faut cependant avoir des données sur la charge virale au niveau de la population, qui récapitulent les différents niveaux de charge virale qui peuvent être observés dans cette population. Les chercheurs ont proposé plusieurs façons d'exprimer la charge virale au niveau de la population:

- moyenne de la charge virale chez les personnes vivant avec le VIH dans une population particulière
- médiane de la charge virale chez les personnes vivant avec le VIH dans une population particulière
- charge virale cumulée chez les personnes vivant avec le VIH dans une population particulière
- pourcentage d'une population particulière de personnes vivant avec le VIH qui sont parvenues à une suppression de la charge virale.

Les mesures de la moyenne de la charge virale posent un problème en raison de la distribution asymétrique des résultats du test ; ces mesures sont souvent présentées en utilisant une échelle


<sup>118</sup> Meeting report on framework for metrics to support effective treatment as prevention. Geneva, World Health Organization, 2012 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75387/1/9789241504331\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75387/1/9789241504331_eng.pdf)).

logarithmique. La médiane de la charge virale permet de faire un ajustement de cette distribution asymétrique, mais perd en signification lorsque plus de la moitié de la population présente une charge virale indétectable. Pour caractériser le potentiel absolu de transmission dans une communauté, il a été suggéré d'utiliser la charge virale cumulée, c'est-à-dire la somme des valeurs de l'ensemble des mesures de la charge virale dans cette population ;<sup>119</sup> lorsqu'elle est calculée de manière exhaustive, elle permettrait de faire une distinction entre les communautés avec de grandes populations vivant avec le VIH et les communautés avec de petites populations vivant avec le VIH pouvant infecter d'autres personnes. Enfin, le calcul du pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui présentent une suppression de la charge virale est une mesure simple et intuitive de la « protection », qui peut se rapprocher de la proportion de consommateurs de drogues par injection qui utilisent du matériel d'injection stérile.

<sup>119</sup> Das M, Chu PL, Santos GM, Scheer S, Vittinghoff E, McFarland W, et al. Decreases in community viral load are accompanied by reductions in new HIV infections in San Francisco. PLoS One, 2010, DOI: 10.1371/journal.pone.0011068 (<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0011068>).

**Tableau 2.25 Indicateurs programmatiques relatifs à la suppression de la charge virale**

| Indicateur  | Numérateur (N)/<br>dénominateur (D)  | Ventilation  | Méthode de mesure<br>et points particuliers   | Pertinence pour<br>le programme et<br>interprétation   |
|---|--|--|---|--|
| <b>Indicateurs nationaux</b>  |  |  |   |  |
| <p>VLS.1 Suppression de la charge virale 12 mois après la mise en route du TAR</p> <p>% des personnes vivant avec le VIH et sous TAR qui présentent une suppression de la charge virale (&lt;1000 copies/ml) 12 mois après la mise en route du traitement</p> <p>Recoupement avec ART.9 (Section TAR) et ART.15 (Section Résistance du VIH aux ARV)</p> | <p>N : nombre de personnes vivant avec le VIH chez lesquelles un TAR a été mis en route 12 mois (<math>\pm 3</math> mois) avant le début de l'année considérée et qui présentent une suppression de la charge virale (&lt;1000 copies/ml) 12 mois après la mise en route du TAR.</p> <p>D : nombre de personnes vivant avec le VIH chez lesquelles un TAR a été mis en route 12 mois (<math>\pm 3</math> mois) avant le début de l'année considérée.</p> | <p>Sexe.</p> <p>Âge :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. minimum pour les systèmes sur papier (collecte systématique) : &lt;15, 15+</li> <li>2. extraction annuelle de données ventilées si ces données ne sont pas collectées de manière systématique : &lt;5, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50+</li> <li>3. système informatisé : par tranches d'âge de 5 ans.</li> </ol> <p>Grossesse au moment de la mise en route du TAR et allaitement au sein au moment de la mise en route du TAR, si pertinent.</p> | <p>N &amp; D : registres du programme, par exemple registres de TAR, formulaires d'enregistrement de cohortes, dossiers des patients.</p> <p>Les programmes doivent enregistrer ces informations de manière systématique pour l'ensemble des patients dans l'ensemble des services de consultations et l'examiner tous les ans. Lorsque cela n'est pas possible, une estimation des données peut être obtenue à partir de la surveillance de la résistance aux ARV acquise, qui fournit des méthodes pour obtenir une estimation représentative au niveau national de la suppression de la charge virale chez les patients sous TAR depuis 12 mois.</p> | <p>Mesure les issues cliniques pour les patients dans les soins, et la qualité globale des soins au cours de l'extension des programmes de TAR. La suppression de la charge virale est également la meilleure mesure disponible de l'observance du TAR par le patient.</p> <p>Lorsque cet indicateur est utilisé comme IAP pour la résistance du VIH aux ARV, la performance est considérée comme satisfaisante si &gt;85 % et comme passable si &gt;70 %.</p> |

|   |  |  |   |   |
|---|--|--|---|---|
| <p>VLS.2 Couverture de la mesure de la charge virale</p> <p>% des personnes sous TAR chez lesquelles un résultat de mesure de la charge virale est disponible 12 mois après la mise en route du TAR</p> <p>Recoupement avec ART.8 (Section TAR)</p> <div style="text-align: center;">  <p>Global indicator</p> </div> <div style="text-align: center; background-color: red; color: white; border-radius: 50%; width: 60px; height: 60px; margin: 10px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">90</span> </div> | <p>N : nombre de personnes vivant avec le VIH et sous TAR pour lesquelles un résultat de mesure de la charge virale est disponible 12 mois après la mise en route du TAR.</p> <p>D : nombre de personnes sous TAR depuis 12 mois.</p>  | <p>Âge :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. minimum pour les systèmes sur papier (collecte systématique) : &lt;15, 15+</li> <li>2. extraction annuelle de données ventilées si ces données ne sont pas collectées de manière systématique : &lt;5, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50+</li> <li>3. système informatisé : par tranches d'âge de 5 ans.</li> </ol>             | <p>N &amp; D : registres du programme, par exemple registres de TAR, formulaires d'enregistrement de cohortes, dossiers des patients, données de surveillance basées sur l'identification des cas.</p> <p>Registres de laboratoire.</p> <p>Enquête.</p> <p>Patients exclus du dénominateur : décès, transferts vers un autre service de consultations, patients classés comme perdus de vue, et patients chez lesquels un test de mesure de la charge virale n'a pas été réalisé au 12ème mois sous TAR.</p> <p>Lors du calcul du numérateur pertinent, il est très important de retirer des données toute duplication éventuelle des cas et d'éviter tout double comptage.</p> | <p>Cet indicateur évalue le degré avec lequel la mesure de la charge virale est disponible dans le pays. Il est essentiel pour décider si l'indicateur précédent peut être calculé à l'aide des données collectées de manière systématique. Si la couverture des données collectées de manière systématique est inférieure au pourcentage à partir duquel les données sont considérées comme représentatives de la population éligible, les résultats obtenus à partir de ces données ne peuvent pas être présentés comme des chiffres nationaux. Dans certaines situations, le seuil utilisé est de 70 % ou 80 %.</p> <p>À 15 mois, au moins un test de mesure de la charge virale doit avoir été réalisé chez l'ensemble des patients sous TAR.</p> |
| <p>VLS.3 Suppression de la charge virale</p> <p>% des personnes vivant avec le VIH et sous TAR qui présentent une suppression de la charge virale</p>   | <p>N : nombre de personnes vivant avec le VIH et sous TAR qui présentent une suppression de la charge virale (&lt;1000 copies/ml).</p> <p>Dénominateur obtenu à partir de données sur la population : nombre de personnes sous TAR au cours des 12 derniers mois.</p> <p>Dénominateur obtenu à partir de données programmiques : nombre de personnes sous TAR pour lesquelles un test de mesure de la charge virale a été réalisé au cours des 12 derniers mois.</p> | <p>Sexe</p> <p>Âge :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. minimum pour les systèmes sur papier (collecte systématique) : &lt;15, 15+</li> <li>2. extraction annuelle de données ventilées si ces données ne sont pas collectées de manière systématique : &lt;5, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50+</li> <li>3. système informatisé : par tranches d'âge de 5 ans.</li> </ol> | <p>Registres de TAR et rapports transversaux, dossiers des patients.</p> <p>Enquêtes en population, par exemple les enquêtes d'évaluation de l'impact sanitaire qui collectent des données sur la couverture du TAR et sur la suppression de la charge virale.</p>  | <p>Avec le dénominateur obtenu à partir de données programmiques, mesure le nombre de cas de suppression de la charge virale obtenus chez l'ensemble des personnes actuellement sous traitement chez lesquelles une mesure de la charge virale a été réalisée, indépendamment du moment où elles ont commencé le TAR.</p> <p>Correspond au troisième 90 de la cible de traitement 90-90-90 (90 % des personnes sous TAR présentent une suppression de la charge virale).</p>  |

|  |   |  |  |   |
|--|---|--|--|---|
| <p>VLS.4 Suivi de la charge virale</p> <p>% des personnes vivant avec le VIH et sous TAR qui ont reçu au moins un résultat de test de la charge virale au cours des 12 derniers mois</p> | <p>N : nombre de personnes vivant avec le VIH et sous TAR qui ont reçu au moins un résultat de test de la charge virale au cours des 12 derniers mois.</p> <p>D (transversal) : nombre de personnes vivant avec le VIH et sous TAR chez lesquelles un test de mesure de la charge virale a été réalisé au cours des 12 derniers mois.</p> <p>D (cohorte) : nombre de personnes vivant avec le VIH et sous TAR chez lesquelles un test de mesure de la charge virale a été réalisé 12 mois (<math>\pm 3</math> mois) après la mise en route du TAR.</p>  | <p>Sexe</p> <p>1. minimum pour les systèmes sur papier (collecte systématique) : &lt;15, 15+</p> <p>2. extraction annuelle de données ventilées si ces données ne sont pas collectées de manière systématique : &lt;5, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50+</p> <p>3. système informatisé : par tranches d'âge de 5 ans.</p> | <p>Registres de TAR et formulaires des enquêtes transversales ou de cohorte ; dossiers des patients.</p> <p>Enquête.</p> | <p>Mesure le % des personnes qui bénéficient d'un suivi de la charge virale, de façon transversale ou pour des cohortes de patients qui ont commencé un TAR. Essentiel pour l'interprétation de l'indicateur VLS.3.</p> <p>Donne des indications sur l'extension du test de mesure de la charge virale.</p> |
| Indicateurs supplémentaires  |   |  |  |   |
| <p>VLS.5 Charge virale au niveau de la population</p> <p>% de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH qui présentent une suppression de la charge virale</p>                         | <p>N : nombre de personnes vivant avec le VIH qui présentent une suppression de la charge virale (&lt;1000 copies/ml).</p> <p>D : nombre de personnes vivant avec le VIH, comprenant le nombre total des personnes dans les soins chez lesquelles un test de mesure de la charge virale a été réalisé, des personnes dans les soins chez lesquelles un test de mesure de la charge virale n'a pas été réalisé, des personnes chez lesquelles le diagnostic d'infection à VIH a été posé qui ne sont pas dans les soins et des personnes chez lesquelles le diagnostic d'infection à VIH n'a pas été posé.</p> | <p>Age (&lt;15, 15+)</p> <p>Populations prioritaires, si possible.</p>   | <p>Données programmatiques, enquêtes, modélisation et estimations.</p>   | <p>L'estimation du niveau de la charge virale dans la population peut permettre de se faire une idée des dynamiques de la transmission dans la population globale.</p>  |

|   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
| <p>VLS.6 Mesure précoce de la charge virale</p> <p>% des personnes sous TAR et chez lesquelles un suivi de la charge virale a été réalisé à 6 mois</p>                    | <p>N : nombre de personnes vivant avec le VIH chez lesquelles une mesure de la charge virale a été réalisée 6 mois après la mise en route du TAR.</p> <p>D : nombre de personnes vivant avec le VIH chez lesquelles un TAR a été mis en route 6 mois avant le début de la période considérée.</p> | <p>Sexe, âge (&lt;15, 15+), suppression de la charge virale.</p>    | <p>Registres de TAR et formulaires des enquêtes transversales ou de cohorte ; dossiers des patients.</p> | <p>Indicateur de qualité pour une évaluation de la mesure précoce de la charge virale. (Une suppression de la charge virale est attendue 6 mois après la mise en route du traitement).</p>                         |
| <p>VLS.7 Suppression de la charge virale à long terme</p> <p>% des personnes qui présentent une suppression de la charge virale 48 mois après la mise en route du TAR</p> | <p>N : nombre de personnes vivant avec le VIH chez lesquelles un TAR a été mis en route, sous TAR depuis au moins 48 mois et qui présentent une suppression de charge virale (&lt;1000 copies/ml).</p> <p>D : nombre de personnes vivant avec le VIH et sous TAR depuis au moins 48 mois.</p>     | <p>TAR de 1ère intention, TAR de 1ère intention à base d'INNTI.</p> | <p>N &amp; D : enquête sur la résistance aux ARV acquise représentative au niveau national</p>           | <p>Mesure les issues cliniques à long terme chez les patients dans les soins et permet de se rendre compte de la qualité des soins chez les patients qui prennent en charge leur maladie chronique due au VIH.</p> |

## 2.4.7 Prévention de la transmission mère-enfant

### Cadre conceptuel

Plus de 90 % des cas d'infection à VIH chez l'enfant sont dus à la TME. Celle-ci peut se produire au cours de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement au sein. En l'absence de toute intervention, le risque global de transmission est de 30 % à 35 %. L'utilisation d'une association très efficace de trois ARV en suivant les recommandations peut diminuer ce risque à moins de 5 %.<sup>120</sup>

L'approche globale recommandée par les Nations Unies pour la PTME comprend quatre volets:<sup>121</sup>

- prévention primaire de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer ;
- prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH ;
- prévention de la transmission du VIH des femmes enceintes vivant avec le VIH à leurs enfants ; et
- fourniture d'un traitement approprié, de soins et d'un soutien aux mères vivant avec le VIH et à leurs enfants et leurs familles.

La cascade des interventions de PTME (Figure 2.10) est similaire à la cascade de soins et de traitement de l'infection à VIH décrite à la Section 1.3.2, mais elle inclut à la fois la mère et l'enfant. Le suivi de l'ensemble de la cascade fournit des informations sur la proportion de paires mère-enfant qui ont reçu la série d'interventions recommandées. La cascade de PTME commence en déterminant le nombre total de femmes enceintes et suit ces femmes au cours des étapes suivantes: connaissance de leur statut par rapport au VIH, dépistage du VIH à l'initiative du prestataire pour leurs partenaires masculins et services de prévention primaire pour les femmes enceintes dans un couple discordant ; fournitures d'ARV aux femmes infectées par le VIH enceintes ou allaitant au sein ; dépistage précoce chez les enfants exposés au VIH et confirmation de leur infection ; traitement précoce des nourrissons infectés par le VIH ; à la fin de la période de risque de TME, établissement de liens avec un service approprié pour un traitement chronique de l'infection à VIH pour les femmes infectées. Le continuum de soins de l'infection à VIH et l'ensemble élargi de services de prévention et de soins sont intégrés dans les services de PTME offerts aux femmes infectées par le VIH et à leurs enfants exposés.

### Éléments nouveaux concernant la PTME

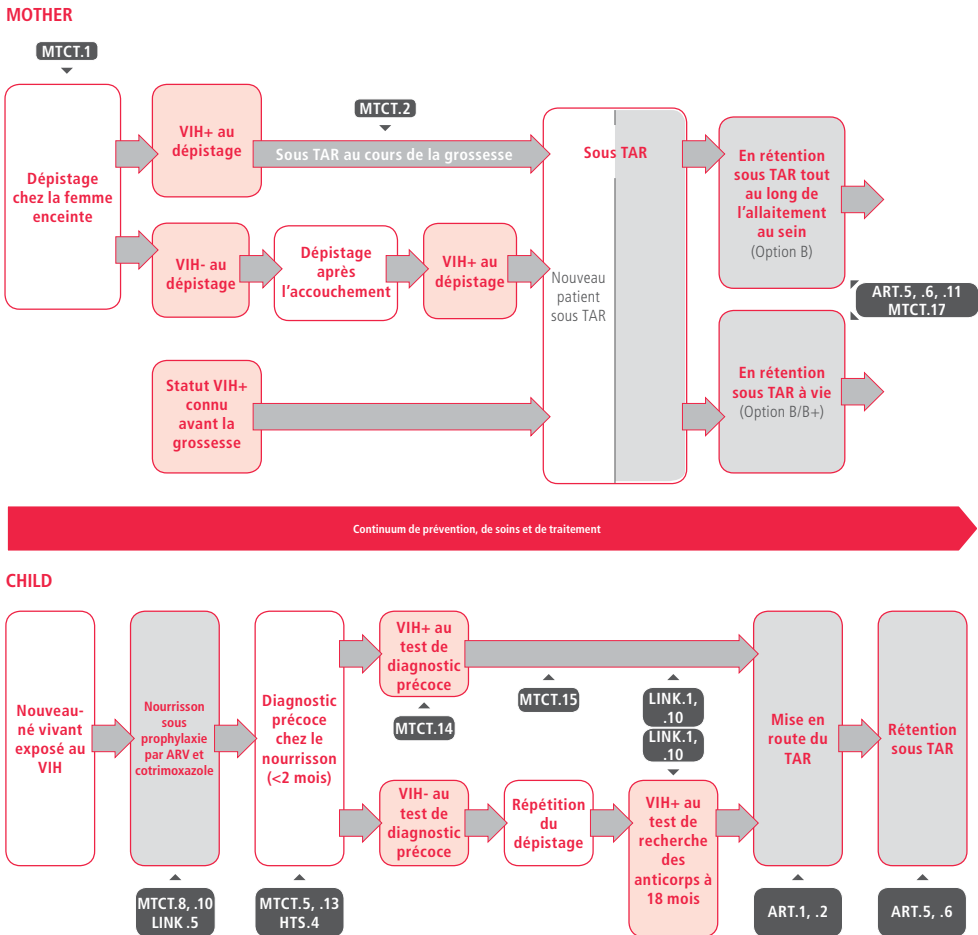
Dans ses recommandations de 2013, l'OMS a simplifié les interventions de PTME à base d'ARV en termes de schéma, de critères d'admissibilité et de durée du traitement. S'il est recommandé aux pays de choisir entre deux options, la nouvelle approche est que toute femme enceinte ou allaitant au sein infectée par le VIH commence un schéma associant trois ARV (le schéma thérapeutique de première intention pour adulte sous la forme d'une combinaison d'ARV en doses fixes) et continue ce schéma au moins jusqu'à la fin de la période à risque de TME. Ces schémas sont appelés Option B, dans laquelle toute femme enceinte ou allaitant au sein infectée par le VIH reçoit ce TAR jusqu'à la fin de l'allaitement au sein puis arrête ce schéma si elle ne remplit pas les critères pour recevoir un TAR ou continue ce schéma si elle remplit ces critères, ou Option B+, dans laquelle toute femme enceinte ou allaitant au sein infectée par le VIH, indépendamment des autres critères pour recevoir un TAR, commence un TAR et le continue à vie.<sup>122</sup> Alors que les pays adoptent ces lignes directrices, le nombre de femmes sous TAR à long terme ne cesse d'augmenter, le plus souvent en recevant un seul comprimé par jour d'une combinaison d'ARV en doses fixes. Pour permettre cette expansion, les pays ont fait un certain nombre de changements dans leur système de santé, par exemple par l'intégration des services de TAR dans un plus grand nombre de services de consultations de SMI, la décentralisation, la délégation des tâches,

<sup>120</sup> New guidance on prevention of mother-to-child transmission of HIV and infant feeding in the context of HIV. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/hiv/pub/mtct/PMTCTfactsheet/en/>).

<sup>121</sup> Approches stratégiques de la prévention de l'infection à VIH chez l'enfant: rapport d'une réunion de l'OMS, Morges (Suisse), 20-22 mars 2002. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (<http://www.who.int/hiv/pub/mtct/strategicapproaches.pdf?ua=1>).

<sup>122</sup> Utilisation des antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez le nourrisson. Mise à jour programmatique. Avril 2012. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70891/1/WHO\\_HIV\\_2012.6\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70891/1/WHO_HIV_2012.6_fre.pdf?ua=1)).



**Fig. 2.10 Prévention de la transmission mère-enfant**

l'amélioration des chaînes logistiques, le renforcement des liens avec les soins de TAR chroniques et des investissements pour élargir la capacité de laboratoire des services de consultations de SMI. Le suivi de ces modifications du système fait partie du suivi des programmes de lutte contre le VIH et de PTME (voir la Section 2.3 sur le Suivi des intrants essentiels concernant les ressources).

## Principales questions relatives au suivi et à l'évaluation de la PTME

### Suivi de la cascade tout au long des différents points de prestation de services

La cascade de PTME comprend de multiples interventions destinées à la mère ou à l'enfant et réalisées sur une longue période et dans différents points de prestation de services. Pour le suivi, Il faut donc rassembler des données collectées au cours des visites prénatales, pendant l'accouchement, au cours des consultations de soins de l'infection à VIH et au cours des visites post-partum et des visites de l'enfant. Les outils de collecte de données doivent donc permettre de faire ressortir le déroulement de la prise en charge des patients dans ces différents points de prestation de services et être en mesure de suivre les paires mère-enfant d'un de ces points à un autre. Le suivi et l'évaluation de la PTME reposent sur des systèmes robustes avec attribution d'un numéro d'identification unique permettant d'établir un lien entre les différents dossiers de chaque mère ou de chaque paire mère-enfant, avec intégration des informations sur l'infection à VIH dans les cartes de SMI ou avec utilisation de systèmes informatisés pour faciliter ce processus (voir la Sous-section 3.3.4 sur la Gestion des données).

## Passage aux outils de suivi du TAR à long terme

Dans les situations où les femmes enceintes et les femmes allaitant au sein infectées par le VIH reçoivent un TAR pendant toute la période de risque de TME (Option B) ou pour la vie entière (Option B+), les données collectées dans le contexte de la PTME doivent être compatibles avec le système de suivi du TAR conçu pour un suivi à long terme (voir l'Encadré Évolution du suivi et de l'évaluation de la PTME). Comme cela a déjà été expliqué, lorsque le TAR est mis en route dans les structures de SMI, les femmes sous TAR à long terme doivent être transférées après l'accouchement avec leur dossier médical vers une structure de soins de l'infection à VIH. Pour être compatible avec les outils généraux de collecte de données sur le TAR, cela nécessitera que les structures de SMI suivent le calendrier des services de TAR depuis la mise en route du TAR, plutôt que celui des services de santé prénatals. Si les structures de SMI n'utilisent pas encore d'outils harmonisés avec ceux du système national de TAR, les pays doivent procéder à un examen attentif de leurs outils afin d'établir un mécanisme clair pour transférer les données d'un système de suivi des patients à un autre. Un tel mécanisme de transfert assure le suivi approprié des femmes sous TAR pour la vie entière et facilite l'utilisation des données sur cette population importante pour le suivi du programme. Même lorsque les femmes qui ne remplissent pas les critères pour recevoir un TAR arrêtent le TAR à la fin de la période de risque de TME (Option B), il est recommandé d'adopter les outils utilisés pour la surveillance à long terme du TAR (c'est-à-dire les registres de TAR et les fiches de client conservées dans les structures de santé).

### Suivi de la toxicité

Chez les femmes enceintes et chez les nourrissons recevant des services de PTME, il est recommandé de faire une surveillance de la toxicité par un suivi de la survenue d'effets indésirables comme pour les autres patients sous TAR.<sup>123</sup>

### Suivi de la rétention sous ARV et statut final des nourrissons exposés au VIH

L'efficacité des services de PTME dépend de l'utilisation continue des ARV pendant toute la période à risque. Les nouvelles lignes directrices pour le maintien des mères sous TAR tout au long de la période de risque de TME étant adoptées progressivement, le suivi de la rétention et de l'observance prend encore plus d'importance. Malheureusement, le suivi de la couverture d'ARV au cours de l'allaitement au sein et l'évaluation finale du statut par rapport au VIH des nourrissons exposés ont souvent été des points faibles dans le suivi de la cascade. Lors de l'extension des services de PTME, les pays doivent faire les investissements nécessaires pour assurer l'exhaustivité des données qui doivent être collectées pour la dernière partie de la cascade, et ils doivent chercher à valider l'ETME du VIH. Pour aider les pays à collecter des données programmatiques précises afin de mesurer et de confirmer les progrès accomplis, le *Global Plan Towards Eliminating New Paediatric Infections and Keeping Mothers Alive*<sup>124</sup> comprend un ensemble complet d'indicateurs ainsi que 10 cibles à l'échelle mondiale et à l'échelle des pays.<sup>125</sup> Toutes les données relatives à ces 10 cibles peuvent être trouvées dans les différentes sections du présent document.

### Intégration des patients de la PTME dans les mesures de la couverture du TAR

Les systèmes de surveillance doivent à la fois assurer la continuité lors du transfert des clientes de la PTME des sites de SMI vers les sites de TAR et éviter de compter deux fois comme « patiente nouvellement inscrite dans les services de TAR » une femme transférée des services de PTME vers les services de TAR. Pour minimiser ce problème, les structures de SMI peuvent adopter les registres de TAR utilisés dans les autres sites de TAR et utiliser des numéros d'identification de patients compatibles pour les femmes infectées par le VIH qui commencent un TAR. Les pays pour lesquels le programme utilise

<sup>123</sup> Surveillance de la toxicité des médicaments antirétroviraux au cours de la grossesse et de l'allaitement - Note technique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 ([http://www.who.int/hiv/topics/arv\\_toxicity/WHO\\_13039\\_Surveillance\\_Fr\\_Web.pdf?ua=1](http://www.who.int/hiv/topics/arv_toxicity/WHO_13039_Surveillance_Fr_Web.pdf?ua=1)).

<sup>124</sup> A short guide on methods: measuring the impacts of national PMTCT programmes – towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive. Geneva, World Health Organization, 2012 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75478/1/9789241504362\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75478/1/9789241504362_eng.pdf?ua=1)).

<sup>125</sup> Global guidance on criteria and process for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis. Geneva, World Health Organization, 2014 [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112858/1/9789241505888\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112858/1/9789241505888_eng.pdf?ua=1&ua=1).

## Évolution du suivi et de l'évaluation de la PTME

Les systèmes de suivi et d'évaluation sont confrontés à de nouveaux défis lorsqu'ils s'adaptent aux nouvelles recommandations programmatiques pour la PTME (Option B/B+) qui nécessitent un suivi des femmes enceintes infectées par le VIH sur des périodes plus longues et dans différents points de prestation de services. L'Option B pose un défi supplémentaire, le TAR étant interrompu pour certaines mères à la fin de la période de risque de TME (c'est-à-dire à la fin de l'allaitement au sein), tandis que celles qui présentent une maladie plus avancée doivent continuer leur TAR à vie.

Toute femme enceinte qui commence un TAR (Option B ou B+) doit recevoir un numéro d'identification de TAR, être inscrite dans le programme de TAR et être enregistrée dans les systèmes de suivi du TAR. Pour améliorer la qualité des soins, les pays suivant l'Option B ou B+ doivent utiliser des cartes ou des dossiers de TAR pour faire le suivi de L'ENSEMBLE des femmes enceintes ou allaitant au sein sous TAR. Lorsqu'elles arrêtent d'allaiter au sein, les femmes qui suivent l'Option B doivent continuer à être suivies dans les soins de l'infection à VIH (pré-TAR) et leur nombre de CD4 doit être surveillé régulièrement pour assurer une nouvelle mise en route rapide du TAR au moment indiqué. Les dossiers et les registres de traitement ainsi que les numéros d'identification nationaux de TAR doivent être conservés pour assurer la continuité des liens entre les données pour chaque femme sous TAR pendant et après la grossesse.

La rétention sous TAR doit faire l'objet d'un suivi pour toute femme enceinte ou allaitant au sein qui commence ce traitement. Une femme enceinte qui commence un TAR dans une structure de SMI puis qui est transférée après l'accouchement dans un service de soins de l'infection à VIH doit entrer dans une cohorte de rétention sous TAR qui correspond à sa date de mise en route du TAR, et non pas à la date à laquelle elle a été transférée dans le service de soins de l'infection à VIH. La rétention sous TAR fera l'objet d'un suivi dans le sous-ensemble des femmes enceintes ou allaitant au sein qui commencent nouvellement un TAR. Les femmes déjà sous TAR lorsqu'elles tombent enceintes sont suivies dans une autre cohorte de TAR. Lors du calcul du pourcentage de femmes enceintes ou allaitant au sein vivantes et sous TAR 12 mois après la mise en route de ce traitement (MTCT.3), les programmes doivent exclure du numérateur et du dénominateur les femmes qui ont suivi l'Option B et qui ont terminé leur TAR (c'est-à-dire celles qui ont arrêté d'allaiter au sein et qui n'ont pas besoin de continuer le TAR). Ces femmes doivent être classées dans une autre catégorie d'issue « Achèvement du TAR pour la PTME », de telle sorte que leur inclusion ne fait pas baisser le taux de rétention sous TAR lors du décompte des différentes issues pour la cohorte.

Les nourrissons exposés au VIH doivent faire l'objet d'un suivi pour déterminer l'issue de la PTME. Il est recommandé que le suivi de ces nourrissons se poursuive au-delà du diagnostic précoce, en utilisant l'indicateur MTCT.8 pour rendre compte de leur statut par rapport à l'issue finale. Cet indicateur mesure les progrès accomplis en vue d'assurer que tout nourrisson né d'une mère infectée par le VIH puisse être classé dans l'une des deux catégories suivantes : infection à VIH confirmée et liens établis avec les services de TAR ; ou absence d'infection à VIH confirmée sur la base d'un test virologique négatif à l'âge d'environ six semaines en l'absence d'allaitement au sein ou, en cas d'allaitement au sein, sur la base d'un test de recherche d'anticorps anti-VIH négatif à l'âge de 18 mois (ou plus tard si l'allaitement au sein se poursuit au-delà de 18 mois). De nombreux pays font un suivi des nourrissons exposés au VIH à l'aide de registres ou de cartes conservées dans les structures de soins où ces nourrissons sont identifiés à la naissance ou au cours de la première visite de suivi du nourrisson, puis suivis jusqu'à ce que leur issue finale soit établie. Ce suivi peut se faire à l'aide soit de documents papier soit d'un système informatisé, tant que les informations pour les rapports relatifs aux cohortes de naissances sont organisées en fonction du mois de naissance des nourrissons.

l'Option B devront faire une distinction entre les femmes sous TAR à vie pour leur propre santé et celles qui reçoivent une prophylaxie associant trois ARV pour la PTME. De leur côté, les services de PTME doivent être capables d'inclure les nouvelles grossesses chez les femmes déjà sous TAR, cet événement allant devenir de plus en plus courant au fur et à mesure de l'extension de l'Option B+.

### Sélection et utilisation des indicateurs

Bien que la cascade de PTME se compose de nombreuses étapes, les mesures de la couverture choisies comme indicateurs programmatiques nationaux rendent compte des obstacles les plus courants venant s'opposer à l'élargissement de la couverture de la PTME: le dépistage du VIH chez les femmes enceintes et chez les enfants et la fourniture d'un TAR aux femmes enceintes infectées par le VIH. Plusieurs issues directes des programmes de PTME sont incluses dans cet ensemble d'indicateurs: le taux de TME (MTCT.7) et le statut final par rapport au VIH des enfants exposés (MTCT.8), qui comprend le nombre de nouvelles infections par le VIH chez les enfants en raison de la TME. Ces indicateurs servent de données de base pour confirmer l'ETME et sont directement influencés par la couverture du TAR chez les femmes enceintes ou allaitant au sein infectées par le VIH et chez les nourrissons exposés au VIH.

Si le taux de couverture est faible, le programme doit procéder à des évaluations supplémentaires afin de déterminer si ce problème est dû à une insuffisance de ressources pour l'ensemble du système, à un besoin de formation supplémentaire du personnel, ou à la nécessité de modifier les processus pour augmenter la proportion de paires mère-enfant qui avancent d'une étape à une autre dans la cascade. Pour que la performance mesurée soit satisfaisante pour un grand nombre des indicateurs de la PTME, les services couvrant différents domaines doivent collaborer et coopérer (notamment les services de soins prénatals, de pédiatrie, de TAR et de laboratoire), des liens doivent être établis entre les services pour que les femmes enceintes infectées par le VIH puissent être transférées vers les services généraux pour adultes afin de poursuivre leur TAR après l'accouchement, et des liens doivent être établis entre les services pour que leurs enfants soient suivis dans des services de consultations pédiatriques afin de déterminer leur issue finale et qu'ils bénéficient d'un diagnostic et d'un traitement précoces de l'infection à VIH s'ils s'avèrent infectés. Un taux de rétention insuffisant sous TAR chez les femmes enceintes infectées par le VIH doit inciter les administrateurs de programme à examiner davantage les liens entre les services de soins prénatals et les services généraux de soins de l'infection à VIH/de TAR et à évaluer les issues pour l'ensemble des patients sous TAR, par exemple, combien sont décédés, ont été perdus de vue, ont souffert d'une toxicité des ARV, etc., afin de déterminer comment améliorer ce taux de rétention.

Plusieurs des indicateurs proposés permettent de faire le suivi de la qualité des soins lors du suivi des nourrissons exposés au VIH ainsi que du diagnostic et du traitement précoces des nourrissons infectés par le VIH. Plusieurs de ces indicateurs nécessitent un dépistage ou des interventions thérapeutiques à des moments particuliers et/ou des interventions répétées dans le temps. Quand la performance est insuffisante (par exemple lorsque le dépistage chez le nourrisson est réalisé tardivement ou les taux d'issues finales avérées chez les nourrissons sont faibles), les pays doivent revoir et améliorer le système pour rechercher les perdus de vue et pour faire le suivi des mères et des nourrissons.

Les pays doivent sélectionner les indicateurs de qualité qui rendent compte des principaux problèmes auxquels les programmes de PTME locaux doivent faire face, en particulier concernant les éléments nouvellement introduits. Par exemple, les pays qui optent pour une répétition du test chez les femmes enceintes doivent faire un suivi du pourcentage des femmes pour lesquelles le dépistage initial s'est avéré négatif au cours de la première visite de soins prénatals et chez lesquelles un nouveau dépistage est refait ultérieurement ; les pays doivent ensuite procéder aux ajustements nécessaires sur leur stratégie de dépistage afin d'en améliorer la performance. Les programmes qui mettent en place l'Option B+ doivent parfois se concentrer sur l'amélioration des données permettant de calculer la proportion de femmes enceintes ou allaitant au sein ayant commencé un TAR et qui sont en rétention sous TAR pendant 12 mois.

## Éléments particuliers à prendre en considération en fonction du type de situation et de population

Dans le Plan mondial, il est recommandé qu'un dépistage du VIH soit réalisé chez toutes les femmes enceintes, indépendamment de la prévalence de l'infection à VIH dans la population générale. Cependant, dans les situations où la prévalence est faible et les ressources sont rares, le dépistage du VIH chez les femmes enceintes peut être réalisé en priorité chez les femmes qui présentent un risque élevé d'être infectées. Les pays dans cette situation doivent également évaluer la couverture dans les groupes à risque. Par exemple, lorsque la consommation de drogue par injection est le principal moteur de l'épidémie, il est important d'obtenir une estimation du nombre de femmes enceintes infectées par le VIH qui sont consommatrices de drogue par injection ou qui ont un partenaire sexuel régulier consommateur de drogue par injection, et de faire le suivi de la proportion de ces femmes qui bénéficient des interventions de PTME tout au long de la cascade, afin de s'assurer que cette population clé a un accès approprié à l'ensemble des interventions.

**Tableau 2.26 Indicateurs programmatiques relatifs à la prévention de la transmission mère-enfant**

| Indicateur   | Numérateur (N)/<br>dénominateur (D)  | Ventilation  | Méthode de<br>mesure et points<br>particuliers   | Pertinence pour<br>le programme et<br>interprétation   |
|--|--|--|--|--|
| <b>Indicateurs nationaux</b>   |  |  |  |  |
| <p>MTCT.1 Couverture du dépistage dans le cadre de la PTME</p> <p>% des femmes enceintes pour lesquelles le statut par rapport au VIH est connu</p> <p>Recoupement avec HTS.4 (Section Services de dépistage du VIH)</p> | <p>N : nombre de femmes enceintes qui ont reçu des soins prénatals et/ ou qui ont accouché dans un établissement de santé, pour lesquelles un dépistage du VIH a été réalisé au cours de la grossesse ou qui savaient déjà qu'elles étaient infectées par le VIH.</p> <p>Dénominateur obtenu à partir de données sur la population : nombre de femmes enceintes qui ont accouché au cours des 12 derniers mois.</p> <p>Dénominateur obtenu à partir de données programmatiques : nombre de femmes enceintes qui ont reçu des soins prénatals et/ ou qui ont accouché dans un établissement de santé au cours des 12 derniers mois.</p> | <p>Statut par rapport au VIH/résultat du test VIH :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. infection à VIH connue à l'entrée dans les soins prénatals</li> <li>2. dépistage s'avérant positif au cours des soins prénatals pour la grossesse actuelle</li> <li>3. dépistage s'avérant négatif au cours des soins prénatals pour la grossesse actuelle.</li> </ol> <p>Nombre de femmes infectées par le VIH identifiées = 1 + 2.</p> <p>Ventilation optionnelle : femmes enceintes consommatrices de drogue par injection.</p> | <p>N : registres du programme, par exemple registres des soins prénatals et registres des accouchements.</p> <p>Dénominateur obtenu à partir de données sur la population : estimations données par le bureau central des statistiques, par la Division de la population des Nations Unies ou par les statistiques de l'état civil.</p> <p>Dénominateur obtenu à partir de données des établissements de santé : registres du programme, par exemple registres des soins prénatals et registres des accouchements.</p> | <p>Mesure la couverture de la première étape dans la cascade de PTME. Une couverture élevée permet de mettre en route de manière précoce les soins et le traitement chez les mères infectées par le VIH. Le nombre total de femmes infectées par le VIH identifiées donne, par établissement de santé, le nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui entrent dans la cascade de PTME en établissement de santé.</p> |

|   |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
| <p><b>MTCT.2 Couverture du TAR dans le cadre de la PTME</b></p> <p>Nombre et % des femmes enceintes infectées par le VIH qui ont reçu un TAR au cours de la grossesse</p> | <p>N : nombre de femmes enceintes infectées par le VIH qui ont accouché au cours des 12 derniers mois et qui ont reçu un TAR pendant la période de risque de TME.</p> <p>Dénominateur obtenu à partir de données sur la population : nombre de femmes enceintes infectées par le VIH qui ont accouché au cours des 12 derniers mois.</p> <p>Dénominateur obtenu à partir de données des établissements de santé : nombre de femmes enceintes infectées par le VIH qui ont accouché au cours des 12 derniers mois et qui ont reçu des soins prénatals ou accouché dans un établissement de santé.</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Déjà sous TAR</li> <li>2. Nouvellement sous TAR</li> <li>3. Autres catégories particulières de schéma thérapeutique selon le contexte.</li> </ol> <p>Ventilation optionnelle : femmes enceintes consommatrices de drogue par injection.</p> | <p>N : registres du programme, par exemple registres de PTME, registres des ARV.</p> <p>Dénominateur obtenu à partir de données sur la population : estimations obtenues à l'aide de méthodes de modélisation cohérentes à l'échelle internationale (par exemple à l'aide du logiciel Spectrum AIM).</p> <p>Dénominateur obtenu à partir de données des établissements de santé : registres du programme.</p> | <p>Mesure si le TAR a été fourni aux femmes enceintes infectées par le VIH. Ne rend pas compte de l'observance des schémas d'ARV tout au long de la période de risque de TME.</p> |
|---|--|---|---|---|

|   |   |  |   |  |
|---|---|--|---|--|
| <p>MTCT.3 Rétention sous TAR</p> <p>% des femmes enceintes ou allaitant au sein infectées par le VIH en rétention sous TAR (6 et) 12 mois après la mise en route de ce traitement</p> <p>Recoupement avec ART.5 (Section Traitement antirétroviral)</p> | <p>N : nombre de femmes enceintes ou allaitant au sein infectées par le VIH sous TAR (6 et) 12 mois après la mise en route de ce traitement (si le TAR est mis en route après que la femme soit tombée enceinte).</p> <p>D : nombre de femmes enceintes pour lesquelles un TAR a été mis en route (6 et) 12 mois avant le début de la période considérée.</p> <p>Ce dénominateur comprend les patientes qui sont décédées depuis le début du traitement, celles qui ont arrêté leur traitement et celles perdues de vue à (6 et) 12 mois.</p> | <p>Statut au moment de la mise en route du TAR :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. grossesse</li> <li>2. allaitement au sein.</li> </ol> | <p>N &amp; D : registres du programme, par exemple formulaires d'enregistrement des cohortes recevant un TAR.</p>   | <p>Mesure la rétention sous TAR chez les femmes enceintes qui ont commencé nouvellement un TAR ; ce groupe de population est important, car il remplit les critères pour commencer immédiatement un TAR et car il faut prévenir au mieux la TME pendant toute la période à risque. Fournit des informations sur la capacité du programme à garder en rétention et à suivre les femmes infectées par le VIH qui passent des services de SMI aux services de prise en charge de l'infection à VIH.</p> |
| <p>MTCT.4 Couverture de la prophylaxie par ARV chez le nourrisson</p> <p>% des nourrissons exposés au VIH qui ont commencé une prophylaxie par ARV</p>  | <p>N : nombre de nourrissons exposés au VIH nés au cours des 12 derniers mois et qui ont commencé une prophylaxie par ARV à la naissance.</p> <p>Dénominateur obtenu à partir de données sur la population : nombre de femmes infectées par le VIH qui ont accouché au cours des 12 derniers mois.</p> <p>Dénominateur obtenu à partir de données des établissements de santé : nombre de femmes infectées par le VIH qui ont accouché dans un établissement de santé au cours des 12 derniers mois.</p>                                      | <p>Aucune.</p>   | <p>N : registres du programme, par exemple registres de PTME.</p> <p>Dénominateur obtenu à partir de données sur la population : estimations obtenues à l'aide de méthodes de modélisation cohérentes à l'échelle internationale (par exemple à l'aide du logiciel Spectrum AIM).</p> <p>Dénominateur obtenu à partir de données des établissements de santé : registres du programme, registres des accouchements.</p> | <p>Mesure l'efficacité des efforts faits par le programme pour réduire le risque de TME immédiatement après l'accouchement (3ème volet de la PTME).</p>  |

|   |   |                |   |   |
|---|---|----------------|---|---|
| <p>MTCT.5 Couverture par des ARV chez le nourrisson allaité au sein</p> <p>% des nourrissons allaités au sein et exposés au VIH dont la mère reçoit un TAR 3 mois (et 12 mois) après l'accouchement</p> | <p>N : nombre de nourrissons allaités au sein exposés au VIH nés au cours des 12 derniers mois dont la mère reçoit un TAR 3 mois (et 12 mois) après l'accouchement.</p> <p>Dénominateur obtenu à partir de données sur la population : estimation du nombre de nourrissons nés au cours des 12 derniers mois, allaités au sein et exposés au VIH 3 mois (et 12 mois) après la naissance (y compris l'estimation du nombre de nourrissons qui ne viennent pas dans les services de consultations et qui sont encore allaités au sein).</p> <p>Dénominateur obtenu à partir de données programmatiques : nombre de nourrissons identifiés comme exposés au VIH nés au cours des 12 derniers mois qui sont allaités au sein à l'âge de 3 mois (12 mois).</p> | <p>Aucune.</p> | <p>N : registres du programme, par exemple registres de PTME, registres de TAR.</p> <p>Dénominateur obtenu à partir de données sur la population : données d'enquêtes pour la population générale comme mesure indirecte ; autres estimations.</p> <p>Dénominateur obtenu à partir de données programmatiques : registres du programme.</p> | <p>Mesure la capacité du programme à réduire le risque de transmission par l'allaitement au sein (3ème volet de la PTME).</p> |
|---|---|----------------|---|---|



|   |   |  |   |   |
|---|---|--|---|---|
| <p>MTCT.6 Couverture du diagnostic précoce chez le nourrisson</p> <p>% des nourrissons exposés au VIH chez lesquels un test virologique recherchant une infection à VIH a été réalisé au cours des 2 mois suivant la naissance</p> <p>Recoupement avec HTS.5 (Section Services de dépistage du VIH)</p> | <p>N : nombre de nourrissons exposés au VIH nés au cours des 12 derniers mois chez lesquels un test virologique recherchant une infection à VIH a été réalisé au cours des 2 mois suivant la naissance.</p> <p>D : nombre de femmes enceintes infectées par le VIH qui ont accouché au cours des 12 derniers mois (mesure indirecte du nombre de nourrissons nés de femmes infectées par le VIH).</p> | <p>Résultats du test :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. positif</li> <li>2. négatif</li> <li>3. indéterminé</li> <li>4. autre.</li> </ol> | <p>N : registres du programme, par exemple registres de PTME, registres de laboratoire.</p> <p>D : estimations obtenues à l'aide de méthodes de modélisation cohérentes à l'échelle internationale (par exemple à l'aide du logiciel Spectrum AIM).</p>                 | <p>Mesure la réalisation du diagnostic précoce de l'infection à VIH chez le nourrisson, première étape cruciale pour un traitement précoce de ceux qui présentent une infection confirmée et pour la fourniture d'un conseil pour prévenir l'infection chez ceux pour lesquels le résultat du test précoce s'avère négatif.</p> |
| <p>MTCT.7 Taux de TME final</p> <p>% des nourrissons infectés par le VIH parmi les nourrissons exposés au VIH nés au cours des 12 derniers mois</p>   | <p>N : nombre de nourrissons exposés au VIH nés au cours des 12 derniers mois qui ont été infectés au cours de la période de risque de TME.</p> <p>D : nombre de femmes infectées par le VIH qui ont accouché au cours des 12 derniers mois.</p>  | <p>Aucune.</p>   | <p>N &amp; D : estimations obtenues à l'aide de méthodes de modélisation cohérentes à l'échelle internationale (par exemple à l'aide du logiciel Spectrum AIM).</p> <p>Les approches à utiliser sont décrites dans un petit guide pour mesurer l'impact de la PTME.</p> | <p>Mesure le taux global de transmission sur toute la période de risque de TME.</p> <p>Critère de validation pour l'ETME du VIH.</p> <p>Le numérateur peut être utilisé comme source pour évaluer l'autre critère de validation de l'ETME (&lt;50 nouvelles infections par le VIH chez l'enfant pour 100 000 naissances).</p>   |

|  |   |  |  |   |
|--|---|--|--|---|
| <p>MTCT.8 Statut par rapport à l'issue finale</p> <p>Distribution en % des nourrissons exposés au VIH, en fonction de leur statut par rapport à l'issue finale</p> <p>Recoupement avec ART.6 (Section Traitement antirétroviral)</p> | <p>N : nourrissons exposés au VIH nés au cours des 12 derniers mois (ou des 24 derniers mois dans les situations avec allaitement au sein) pour chaque statut par rapport à l'issue finale.</p> <p>D : nombre de femmes infectées par le VIH qui ont accouché au cours des 12 derniers mois (ou des 24 derniers mois dans les situations avec allaitement au sein).</p> | <p>Statuts par rapport à l'issue finale :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. infecté par le VIH</li> <li>2. pas infecté par le VIH, allaitement au sein arrêté</li> <li>3. statut par rapport au VIH inconnu             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. décès</li> <li>b. perdu de vue</li> <li>c. transfert sur un autre service</li> <li>d. toujours dans les soins, mais pas de dépistage à 18 mois.</li> </ol> </li> </ol> | <p>N : registres du programme.</p> <p>D : estimations obtenues à l'aide de méthodes de modélisation cohérentes à l'échelle internationale (par exemple à l'aide du logiciel Spectrum AIM).</p> | <p>Mesure directement le statut par rapport à l'issue finale.</p> <p>Mesure également la qualité du programme en termes de suivi des nourrissons exposés au VIH jusqu'à ce que le statut final soit confirmé (3ème volet de la PTME).</p> |
| <p>MTCT.9 Couverture de la prophylaxie au cotrimoxazole</p> <p>% des nourrissons exposés au VIH qui ont commencé une prophylaxie au cotrimoxazole dans les 2 mois suivant leur naissance</p>   | <p>N : nombre de nourrissons exposés au VIH nés au cours des 12 derniers mois qui ont commencé une prophylaxie au cotrimoxazole dans les 2 mois suivant leur naissance.</p> <p>D : nombre de femmes infectées par le VIH qui ont accouché au cours des 12 derniers mois.</p>  | <p>Aucune.</p>   | <p>N : registres du programme.</p> <p>D : estimations obtenues à l'aide de méthodes de modélisation cohérentes à l'échelle internationale (par exemple à l'aide du logiciel Spectrum AIM).</p> | <p>Mesure la fourniture de la prophylaxie au cotrimoxazole pour diminuer les infections opportunistes et les infections bactériennes.</p> <p>Sert de mesure indirecte pour les soins de suivi chez les nourrissons exposés au VIH.</p>    |

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
| <p>MTCT.10 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale</p> <p>% des femmes infectées par le VIH vues dans les services de soins et de traitement de l'infection à VIH et qui présentent des besoins non satisfaits en matière de planification familiale</p> <p>Recoupement avec LINK.4 (Section Liens avec les soins, inscription et rétention dans les soins)</p> | <p>N : nombre de femmes infectées par le VIH en âge de procréer (15-49 ans) vues dans les services de soins et de traitement de l'infection à VIH au cours des 12 derniers mois et qui présentent des besoins non satisfaits en matière de planification familiale.</p> <p>D : nombre de femmes infectées par le VIH en âge de procréer (15-49 ans) vues dans les services de soins et de traitement de l'infection à VIH au cours des 12 derniers mois.</p> | <p>Âge (15-19, 20-49).</p>   | <p>Entretiens de départ avec des patientes au moment où elles quittent le site de prestation de services, en utilisant une série de questions types sur les besoins non satisfaits en matière de planification familiale comme défini dans les enquêtes démographiques et de santé.</p> | <p>Donne des indications pour savoir si les besoins des femmes infectées par le VIH en matière de services de planification familiale pour prévenir les grossesses non désirées sont satisfaits (2ème volet de la PTME).</p> |
| Indicateurs supplémentaires  |  |  |   |  |
| <p>MTCT.11 Séroconversion chez les femmes enceintes</p> <p>% des femmes enceintes séronégatives pour le VIH qui refont un dépistage du VIH, en fonction de leur statut par rapport à la séroconversion</p>   | <p>N : nombre de femmes enceintes vues dans les soins prénatals chez lesquelles un dépistage du VIH est refait après un dépistage initial négatif au cours de la grossesse.</p> <p>D : nombre de femmes enceintes vues dans les soins prénatals chez lesquelles un dépistage initial réalisé au cours de la grossesse était négatif au cours des 12 derniers mois.</p>   | <p>Statut par rapport à la séroconversion :</p> <p>A. restées non infectées par le VIH</p> <p>B. séroconversion (devenues infectées par le VIH)</p> <p>Ventilation optionnelle lorsque la collecte systématique de données est possible : femmes enceintes qui consomment de la drogue par injection et autres populations clés.</p> | <p>N &amp; D : registres du programme, par exemple registres des soins prénatals, registres de PTME.</p>  | <p>Mesure l'efficacité des efforts faits par le programme pour prévenir la transmission chez les femmes enceintes non infectées (1er volet de la PTME).</p>  |

|  |   |                           |   |  |
|--|---|---------------------------|---|--|
| <p>MTCT.12 Couverture du dépistage chez les partenaires des femmes enceintes</p> <p>% des femmes enceintes vues dans les soins prénatals pour lesquelles les partenaires de sexe masculin ont réalisé un dépistage du VIH au cours de la grossesse</p> | <p>N : nombre de femmes enceintes vues dans les soins prénatals au cours des 12 derniers mois pour lesquelles les partenaires de sexe masculin ont réalisé un dépistage du VIH au cours de la grossesse ou dont le statut par rapport au VIH était déjà connu.</p> <p>D : nombre de femmes enceintes vues dans les soins prénatals au cours des 12 derniers mois.</p> | <p>Résultats du test.</p> | <p>N &amp; D : registres du programme, par exemple registres des consultations de soins prénatals, registres de PTME.</p>   | <p>Mesure l'efficacité des efforts faits par le programme pour réaliser un dépistage chez les partenaires des femmes enceintes. L'identification des couples sérodiscordants est la première étape dans la prévention de l'infection à VIH chez les femmes au cours de la grossesse (1er volet de la PTME) et chez les partenaires masculins des femmes enceintes.</p> |
| <p>MTCT.13 Temps mis pour obtenir les résultats du dépistage précoce chez le nourrisson</p> <p>% des résultats du diagnostic précoce chez le nourrisson rendus en temps opportun</p>   | <p>N : nombre de tests de dépistage précoce chez le nourrisson réalisés au cours des 12 derniers mois et pour lesquels le résultat a été rendu dans les 4 semaines suivant la collecte de l'échantillon (ou selon la norme nationale).</p> <p>D : nombre de tests de dépistage précoce chez le nourrisson réalisés au cours des 12 derniers mois.</p>                 | <p>Aucune.</p>            | <p>N &amp; D : registres du programme, par exemple registres de PTME, registres de laboratoire.</p>   | <p>Le résultat des tests virologiques réalisés chez les nourrissons doivent être rendus au service de consultations et à la mère ou à la personne qui s'occupe du nourrisson dès que possible, et pas plus tard que quatre semaines après la collecte de l'échantillon (4ème volet de la PTME).</p>  |
| <p>MTCT.14 Taux de TME à 6 semaines</p> <p>% des nourrissons nés de femmes infectées par le VIH qui sont infectés par le VIH à 6 semaines</p>  | <p>N : nombre de nourrissons exposés au VIH nés au cours des 12 derniers mois et qui sont infectés à l'âge d'environ 6 semaines.</p> <p>D : nombre de femmes infectées par le VIH qui ont accouché au cours des 12 derniers mois.</p>   | <p>Aucune.</p>            | <p>N &amp; D : estimations obtenues à l'aide de méthodes de modélisation cohérentes à l'échelle internationale (par exemple à l'aide du logiciel Spectrum AIM).</p> <p>Les approches à utiliser sont décrites dans un petit guide pour mesurer l'impact de la PTME.</p> | <p>Mesure les efforts visant à réduire la transmission au cours de la période périnatale (3ème volet de la PTME).</p>  |

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
| <p>MTCT.15 Mise en route du TAR chez le nourrisson</p> <p>% des nourrissons identifiés comme étant infectés par le VIH chez lesquels un TAR a été mis en route au plus tard à l'âge de 12 mois</p> | <p>N : nombre de nourrissons chez lesquels un TAR a été mis en route au plus tard à l'âge de 12 mois.</p> <p>D : nombre de nourrissons identifiés comme étant infectés par le VIH.</p>   | <p>Aucune.</p>   | <p>N : extraction en fonction de l'âge à partir des rapports systématiques du nombre d'enfants chez lesquels un TAR a été mis en route.</p> <p>D : à partir des systèmes de base de données centrale ou d'une ventilation en fonction de l'âge à partir de rapports établis au niveau des établissements de santé sur le nombre d'enfants chez lesquels un diagnostic d'infection à VIH a été posé.</p> | <p>Indicateur important de la qualité des soins et de l'existence de liens avec les soins. Mesure le degré avec lequel le diagnostic est posé et le TAR mis en route chez les nourrissons infectés par le VIH, tranche d'âge pour laquelle le risque de mortalité est le plus élevé (4ème volet de la PTME).</p> <p>Cet indicateur correspond à une ventilation en fonction de l'âge de l'indicateur LINK.1.</p> |
| <p>MTCT.16 Intégration du TAR dans les sites de SMI</p> <p>% des structures de SMI qui fournissent le TAR</p>  | <p>N : nombre d'établissements de santé offrant des services de SMI (par exemple services de soins prénatals, SMI ou structures de santé de l'enfant) qui fournissent le TAR.</p> <p>D : nombre d'établissements de santé offrant des services de SMI.</p> | <p>Type de service (soins prénatals, SMI, autres).</p> | <p>N &amp; D : enquête sur les établissements de santé.</p>   | <p>Mesure le renforcement des liens entre le dépistage et le TAR chez les femmes enceintes infectées par le VIH en intégrant le TAR dans les services de routine de SMI (3ème volet de la PTME).</p>   |

|  |   |                |  |   |
|--|---|----------------|--|---|
| <p>MTCT.17 Taux de rétention précoce</p> <p>% des femmes enceintes ou allaitant au sein sous TAR 1 mois et 3 mois après la mise en route de ce traitement</p>  | <p>N : nombre de femmes enceintes ou allaitant au sein sous TAR toujours vivantes et sous TAR 1 mois et 3 mois après la mise en route de ce traitement.</p> <p>D : nombre de femmes enceintes ou allaitant au sein qui ont commencé un TAR 1 mois ou 3 mois avant le début de la période considérée.</p>  | <p>Aucune.</p> | <p>N &amp; D : registres du programme, par exemple registres des ARV.</p> <p>Données collectées si possible pour l'ensemble des patients, mais elles peuvent aussi être collectées sur un échantillon.</p> | <p>Un taux élevé de rétention précoce est une mesure importante de la réussite de la PTME et de la qualité globale du programme. Les données d'expérience des programmes ayant rapidement étendu l'utilisation des Options B/ B+ montrent que les femmes sont particulièrement susceptibles d'abandonner le TAR peu de temps après la mise en route de ce traitement.</p> |
| <p>MTCT.18 Couverture de la réalisation d'un test de numération des CD4 ou d'une évaluation clinique de référence au cours des soins prénatals</p> <p>% des femmes enceintes infectées par le VIH chez lesquelles une évaluation du nombre de CD4 ou du stade clinique a été réalisée au moment de la mise en route du TAR</p> | <p>N : nombre de femmes enceintes infectées par le VIH vues dans les services de soins prénatals au cours des 12 derniers mois pour lesquelles une évaluation soit du nombre de CD4 soit du stade clinique a été réalisée au moment de la mise en route du TAR.</p> <p>D : nombre de femmes enceintes infectées par le VIH vues dans les services de soins prénatals au cours des 12 derniers mois.</p> | <p>Aucune.</p> | <p>N &amp; D : registres du programme, par exemple registres de PTME, registres des ARV, registres de laboratoire.</p>   | <p>Mesure le degré avec lequel une évaluation clinique et une numération des CD4 sont réalisées chez les femmes enceintes infectées par le VIH, cette évaluation étant recommandée mais pas obligatoire avant la mise en route du TAR.</p>  |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <p>MTCT.19</p> <p>Accouchements dans un établissement de santé</p> <p>% des femmes enceintes infectées par le VIH qui accouchent dans un établissement de santé</p>  | <p>N : nombre de femmes infectées par le VIH qui ont accouché dans un établissement de santé au cours des 12 derniers mois.</p> <p>D : nombre de femmes infectées par le VIH qui ont accouché au cours des 12 derniers mois.</p>   | <p>Aucune.</p>   | <p>N : dossiers du programme, par exemple registres de PTME, registres des accouchements.</p> <p>D : estimations obtenues à l'aide de méthodes de modélisation cohérentes à l'échelle internationale (par exemple à l'aide du logiciel Spectrum AIM). Le nombre de femmes enceintes infectées par le VIH sert de mesure indirecte.</p> | <p>Mesure la capacité du programme à identifier les femmes enceintes infectées par le VIH et à leur permettre d'utiliser les services de PTME au moment de l'accouchement (3ème volet de la PTME).</p> |
| <p>MTCT.20</p> <p>Accouchements prématurés liés à une toxicité des ARV</p> <p>% des accouchements prématurés chez les femmes enceintes infectées par le VIH sous TAR</p> <p>Recoupement avec ART.13 (Section Suivi de la toxicité)</p> | <p>N : nombre de femmes infectées par le VIH qui ont reçu un TAR et ont accouché au cours des 12 derniers mois et chez lesquelles l'accouchement a été prématuré (&lt;37 semaines de gestation).</p> <p>D : nombre de femmes infectées par le VIH qui ont reçu un TAR et ont accouché au cours des 12 derniers mois.</p> | <p>Schémas thérapeutiques, âge, moment de mise en route du TAR (avant la conception, au cours du 1er, 2ème ou 3ème trimestre de grossesse), âge gestationnel de la naissance prématurée (&lt;28 semaines, 28 à &lt;32 semaines, 32 à &lt;37 semaines).</p> | <p>N &amp; D : documents du programme, par exemple carte de SMI avec enregistrement intégré des informations sur la PTME.</p>  | <p>Un taux plus élevé que prévu suggère la nécessité d'une évaluation plus structurée et d'un examen de la politique nationale sur l'utilisation des ARV au cours de la grossesse.</p>                 |

|  |   |                |   |   |
|--|---|----------------|---|---|
| <p><b>MTCT.21 Taux des cas pour l'ETME</b></p> <p>Taux des cas de nouvelles infections par le VIH chez l'enfant en raison de la TME pour 100 000 naissances vivantes</p> | <p>N : nombre de nouveaux cas d'infections par le VIH chez l'enfant en raison de la TME.</p> <p>D : estimation du nombre de naissances vivantes au cours de la même année civile.</p> | <p>Aucune.</p> | <p>N : déclarations des cas, estimations à partir d'enquêtes dans les structures de prise en charge de l'infection à VIH.</p> <p>D : statistiques de l'état civil, estimations du nombre de naissances vivantes, par exemple celles données par la Division de la population des Nations Unies ou obtenues à partir d'enquêtes.</p> | <p>Indicateur d'impact pour la validation de l'ETME afin de démontrer que le nombre de cas de TME du VIH est très faible.</p> <p>Doit être examiné avec l'autre indicateur d'impact de validation de l'ETME sur le taux de TME (MTCT.7) et avec les trois indicateurs de processus de validation de l'ETME : couverture des soins prénatals, couverture du dépistage (MTCT.1) et couverture du traitement (MTCT.2).</p> <p>Il est important de mener des investigations pour chaque cas afin de comprendre les raisons de la transmission. Des analyses de sensibilité peuvent aider à avoir une idée de l'intervalle de confiance s'il y a des données manquantes.</p> |
|--|---|----------------|---|---|



## 2.5 Évaluation de l'impact

La mesure de l'impact vise à collecter des données factuelles sur les effets globaux en bout de chaîne des programmes de prévention, de soins et de traitement de l'infection à VIH. Les impacts de l'épidémie et de la riposte du secteur de la santé au VIH peuvent être suivis et évalués du point de vue de la mortalité, de la morbidité et du handicap ainsi que du point de vue d'autres changements tels que les tendances comportementales, sociales et économiques. La mortalité liée au VIH (IMP.1) et l'incidence de l'infection à VIH (IMP.2) sont les indicateurs d'impact sur la santé les plus importants pour évaluer l'efficacité de la programmation en matière de lutte contre l'infection à VIH dans le secteur de la santé. Bien que la mesure directe de ces indicateurs soit extrêmement difficile, il est important d'essayer de les mesurer. Sinon, les effets de la riposte du secteur de la santé ne peuvent être évalués qu'avec des indicateurs de réalisations tels que la rétention dans les soins et la suppression de la charge virale.



### 9. Décès liés au VIH

Nombre de décès liés au VIH et ratio par rapport aux personnes vivant avec le VIH

Un programme de santé doit définir clairement la manière avec laquelle seront évalués son impact ainsi que les tendances, en particulier la mortalité et l'incidence. Ces valeurs sont obtenues à la fin de la cascade de services de lutte contre l'infection à VIH du secteur de la santé et de la chaîne de résultats. La mesure de l'impact est aussi essentielle pour évaluer la contribution de chaque étape. L'examen doit souvent commencer par une évaluation de l'impact et remonter la chaîne de résultats jusqu'à son début. Le programme doit ensuite relier ces impacts aux réalisations observées à chaque étape de la cascade, notamment aux comportements en matière de prévention et de traitement. Cette étape de l'évaluation et de l'examen est essentielle pour comprendre les raisons des changements dans l'incidence de l'infection à VIH et la mortalité liée au VIH, la contribution des interventions aux différentes étapes de la cascade et la manière d'améliorer la riposte du secteur de la santé.

### 2.5.1 Mesure de la mortalité

L'un des indicateurs les plus parlants du succès d'un programme national dans l'extension de la prévention, du traitement et des soins de l'infection à VIH est la diminution de la mortalité due à des causes liées au VIH.<sup>126,127</sup> Sans ces données, les pays ne sont pas capables d'évaluer efficacement l'impact de leur riposte nationale à l'épidémie d'infection à VIH. Que ce soit le RARSM [anciennement connu sous le nom de Déclaration d'engagement adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies - Session extraordinaire sur le VIH/SIDA (UNGASS)], les Objectifs du Millénaire pour le développement ou Road Map for Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support, tous disposent d'au moins un indicateur pour mesurer la mortalité liée au VIH.

Un système robuste de registres et de statistiques de l'état civil permettant d'obtenir des données de qualité mesurées directement sur la mortalité liée au VIH est le meilleur moyen de surveiller la mortalité. Pour chaque décès, les systèmes d'enregistrement des actes d'état civil doivent collecter des informations telles que la date et la cause du décès, l'âge, le sexe et le lieu de résidence. Une analyse prudente des données de mortalité ventilées en fonction de l'âge et du sexe (sans la cause de décès) permet souvent de mettre en évidence des tendances de la mortalité liée au VIH, en particulier chez les personnes dont l'âge est compris entre 15 et 49 ans.

Cependant, seuls quelques pays disposent d'un système d'enregistrement des actes d'état civil de qualité, et la cause du décès est rarement disponible.<sup>128</sup> Dans ces situations, la mortalité peut être

<sup>126</sup> Lallemand C, Halembokaka G, Baty G, Ngo-Ngiang-Huong N, Barin F, Le Couer S. Impact of HIV/AIDS on child mortality before the highly active antiretroviral therapy era: a study in Pointe Noire, Republic of Congo. *J Trop Med*. 2010. Article ID 897176, 6 pages (<http://dx.doi.org/10.1155/2010/897176>).

<sup>127</sup> Le Coeur S, Khat M, Halembokaka G, Augereau-Vacher C, Batala-M'Pondo G, Baty G, et al. HIV and the magnitude of pregnancy-related mortality in Pointe Noire, Congo. *AIDS*. 2005;19(1):69-75 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15627035>).

<sup>128</sup> Mathers CD, Ma Fat D, Inoue M, Rao C, Lopez AD. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of death data. *Bull World Health Organ*. 2005;83:171-77. (<http://www.who.int/bulletin/volumes/83/3/171.pdf>)

analysée à partir d'un échantillon d'établissements de santé, de cohortes ou de sites.

Conscients de la nécessité de s'appuyer sur les systèmes de collecte de données existants, l'OMS et l'ONUSIDA recommandent à la fois des objectifs à court et à moyen termes pour la mesure de la mortalité liée au VIH.<sup>129</sup> Les objectifs à court terme se concentrent sur l'obtention des meilleures mesures possibles de la mortalité liée au VIH en utilisant les systèmes et les ressources existants. Les objectifs à moyen terme cherchent à identifier les possibilités et les stratégies de plaidoyer pour la création de systèmes d'enregistrement des actes d'état civil plus robustes.

## Utilisation à court terme des mesures de la mortalité disponibles

En l'absence d'enregistrements exhaustifs ou de données fiables sur les causes de décès dans les systèmes d'enregistrement des actes d'état civil, il est suggéré de mesurer la mortalité liée au VIH en suivant les options suivantes:

**Autopsie verbale.** L'autopsie verbale est l'outil de mesure de la mortalité le plus couramment utilisé en l'absence de données fiables d'enregistrement des actes d'état civil. Elle comprend un entretien avec des membres de la famille ou des amis proches sur les événements entourant le décès d'une personne ; cet entretien est mené par un enquêteur qualifié qui attribue aux données un code en utilisant un format structuré. La cause du décès est ensuite déterminée sur la base de ces informations, le plus souvent par un médecin formé aux méthodes d'autopsie verbale.<sup>130</sup> Des études ont montré que l'autopsie verbale permet de mesurer de manière concordante la mortalité liée au VIH et au sida.<sup>131</sup>

La principale limite de l'autopsie verbale est le biais de mémorisation, c'est-à-dire le fait de se souvenir des événements différemment de la façon dont ils se sont produits ou de s'en souvenir de manière incomplète.<sup>132</sup> Pour qu'un système basé sur des autopsies verbales soit valable, il est essentiel que les enquêteurs soient de qualité et que les personnes chargées du codage aient une formation suffisante. Pour mesurer la mortalité liée au VIH, l'identification des causes de décès liées au VIH a été simplifiée par l'utilisation de sept signes et symptômes.<sup>133</sup> L'OMS a élaboré des normes pour les autopsies verbales.<sup>134</sup>

La mesure de la mortalité liée au VIH au niveau national à l'aide d'autopsies verbales peut se faire de plusieurs façons (présentées ci-dessous par ordre de priorité sur la base de la qualité présumée des données):

- Grâce à un enregistrement par sondage des faits d'état civil ayant donné lieu à une autopsie verbale (en anglais *sample vital registration with verbal autopsy, SAVVY*). Utilisé à la place d'un système d'enregistrement couvrant l'ensemble d'un pays, un système de SAVVY représentatif au niveau national semble présenter un bon rapport coût/efficacité.<sup>135</sup> Grâce au SAVVY, un pays qui n'est pas encore prêt à mettre en place un système au niveau national peut collecter des données permettant d'obtenir une estimation précise pour sa population dans son ensemble. À l'heure actuelle, la Chine, l'Inde, le Pakistan et le Bangladesh disposent d'un système normalisé de SAVVY représentatif au niveau national. D'autres pays sont en train de mettre au point un tel système.<sup>136</sup>

<sup>129</sup> WHO/UNAIDS Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Guidelines for HIV mortality measurement. Geneva, World Health Organization, 2014 (<http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/2013package/module6/en/>).

<sup>130</sup> Soleman N, Chandramohan D, Shibuya K. Verbal autopsy: current practices and challenges. *Bull World Health Organ.* 2006;84:239–245 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/84/3/239.pdf>).

<sup>131</sup> Verbal autopsy standards: ascertaining and attributing causes of death. Genève, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/healthinfo/statistics/verbalautopsystandards/en/>).

<sup>132</sup> Lopman B, Barnabas RV, Boerma JT, Chawira G, Gaitskell K, Harrop T. Creating and validating an algorithm to measure AIDS mortality in the adult population using verbal autopsy. *PLoS Med.* 2006;3:e312.

<sup>133</sup> Hill K, Lopez AD, Shibuya K, Jha P. Monitoring of Vital Events (MoVE). Interim measures for meeting needs for health sector data: births, deaths, and causes of death. *Lancet.* 2007;370(9600):1726–35. doi:10.1016/S0140-6736(07)61309-9.

<sup>134</sup> Verbal autopsy standards: ascertaining and attributing causes of death. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/healthinfo/statistics/verbalautopsystandards/en/>).

<sup>135</sup> Setel PW, Sankoh O, Velkoff VA, Mathers C, Gonghuan Y, Hemed Y. Sample registration of vital events with verbal autopsy: a renewed commitment to measuring and monitoring vital statistics. *Bull World Health Organ.* 2005;83:611–617 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/83/8/611.pdf>).

<sup>136</sup> Ngo AD, Rao C, Hoa NP, Adair T, Chuc NT. Mortality patterns in Vietnam, 2006: Findings from a national verbal autopsy survey. *BMC Res Notes.* 2010;3:78. doi: 10.1186/1756-0500-3-78.

- En ajoutant l'autopsie verbale aux études en population générale comme les Enquêtes démographiques et de santé et en posant de manière rétrospective des questions sur les décès aux membres de la famille ou du ménage.
- En incluant l'autopsie verbale aux études de cohortes prospectives, comme les Systèmes de surveillance démographique, qui identifient les décès au fil du temps dans un échantillon représentatif au niveau national.
- En réalisant des autopsies verbales en liaison avec les systèmes en rapport avec les enterrements comme la surveillance des cimetières, des entreprises de pompes funèbres et des registres paroissiaux, ainsi que la surveillance des morgues avec autopsie des cadavres. La surveillance du système des enterrements s'appuie sur les systèmes d'enregistrement existants en ajoutant une formation sur la conduite des autopsies verbales et une recherche permettant de connaître les termes relatifs à la mortalité liée au VIH utilisés localement.<sup>137</sup> Un tel système présente un certain nombre de limites, notamment le fait que l'échantillon a peu de chances d'être représentatif au niveau national. L'existence de frais d'enregistrement pour un enterrement peut décourager le recours à un enterrement officiel, ce qui peut conduire à une sous-estimation du nombre de décès des femmes et des enfants.<sup>138</sup>

L'autopsie verbale peut également être utilisée pour mesurer la mortalité liée au VIH dans les populations clés et dans d'autres sous-populations particulières, par exemple pour les décès identifiés parmi les clients de centres de traitement des toxicomanies.<sup>139</sup>

**Surveillance de la mortalité dans les établissements de santé.** Les agents impliqués dans la surveillance de l'infection à VIH sont déjà responsables du signalement des cas d'infection à VIH à partir des données des services de dépistage du VIH et des services de traitement et de soins. Dans ce type de surveillance, la déclaration des décès chez les personnes infectées par le VIH doit être obligatoire. Le fait de compter sur la surveillance basée sur l'identification des cas d'infection à VIH pour mesurer la mortalité présente des inconvénients majeurs. Cette surveillance n'est pas représentative de l'ensemble de la population, car beaucoup de gens ne connaissent pas leur statut par rapport au VIH. De plus, elle couvre rarement le pays en entier, certaines régions ne disposant pas de services de traitement et de soins de l'infection à VIH. En outre, les pays où la notification des cas d'infection à VIH est peu performante sont souvent les mêmes que ceux où le système d'enregistrement des faits d'état civil est lui aussi de qualité insuffisante. Dans de nombreux pays, les données de mortalité ventilées en fonction de l'âge et du sexe obtenues dans un échantillon d'hôpitaux ou de centres de santé peuvent cependant être utilisées pour obtenir des tendances de la mortalité liée au VIH. L'analyse de ces données et l'extrapolation des résultats obtenus à la population toute entière doit se faire avec prudence. Avec le temps, la formation sur les causes de décès et sur le codage suivant la Classification internationale des maladies (CIM) peut permettre à ce type de surveillance de devenir une importante source de données sur la mortalité.

D'autres systèmes d'information sanitaire collectent parfois déjà des informations sur la mortalité liée au VIH, notamment les systèmes d'enregistrement du diagnostic à la sortie de l'hôpital, les registres des prisons, les systèmes de surveillance d'autres maladies infectieuses (par exemple les registres établis à partir des cas de tuberculose) et les structures à l'intention des populations à risque (par exemple les programmes de traitement des consommateurs de drogue ou d'alcool ou les programmes de seringues et d'aiguilles). Prise isolément, chacune de ces sources de données est incomplète et dans certains cas, ces différentes sources de données peuvent comporter des éléments communs, ce qui peut être à l'origine de doublons. L'utilisation de ces sources de données de mortalité seules ou en combinaison exige d'abord d'évaluer qui est représenté par ces données ainsi que la qualité des informations ayant servi de base pour déterminer la cause des décès. En outre, l'information enregistrée n'identifie pas

<sup>137</sup> WHO/UNAIDS Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Guidelines for HIV mortality measurement. Geneva, World Health Organization, 2014 (<http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/2013package/module6/en/>).

<sup>138</sup> Soleman N, Chandramohan D, Shibuya K. Verbal autopsy: current practices and challenges. Bull World Health Organ. 2006;84:239–245 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/84/3/239.pdf>).

<sup>139</sup> Verbal autopsy standards: ascertaining and attributing causes of death. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/healthinfo/statistics/verbalautopsystandards/en/>).

nécessairement la mortalité liée spécifiquement à l'infection à VIH, le décès ayant pu être attribué à la cause immédiate de la maladie (par exemple à un cancer ou à une maladie cardiovasculaire ou neurologique), sans indiquer l'existence d'une maladie sous-jacente liée au VIH. À l'inverse, une personne vivant avec le VIH qui a bien répondu au TAR peut mourir d'une overdose, d'un accident ou de toute autre pathologie n'ayant aucun rapport avec le VIH.

**Modélisation à l'aide du logiciel *Spectrum* pour obtenir une estimation de l'impact du sida sur la mortalité.** L'ONUSIDA publie régulièrement des estimations mondiales, régionales et nationales du nombre de décès liés au VIH. Ces estimations sont produites par les outils de modélisation normalisés de *Spectrum*. Ces outils sont suffisamment flexibles pour permettre un ajustement des paramètres à la situation épidémique et au contexte spécifique à chaque pays.<sup>140</sup> Des mises à jour et des ateliers de formation périodiques tous les deux ans permettent d'améliorer la façon dont les données sont utilisées et les modèles sont ajustés.

### Planification stratégique à moyen terme pour mesurer la mortalité liée au VIH

L'enregistrement des actes d'état civil est l'enregistrement continu, permanent, obligatoire et universel des événements importants de la vie (par exemple les naissances, les décès et les mariages) en conformité avec les exigences légales d'un pays.<sup>141</sup> Il comprend le processus suivi pour analyser, présenter et partager ces données. L'OMS a publié des orientations pour aider les pays à établir ou à renforcer leur système d'enregistrement des actes d'état civil.<sup>142</sup> Ces systèmes doivent être renforcés à tous les niveaux, cela ayant des effets positifs importants sur les programmes de lutte contre le VIH ainsi que sur d'autres programmes de santé et au-delà.

La cause de décès est un élément essentiel des indicateurs utilisés pour évaluer l'impact de tout programme de santé quel qu'il soit, y compris les programmes de prévention, de traitement et de soins de l'infection à VIH. La Dixième Révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) fournit la version actuelle des codes standards pour les causes de décès. L'utilisation de ces codes permet d'assurer une cohérence entre les différents systèmes d'enregistrement des actes d'état civil et entre les différents pays.<sup>143</sup> Quelques pays à revenu faible ou moyen collectent cependant des informations sur la cause de décès à l'échelle nationale ; quand c'est le cas, les données ne sont pas toujours de bonne qualité.<sup>144</sup> Selon les estimations, la cause de décès n'est pas enregistrée pour plus des deux-tiers de la population mondiale.<sup>145</sup>

Plusieurs sources d'information informatisées peuvent aider à coder la cause de décès, par exemple *United States National Center for Health Statistics' Mortality Medical Data System*.<sup>146</sup> L'OMS soutient le processus visant à simplifier ou à abrégier les codes CIM-10. Un travail est en cours pour normaliser cette codification simplifiée. Dans la ville du Cap (Afrique du Sud), l'utilisation d'une codification simplifiée permet par exemple de disposer rapidement d'informations utiles sur la répartition des maladies, y compris sur l'infection à VIH.<sup>147</sup>

<sup>140</sup> Case KK, Hallett TB, Gregson S, Porter K, Ghys PD. Development and future directions for the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS estimates. *AIDS* 2014,28 Suppl 4:S411-414. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4247265/pdf/aids-28-s411.pdf>).

<sup>141</sup> Rao C, Osterberger B, Dam Anh T, MacDonald M, Kim Chuc N, Hill P. Compiling mortality statistics from civil registration systems in Viet Nam: the long road ahead. *Bull World Health Organ.* 2010;88:58–65. doi: 10.2471/BLT.08.061630. (<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-061630/en/>).

<sup>142</sup> Improving the quality and use of birth, death and cause-of-death information: guidance for a standards-based review of country practices. Geneva, World Health Organization, 2010 ([http://www.who.int/healthinfo/tool\\_cod\\_2010.pdf](http://www.who.int/healthinfo/tool_cod_2010.pdf)).

<sup>143</sup> International statistical classification of diseases and related health problems. Geneva, World Health Organization, 2010 ([http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2\\_en\\_2010.pdf?ua=1](http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf?ua=1)).

<sup>144</sup> Mathers CD, Ma Fat D, Inoue M, Rao C, Lopez AD. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. *Bull World Health Organ.* 2005;83:171–177.

<sup>145</sup> Rao C, Lopez AD, Hemed Y. Chapitre 5. In: Jamison DT, Feachem RG, Makgoba MW, Bos ER, Baingana FK, Hofman KJ, et al., editors. *Disease and mortality in sub-Saharan Africa*. 2ème édition. Washington (DC), Banque mondiale, 2006. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2279/>).

<sup>146</sup> United States Centers for Disease Control. *Mortality Medical Data System* (<http://www.cdc.gov/nchs/nvss/mmds.htm>).

<sup>147</sup> Dorrington R, Bradshaw D, Bourne D. Two steps forward, one step back: comment on adult mortality (age 15–64) based on death notification data in South Africa for 1997–2001. *S Afr Med J.* 2006;96(10):1028. (<http://www.ajol.info/index.php/samj/article/view/13841/15773>).

Les stratégies à moyen terme les plus appropriées seront axées sur la création ou le renforcement d'un système d'enregistrement des actes d'état civil. Un tel système facilitera la surveillance de la mortalité liée au VIH. Les agents œuvrant à la surveillance de l'infection à VIH doivent contribuer au renforcement du système d'information sanitaire, notamment au partage des informations et de l'expertise en matière d'infection à VIH, à la formation de partenariats stratégiques avec les autorités civiles et les chercheurs et à la création de liens avec les services de prévention, de traitement et de soins de l'infection à VIH à même de déclarer les décès.

Le Tableau 2.28 montre comment obtenir des statistiques de mortalité supplémentaires de manière systématique, d'abord ventilées en fonction de l'âge et du sexe, puis en fonction de la cause, selon la couverture des registres et des statistiques de l'état civil.

**Tableau 2.27** Caractéristiques des sources de données pour la mesure de la mortalité


| Indicateur   | Statistiques de l'état civil<br>(enregistrement des actes d'état civil)   | Sources de données rétrospectives<br>(enquête sur les ménages) | « Structures »   | Sources de données prospectives<br>(surveillance dans la communauté)   |
|--|---|--|--|--|
| Exemple  | Système national d'enregistrement des actes d'état civil  | Recensements, Enquêtes démographiques et de santé              | Échantillon d'enregistrements de données provenant d'hôpitaux ou de centres de santé, de registres du cancer, d'entreprises de pompes funèbres | Site de surveillance démographique   |
| Couverture   | Nationale   | Nationale  | Nationale, échantillon ou moins large ; ne comporte généralement pas de dénominateur   | Limitée  |
| Représentativité de l'échantillon  | Un système d'enregistrement d'échantillon de type SAVVY peut être représentatif   | Oui  | Possible, mais nécessiterait un échantillon de sites basés sur les taux d'utilisation  | Non  |
| Principaux sujets de préoccupations concernant l'analyse   | Exhaustivité et exactitude de l'enregistrement des événements   | Biais de notification dans le numérateur et le dénominateur    | Utilisation/ couverture de la structure ; le dénominateur est une estimation   | Exhaustivité de l'enregistrement des événements ; le numérateur est une estimation   |
| Autopsie verbale par rapport au certificat médical (un certificat médical implique que la cause de décès a été diagnostiquée par un médecin) | Un système national d'autopsie verbale est plus coûteux et pose plus de difficultés logistiques, mais peut compléter un système basé sur les certificats médicaux | Utilisent les autopsies verbales                               | Un certificat médical peut être disponible dans les structures médicales, mais l'autopsie verbale est utilisée dans la plupart des cas         | Autopsie verbale ; l'utilisation du certificat médical dépend de la présence d'un médecin dans les établissements de santé |

**Tableau 2.28 Stratégies pour un plan d'élaboration d'un système de registres et de statistiques de l'état civil en vue de produire des statistiques fiables, continues et représentatives sur la mortalité, y compris sur les causes de décès**

| Indicateur   | Couverture des enregistrements <60 %   | Couverture des enregistrements comprise entre 60 % et 79 %   | Couverture des enregistrements ≥80 %   |
|--|--|--|--|
| Plate-forme du système de registres et de statistiques de l'état civil | Coordination multisectorielle ; améliorer la couverture des enregistrements ; utiliser l'autopsie verbale pour les décès enregistrés   | Améliorer la couverture des enregistrements ; utiliser l'autopsie verbale pour les décès enregistrés ; incorporer les systèmes d'enregistrement par sondage /SAVVY dans les systèmes de registres et de statistiques de l'état civil | Privilégier l'exhaustivité   |
| Innovation   | Enregistrement par sondage des faits d'état civil là où les systèmes de registres et de statistiques de l'état civil sont représentatifs et utilisent les autopsies verbales ; liens avec le secteur de la santé | Liens entre les enregistrements dans les différentes bases de données de mortalité à l'aide d'un numéro d'identification individuel unique   | Liens entre les enregistrements dans les différentes bases de données de mortalité à l'aide d'un numéro d'identification individuel unique |
| Statistiques des structures  | Déclaration des naissances et des décès ; certification et codage des causes de décès (version abrégée de la CIM)  | Déclaration des naissances et des décès ; assurance de la qualité des données ; certification et codage des décès à l'aide de la version intégrale de la CIM   | Assurance de la qualité des données ; certification et codage des décès à l'aide de la version intégrale de la CIM                         |
| Optimisation des données provenant de différentes sources              | Utilisation analytique des données partielles provenant des zones urbaines ; renforcement des capacités pour l'assurance de la qualité des données ; analyse, interprétation et utilisation des données          | Utilisation analytique des données partielles provenant des zones urbaines ; renforcement des capacités pour l'assurance de la qualité des données ; analyse, interprétation et utilisation des données                              | Renforcement des capacités pour l'assurance de la qualité des données ; analyse, interprétation et utilisation des données                 |

Le Tableau 2.28 montre comment obtenir des statistiques de mortalité supplémentaires de manière systématique, d'abord ventilées en fonction de l'âge et du sexe, puis en fonction de la cause, selon la couverture des registres et des statistiques de l'état civil.

**Table 2.29 Programme indicators for AIDS-related deaths**

| Indicateur  | Numérateur (N)/<br>dénominateur (D)  | Ventilation   | Méthode de mesure  | Pertinence pour<br>le programme et<br>interprétation   |
|---|--|---|--|--|
| <b>Indicateur national</b>  |  |   |  |  |
| <b>IMP.1 Décès liés au sida</b><br><br>Estimation du nombre de personnes décédées de causes liées au sida et taux de décès liés au sida pour 100 000 habitants<br><br> | N : nombre total de personnes décédées de maladies liées au sida au cours d'une période de 12 mois.<br><br>D : population (100 000). | Sexe, âge (<5, 5-14, 15+), localisation géographique. | Estimations obtenues à l'aide de méthodes de modélisation cohérentes à l'échelle internationale (par exemple à l'aide du logiciel Spectrum AIM).<br>Se reporter aussi à l'encadré de la page suivante. | Mesure l'impact sanitaire des soins et du traitement de l'infection à VIH. Une amélioration progressive de l'enregistrement des faits d'état civil facilitera la mesure de cet indicateur. |

Source: *Improving mortality statistics through civil registration and vital statistics systems. Guidance for country strategies and partner support.* Genève, World Health Organization, 2014 ([http://www.who.int/healthinfo/civil\\_registration/CRVS\\_MortalityStats\\_Guidance\\_Nov2014.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthinfo/civil_registration/CRVS_MortalityStats_Guidance_Nov2014.pdf?ua=1)).

Tableau 2.29 Indicateur programmatique relatif à la mortalité liée au VIH

## 2.5.2 Prévalence et incidence de l'infection à VIH

L'estimation de l'incidence de l'infection à VIH, c'est-à-dire la vitesse avec laquelle les nouvelles infections à VIH se propagent dans une population, est la mesure de référence pour évaluer l'impact des programmes de prévention de cette infection. La surveillance de l'incidence de l'infection à VIH vise à caractériser les profils d'évolution en faisant des comparaisons au fil du temps ou entre différents groupes de population, de façon à éclairer les décisions des responsables de l'élaboration des politiques sur la manière d'allouer des ressources. Pour pouvoir établir des tendances et identifier les déterminants probables tout au long de

la cascade du secteur de la santé, la mesure de l'incidence de l'infection à VIH nécessite souvent de réaliser une évaluation en plus de la surveillance et de la modélisation. Un certain nombre d'approches méthodologiques ont été utilisées pour obtenir une estimation de l'incidence du VIH ; chacune d'entre elles présente des avantages et des inconvénients.

Il est important de prendre en considération l'ensemble des moyens disponibles pour mesurer l'incidence et de faire une triangulation des résultats obtenus, en tenant compte des avantages et des inconvénients de chaque approche. La valeur de l'incidence obtenue à partir de plusieurs méthodes est habituellement plus crédible que celle obtenue en utilisant une seule méthode. Les incohérences entre les résultats obtenus par différentes méthodes peuvent aussi apporter des informations utiles, celles-ci étant parfois expliquées par des différences méthodologiques.

L'incidence peut être mesurée dans le cadre d'un système exhaustif de surveillance de l'infection à VIH ou à l'aide d'études spéciales visant à évaluer des interventions particulières. Elle peut aussi être mesurée pour la population générale ou pour certaines sous-populations (c'est-à-dire des populations sentinelles) perçues comme étant particulièrement à risque d'être infectées.



### 10. Nouvelles infections

Nombre et % des nouvelles infections à VIH

Dans le cadre d'une étude d'évaluation, des ratios d'incidence peuvent être utilisés pour évaluer l'impact d'une intervention, c'est-à-dire en comparant l'incidence entre deux périodes données ou entre deux populations. Dans les études de ce type, la principale difficulté est de sélectionner des populations dans lesquelles survient un nombre suffisamment grand de nouvelles infections au cours de la période considérée afin que la puissance soit suffisante pour obtenir une estimation des niveaux absolus d'incidence.

### Méthodes directes

Il existe deux méthodes directes de mesure de l'incidence:

- **Suivi longitudinal de personnes qui ne sont pas infectées par le VIH.** Avec cette méthode, un dépistage est réalisé de manière répétée dans la cohorte sélectionnée afin de déterminer la proportion des personnes contaminées au fil du temps. Cette méthode nécessite des ressources importantes, et la possibilité de généraliser les estimations obtenues à une population plus large est limitée. En effet, d'une part les participants à l'étude sont choisis plutôt que d'être désignés au hasard, et d'autre part la participation intensive qui accompagne le recrutement dans une étude de cohorte ou un essai clinique, avec souvent un conseil sur la réduction des risques et d'autres mesures de prévention, conduit à une modification des comportements par rapport à ceux observés dans la population plus large.
- **Estimation en utilisant des tests biologiques permettant de diagnostiquer les infections à VIH récentes.** La mise au point de tests biologiques permettant de distinguer les infections récentes des infections plus anciennes est une approche prometteuse pour mesurer l'incidence de l'infection à VIH. Cette méthode peut être utilisée avec des échantillons collectés dans des enquêtes transversales, et n'exige donc pas la collecte répétée de données dans une cohorte au fil du temps. Elle est cependant sujette à la présence de biais dans le choix de la base d'échantillonnage et lorsque des infections de longue date sont classées à tort comme étant des infections récentes (ce qui est appelé « taux d'infections faussement récentes »). Une autre difficulté lors de l'utilisation de cette méthode est que la performance des tests actuellement disponibles peut varier en fonction des sous-types de VIH et des groupes de population.

### Poursuite de l'utilisation de la mesure de la prévalence plutôt que de l'incidence de l'infection à VIH

Malgré l'importance de l'incidence comme indicateur de santé publique, la plupart des programmes de prévention et des systèmes de surveillance ont privilégié la mesure ponctuelle de la prévalence de l'infection à VIH dans la population (la proportion de population vivant actuellement avec le VIH) plutôt que la mesure de l'incidence, car il est difficile d'obtenir des estimations fiables de l'incidence. Même dans les situations où l'incidence est élevée, comme par exemple en Afrique de l'Est ou en Afrique australe, la survenue d'une nouvelle infection, encore appelée « cas incident », est un événement relativement rare. Pour mesurer l'incidence, il faut donc avoir recours à des échantillons de très grandes tailles.

La prévalence est un indicateur de santé publique utile. Analysée avec précaution et après ventilation en fonction de l'âge, du sexe et de la cohorte d'origine, elle peut être utilisée pour évaluer les tendances de l'incidence sous-jacente, en particulier dans les tranches d'âge inférieures. La présence de facteurs de confusion comme les taux de survie, de migration et de naissance, doit être soigneusement évaluée et prise en compte. En outre, avec l'expansion à grande échelle des programmes de TAR dans de nombreux pays et l'allongement de la survie des personnes vivant avec le VIH, l'utilisation du traitement doit être également prise en compte, en particulier dans les tranches d'âge supérieures.

### Méthodes indirectes

Les études de prévalence étant plus faciles à réaliser, plusieurs méthodes indirectes ont été élaborées afin d'utiliser des données de prévalence pour obtenir une estimation de l'incidence de l'infection à VIH dans une population.



## Ressources utiles pour les systèmes de surveillance de la mortalité des pays

### 1. Collecte des données : outils d'enregistrement des décès (formulaires, variables et spécifications des éléments de données à collecter)

Outils de collecte de données automatisés : International Repository for Information Sharing (IRIS) système interactif de codification des causes de décès, formulaires informatisés. [http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/inserm/html/IRIS/iris\\_project.htm](http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/inserm/html/IRIS/iris_project.htm)

### 2. CIM-10 : outils de formation, version électronique, manuels

ICD-10 interactive self-learning tool: full ICD-10 training and cause of death certificate, version 10. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10training/>).

À télécharger et à exécuter sur place sur un ordinateur (en anglais) : <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/ClassificationDownload/DLArea/OfflineTrainingPackage.zip>

### 3. Outil interactif d'auto-apprentissage en vue d'obtenir un certificat sur les causes de décès en utilisant la CIM-10 (en anglais)

Geneva, World Health Organization, 2010

(<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10training/ICD-10%20Death%20Certificate/html/index.html>).

### 4. Cause of death on the death certificate: quick reference guide

Geneva, World Health Organization, 2010

([http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10training/ICD-10%20Death%20Certificate/html/ICD-10\\_Resources/causeofdeathflyer.pdf](http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10training/ICD-10%20Death%20Certificate/html/ICD-10_Resources/causeofdeathflyer.pdf)).

### 5. WHO-FIC Network Mortality Forum

(<https://sites.google.com/site/mortalityforum/>).

### 6. Classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexes, 10ème révision (CIM-10)

Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008

(<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr#>).

### 7. Autopsie verbale (formulaire simplifié de l'OMS, questionnaire de recherche de l'OMS)

Verbal autopsy standards. Geneva, World Health Organization, 2012

(<http://www.who.int/healthinfo/statistics/verbalautopsystandards/en/index.html>).

### 8. Outils pour déterminer les causes de décès : codage par les médecins, InterVA

InterVA est un logiciel (en anglais) pour faciliter l'interprétation des autopsies verbales. <http://www.interva.net/>.

### 9. Édition, analyse et présentation/communication de données sur les causes de décès

ANACOD tool (en anglais) : [http://www.who.int/healthinfo/topics\\_standards\\_tools\\_data\\_collection](http://www.who.int/healthinfo/topics_standards_tools_data_collection)

CODEdit : [http://www.who.int/healthinfo/civil\\_registration/en/](http://www.who.int/healthinfo/civil_registration/en/)

CODPresent : [http://www.who.int/healthinfo/civil\\_registration/en/](http://www.who.int/healthinfo/civil_registration/en/)

### 10. Analyse des niveaux de mortalité et des causes de décès

(en anglais Analysing mortality levels and causes-of-death, soit ANACOD

World Health Organization, University of Queensland, Health Metric Network, 2013

([Http://www.who.int/healthinfo/topics\\_standards\\_tools\\_data\\_collection](http://www.who.int/healthinfo/topics_standards_tools_data_collection)).

- **Modélisation de l'estimation de l'incidence à partir d'une série d'enquêtes de prévalence.** Cette approche, utilisée dans des outils de modélisation comme Spectrum, part de l'hypothèse que les tendances de la prévalence de l'infection à VIH observées au cours de la surveillance de cette infection résultent de l'effet net de l'incidence entre les différentes estimations, une fois pris en compte les variations dans la mortalité, les niveaux de migration (entrées et sorties) des personnes vivant avec le VIH et la couverture du TAR. Cette approche a été largement utilisée pour obtenir des projections des estimations nationales de l'incidence de l'infection à VIH dans la population générale et dans des populations clés, en particulier dans les pays où des enquêtes sérologiques chez les femmes enceintes vues en consultation prénatale (surveillance dans les services de soins prénatals) sont réalisées depuis un certain temps.<sup>148</sup> Récemment, de nouveaux modèles ont utilisé des données sur la prévalence de l'infection à VIH obtenues dans deux enquêtes sur les ménages menées de manière consécutive dans la population, et l'incidence a été déduite pour des cohortes de différentes tranches d'âge, en utilisant de la même manière des hypothèses sur la mortalité et les migrations.<sup>149</sup> Les principaux inconvénients de cette méthode sont le manque d'informations fiables sur les migrations et la mortalité chez les personnes vivant avec le VIH et le manque d'enquêtes en population sur la prévalence qui soient représentatives au niveau national et réalisées à des intervalles suffisamment fréquents. Lorsque les données sont analysées avec précaution, cette méthode présente cependant des avantages importants.
- **Modélisation de l'estimation de l'incidence en utilisant des hypothèses sur les comportements à risque et la transmission du VIH.** Ces modèles se concentrent sur les populations pour lesquelles on dispose de données sur la prévalence de l'infection à VIH et sur les comportements à risque pertinents (par exemple la fréquence des rapports sexuels non protégés, le taux de changement de partenaire) afin d'obtenir des estimations du nombre de nouvelles infections.<sup>150</sup> L'utilisation de cette méthode dépend de l'existence d'informations de qualité sur les comportements à risque, sur la prévalence ainsi que sur les taux de transmission pertinents.
- **Estimation indirecte à partir de la prévalence de l'infection à VIH dans les populations jeunes récemment exposées.** Pour cette méthode, il est posé comme hypothèse que, dans les populations où la durée depuis la première exposition au VIH est sensée être courte, les tendances de la prévalence sont proches des tendances de l'incidence. Par exemple, dans les populations où les femmes ont en moyenne leur premier rapport sexuel à l'âge de 15 ans, les tendances de la prévalence de l'infection à VIH chez les femmes âgées de 15 à 24 ans ont été utilisées comme valeur approximative des tendances de l'incidence dans la population plus large d'hommes et de femmes adultes. Cette méthode repose sur la disponibilité du dépistage du VIH pour un grand nombre de jeunes et sur une analyse prudente des tendances en fonction de l'âge, du sexe et de la cohorte d'origine (en particulier lorsque les données peuvent être ventilées par année d'âge).

<sup>148</sup> Groupe de travail de l'OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST. Circonstances et modalités d'utilisation des tests d'infection récente pour estimer l'incidence de l'infection à VIH au niveau d'une population. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2011 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242501674\\_fre.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242501674_fre.pdf?ua=1)).

<sup>149</sup> Ibid.

<sup>150</sup> Methodology – Understanding the HIV estimates. Geneva, United Nations Joint Programme on HIV/AIDS, 2013 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/20131118\\_Methodology.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/20131118_Methodology.pdf)).

## 2.5.3 Taux de transmission mère-enfant

Le succès de la prévention de la transmission du VIH de la mère à son enfant est la mesure ultime des programmes de PTME. L'un des principaux indicateurs recommandés pour les programmes de PTME est le taux de TME (MTCT.6, Tableau 2.26).<sup>151</sup> Il s'agit d'une mesure directe de l'issue de la transmission verticale. Il peut être défini comme une estimation du pourcentage d'infections par le VIH chez les nourrissons nés de femmes infectées par le VIH qui accouchent au cours d'une période donnée, généralement au cours des 12 derniers mois. Dans les pays à revenu faible ou moyen, l'extension de la couverture d'un programme de PTME avec la fourniture du TAR et l'utilisation de pratiques à moindre risque d'alimentation du nourrisson doit permettre de diminuer à moins de 5 % l'incidence de l'infection à VIH chez les enfants nés de mères infectées par le VIH (c'est-à-dire les enfants exposés au VIH). Lancé en juin 2011, le Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie<sup>152</sup> a fixé pour objectif mondial de diminuer la TME à moins de 5 %. Ce niveau est également l'un des critères pour valider l'ETME dans un pays. Si cet objectif est atteint, la TME pourra être maîtrisée plutôt que devenir une occasion manquée d'appliquer une solution connue à un problème de santé publique.

Le taux de TME est difficile à mesurer directement. Premièrement, dans les populations allaitées au sein, le numérateur (c'est-à-dire le nombre d'enfants qui sont nés et qui sont infectés par le VIH) ne doit être évalué qu'après l'arrêt de l'allaitement au sein. Du fait de cette longue fenêtre au cours de laquelle la transmission reste possible, la mesure directe du taux de TME est complexe ; beaucoup d'enfants exposés au VIH sont perdus de vue lors du suivi et leur issue n'est pas connue. Pour ces raisons, il est recommandé d'utiliser une approche combinant la mesure directe et la modélisation (en utilisant le logiciel *Spectrum AIM* ou un autre outil de modélisation) pour mesurer cet indicateur. Deuxièmement, le dénominateur du taux de TME est le nombre total de femmes vivant avec le VIH qui ont accouché (au niveau de la population) ; il ne se limite pas au nombre de femmes chez lesquelles une infection à VIH a été diagnostiquée. Le numérateur et le dénominateur doivent être obtenus par estimation.

Le taux de TME est calculé par modélisation en utilisant les informations suivantes :

- la distribution des femmes enceintes infectées par le VIH recevant un schéma d'ARV avant et pendant l'accouchement (péripartum) en fonction de catégories du nombre de CD4 de la mère ;
- la distribution des femmes recevant un TAR après l'accouchement (post-partum) en fonction de catégories du nombre de CD4 de la mère ;
- le pourcentage de nourrissons allaités au sein dans les programmes de PTME, en fonction de l'âge du nourrisson ;
- les probabilités de TME du VIH en fonction des différentes catégories de schéma d'ARV, du niveau des CD4 de la mère et de la durée de l'allaitement au sein du nourrisson.

Une modélisation du taux de TME peut être réalisée chaque année, mais doit être validée par rapport à des estimations obtenues à partir de méthodes plus directes de collecte des données et d'évaluation, dont un résumé se trouve au Tableau 2.31 et dans un document d'orientation de l'OMS de 2012 sur l'évaluation de l'impact de la PTME.<sup>153</sup> La triangulation des résultats obtenus par modélisation avec les résultats obtenus par des mesures directes doit être faite chez les enfants âgés de deux à trois ans, ceux-ci devant être suivis après l'arrêt de l'allaitement au sein et pour permettre autant que faire se peut de mesurer les infections chez l'enfant en utilisant les tests diagnostiques de recherche d'anticorps recommandés. Une estimation du nombre des nouvelles infections à VIH chez l'enfant (MTCT.7, Tableau 2.26) peut être obtenue en utilisant des méthodes similaires.

<sup>151</sup> M&E Working Group of the Interagency Task Team on the Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers, and Children. Global monitoring framework and strategy for the Global Plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive (EMTCT). Geneva, World Health Organization, 2012 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75341/1/9789241504270\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75341/1/9789241504270_eng.pdf?ua=1)).

<sup>152</sup> Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2011 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20110609\\_JC2137\\_Global-Plan-Elimination-HIV-Children\\_Fr.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_Fr.pdf)).

<sup>153</sup> A short guide on methods. Measuring the impact of national PMTCT programmes – towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive. Geneva, World Health Organization, 2012 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75478/1/9789241504362\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75478/1/9789241504362_eng.pdf?ua=1)).

**Tableau 2.30 Indicateurs relatifs à l'incidence et à la prévalence de l'infection à VIH**

| Indicateur  | Numérateur (N)/<br>dénominateur (D)  | Ventilation   | Méthode de mesure   | Pertinence pour<br>le programme et<br>interprétation   |
|---|--|---|---|--|
| <b>Indicateur national</b>  |  |   |   |  |
| <p>IMP.2 Nouvelles infections</p> <p>Nombre et % des nouvelles infections à VIH</p> <p>Indicateur mondial</p>  | <p>Nombre de nouvelles infections pour 1000 personnes sensibles de la population, ce qui correspond à l'effectif total de la population moins le nombre de personnes vivant avec le VIH.</p> | <p>Sexe ; âge (0-14, 15-24, 15-49) ; populations clés* (&lt;25, 25+) ; pour les enfants : mode de contamination (y compris la TME).</p> | <p>Analyse des données nationales sur la prévalence de l'infection à VIH, en particulier dans les tranches d'âge jeunes et, lorsqu'elles sont disponibles, des données directes sur l'incidence de l'infection à VIH.</p> <p>Estimations obtenues à l'aide de méthodes de modélisation cohérentes à l'échelle internationale (par exemple à l'aide du logiciel Spectrum AIM).</p> | <p>Cet indicateur est important pour le suivi des tendances et de la dynamique de l'épidémie au sein de la population faisant l'objet d'un suivi. Il est le plus souvent obtenu à partir de l'analyse de la prévalence nationale de l'infection à VIH en fonction de l'âge, du sexe et de la cohorte d'origine, de l'incidence de l'infection à VIH (si disponible) et de l'utilisation de modèles permettant de faire des estimations épidémiologiques. La déclaration des nouveaux cas d'infection à VIH diagnostiqués, obligatoire dans certains pays, peut permettre d'obtenir une autre valeur de référence à utiliser comme numérateur pour calculer une estimation d'un ratio par rapport à la taille de la population.</p> |
| <b>Indicateurs supplémentaires</b>  |  |   |   |  |
| <p>IMP.3 Taux d'incidence/an</p>  | <p>N : nombre de nouvelles infections par an.</p> <p>D : population totale x 100.</p>  | <p>Sexe, âge (0-14, 15-24, 15-49), période de temps.</p>  | <p>Estimations obtenues à l'aide de méthodes de modélisation cohérentes à l'échelle internationale (par exemple à l'aide du logiciel Spectrum AIM).</p>   | <p>L'incidence doit être exprimée en termes de population et de période de temps, généralement par an.</p>   |

\* Dans de nombreuses situations, les données spécifiques sur les populations clés ne peuvent pas être collectées lors du suivi de routine des programmes ; il faut alors mener des enquêtes

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
| <p>IMP.4 Prévalence<br/>% des personnes infectées par le VIH</p> | <p>N : nombre total d'infections.<br/>D : population totale.</p> | <p>Sexe, âge [pour la population générale : &lt;1, 1-4, 5-14, 15-24, 15-49, 50+ ; également 15-24 (15-19, 20-24) pour les enquêtes et la surveillance], statut par rapport à la grossesse, co-infection par la tuberculose, critères pour recevoir le TAR, localisation.</p> | <p>Enquêtes sur la population générale et les populations clés. Voir également les lignes directrices relatives à la surveillance dans la population générale ou dans les populations clés : les données peuvent être utilisées directement pour l'endroit où l'enquête a été menée ; l'extrapolation à l'échelle nationale ne peut se faire qu'à l'aide d'une méthode statistique.</p> | <p>Les tendances de la prévalence donnent un aperçu des changements dans la charge de morbidité due au VIH. Pour avoir une idée de la proportion de personnes vivant avec le VIH attribuable aux nouvelles infections, elles doivent cependant être interprétées à la lumière du nombre de personnes sous TAR. Les responsables de l'élaboration des politiques doivent comprendre que l'augmentation du nombre de personnes vivant avec le VIH peut être le fait de l'efficacité du traitement et de l'allongement de la survie des personnes sous traitement, et pas, ou seulement en partie, le fait des nouvelles infections.</p> <p>La prévalence dans les populations clés est un indicateur important de la charge de morbidité due au VIH et de la propagation de cette infection.</p> <p>La prévalence dans les populations jeunes peut servir de base pour une mesure indirecte de l'incidence (voir IMP.2).</p> |
|--|--|--|---|--|

|  |  |   |   |  |
|--|--|---|---|--|
| <p>IMP.5 Prévalence de l'infection à VIH dans les populations clés</p> <p>% des personnes appartenant aux populations clés qui sont infectées par le VIH</p> <p>Recoupement avec KPOP.6 (Section Populations clés)</p> | <p>N : nombre de personnes interrogées appartenant aux différentes populations clés, pour lesquelles le dépistage du VIH s'est avéré positif.</p> <p>D : nombre d'échantillons obtenus des populations clés pour lesquels un test de dépistage du VIH a été réalisé.</p> | <p>Populations clés [hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, personnes dans les prisons et autres lieux d'enfermement, consommateurs de drogue par injection, nouveaux consommateurs de drogue par injection, professionnel(le)s du sexe, personnes transgenres] ; sexe ; âge (15-19, 20-24, 25+ ) ; hommes jeunes (15-19) ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ; statut par rapport à la grossesse ; co-infection par la tuberculose ; statut par rapport aux critères pour recevoir un TAR ; localisation.</p> | <p>N &amp; D : les tendances de la prévalence obtenues par la surveillance sentinelle donnent un aperçu de l'évolution de la charge de l'infection à VIH ; pour comprendre la proportion de personnes vivant avec le VIH attribuable aux nouvelles infections, ces tendances doivent être interprétées en fonction du nombre de personnes sous TAR.</p> <p>Les responsables de l'élaboration des politiques doivent comprendre que l'augmentation du nombre de personnes vivant avec le VIH peut être le fait de l'efficacité du traitement et de l'allongement de la survie des personnes sous traitement, et pas, ou seulement en partie, le fait des nouvelles infections.</p> | <p>Mesure l'état global de l'épidémie dans les populations clés.</p> |
|--|--|---|---|--|

## 2.5.4 Équité

L'OMS définit la notion d'équité comme « l'absence de différences évitables ou remédiables entre différents groupes de personnes, qu'ils soient définis selon des critères sociaux, économiques, démographiques ou géographiques ».<sup>154</sup> L'équité en matière de santé est un principe éthique fondé sur les notions de base d'impartialité et de justice distributive. Ce concept est étroitement lié au principe d'égalité des chances de chaque individu à être en bonne santé, qui constitue un principe de base des droits humains.

La signification de l'équité et de l'iniquité est différente de celle de l'égalité et de l'inégalité. L'égalité fait référence aux droits des personnes de jouir de certains droits et, d'un point de vue juridique, à être traitées de la même manière, en particulier par l'État. Bien qu'il soit généralement admis que l'équité et l'égalité sont des concepts et des valeurs de nature différente, ces termes sont souvent utilisés de manière combinée. Selon Braveman et Gruskin, le concept d'équité en matière de santé se rapporte à la répartition des ressources et à d'autres processus qui conduisent à un type particulier d'inégalité en matière de santé: une inégalité systématique dans la santé (ou dans ses déterminants sociaux) entre les groupes sociaux les plus favorisés et les groupes sociaux les moins favorisés, en d'autres termes, une inégalité en termes de santé qui est injuste ou inéquitable.<sup>155</sup>

Dans le cadre du suivi et de l'évaluation, il a été démontré que, pour l'évaluation d'une politique de santé publique et de la performance d'un programme, la mesure de l'iniquité s'avère plus utile dans la pratique, permet d'obtenir davantage d'informations et est plus intéressante que de vérifier si l'équité a bien été respectée.

L'inégalité peut résulter de variations aléatoires ou peut être associée de manière systématique à certaines caractéristiques de la population, notamment dans le cas des populations clés et des communautés mal desservies. L'iniquité est une inégalité associée de manière systématique à des groupes défavorisés sur le plan social. Dans le contexte de la prévention, des soins, du traitement et du soutien en rapport avec l'infection à VIH, la présence d'inégalités flagrantes doit être détectée, faire l'objet d'un suivi, être évaluée et être corrigée, qu'elle résulte d'une discrimination délibérée ou d'une mauvaise appréciation des besoins.

Concrètement, le processus d'identification de l'iniquité consiste à détecter les inégalités et à évaluer si elles sont associées de manière systématique à des avantages ou au contraire à une marginalisation sur le plan social. Les iniquités peuvent se produire n'importe où dans la chaîne de résultats: intrants, activités, produits, réalisations ou impact (voir la Section 1.4.1). Cela revient à dire qu'elles peuvent se manifester à la fois par des différences en termes de santé entre les groupes sociaux favorisés et les groupes sociaux défavorisés (réalisations et impact) et par des différences dans la répartition des ressources et des services de santé entre les groupes sociaux (intrants, processus, produits). Elles peuvent toucher une grande partie de la population ou seulement certaines personnes qui présentent une combinaison particulière de caractéristiques comme le genre, l'âge, le statut social ou d'autres caractéristiques fondamentales personnelles ou communautaires. Par conséquent, la ventilation systématique des données de suivi et d'évaluation est nécessaire pour identifier les écarts au sein d'un échantillon de population qui peuvent être révélés par les moyennes obtenues pour les différents groupes. Par exemple, les premiers signes de d'iniquité dans l'accès aux services et l'utilisation des services peuvent être observés après une ventilation des données de gestion du programme, en examinant la proportion de personnes vivant avec le VIH et remplissant les critères pour recevoir un TAR qui sont traitées dans les établissements de santé ou les taux de rétention sous traitement. Une différence importante entre les communautés et les couches de population en termes de genre,<sup>156</sup> d'âge ou de statut social, économique ou autre peut suggérer la présence d'une iniquité et doit déclencher

<sup>154</sup> Équité dans les systèmes de santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (<http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/fr/>).

<sup>155</sup> Braveman P, Gruskin S. Theory and methods: defining equity in health. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57:254–258 doi:10.1136/jech.57.4.254. (<http://jech.bmj.com/content/57/4/254.full>).

<sup>156</sup> WHO, UNAIDS. Policy statement: ensuring equitable access to antiretroviral treatment for women. Geneva, World Health Organization, 2004 ([http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/policy%20statement\\_gwh.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/policy%20statement_gwh.pdf)).

rapidement la mise en route d'une enquête pour en déterminer les causes.

Plusieurs méthodes peuvent être utilisées pour faire le suivi et l'évaluation des inégalités et des iniquités.<sup>157</sup> Un moyen pratique pour détecter les iniquités est de comparer le pourcentage de personnes d'un certain groupe de population (par exemple les consommateurs de drogue par injection) qui ont accès à un service particulier (par exemple le TAR) avec le pourcentage équivalent chez l'ensemble des personnes vivant avec le VIH (IMP.6). On peut par exemple observer que 20 % des consommateurs de drogue par injection vivant avec le VIH qui remplissent les critères pour recevoir un TAR ont accès à ce traitement, alors que globalement 40 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH qui remplissent ces critères ont accès à ce traitement. Si l'accès était équitable, ces pourcentages seraient alors identiques.

Si l'indicateur IMP.6 se concentre bien sur l'iniquité dans l'accès au traitement, un grand nombre des indicateurs figurant dans ce guide peuvent être ventilés pour mettre en évidence des différences qui peuvent révéler d'autres iniquités. La manière dont sont conçus les indicateurs et leur utilisation pour le suivi de l'iniquité permettra de s'occuper en priorité des populations particulièrement vulnérables à la stigmatisation et à la discrimination ainsi que d'autres populations mal desservies.<sup>158</sup> Ces indicateurs utiliseront certains paramètres d'intrants, de produits, de réalisations et d'impacts mesurés dans ces populations et les compareront avec ces mêmes paramètres mesurés dans des populations de référence, par exemple dans la population dans son ensemble, dans une autre population clé ou dans une population clé comparable vivant dans une zone géographique différente.

<sup>157</sup> Handbook on health inequality monitoring. Geneva, World Health Organization, 2013 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85345/1/9789241548632\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85345/1/9789241548632_eng.pdf)).

<sup>158</sup> Health equity monitor – compendium of indicator definitions. Geneva, World Health Organization, 2013 ([http://www.who.int/gho/health\\_equity/outcomes/health\\_equity\\_compendium.pdf](http://www.who.int/gho/health_equity/outcomes/health_equity_compendium.pdf)).



**Tableau 2.31 Résumé des méthodes utilisées pour mesurer l'impact des programmes de prévention de la transmission mère-enfant**

| Méthode   | Comment l'appliquer   | Ce qu'elle mesure   | Avantages et inconvénients   | Pérennité, coûts  |
|---|---|---|--|---|
| <b>Modélisation</b>   |   |   |  |   |
| 1. Modèles  | Utilisent des données sur l'infection à VIH obtenues lors de la surveillance sentinelle du VIH et de la surveillance en population ainsi que des données programmées dans un modèle démographique pour obtenir une estimation des résultats ; cette estimation doit être validée avec les données de pays disponibles.  | Estimations au niveau national :<br>taux de TME<br>nombre d'enfants vivant avec le VIH<br>nombre de nouvelles infections à VIH chez l'enfant<br>décès liés au VIH chez l'adulte et chez l'enfant.<br>Des modèles infranationaux peuvent également être élaborés.  | Relativement facile à mettre en œuvre.<br>La qualité des résultats dépend de la quantité de données disponibles. La validité des résultats dépend de la validité des données et des hypothèses utilisées dans les modèles.<br>N'aide pas l'enfant et la mère à bénéficier de services ou la mère à connaître son statut et celui de l'enfant par rapport au VIH.   | Un logiciel normalisé à l'échelle mondiale est accessible à tous gratuitement. Les équipes des pays peuvent bénéficier tous les deux ans d'une formation à son utilisation. |
| <b>Enquêtes et surveillance</b>                               |   |   |  |   |
| 2. Enquêtes dans les services de consultations de vaccination | Un test de dépistage est réalisé chez tous les enfants vus en consultation pour recevoir une vaccination par le DTC 1 afin d'évaluer leur exposition au VIH (test de recherche d'anticorps) et les infections/la transmission précoces à environ 6 semaines (test PCR).<br><br>Un questionnaire peut collecter des informations sur l'utilisation des interventions pour permettre une analyse et une interprétation plus approfondies.<br><br>Un suivi plus tardif des enfants identifiés comme exposés au VIH peut fournir des données sur le statut tardif ou final par rapport à l'infection/la transmission. | Au niveau de la population nationale ou infranationale :<br>taux de transmission précoce<br>nombre d'enfants exposés au VIH et infectés par le VIH<br>une évaluation du taux de transmission et de la survie tardifs ou finaux est possible ; sa validité dépendra du % de l'ensemble des enfants identifiés au point d'entrée initial de l'étude qui ont pu être retrouvés ou suivis ultérieurement au cours des visites de vaccination. | Dans les situations où la couverture vaccinale est élevée, ces enquêtes peuvent permettre d'obtenir des données réelles sur la transmission au niveau de la population et sur l'infection à VIH précoce chez le nourrisson. La couverture du DTC 1 est généralement élevée.<br><br>Relativement rapide à réaliser et pouvant être répétée pour obtenir des données sur les tendances, surtout si quelques données supplémentaires sont collectées au même moment.<br><br>Fournit des résultats pour les enfants dont les mères n'ont pas été vues dans les consultations prénatales ou n'ont pas reçu de prise en charge pour la PTME.<br><br>Ne permet pas d'obtenir des informations sur les enfants décédés avant leur vaccination.<br><br>Des actions doivent être menées pour minimiser le nombre de perdus de vue lors de l'évaluation tardive ou finale de la transmission. | Peuvent être coûteuses, en fonction de l'ampleur de l'enquête et du besoin éventuel en personnel supplémentaire en grand nombre.  |

|   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|--|
| <p>3. Enquêtes sur les ménages (représentatives au niveau national)</p> | <p>Un dépistage est réalisé chez les enfants au cours d'enquêtes sur les ménages représentatives au niveau national.</p> <p>L'enquête peut poser des questions sur l'utilisation des services en rapport avec la PTME. (À ce jour, les Enquêtes démographiques et de santé ne comportent pas de questions relatives aux ARV ; d'autres études en population posent ce type de questions.)</p> | <p>Au niveau national : estimation du taux de TME (si un dépistage est également réalisé chez la mère)</p> <p>nombre et % d'enfants infectés par le VIH, en fonction de l'âge et du sexe</p> <p>survie sans VIH, si le statut par rapport au VIH de la mère est également établi.</p> <p>Une interprétation supplémentaire des données est possible si des questions supplémentaires sont incluses.</p> | <p>Peuvent être réalisées dans le cadre d'enquêtes en population périodiques, menées habituellement tous les 3 à 5 ans (par exemple les Enquêtes démographiques et de santé ou les enquêtes en grappes à indicateurs multiples)</p> <p>La prévalence de l'infection à VIH chez l'adulte doit être élevée (2 % ou plus) ou l'échantillon devra être de grande taille.</p> <p>Les enquêtes menées tous les 3 à 5 ans ne sont pas assez fréquentes, mais peuvent fournir des informations précieuses pour faire une triangulation avec d'autres évaluations dans les pays à forte prévalence.</p> <p>Nécessité de traiter les questions éthiques et la manière de fournir le résultat des tests aux personnes qui souhaitent connaître leur statut et d'établir des liens avec les services de soins et de traitement.</p> | <p>Les enquêtes suffisamment larges pour obtenir une estimation de la prévalence de l'infection à VIH chez l'enfant sont coûteuses. En pratique, elles ne peuvent être réalisées que dans les pays à forte prévalence.</p> |
| <p>4. Sites de surveillance démographique</p>                           | <p>Enquêtes sur les ménages comprenant des questions sur les comportements et d'autres questions d'intérêt.</p> <p>Dépistage chez les enfants nés de femmes infectées par le VIH lors de la conduite d'entretiens périodiques systématiques (par exemple tous les 6 mois ou tous les ans).</p> <p>Peut également collecter des données sur l'utilisation des interventions de PTME.</p>       | <p>Au niveau infrarégional ou sur des populations de plus petite taille (couverture géographique limitée) :</p> <p>taux de transmission</p> <p>nombre d'enfants infectés par le VIH</p> <p>estimation des nouvelles infections à VIH dans la population du site de surveillance démographique.</p>  | <p>Certains sites de surveillance démographique existent déjà.</p> <p>Plus approprié pour la recherche que pour l'évaluation périodique systématique de l'impact au niveau national.</p>  | <p>Pas toujours pérennes.</p> <p>Peu coûteux si ajoutés dans des sites de surveillance existants.</p>  |

| Données programmatiques   |  |  |   |   |
|---|--|--|---|---|
| 5. Analyse des données sur le diagnostic précoce chez le nourrisson | <p>Analyse les données collectées de manière systématique sur le diagnostic précoce chez le nourrisson. Permet ensuite d'obtenir une estimation de la transmission postnatale afin de prédire le taux de transmission final.</p> <p>Des questions peuvent être ajoutées dans les formulaires de demande de test biologique afin de collecter des données supplémentaires.</p>  | <p>Dans les situations où la couverture du diagnostic précoce chez le nourrisson est pratiquement universelle : taux de diagnostic précoce positif chez le nourrisson au niveau national.</p> <p>Dans les situations où la couverture du diagnostic précoce chez le nourrisson n'est pas optimale, combiner avec des estimations en population des taux de perdus de vue et de leurs résultats afin d'obtenir une estimation plus représentative au niveau national.</p> | <p>Les registres de laboratoire sur le diagnostic précoce chez le nourrisson regroupent généralement ces données obtenues à partir des dossiers individuels des patients.</p> <p>Dans les situations où la couverture du diagnostic précoce chez le nourrisson est faible, les résultats doivent être interprétés avec prudence.</p>  | Doivent être analysées de manière systématique dans le cadre de la base de données sur le diagnostic précoce chez le nourrisson.  |
| 6. Collecte de données de cohorte                                   | <p>Construction rétrospective ou prospective de données de cohorte, par exemple en identifiant les femmes à partir de dossiers de consultations de soins prénatals, en faisant un suivi et en essayant d'établir un lien avec le dossier des enfants ; si nécessaire, un dépistage est réalisé chez l'enfant.</p> <p>Établissement systématique d'un lien entre les données et les issues des interventions de PTME en fonction des cohortes de services de soins prénatals ou des cohortes de naissances et transmission systématique de ces données.</p> <p>Les données de cohorte prospectives sont collectées dans des structures choisies ou à partir d'un échantillon représentatif.</p> | <p>Au niveau national ou infranational :</p> <p>taux de transmission</p> <p>nombre d'enfants infectés par le VIH en fonction de l'âge</p> <p>survie de la mère et de l'enfant</p> <p>survie sans VIH de l'enfant.</p>  | <p>La collecte de données sur l'issue doit faire partie de la surveillance systématique du programme.</p> <p>Nécessite de disposer des noms et adresses de tous les participants des services de consultations ; peut nécessiter du personnel pouvant se déplacer afin de localiser les femmes.</p> <p>Des actions doivent être menées pour minimiser le nombre de perdus de vue et les retrouver, le cas échéant.</p> <p>Le nombre de perdus de vue peut être important, surtout après 3 ans.</p> <p>Lorsque différentes interventions de PTME (pour la mère et pour l'enfant) sont fournies à différents lieux de prestation de services, l'établissement d'un lien entre les différents dossiers peut prendre du temps, surtout si l'on ne dispose pas d'un numéro d'identification unique par patient pour établir ce lien.</p> | <p>Il peut être coûteux de retrouver l'ensemble des femmes et des enfants perdus de vue.</p> <p>L'utilisation de technologies particulières (par exemple d'un système informatisé permettant de stocker l'ensemble des antécédents des patients et des résultats des tests) est possible mais peut être coûteuse.</p> |
| 7. Déclaration des cas  | Déclaration des cas confirmés d'infection à VIH (cas prévalents et cas incidents).   | Au niveau national, nombre de nouvelles infections à VIH en fonction de l'âge, du sexe et du lieu de résidence.  | <p>Les nombres déclarés sont inférieurs aux nombres réels si la couverture du dépistage est insuffisante.</p> <p>À ce jour, il n'existe aucun système de déclaration des cas d'infection à VIH en Afrique subsaharienne.</p>  | Pérenne et peu coûteuse si elle est intégrée dans le système de surveillance systématique.  |

## Autre évaluation utile : triangulation des données existantes

## 8. Triangulation de différentes sources de données

Les données de tendance sur les interventions de PTME/ lutte contre le VIH (par exemple la couverture des interventions de PTME à base d'ARV, la couverture du dépistage précoce chez le nourrisson, la couverture du TAR) et d'autres statistiques sanitaires (indicateurs du programme de SMI, statistiques de l'état civil, données sur les admissions à l'hôpital, données sur d'autres événements sanitaires majeurs) sont examinées ensemble pour expliquer les tendances et l'impact de différents services en rapport avec la lutte contre l'infection à VIH sur d'autres résultats sanitaires et sur la mortalité.

Examine les tendances dans la couverture de interventions de lutte contre le VIH vis-à-vis de la couverture et des réalisations d'autres interventions sanitaires. Par exemple, les taux de mortalité infantile peuvent être examinés en parallèle de la couverture des interventions de PTME à base d'ARV.

Bonne façon d'utiliser différentes données collectées à partir de plusieurs sources et de faire des inférences.

La qualité des données n'est pas toujours idéale.

Le coût pour extraire des données n'est pas facile à obtenir.

Une fois une base de travail établie, un exercice similaire peut être répété périodiquement.



## 2.5.5 Examen des réalisations sanitaires et autres

Il est important d'utiliser la chaîne de résultats non seulement pour faire le suivi des résultats actuels, mais aussi pour expliquer les tendances de l'impact et identifier les possibilités pour améliorer les programmes du secteur de la santé. Les tendances de la mortalité et de l'incidence doivent faire l'objet d'un examen attentif afin d'évaluer la façon dont elles peuvent rendre compte de la performance du programme à chaque étape de la cascade du secteur de la santé ainsi que des facteurs comportementaux et des facteurs sans rapport direct avec la santé. Cette analyse fournit des informations essentielles pour orienter la riposte du secteur de la santé, en identifiant les secteurs où une réduction de l'incidence de l'infection à VIH peut être attribuée à cette riposte et, lorsque la mortalité ou l'incidence ne diminuent pas, les domaines pour lesquels la prévention et le traitement peuvent être améliorés et étendus ainsi que la manière de le faire.

Les examens périodiques du programme, à réaliser chaque année ou tous les deux ans, doivent commencer par déterminer les tendances de l'impact, et se font en remontant les étapes de la cascade du secteur de la santé afin d'évaluer quels facteurs du secteur de la santé et quels facteurs n'appartenant pas au secteur de la santé peuvent être responsables de ces tendances. Ces examens doivent ensuite se concentrer sur les liens et les étapes qui paraissent les plus importants pour améliorer la riposte du secteur de la santé. La manière dont les indicateurs figurant dans ce guide sont organisés en fonction des étapes de la cascade du secteur de la santé et de la chaîne de résultats doit aider à mener cet examen de manière systématique.

Les examens du programme ou des examens épidémiologiques plus ciblés doivent répondre à cinq questions de base:

1. Les bonnes mesures sont-elles prises à chaque étape de la cascade?
2. Sont-elles mises en œuvre de la bonne manière, et comment peuvent-elles être améliorées?
3. Sont-elles mises en œuvre à une échelle suffisante et là où il existe des obstacles à l'extension?
4. Les bonnes personnes sont-elles atteintes, en fonction de l'âge, du sexe, des populations clés, de la localisation?
5. Le programme a-t-il un impact?

**Les examens périodiques du programme doivent commencer par déterminer les tendances de l'impact, et se font en remontant les étapes de la cascade du secteur de la santé afin d'évaluer quels facteurs du secteur de la santé et quels facteurs n'appartenant pas au secteur de la santé peuvent être responsables de ces tendances.**

Le Tableau 2.33 donne un récapitulatif des différents types d'examens qui doivent être réalisés selon un calendrier régulier et prévu à l'avance.

En outre, les réalisations sanitaires de la riposte du secteur de la santé vont au-delà de la morbidité spécifique liée au VIH, de l'incidence de l'infection à VIH et de l'équité. Elles peuvent inclure la réduction des dépenses de soins de santé, la réduction du nombre de veufs et d'orphelins et l'amélioration des comportements de recours aux soins, en particulier le recours aux services de prévention. Par conséquent, les réalisations et les impacts des soins et du traitement de l'infection à VIH doivent être enregistrés, faire l'objet d'un suivi et être évalués non seulement en termes de produits, de réalisations et d'impacts sanitaires directs (par exemple la couverture des services et la réduction de la mortalité, de la morbidité et du handicap), mais aussi en termes de réalisations et d'impacts sanitaires indirects (par exemple l'évolution des comportements nutritionnels) et d'autres réalisations et impacts non sanitaires (par exemple sur la productivité ou sur le plan social). Les réalisations et les impacts sanitaires et non

**Tableau 2.33 Examens périodiques du programme**

| Type                      | Objectifs  | Aspect privilégié   | Calendrier et fréquence   | Équipe d'examen  | Durée      |
|---------------------------|--|---|---|--|------------|
| Examen annuel             | Évaluation de l'exécution<br><br>Modification des plans de mise en œuvre   | Examine la façon dont le programme est mis en œuvre: évaluation des intrants, des activités et des produits   | Chaque année ou tous les deux ans, selon le calendrier adopté dans le pays pour l'examen, la planification et la budgétisation périodiques des activités de lutte contre le VIH ou du secteur de la santé | Principalement interne                                       | <1 mois    |
| Examen à mi-parcours      | Évaluation des progrès accomplis en vue de remplir les objectifs du programme<br><br>Obtention d'informations utiles pour la reprogrammation | Cherche à savoir si le programme évolue dans la bonne direction, en se concentrant sur les produits et les réalisations ainsi que sur l'impact, lorsque leur existence peut être mise en évidence | Environ à mi-parcours dans le cycle du programme  | Mixte, interne et externe                                    | 1 à 3 mois |
| Examen de fin de parcours | Évaluation de la performance globale du programme<br><br>Obtention d'informations utiles pour l'élaboration d'un nouveau plan stratégique    | Examine ce que le programme a atteint, en insistant sur l'impact et les réalisations ainsi que sur les facteurs associés  | Vers la fin du cycle du programme, avant la planification pour un nouveau cycle   | Mixte, mais avec un élément externe ou indépendant important | 3 à 6 mois |

Source: Guide to conducting programme reviews for the health sector response to HIV/AIDS: Guidance. Geneva, World Health Organization, 2013 (<http://www.who.int/entity/hiv/pub/toolkits/hiv-response-guide/en/>).

sanitaires recourent l'ensemble du secteur du développement humain, et peuvent être suivis et évalués à la fois aux niveaux individuel et collectif. Le Tableau 2.34 fournit des exemples de ces réalisations sanitaires et non sanitaires.

L'impact de l'infection à VIH sur les personnes, les familles, les communautés et les pays a fait l'objet de nombreux rapports, a été rendu public dans de nombreux documents et continue à faire l'objet de publications. Ces données ont contribué à justifier l'expansion des ripostes à l'épidémie. Les impacts des soins et du traitement de l'infection à VIH sur la vie des personnes ainsi que sur les communautés et sur la société dans son ensemble ont fait l'objet d'un moins grand nombre de publications, mais le nombre de celles-ci est en augmentation. En particulier, les données montrent clairement que l'introduction, l'extension et l'amélioration de la qualité du TAR ont un impact favorable sur la santé et sur le bien-être. Des données moins robustes montrent l'impact favorable, tant au niveau personnel qu'au niveau collectif, de la prévention, des soins, du traitement et du soutien en rapport avec l'infection à VIH sur d'autres facteurs qui façonnent les relations entre les personnes vivant avec le VIH et leur environnement sociétal.

Au niveau individuel, les réalisations et les impacts sanitaires directs du TAR comprennent les améliorations mesurables de l'état de santé, de l'espérance de vie et des choix en matière de procréation ainsi que des réalisations chez les personnes infectées et affectées par le VIH. Les personnes vivant avec le VIH ainsi que leur famille et leurs amis bénéficient aussi d'avantages indirects du TAR sur la santé, les conséquences économiques et sociales

**Tableau 2.34 Exemples de réalisations et d'impacts sanitaires et non sanitaires d'un TAR performant**

|  | Impacts directs  | Impacts indirects   |
|--|--|---|
| Réalisations et impacts sanitaires     | <p>Niveau individuel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• diminution de la morbidité, des handicaps et de la mortalité</li> <li>• amélioration de la qualité de vie</li> <li>• diminution du risque de TME</li> </ul> <p>Niveau collectif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• diminution de la transmission du VIH et de la tuberculose</li> <li>• renforcement des comportements de recours aux soins dans la communauté (par exemple le recours au dépistage du VIH)</li> </ul>   | <p>Niveau individuel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• amélioration de la nutrition</li> <li>• diminution des besoins en hospitalisation</li> <li>• diminution des frais de santé catastrophiques</li> <li>• diminution du nombre de veufs et d'orphelins</li> <li>• diminution de la stigmatisation et de la discrimination dans les établissements de santé</li> </ul> <p>Niveau collectif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• diminution des coûts d'opportunité dans les établissements de santé</li> </ul>   |
| Réalisations et impacts non sanitaires | <p>Niveau individuel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• diminution de la stigmatisation et de la discrimination</li> <li>• amélioration de l'aptitude au travail</li> <li>• diminution de l'absentéisme au travail</li> <li>• amélioration de la scolarisation et de la fréquentation de l'école, en particulier chez les filles (il est moins nécessaire de fournir des soins à domicile à un membre de la famille)</li> </ul> <p>Niveau collectif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• maintien de la productivité et des moyens de subsistance</li> <li>• diminution des besoins en nouvelles formations</li> </ul> | <p>Niveau individuel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• amélioration de la participation aux affaires publiques</li> <li>• maintien du logement et de l'emploi</li> <li>• diminution de la stigmatisation et de la discrimination à l'encontre des personnes</li> </ul> <p>Niveau collectif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• amélioration de la cohésion de la communauté</li> <li>• renforcement de la confiance de la communauté dans le système de santé</li> <li>• augmentation de la disponibilité en main-d'œuvre</li> <li>• diminution de la stigmatisation et de la discrimination à l'encontre de la communauté</li> <li>• disponibilité en services publics sensibles et adaptés (santé, écoles, transport, services sociaux)</li> <li>• augmentation de l'offre alimentaire</li> </ul> |

néfastes de l'infection à VIH non traitée étant atténuées. Par exemple, lorsqu'elle est accompagnée d'une organisation et d'une sensibilisation efficaces de la communauté, la disponibilité en traitements de l'infection à VIH est associée à une diminution progressive de la stigmatisation et de la discrimination associées au VIH et aux maladies associées telles que la tuberculose et le cancer. Ces tendances ont été observées dans les pays où l'accès au TAR est satisfaisant, même si des actions supplémentaires doivent être menées dans le monde entier pour promouvoir et assurer l'inclusion sociale des populations clés, en particulier des personnes appartenant aux populations clés et qui vivent avec le VIH. Du point de vue financier, le TAR financé par des fonds publics ou privés, fourni au client gratuitement ou sur la base d'un partage équitable des coûts, diminue à la fois les dépenses personnelles à la charge du patient et le coût public des soins prodigués à l'hôpital. Ces économies doivent être prises en compte dans l'analyse coûts/avantages des nouveaux



traitements et du suivi biomédical réalisé en parallèle.

L'amélioration de la santé rendue possible par un programme de TAR performant profite de bien d'autres façons aux personnes vivant avec le VIH et à leur famille. Elle permet de restaurer les possibilités de revenu et d'augmenter l'autonomie lorsque les personnes appartenant à la population active retournent au travail, d'augmenter leur productivité et de diminuer l'absentéisme. En outre, elle diminue la charge des soins pesant sur la famille (qui est souvent plus lourde pour les femmes et les filles que pour les autres membres de la famille de sexe masculin). Elle permet aux enfants de bénéficier d'un soutien parental continu et augmente les chances des filles et des garçons de fréquenter l'école ou de bénéficier d'une formation professionnelle. Elle protège l'intégrité de la propriété familiale, concernant en particulier le domicile et, dans les zones rurales, les terres, le bétail et d'autres moyens de production alimentaire.

Au niveau collectif (c'est-à-dire au niveau des communautés et des autres groupes de population), des programmes de TAR performants peuvent aider à réduire les inégalités et

**La possibilité et la capacité de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH de jouir de l'ensemble des droits humains sont liées à un accès équitable à la prévention, aux soins, au traitement et au soutien en rapport avec l'infection à VIH.**

les iniquités auxquelles sont exposées les personnes vulnérables au VIH ou les personnes vivant avec le VIH du fait de l'exclusion sociale et/ou de possibilités d'accès insuffisantes. Des facteurs sociaux, économiques, culturels, civils et politiques peuvent encore faire obstacle à l'utilisation en temps opportun et de manière prolongée au TAR. Mais dans le même temps, l'accès au TAR et l'amélioration de la santé qui en résulte peuvent restaurer la capacité des personnes à avoir une vie productive et digne et à revendiquer leurs droits.

Les principes, les normes et les standards des droits humains fournissent un cadre clair et utile dans la pratique pour le suivi et l'évaluation des résultats et des impacts non sanitaires du TAR. La capacité de jouir de manière effective des droits humains doit faire l'objet d'un suivi et être évaluée comme un impact potentiel des programmes de lutte contre le VIH. Concrètement, l'effectivité des droits humains peut être mesurée par le degré avec lequel les personnes vivant avec le VIH peuvent, sans discrimination, avoir accès à l'éducation, au logement, à l'emploi et à de la nourriture, conserver un statut nutritionnel adéquat, recevoir et communiquer des informations, fonder une famille, voyager ou participer aux affaires publiques (voir par exemple les indicateurs IMP.11 et IMP.14). Dans le même temps, la possibilité d'être en bonne santé fait partie en soi des droits humains. La possibilité et la capacité de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH de jouir de l'ensemble des droits humains sont liées à un accès équitable à la prévention, aux soins, au traitement et au soutien en rapport avec l'infection à VIH.

Le secteur de la santé à lui seul ne peut pas et ne doit pas être tenu pour responsable de l'ensemble de ces réalisations et de ces impacts sur la vie des personnes vivant avec le VIH, leurs familles et leurs communautés, et le succès de ces réalisations et de ces impacts ne peut pas non plus être attribué au seul secteur de la santé. Néanmoins, la capacité du secteur de la santé à fournir, en collaboration avec d'autres secteurs, des données faisant la preuve des réalisations et des impacts positifs sanitaires et non sanitaires considérables du TAR permettra d'étayer les arguments en faveur de l'expansion et de la continuité des investissements.

Pour illustrer les indicateurs de suivi et d'évaluation des impacts sanitaires et non sanitaires, deux tableaux présentent un ensemble d'indicateurs sanitaires choisis relatifs à la nutrition

**Tableau 2.35 Exemples d'indicateurs d'impacts sanitaires de l'infection à VIH et du TAR: nutrition**

| Indicateur  | Numérateur (N)/<br>dénominateur (D)  | Ventilation | Méthode de<br>mesure   | Pertinence pour<br>le programme et<br>interprétation |
|---|--|-------------|--|--|
| <b>Indicateurs supplémentaires</b>  |  |             |  |  |
| <b>IMP.7 Dénutrition</b><br>chez les personnes<br>vivant avec le VIH<br><br>Nombre et % des<br>personnes dans<br>les soins et sous<br>traitement de<br>l'infection à VIH<br>qui présentent une<br>dénutrition                 | N: nombre de personnes<br>dans les soins et sous<br>traitement de l'infection à<br>VIH qui ont été identifiées<br>comme dénutries à un<br>moment quel qu'il soit<br>au cours de la période<br>considérée.<br><br>D: nombre de personnes<br>vivant avec le VIH dans les<br>soins et sous traitement de<br>l'infection à VIH au cours<br>de la période considérée. | Aucune.     | Examen des<br>registres des<br>établissements de<br>santé.                   | Sans objet.  |
| <b>IMP.8 Malnutrition/<br/>insuffisance<br/>pondérale</b><br><br>Prévalence de<br>la malnutrition/<br>de l'insuffisance<br>pondérale chez les<br>orphelins et les<br>enfants vulnérables<br>par rapport aux<br>autres enfants | N: nombre d'enfants<br>orphelins qui remplissent<br>les critères définissant la<br>malnutrition/l'insuffisance<br>pondérale.<br><br>D: population de la même<br>tranche d'âge.   | Sexe, âge.  | Enquêtes<br>transversales chez<br>les orphelins et chez<br>d'autres enfants. | Sans objet.  |

à utiliser chez les personnes vivant avec le VIH et les orphelins<sup>159</sup> (Tableau 2.35) et un ensemble d'indicateurs non sanitaires relatifs à la stigmatisation et à la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH,<sup>160</sup> à la sécurité alimentaire, à l'accès à l'éducation, aux dépenses des ménages par habitant et au soutien extérieur dont peuvent bénéficier les familles pauvres (Tableau 2.36). Il existe beaucoup d'autres indicateurs relatifs aux impacts non sanitaires de la riposte du secteur de la santé au VIH. Il n'est pas toujours possible d'attribuer un impact particulier à des interventions particulières du secteur de la santé. Cependant l'association plausible entre des réalisations sanitaires favorables au niveau individuel ou collectif et des améliorations en matière de sécurité des individus, d'inclusion sociale et de qualité de la vie plaide en faveur d'efforts et d'investissements soutenus dans la prévention, les soins et le traitement de l'infection à VIH.

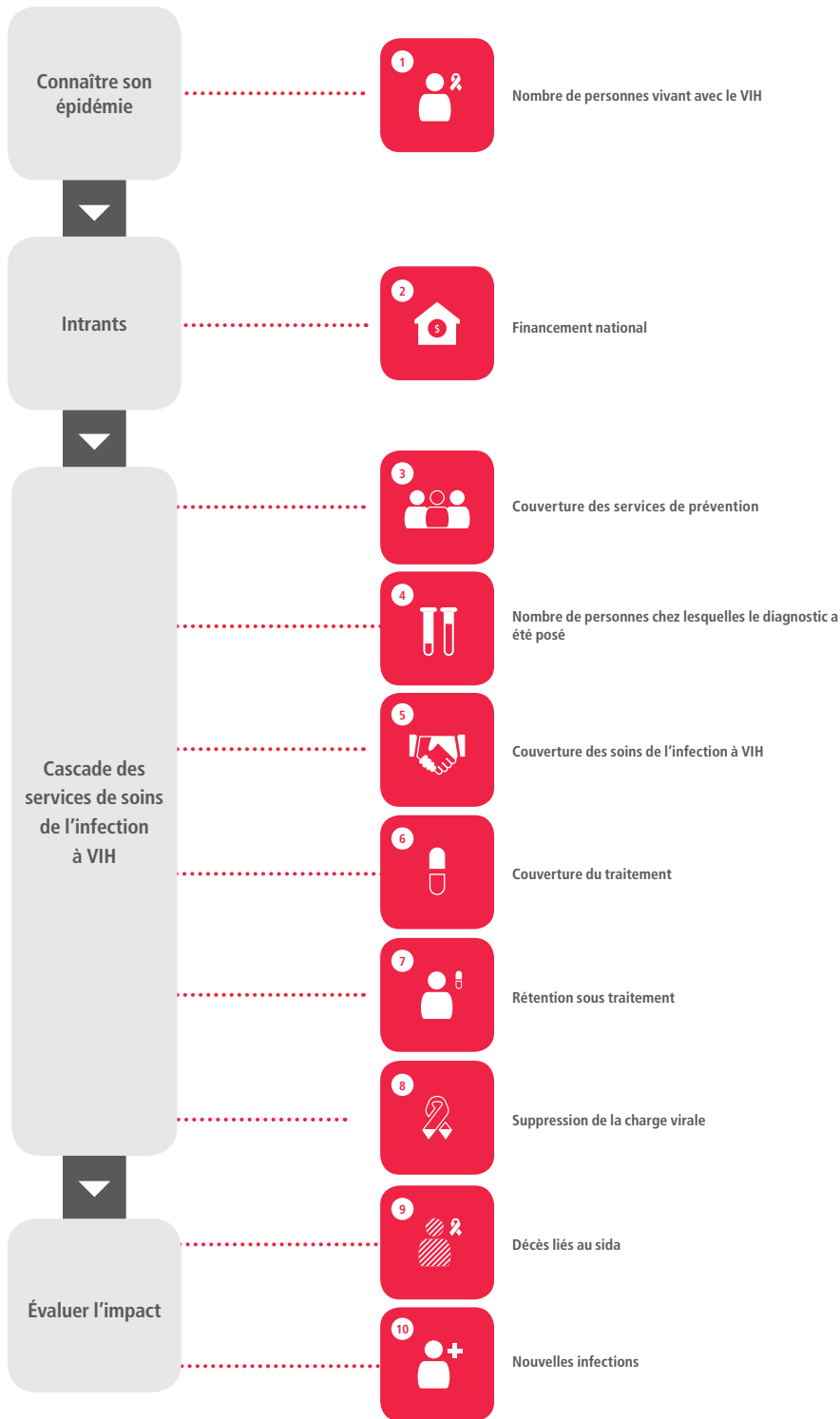
<sup>159</sup> Heap AN. Harmonized indicators for nutrition and HIV. Washington (DC), United States Agency for International Development, 2012 (<http://www.healthqual.org/sites/default/files/Summary%20-%20Harmonized%20Indicators%20for%20Nutrition%20and%20HIV%20Final%202012.pdf>).

<sup>160</sup> The People Living with HIV Stigma Index: An index to measure the stigma and discrimination experienced by people living with HIV. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2008 ([http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/page-attachments/UserGuide\\_FINAL\\_complete0055.pdf](http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/page-attachments/UserGuide_FINAL_complete0055.pdf)).

**Tableau 2.36 Exemples d'indicateurs de réalisations ou d'impacts non sanitaires du TAR: stigmatisation et discrimination**

| Indicateur   | Numérateur (N)/<br>dénominateur (D)  | Ventilation   | Méthode de<br>mesure   | Pertinence pour<br>le programme et<br>interprétation  |
|--|--|---|--|---|
| Indicateurs<br>supplémentaires   |  |   |  |   |
| IMP.9 Attitudes<br>envers les personnes<br>vivant avec le VIH<br><br>% des femmes et<br>des hommes âgés<br>de 15 à 49 ans ayant<br>une attitude positive<br>envers les personnes<br>vivant avec le VIH   | N: nombre d'adultes<br>de l'échantillon de<br>l'enquête ayant une<br>attitude positive envers<br>les personnes vivant<br>avec le VIH.<br><br>D: nombre d'adultes<br>interrogés.  | Sexe, âge (15-19, 20-<br>24, 25-49), niveau<br>d'éducation (aucune,<br>primaire, secondaire<br>ou supérieure).  | Enquêtes en<br>population.   | Sans objet.   |
| IMP.10<br>Stigmatisation et<br>discrimination<br><br>% des personnes<br>vivant avec le VIH<br>qui déclarent avoir<br>été victimes de<br>stigmatisation ou de<br>discrimination<br><br>Recoupement avec<br>NEEDS.7 (Section<br>Stigmatisation et<br>discrimination) et<br>avec KPOP.7 (Section<br>Populations clés) | N: nombre de<br>personnes vivant avec<br>le VIH interrogées<br>qui déclarent avoir<br>été victimes de<br>stigmatisation ou de<br>discrimination.<br><br>D: nombre de<br>personnes vivant avec<br>le VIH interrogées.   | Sexe, âge (15-19, 20-<br>24, 25-49), populations<br>clés/ comportements<br>à risque, dans les soins<br>ou en dehors des<br>soins, caractéristiques<br>sociales ou<br>économiques<br>particulières (par<br>exemple race, origine<br>ethnique, statut de<br>migrant), source de la<br>stigmatisation et de<br>la discrimination (par<br>exemple employeur<br>éventuel, voisinage,<br>prestataires de soins,<br>autres prestataires de<br>services). | Enquêtes en<br>population.*  | Indique un risque<br>d'exclusion ou<br>d'auto-exclusion de<br>l'accès aux services,<br>qui représente une<br>menace pour la santé<br>et le bien-être au<br>niveau individuel<br>et pour la santé<br>publique.<br><br>La stigmatisation<br>à l'encontre des<br>populations clés peut<br>être sans rapport<br>avec l'infection à<br>VIH et résulter de la<br>double stigmatisation<br>à laquelle de<br>nombreuses<br>personnes<br>appartenant à ces<br>communautés sont<br>confrontées. |
| IMP.11 Accès des<br>personnes vivant<br>avec le VIH à la<br>nourriture<br><br>Nombre et % des<br>personnes recevant<br>des services de soins<br>et de traitement<br>de l'infection à<br>VIH vivant dans un<br>ménage où l'accès<br>à la nourriture est<br>limité   | N: nombre de<br>personnes recevant<br>des services de soins,<br>de traitement et de<br>soutien en rapport avec<br>l'infection à VIH ayant<br>un accès insuffisant à<br>la nourriture, comme<br>indiqué sur l'échelle<br>nutritionnelle pour les<br>ménages (Household<br>Hunger Scale).<br><br>D: nombre de personnes<br>recevant des services de<br>soins, de traitement et<br>de soutien en rapport<br>avec l'infection à VIH. | Sexe, âge (15-19,<br>20-24, 25-49),<br>populations clés,*<br>localisation<br>géographique,<br>variables socio-<br>économiques.  | Enquête en<br>population et/<br>ou enquête sur la<br>prévalence dans les<br>établissements de<br>santé.* | Un accès insuffisant<br>à la nourriture peut<br>constituer un facteur<br>augmentant les risques<br>que les réalisations<br>liées aux soins soient<br>insuffisantes. Il peut<br>être dû à l'incapacité<br>des personnes vivant<br>avec le VIH à assurer<br>un accès stable aux<br>moyens de subsistance<br>en raison de la maladie.  |

## Indicateurs mondiaux pour le suivi et l'évaluation de la riposte du secteur de la santé au VIH



# INFORMATIONS STRATÉGIQUES EFFICACES

## 3

|   |            |
|---|------------|
| <b>3.1 Introduction</b>                       | <b>234</b> |
| <b>3.2 Sources de données</b>                 | <b>236</b> |
| <b>3.3 Systèmes de données</b>                | <b>257</b> |
| <b>3.4 Examen de la qualité des données</b>   | <b>276</b> |
| <b>3.5 Utilisation et analyse des données</b> | <b>281</b> |

## 3. INFORMATIONS STRATÉGIQUES EFFICACES

### 3.1 Introduction

Un système de suivi et d'évaluation fonctionnel et efficace constitue le moteur qui produit, analyse et utilise les informations stratégiques. Le système de suivi et d'évaluation pour la riposte du secteur de la santé au VIH doit veiller à ce que des informations pertinentes et de qualité soient accessibles (à toutes les parties prenantes)

tout au long de la cascade au bon moment, au bon endroit et dans un format adapté pour être utilisées. Ce chapitre s'inspire largement des « 12 composantes » de l'ONUSIDA,<sup>161</sup> du cadre de suivi et d'évaluation de l'OMS et du Partenariat international pour la santé et initiatives apparentées (IHP+) (Figure 3.1)<sup>162</sup> et du cadre du Health Metrics Network pour les systèmes d'information sanitaires des pays.<sup>163</sup>

| Dans la partie 3 |  |
|------------------|--|
| Section          | Contenu  |
| 3.2              | Sources de données   |
| 3.3              | Systèmes de données, y compris les numéros d'identification uniques et les systèmes informatisés |
| 3.4              | Examen de la qualité des données   |
| 3.5              | Analyse et utilisation de l'information stratégique  |
| Encadré          | Questions clés pour l'examen d'un système de suivi et d'évaluation                               |

Un système de suivi et d'évaluation efficace:

- Utilise un ensemble d'indicateurs de référence qui mesurent ce qui est important et pertinent pour le programme ;
- A organisé des systèmes de collecte de données de telle sorte que la collecte systématique de données se fait à l'aide de formulaires et de procédures d'agrégation normalisés ;
- Collecte efficacement les données en planifiant et en rationalisant les éléments de données à collecter à partir de différentes sources de données ;
- Améliore les systèmes pour faciliter la production d'informations stratégiques, par exemple par la mise en œuvre d'un système de numéros d'identification uniques ou en utilisant de manière appropriée des systèmes informatisés ; et
- Dispose d'un système pour assurer la qualité des données ainsi que pour analyser et utiliser les données pour la prise de décisions.

Le système d'information stratégique de la riposte du secteur de la santé au VIH établit des liens avec le système d'information sanitaire en général pour faire partie de l'architecture intégrée d'un système

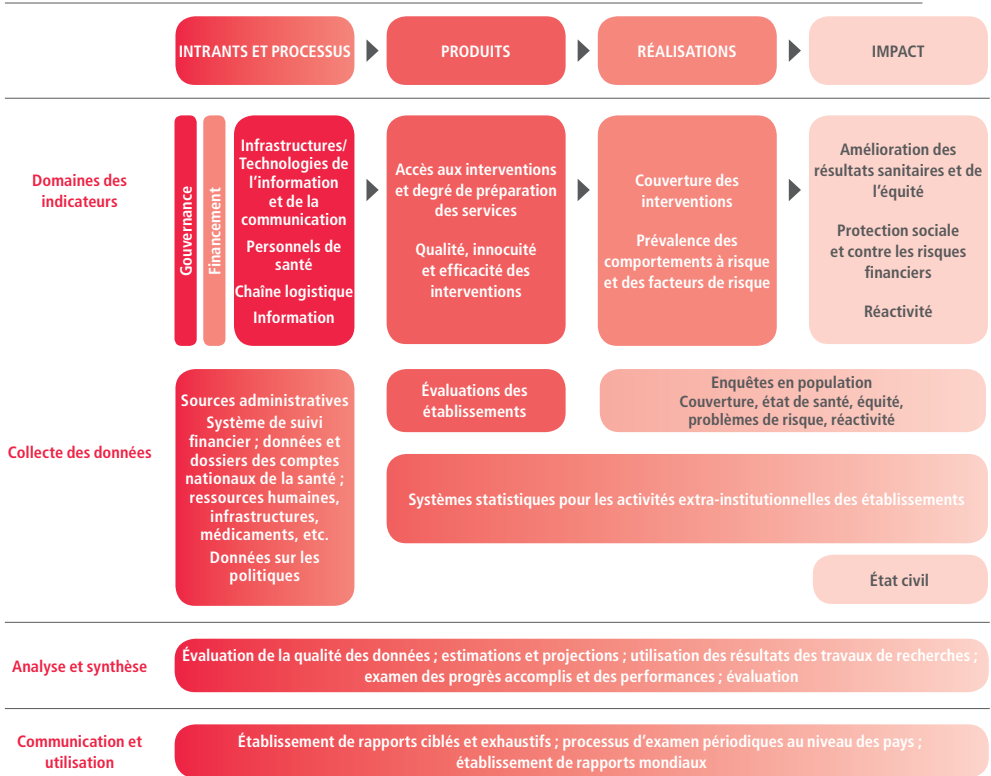
<sup>161</sup> Les « 12 composantes » de l'ONUSIDA définissent les éléments nécessaires dans un système d'information stratégique relatif à l'infection à VIH efficace pour le secteur de la santé. Ces 12 composantes sont les suivantes: 1. Structures institutionnelles ayant des fonctions de suivi et d'évaluation de l'infection à VIH ; 2. Capacités humaines en matière de suivi et d'évaluation de l'infection à VIH ; 3. Partenariats pour planifier, coordonner et gérer le système de suivi et d'évaluation de l'infection à VIH ; 4. Plan national multisectoriel de suivi et d'évaluation de l'infection à VIH ; 5. Plan de travail annuel national chiffré de suivi et d'évaluation de l'infection à VIH 6. Plaidoyer, communication et culture pour le suivi et l'évaluation de l'infection à VIH ; 7. Suivi systématique des programmes de riposte au VIH ; 8. Enquêtes et surveillance ; 9. Bases de données nationales et infranationales sur l'infection à VIH ; 10. Supervision de soutien et vérification des données 11. Évaluation et calendrier de recherche sur l'infection à VIH ; et 12. Diffusion et utilisation des données. Ces 12 composantes ne sont pas conçues pour être mises en œuvre de manière consécutive ; elles doivent plutôt être en place et fonctionner de manière acceptable.

Se référer au document (en anglais) à l'adresse suivante: [http://www.unaids.org/sites/default/files/sub\\_landing/files/2\\_MERG\\_Strengthening\\_Tool\\_12\\_Components\\_ME\\_System.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/2_MERG_Strengthening_Tool_12_Components_ME_System.pdf).

<sup>162</sup> Suivi, évaluation et revue des stratégies sanitaires nationales: plateforme pays pour l'information et la redevabilité. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Partenariats internationaux pour la santé, 2011 ([http://www.who.int/healthinfo/MandE\\_NHS\\_french\\_lowres.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthinfo/MandE_NHS_french_lowres.pdf?ua=1)).

<sup>163</sup> WHO Health Metrics Network. Framework and standards for country health information systems. Geneva, World Health Organization, 2008 ([http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn\\_framework200803.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn_framework200803.pdf?ua=1)).

## Figure 3.1 Cadre commun de suivi et d'évaluation du Partenariat international pour la santé et initiatives apparentées (IHP+)



Source: Suivi, évaluation et revue des stratégies sanitaires nationales: plateforme pays pour l'information et la redevabilité. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Partenariats internationaux pour la santé, 2011 ([http://www.who.int/healthinfo/MandE\\_NHS\\_french\\_lowres.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthinfo/MandE_NHS_french_lowres.pdf?ua=1)).

national d'information pour la gestion sanitaire. Des normes, des lignes directrices et des outils sont disponibles pour aider à la planification et au financement des évaluations des systèmes d'information sanitaires et à l'utilisation des données du système d'information pour la gestion sanitaire, y compris des données sur l'infection à VIH.<sup>164</sup>

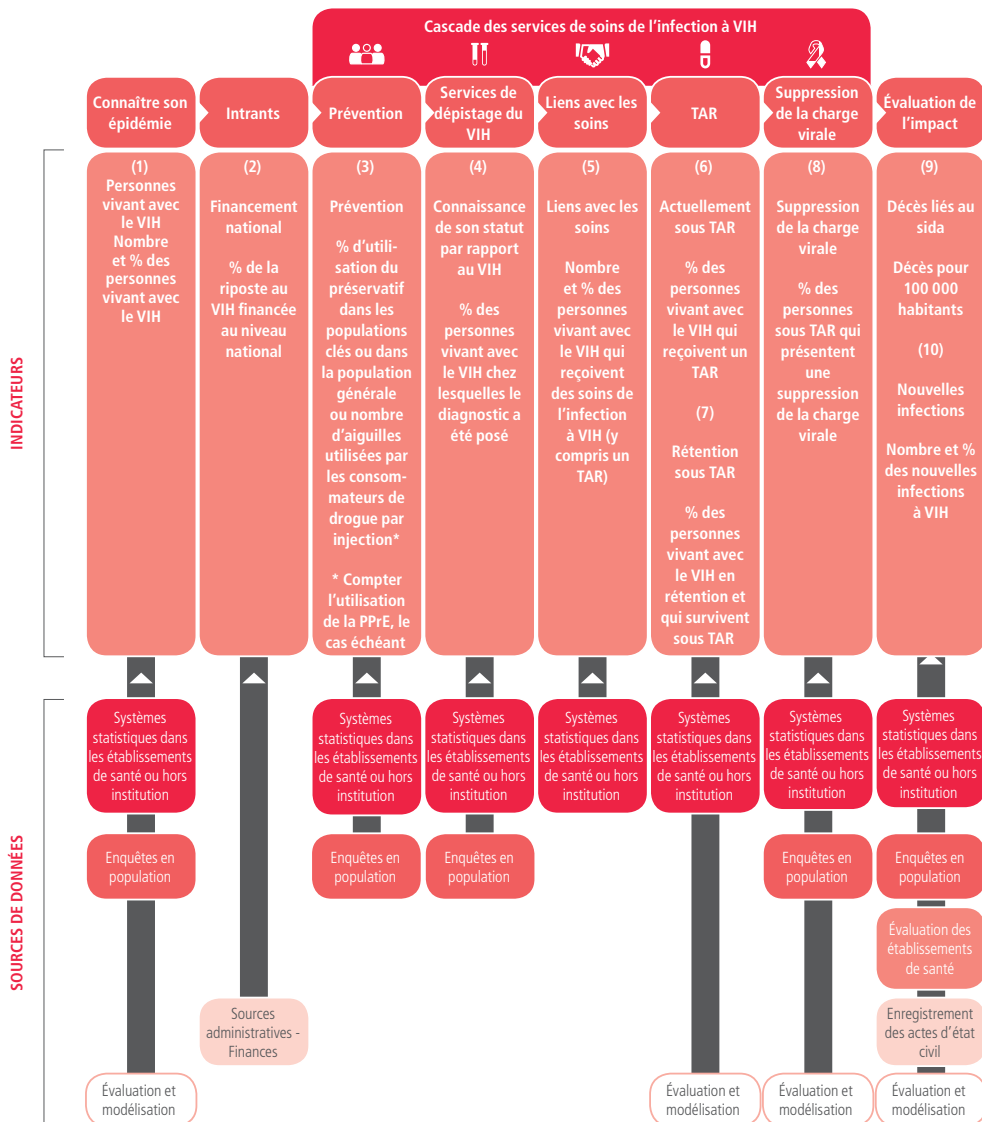
### 3.2 Sources de données

Pour couvrir l'ensemble des éléments cruciaux de la cascade des services de lutte contre le VIH, les données doivent provenir de différentes sources en s'appuyant sur un système qui combine ces différentes sources de données et qui aide à obtenir des données de qualité et à les utiliser.

Les données produites par les établissements de santé, c'est-à-dire les données issues de la surveillance systématique des patients et de la déclaration des cas, constituent l'élément central de la collecte de données destinées à mesurer les indicateurs de la cascade du secteur de la santé. Des informations supplémentaires proviennent de la surveillance et d'enquêtes dans les établissements de santé ainsi que de sources administratives, d'enquêtes en population, d'évaluations des établissements de santé et des enregistrements des actes d'état civil (voir l'encadré ci-dessous). Ces cinq types de sources de données peuvent fournir une grande quantité de données utiles pour la surveillance de l'épidémie et pour la riposte. À titre d'exemple, la Figure 3.2 montre comment ces cinq sources de données fournissent des données pour calculer les 10 indicateurs choisis pour établir des rapports à l'échelle mondiale.

<sup>164</sup> Assessing the national health information system: an assessment tool. Geneva, Health Metric Network, World Health Organization, 2008 ([http://www.who.int/healthmetrics/tools/Version\\_4.00\\_Assessment\\_Tool3.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthmetrics/tools/Version_4.00_Assessment_Tool3.pdf?ua=1)).

## Figure 3.2 Indicateurs et sources de données pour la surveillance globale de la riposte du secteur de la santé au VIH



Remarque: pour les indicateurs 5 et 6, les dénominateurs sont obtenus par estimation en utilisant les mêmes méthodes que pour l'indicateur 1.



## Vue d'ensemble des sources d'informations stratégiques sur l'infection à VIH dans le secteur de la santé

### 1. SYSTÈMES STATISTIQUES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET HORS INSTITUTION (ensembles de données minimales collectés en continu)

- Données de surveillance des patients: extraites des dossiers de chaque patient. Les données sont saisies dans des bases de données informatisées ou dans des systèmes sur papier, transférées dans des registres écrits, et agrégées dans des formulaires de transfert systématique des données. Elles comprennent des données issues des registres de laboratoire et des registres de la pharmacie.
- Données issues de la déclaration des cas: issues de la surveillance passive, basée sur les cas d'infection à VIH déclarés au niveau central par les établissements de santé et par les agents de santé.
- Données obtenues hors institution: basées sur les registres tenus à jour par les ONG qui mènent des activités sanitaires hors institution et/ou dans la communauté et par des agents de proximité, en lien ou non avec un établissement de santé ; ces registres compilent des informations sur la sensibilisation par des pairs, sur le dépistage du VIH (ou sur l'orientation sur un service spécialisé) et sur l'établissement d'un lien avec les soins pour des populations particulières, par exemple les populations clés, les femmes enceintes et les nourrissons exposés au VIH, ou dans des endroits particuliers.

### 2. SOURCES ADMINISTRATIVES (collecte systématique, périodique ou ponctuelle de données)

- Données financières et données des systèmes de santé: budgets, enregistrement en rapport avec les financements, comptes nationaux de la santé, NASA, données sur les systèmes d'achat et de gestion des approvisionnements, données sur la gestion des ressources humaines et principales politiques relatives à la prévention, au traitement et aux soins de l'infection à VIH.
- Liste des établissements de santé (avec un numéro d'identification unique pour chaque établissement de santé).

### 3. ENQUÊTES EN POPULATION (données collectées de manière périodique)

- Population générale: par exemple les Enquêtes démographiques et de santé, les Enquêtes sur les indicateurs du sida, les enquêtes en grappes à indicateurs multiples
- Populations clés: les enquêtes biologiques et comportementales intégrées

### 4. ÉVALUATIONS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (données collectées de manière périodique)

- Recensement des établissements de santé ou enquêtes sur les établissements de santé: par exemple SARA, évaluation des prestations de services (Service Provision Assessment, SPA), enquêtes sur la résistance du VIH aux ARV prétraitement et enquêtes sur la résistance du VIH aux ARV acquise.

Données de surveillance sentinelle: collectées au fil du temps dans les sites sentinelles

### 5. ENREGISTREMENT DES ACTES D'ÉTAT CIVIL (enregistrement en continu et obligatoire)

Données du système d'enregistrement des actes d'état civil: naissances et décès ; les enregistrements des décès peuvent comprendre des informations sur la cause de décès.

## Principales questions relatives à la planification et à la mise en œuvre de l'utilisation stratégique des données

### 1. Quels sont les indicateurs qui décrivent le mieux le programme?

Le choix des stratégies de collecte de données dépend de la nature de l'épidémie. Le point de départ est l'axiome « Connaître son épidémie, connaître sa riposte ». Parmi les questions importantes à se poser, on peut citer: Quelles sont les tendances? Quel est le principal mode de transmission? Où se produit l'épidémie actuellement (c'est-à-dire où vont se produire les 1000 prochaines infections)? L'épidémie touche-t-elle particulièrement certains groupes de population? Quels sont les groupes de population touchés qui constituent le moteur de l'épidémie, et où se trouvent-ils? L'épidémie est-elle concentrée dans certaines zones géographiques? À quoi ressemble notre riposte programmatique? À quoi devrait-elle ressembler?

Déterminer quels indicateurs doivent être ventilés afin de faire un suivi de l'épidémie de manière plus équitable et pour s'assurer que le programme est performant. Des informations importantes peuvent être obtenues à l'aide d'une ventilation en fonction du sexe, de différentes tranches d'âge, des populations clés, des zones géographiques particulièrement touchées, du statut par rapport à la grossesse et des co-infections.

Passer en revue les indicateurs utilisés actuellement. Identifier et classer par ordre de priorité les indicateurs les plus appropriés en fonction du contexte de l'épidémie, des priorités et des objectifs nationaux, en tenant compte des engagements pris pour établir des rapports à l'échelle internationale. Lors de l'examen des indicateurs présentés dans la Partie 2, chaque pays doit évaluer ses besoins en informations sur l'infection à VIH et les plates-formes de systèmes d'information existantes avant de décider quels indicateurs collecter, quels indicateurs ventiler et quelle est la meilleure façon de soutenir la prise de décisions et la production de rapports. Le niveau de sophistication du système de suivi et d'évaluation (notamment s'il est majoritairement basé sur des documents papier ou informatisés) influence la facilité de la collecte de certaines données et aide à déterminer si des indicateurs supplémentaires peuvent être collectés et si une ventilation supplémentaire peut être réalisée sur des indicateurs déjà utilisés.

### 2. Quelles sources de données fourniront les informations nécessaires?

Évaluer si le système de suivi et d'évaluation est adapté pour surveiller dans leur ensemble l'épidémie et la riposte programmatique. Parmi les questions importantes à se poser, on peut citer: Quelles sont les sources de données nécessaires pour un suivi adapté de l'épidémie? Comment ces sources peuvent-elles être reliées les unes aux autres ou connectées pour permettre une triangulation des données?

Dans le cadre de l'élaboration du plan national de suivi et d'évaluation, examiner le système qui produit les données ainsi que la périodicité des rapports et des enquêtes, et prévoir les enquêtes et les évaluations nécessaires. S'assurer que les différentes sources qui produisent les données fonctionnent correctement et que les informations stratégiques nécessaires sont bien produites.

### 3. Comment les systèmes de données collectent et stockent-ils les informations requises?

Évaluer la capacité des systèmes de données [notamment les dossiers individuels des patients, les registres et les rapports de synthèse, le format des systèmes (sur papier ou informatisés), et l'utilisation de numéros d'identification uniques pour les patients] pour collecter, stocker et transmettre les informations. Examiner comment sont stockées les données collectées de manière périodique au moyen d'enquêtes. Parmi les questions importantes à se poser, on peut citer: Les outils normalisés et les modes opératoires normalisés sont-ils adaptés, et sont-ils utilisés par tout le monde? Quels sont les systèmes informatisés utilisés? Des sites supplémentaires sont-ils adaptés pour l'utilisation de systèmes informatisés? Certains sites utiliseront-ils des systèmes sur papier? Existe-t-il des sites sentinelles où une extraction détaillée des données serait possible?

#### 4. Les systèmes de gestion des données et d'assurance de la qualité des données sont-ils adaptés?

Comment est organisée la circulation des données? Comment peut-elle être améliorée? Les données sont-elles exhaustives et répondent-elles aux normes de qualité?

Le système d'assurance de la qualité des données est-il opérationnel, et les évaluations sont-elles menées de manière suffisamment large et à une fréquence adaptée?

#### 5. Existe-t-il des systèmes, des processus et des capacités clairement définis pour la triangulation, l'analyse et l'utilisation des données pour la programmation, la planification, les soins cliniques des patients et le plaidoyer?

#### 6. Les partenaires sont-ils tous impliqués?

Examiner si le système national de suivi et d'évaluation implique l'ensemble des partenaires, notamment les cliniciens, les prestataires de services, les programmes communautaires et les groupes de la société civile ainsi que leurs représentants, y compris ceux qui concentrent leurs activités sur les populations clés. Chacun doit bien savoir comment chaque partenaire fournit des intrants, a accès aux informations produites par le système national de suivi et d'évaluation et utilise ces informations.

Les données sur le suivi et l'évaluation de l'infection à VIH sont un bien public et doivent être accessibles à l'ensemble des partenaires. Dans le même temps, il faut veiller au respect strict et continu de la confidentialité et de la vie privée.

Les données sur le suivi systématique des patients issues des structures où est fourni le traitement clinique, où sont réalisés les dépistages et où sont menées les activités hors institution permettent d'obtenir un flot continu d'informations en temps réel.<sup>165</sup> D'autres informations importantes sont collectées de manière périodique à partir d'enquêtes représentatives au niveau national et d'enquêtes sur les populations clés (ces enquêtes peuvent inclure la mesure de biomarqueurs) et aussi à partir d'évaluations des établissements de santé. Les sources administratives fournissent des données sur les ressources financières et sur les ressources humaines pour la gestion du programme. L'enregistrement des actes d'état civil fournit des données de base sur les naissances et les décès. Chacune des cinq sources de données peut être renforcée afin de fournir les données nécessaires en fonction des besoins.

Plusieurs de ces sources de données sont également utilisées dans d'autres domaines que l'infection à VIH, par exemple pour la surveillance des maladies, la prise en charge des patients et la gestion de la chaîne logistique ou comme données d'enquêtes sur d'autres indicateurs sanitaires. Lorsque cela est possible, l'intégration des activités de suivi et d'évaluation en rapport avec l'infection à VIH et des indicateurs relatifs à l'infection à VIH dans le contexte plus large du système d'information pour la gestion sanitaire constitue une approche efficace et pérenne.

### 3.2.1 Systèmes statistiques dans les établissements de santé

#### 1.a Données sur le suivi des patients

Un système d'information dans un établissement de santé collecte de manière systématique des données sur la prise en charge clinique de chaque patient. Tout établissement de santé offrant des services aux personnes vivant avec le VIH doit collecter de manière systématique un ensemble minimum de données de suivi pour assurer la continuité des soins et faire un suivi de la qualité des soins cliniques fournis. Une évaluation de la performance au niveau de l'établissement de santé permet, en cas de besoin, de mettre en place des mesures correctives en temps opportun. En outre, les principales données sont transmises de manière périodique (par exemple tous les trois mois) pour la gestion du programme

<sup>165</sup> L'OMS publiera bientôt un guide plus détaillé sur le suivi systématique des patients.

aux niveaux infranational et national.

L'enregistrement des informations sur les patients peut prendre différentes formes en fonction des pays et du type d'établissement de santé. Dans certains cas, les agents de santé font une saisie des informations concernant les patients directement dans une base de données informatisée. Plus souvent, ils notent les informations sur la prise en charge clinique dans les dossiers des patients conservés dans les établissements de santé et/ou dans des fiches conservées par les patients ; ces informations sont ensuite extraites et saisies dans une base de données informatisée ou dans un registre sur papier à des fins de suivi. Dans les systèmes sur papier, les données sont agrégées à partir des registres sur papier de l'établissement de santé et transmises au niveau du district ou de la province en suivant un modèle établi à l'avance et prévu pour la saisie des données ou leur importation dans la base de données nationale.

Le système de suivi des patients peut produire des données transversales et des données de cohorte dans les domaines suivants:

- *l'utilisation des services, c'est-à-dire les caractéristiques des clients (données démographiques et données de base) et la proportion de patients qui remplissent les critères pour recevoir différents types de services et qui en ont bénéficié ;*
- *la rétention tout au long de la cascade des services de lutte contre le VIH, c'est-à-dire la proportion et les caractéristiques des personnes à chaque étape ou qui passent d'une étape à la suivante dans la cascade des services de soins, de traitement ou de PTME ;*
- *les paramètres cliniques et immunologiques, par exemple le nombre de CD4, la progression clinique, les schémas thérapeutiques ;*
- *les issues du traitement de l'infection à VIH, par exemple la survie, la suppression de la charge virale et le taux de TME.*

Le système de suivi systématique fournit des données pour améliorer la qualité des soins des patients et la gestion des services dans les établissements de santé ainsi que pour répondre aux exigences fixées pour l'établissement des rapports au niveau national. En outre, les systèmes de données informatisés peuvent permettre de tenir à jour une base de données centralisée composée de données individuelles anonymes qui peut être utilisée pour évaluer la riposte du secteur de la santé et pour produire une synthèse des statistiques au niveau de la population sur l'utilisation et les issues du traitement ainsi que pour mesurer la qualité et l'impact de la prestation de services.

### **Exemples de difficultés à résoudre et d'opportunités à exploiter**

L'une des principales difficultés rencontrées lors de la collecte de données est que l'infection à VIH est une infection complexe qui dure toute la vie. La plupart des patients vivant avec le VIH doivent faire l'objet d'un suivi sur une longue période au fur et à mesure qu'ils progressent dans la cascade de services entre le moment du diagnostic de l'infection, puis sous traitement et une fois obtenue une suppression de la charge virale prolongée. Les patients peuvent avoir besoin de services fournis dans différents établissements de santé ou dans différentes structures de prestation de services au sein d'un même établissement. Dans de nombreux systèmes de santé, il est difficile de vérifier l'existence de liens entre les différents services et si l'orientation des patients d'un service à un autre a bien fonctionné.

L'utilisation d'un numéro d'identification unique associé à une seule personne permet d'établir un lien entre les informations au fil du temps et dans différents points de prestation de services. Cela permet d'avoir un enregistrement longitudinal de l'accès aux services et des issues cliniques de chaque personne. Avec des données agrégées, ce système peut permettre de se faire une meilleure idée globale de l'accès aux différents services de santé et de l'utilisation de ces services, de l'efficacité du système d'orientation des patients d'un service à un autre et des tendances épidémiologiques. Des informations plus détaillées sur les numéros d'identification uniques se trouvent à la Section 3.3.4.

## Exemples de ressources disponibles

Pour aider les pays à mettre en place des systèmes de suivi des patients permettant d'améliorer la qualité des soins et de fournir des informations importantes sur la performance des programmes, l'OMS et ses partenaires ont mis au point « Trois systèmes intégrés de suivi du patient ». Plus précisément, ce dispositif fournit des outils (formulaires et modèles de format, registres, listes, etc.) pour (1) la SMI/ la PTME, (2) les soins et le traitement de l'infection à VIH et (3) les services de prise en charge de la tuberculose et de l'infection à VIH. Ces trois systèmes intégrés de suivi du patient peuvent être une source utile tant pour les outils sur papier que pour les outils informatisés et ils permettent de préciser les éléments de données à collecter et à enregistrer dans différents établissements de santé et de faire un lien entre ces données à l'aide d'un numéro d'identification pour les patients (voir la Section 3.3.4).<sup>166</sup>

L'OMS est en train de préparer un document d'orientation sur le suivi des patients et la surveillance des cas d'infection à VIH dans le secteur de la santé. Le but de ce nouveau document d'orientation sera de regrouper les différents systèmes de suivi des patients, les systèmes de surveillance des cas et les systèmes utilisés pour établir des rapports tout au long de la cascade de services de lutte contre le VIH du secteur de la santé afin que les données des patients pour le TAR, la PTME, le dépistage du VIH ainsi que la co-infection VIH/tuberculose et les liens avec les services de SMI et les principaux éléments de surveillance soient disponibles en un seul endroit.

## Autres enregistrements de données relatives à la santé: registres de laboratoire et registres de la pharmacie

Les laboratoires et les pharmacies sont des sources d'information importantes pour la gestion des programmes cliniques. Les registres de laboratoire comprennent des données sur le diagnostic de l'infection à VIH (ainsi que sur le diagnostic des co-infections comme la tuberculose et l'hépatite) et sur les critères à remplir pour recevoir un TAR. Les nouvelles infections à VIH diagnostiquées dans les structures de dépistage sont souvent déclarées au niveau central (voir les explications sur la déclaration des cas à la section suivante). Les registres de la pharmacie comprennent des données sur la dispensation des ARV à chaque patient. Ces données peuvent servir de mesure indirecte pour la surveillance de l'observance du traitement. Le registre de stock permet de connaître la consommation mensuelle de chaque médicament, notamment de certains ARV particuliers, et doit être relié à un système de contrôle des stocks.

## Exemples de difficultés à résoudre et d'opportunités à exploiter

Il est difficile de conserver en permanence de manière exhaustive et précise des liens entre les enregistrements faits dans les structures de dépistage du VIH, les consultations de TAR et les pharmacies associées. Lorsque les enregistrements sont étroitement liés les uns aux autres et tenus correctement à jour, ils constituent une source d'information importante pour améliorer les évaluations des besoins, la planification des achats et la gestion des stocks.

### 1.b Déclaration des cas

La déclaration des cas d'infection à VIH est une forme de surveillance passive (systématique) basée sur les cas déclarés au niveau central par les établissements et les agents de santé. Les épidémies d'infection à VIH ayant évolué et le nombre de personnes bénéficiant d'un dépistage ne cessant d'augmenter, la déclaration des cas d'infection à VIH devient de plus en plus coûteuse mais aussi de plus en plus pertinente. Elle constitue l'une des composantes de la surveillance de deuxième génération. Ses objectifs sont les suivants: détecter tout pic ou toute augmentation inhabituelle du nombre de cas (en particulier dans les zones où la prévalence est généralement faible); fournir des informations qualitatives sur la distribution de l'épidémie (qui sont les personnes affectées, où sont les personnes affectées et par quel mode de transmission sont-elles infectées); et contribuer à l'estimation de la charge de traitement et de

<sup>166</sup> Trois systèmes intégrés de suivi du patient pour les soins VIH/TAR, SMI/PTME (y compris la prévention contre le paludisme pendant la grossesse), et la co-infection TB/VIH: données minimum standardisées et outils illustratifs. Révision 2012. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85741/1/9789242598155\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85741/1/9789242598155_fre.pdf?ua=1)).

[Remarque importante: ces orientations sont actuellement en cours de révision; pour obtenir les mises à jour, consulter le site Web de l'OMS.]

soins, pour orienter la riposte au VIH.

Un protocole national pour la déclaration des cas d'infection à VIH doit être en place, sur la base de définitions normalisées des cas chez l'adulte et chez l'enfant convenues au niveau national. La valeur des données sur la déclaration des cas sera grandement améliorée si d'autres informations clés sont collectées en parallèle, comme par exemple des données démographiques et sur les modes de transmission. Comme pour l'ensemble de la surveillance de l'infection à VIH, les normes éthiques doivent être respectées afin de protéger la vie privée des personnes. Celles-ci comprennent le retrait de tous les éléments qui pourraient permettre d'identifier les personnes.

### Exemples de difficultés à résoudre et d'opportunités à exploiter

Pour interpréter de manière appropriée les données sur la déclaration des cas d'infection à VIH, il faut bien connaître la structure sous-jacente du dépistage du VIH, les capacités de diagnostic et la manière dont se fait la déclaration dans les différents établissements de santé. On estime que les déclarations de cas sous-estiment en général grandement le nombre de personnes vivant avec le VIH, de nombreux cas n'étant pas détectés. Elle peut néanmoins donner une image approximative de qui est infecté et de la répartition géographique des personnes vivant avec le VIH. Ces données peuvent être utilisées pour la planification des programmes, en association avec des informations obtenues au niveau national par des logiciels de modélisation (par exemple le logiciel *Spectrum AIM*).

### Exemples de ressources disponibles

La manière d'utiliser les données sur la déclaration des cas d'infection à VIH pour la surveillance est décrite dans les lignes directrices sur la surveillance de deuxième génération du VIH publiées par le Groupe de travail ONUSIDA/OMS sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST,<sup>167</sup> en particulier dans le Module 1 (Lignes directrices pour la surveillance de deuxième génération de l'infection à VIH: une mise à jour: connaître son épidémie) et le module 7 (*Evaluating a national surveillance system*). *Un module portant spécifiquement sur la déclaration des cas (Module 4: Surveillance of HIV infection using HIV case notification) est en cours de préparation.*<sup>168</sup> L'OMS a également publié des lignes directrices sur les définitions de cas d'infection à VIH et de sida pour la surveillance.<sup>169</sup>

#### 1.c Données obtenues hors institution

Les données obtenues hors institution sont basées sur des registres tenus à jour par des ONG et/ou des agents de santé communautaires et des agents de proximité en lien ou non avec un établissement de santé. Selon les politiques, les lois et les pratiques en vigueur au niveau local, les ONG peuvent faire le dépistage du VIH (où orienter les personnes sur les services appropriés pour faire ce dépistage), proposer une sensibilisation et un soutien par des pairs, assurer un suivi et établir des liens avec les soins, autant de services essentiels pour les populations qu'elles desservent. Les données qu'elles collectent fournissent des informations importantes sur les liens entre les établissements de santé et les communautés.

Les registres sur les activités hors institution des ONG peuvent comprendre des données sur les populations clés, notamment sur la portée des services de prévention de l'infection à VIH, des orientations sur les services appropriés pour bénéficier d'un dépistage et du suivi du traitement. Les données collectées par les ONG peuvent également servir de base pour obtenir une estimation de la taille des groupes de populations clés et contribuer à la base de sondage pour les enquêtes destinées à évaluer la couverture du traitement et les issues du traitement dans les populations clés ou dans d'autres populations. Les informations collectées par les agents de santé communautaires et les agents de

<sup>167</sup> Surveillance of the HIV/AIDS epidemic: a comprehensive package. Geneva, World Health Organization, 2013 (<http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/2013package/en/>). Les Modules 1, 2 et 5 sont disponibles en français à l'adresse suivante: <http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/2013package/fr/>.

<sup>168</sup> Guidelines for second generation HIV surveillance: an update: surveillance of HIV infection using HIV case notification (Module 4). Geneva, World Health Organization, 2013 (<http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/2013package/en/>).

<sup>169</sup> WHO case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adults and children. Geneva, World Health Organization, 2007 <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hivstaging/en/>.

proximité comprennent des données sur le nombre de personnes sous TAR, de femmes enceintes et de nourrissons exposés et de leurs mères dans la communauté.

Pour la gestion de données, un lien formel doit être établi entre les différents acteurs d'une même zone: établissements de santé, ONG ayant des activités hors institution et communautés. Ces dispositions doivent couvrir les procédures et les outils utilisés pour l'enregistrement des données, la déclaration des cas et l'orientation des personnes afin de pouvoir transmettre les informations essentielles tout en assurant la confidentialité de ces informations, tant au sein des établissements de santé qu'à l'extérieur.

### **Exemples de difficultés à résoudre et d'opportunités à exploiter**

L'exhaustivité et la qualité des données sur la communauté dépendent de la capacité de suivi et d'évaluation des ONG, des agents de santé communautaires et des agents de proximité. Des directives nationales doivent porter sur le suivi de la communauté, notamment sur l'examen systématique de la qualité des données (voir la Section 3.4). Dans le cadre du suivi, il est important de déterminer les besoins en formation du personnel des ONG et des agents communautaires lors de l'identification des lacunes en matière de capacité à mener des activités hors institution. Dans la plupart des situations, mais seulement lorsque la confidentialité des informations peut être assurée, les données sur la communauté collectées par les ONG doivent être transmises et intégrées dans le système statistique au niveau central. Dans de nombreux cas, les ONG mènent des activités hors institutions destinées aux populations clés, nombre de personnes appartenant à ces populations se livrant à des activités illégales ou sujettes à la stigmatisation. Il est particulièrement important de garantir l'anonymat des principales données démographiques tout en assurant un suivi approprié et une continuité des soins.

## **3.2.2 Sources administratives**

### **Données administratives au niveau des établissements de santé**

Les systèmes de données administratives sont utilisés pour faciliter le bon fonctionnement des établissements de santé et fournir des informations importantes pour la gestion et concernant la portée, la couverture et la qualité. Les sources de données administratives comprennent une liste de l'ensemble des établissements de santé dans le pays (chaque établissement ayant un numéro d'identification unique), les fichiers des ressources humaines du secteur de la santé par fonction et par établissement, et des informations sur les fournitures et les produits du système de gestion des achats et de l'approvisionnement et du système de gestion logistique. Les types de données collectées sont pour la plupart des décomptes de services fournis et de fournitures consommées (par exemple le nombre de doses d'ARV dispensées, le nombre de tests effectués) plutôt que des données relatives aux soins prodigués à des patients en particulier. Des informations complémentaires peuvent être obtenues par des visites de supervision des établissements de santé et par des évaluations de la qualité.

### **Exemples de difficultés à résoudre et d'opportunités à exploiter**

Pour construire la plupart des indicateurs au niveau national ou infranational, il faut réunir les données provenant de différents établissements de santé. Cependant, les établissements de santé utilisent parfois des systèmes administratifs différents, en fonction des ressources disponibles et des capacités locales pour mettre en place ces systèmes et les tenir à jour. Du fait de ces différences, la mise en commun des données au niveau central peut être difficile.

Les données administratives peuvent fournir des informations sur le fonctionnement des systèmes qui sont importantes pour la qualité des soins. La survenue de ruptures de stock de fournitures (par exemple de médicaments, de kits de test ou de formulaires imprimés pour enregistrer les données) suggèrent notamment que le traitement ou d'autres services ont pu être perturbés, ce qui a des conséquences sur la qualité des soins. Le suivi de la gestion des stocks peut permettre d'identifier où se sont produites les lacunes en matière d'approvisionnement et de distribution, et suggérer comment prévenir de futures ruptures de stock. Certains systèmes d'information stratégique produisent un tableau synthétique où sont affichés des indicateurs d'alerte précoce qui préviennent les administrateurs de programme avant que les ruptures de stock ne se produisent.

## 2.a Sources de données financières

Des données sur les dépenses de santé sont collectées pour fournir des informations utiles pour l'élaboration des politiques au niveau national et aussi pour établir des rapports à l'échelle internationale. Afin de comprendre le contexte de financement, il est important de décrire intégralement les flux de financements depuis leur source jusqu'aux personnes qui décident de la manière de dépenser les fonds, jusqu'à celles qui reçoivent les fonds et fournissent des soins, et, en bout de chaîne, jusqu'à celles qui reçoivent les soins. Les données sur les dépenses de santé peuvent également permettre d'obtenir une description de ce qui a été financé par ces fonds (par exemple les salaires et les produits) et dans quel but (par exemple pour des activités préventives ou des activités curatives).

Actuellement, il existe deux systèmes standards internationaux pour le suivi des dépenses de santé par catégorie de fonctions et de dépenses, par bénéficiaire et par source de financement: NASA et les comptes de la santé avec une répartition exhaustive des maladies basée sur le Système de comptes de la santé de 2011. Dans les pays, ces systèmes fournissent les informations les plus complètes qui soient disponibles sur les dépenses relatives à l'infection à VIH et au sida ainsi que sur l'ensemble des dépenses de santé.

Dans le passé, les pays ont produit des NASA complets et/ou des « sous-comptes » relatifs à des maladies particulières et rattachés à des comptes de la santé « généraux », notamment sur l'infection à VIH et le sida en utilisant la méthode du Système de comptabilité de la santé (SHA 01).<sup>170,171</sup> NASA et les sous-comptes relatifs à l'infection à VIH permettent tous les deux d'obtenir des informations détaillées sur les catégories de dépenses en précisant jusqu'aux bénéficiaires (par exemple les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes) et les interventions (par exemple la PTME).<sup>172</sup> En 2011, l'OMS, en collaboration avec l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) et Eurostat, a publié une nouvelle norme mondiale pour établir des rapports sur les dépenses de santé: le Système de comptes de la santé 2011 (SHA 2011).<sup>173</sup> Ce système permet d'établir des rapports de manière standardisée et de faire des comparaisons au sein des pays et entre différents pays au fil des ans. Il recommande que les dépenses de santé soient entièrement réparties entre les différents bénéficiaires et présentées en fonction des différentes maladies (par exemple l'infection à VIH et le sida), de l'âge, du sexe et de la localisation géographique. Cette répartition complète permet de déterminer la répartition relative des dépenses en fonction des maladies, par exemple en donnant le pourcentage des dépenses de fonctionnement ou d'investissement du secteur de la santé qui concernent l'infection à VIH et le sida. La répartition exhaustive des dépenses de santé en fonction des maladies permet d'avoir une plus grande rigueur technique grâce à une normalisation de la répartition des dépenses communes que sont par exemple les dépenses de prestation de services de santé au niveau des établissements.

Les comptes de la santé avec une répartition exhaustive en fonction des maladies et NASA sont maintenant tous les deux censés être réalisés régulièrement. Les comptes de la santé, avec une répartition exhaustive des dépenses en fonction des maladies, y compris de l'infection à VIH et du sida, sont réalisés chaque année et chaque fois que des informations détaillées sur les dépenses sont nécessaires. Lorsque cela est possible, les NASA doivent être réalisés en même temps que les comptes de la santé. Dans l'avenir, l'objectif est d'intégrer de plus en plus ces systèmes dans les systèmes utilisés par les pays pour établir des rapports sur les budgets, sur la mise en œuvre des budgets et sur les dépenses afin de produire plus rapidement les informations (année T-1).

<sup>170</sup> De S, Dmytraczenko T, Chanfreau C, Tien M, Kombe G. Methodological guidelines for conducting a National Health Accounts subanalysis for HIV/AIDS. Bethesda, Maryland, USA, Abt Associates, 2004 ([http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/Pnacy509.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnacy509.pdf)).

<sup>171</sup> <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/nasapublicationsandtools>.

<sup>172</sup> Une comparaison de ces deux approches est disponible à l'adresse suivante: <http://www.pepfar.gov/reports/guidance/framework/120738.htm>.

<sup>173</sup> <http://www.who.int/health-accounts/methodology/en/>



## Internet resources on HIV/AIDS spending

*Ressources sur les Dépenses relatives à l'infection à VIH et au sida disponibles sur Internet*

*Pour permettre aux pays de saisir les données relatives aux dépenses en rapport avec le sida (RARSM):*

*<https://aidsreportingtool.unaids.org/>*

*Pour les données relatives aux dépenses des pays en rapport avec l'infection à VIH et le sida (en valeur absolue) (rapports NASA): <http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/knownyourresponseinasacountryreports>*

*Pour les dépenses en rapport avec l'infection à VIH et le sida au sein des données des pays sur la répartition en fonction des maladies (en valeur absolue et relative) (à paraître):*

*WHO Global Health Expenditure Database: <http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/>*

*Pour les données sur les financements et les dépenses prévus relatifs à l'infection à VIH et au sida des principaux bailleurs de fonds:*

*PEPFAR: <http://data.pepfar.net/>*

*Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme: <http://www.theglobalfund.org/fr/>*

## Estimation nationale des ressources et dépenses relatives au sida (NASA)

L'ONUSIDA décrit NASA comme suit:<sup>174</sup>

NASA est conçu pour décrire les flux financiers et les dépenses en utilisant les mêmes catégories que les estimations de besoins en ressources à l'échelle mondiale. Cette mise en cohérence a été réalisée afin de fournir les informations nécessaires sur les lacunes en matière de financement pouvant exister entre les ressources disponibles et les ressources nécessaires, et de favoriser l'harmonisation des différents instruments des politiques fréquemment utilisés dans le domaine de l'infection à VIH et du sida.

NASA fournit des indicateurs relatifs à la riposte financière du pays au sida et aide au suivi de la mobilisation des ressources. Il s'agit donc d'un outil qui permet de mettre en place un système d'information financière en continu dans le cadre de suivi et d'évaluation au niveau national.

NASA poursuit plusieurs objectifs s'inscrivant dans des calendriers différents. À court terme, NASA peut fournir des informations sur l'indicateur de l'UNGASS concernant les dépenses publiques ; à plus long terme, l'ensemble des informations fournies par NASA peuvent être utilisées pour:

- faire le suivi de la mise en œuvre du plan stratégique national ;
- faire le suivi des progrès accomplis en vue d'atteindre les objectifs adoptés au niveau international ou national, par exemple l'accès universel au traitement ou aux soins ;
- donner des informations sur la conformité avec le principe d'additionnalité requis par certains bailleurs de fonds ou certains organismes internationaux ; et
- satisfaire d'autres besoins en matière d'informations.

NASA n'est pas un système de comptabilité, mais permet plutôt de faire un suivi des dépenses telles qu'elles sont rapportées par les pays. Pour les bailleurs de fonds et le gouvernement, NASA divise les

<sup>174</sup> Estimation nationale des ressources et dépenses relatives au sida (REDES): Classification et définitions. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2009 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/data-and-analysis/tools/nasa/JC1557\\_NASA-classification-definitions\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/data-and-analysis/tools/nasa/JC1557_NASA-classification-definitions_fr.pdf)).

dépenses en huit Catégories de dépenses relatives au sida: prévention ; soins et traitement ; orphelins et enfants rendus vulnérables ; gestion et administration des programmes ; ressources humaines ; protections sociales et services sociaux ; environnement favorable ; et recherche.<sup>175</sup>

### Comptes de la santé

Les comptes de la santé sont plus larges. Ils permettent de suivre l'ensemble des dépenses en matière de santé dans un pays donné au cours d'une période déterminée (habituellement une année civile ou l'année correspondant à un exercice financier), indépendamment de l'entité ou de l'institution qui a financé et géré ces dépenses. Cela produit des données cohérentes et exhaustives sur les dépenses de santé dans un pays. Ces données peuvent ensuite servir de base factuelle sur laquelle reposera l'élaboration d'une nouvelle politique. Les comptes de la santé peuvent donc être utilisés comme un outil de suivi et d'évaluation pour suivre les changements dans les priorités de la politique si l'introduction de réformes et de nouveaux programmes ont entraîné des changements dans la répartition des ressources et des dépenses de santé. À des fins de suivi et d'évaluation, les comptes de la santé doivent être produits de manière périodique et en temps opportun. Ils sont censés être préparés chaque année, et selon les pays, sur la base de T moins 1 (version provisoire) et de T moins 2 (version finale en utilisant des données sur les dépenses ayant fait l'objet d'un audit).

À partir de 2016, les comptes de la santé réalisés à l'aide du SHA 2011 avec une répartition exhaustive en fonction des maladies seront utilisés pour obtenir chaque année des données sur les principaux éléments des catégories de dépenses relatives au sida de NASA. Les codes et les outils de collecte de données utilisés pour les comptes de la santé ont été révisés afin de faire un suivi de meilleure qualité et systématique des dépenses liées à l'infection à VIH et au sida. De plus en plus de pays commencent à produire des comptes de la santé en utilisant SHA 2011 et les données sur les dépenses liées à l'infection à VIH et au sida ainsi qu'à d'autres maladies seront disponibles dans l'ensemble de données de l'OMS *Global Health Expenditure Database* (voir l'encadré).

## 3.2.3 Enquêtes en population

### 3.a Enquêtes dans la population générale

Avec les avancées obtenues dans les technologies de dépistage au cours de la dernière décennie, de nombreux pays ont inclus le dépistage du VIH dans les enquêtes représentatives au niveau national, par exemple les Enquêtes démographiques et de Santé, qui comprennent des questions sur la population, la santé, l'infection à VIH et la nutrition, ou les Enquêtes sur les indicateurs du sida, qui collectent uniquement des données relatives à l'infection à VIH. Ces enquêtes sur les ménages sont généralement menées tous les cinq ans et ciblent la population générale, même si elles sont parfois menées uniquement pour certaines tranches d'âge ou pour un sexe/genre en particulier. En plus du dépistage du VIH, des informations sont collectées (en enregistrant ce que les répondants déclarent eux-mêmes) sur les comportements à risque, l'utilisation des services, les connaissances et/ou les attitudes vis-à-vis de la stigmatisation et de la discrimination en rapport avec l'infection à VIH, la disponibilité des services et d'autres variables. Récemment, des mesures de l'incidence de l'infection à VIH, la numération des CD4, la mesure de la charge virale ou des tests sur les ARV ont été inclus dans ces enquêtes.

Ces enquêtes fournissent un « instantané » de la situation des indicateurs relatifs à l'infection à VIH dans un échantillon représentatif de la population. Les résultats peuvent être utilisés pour la planification des programmes, notamment pour identifier les lacunes dans les services et les zones où des ressources supplémentaires doivent être allouées. Lorsqu'elles sont analysées de manière conjointe comme un ensemble d'indicateurs, les données sur les connaissances, les attitudes, les comportements et la prévalence de l'infection à VIH donnent un aperçu des interrelations existant entre ces variables, ces interrelations pouvant être étudiées de manière plus approfondie par des travaux de recherche et des études d'évaluation. En répétant les enquêtes au fil du temps, il est possible d'analyser les tendances afin de suivre les progrès accomplis en vue d'atteindre les objectifs spécifiques au pays et les objectifs

<sup>175</sup> Ibid.

mondiaux. Les tendances peuvent également être utilisées avec d'autres sources de données afin de déterminer l'efficacité de la riposte globale au VIH et/ou de certaines de ses composantes, ainsi que les améliorations à apporter. En outre, elles peuvent fournir des estimations du niveau de CD4, de l'incidence de l'infection à VIH et du nombre de personnes recevant un TAR.

### Exemples de difficultés à résoudre et d'opportunités à exploiter

Pour mesurer des indicateurs relatifs à l'infection à VIH dans les pays avec des épidémies concentrées ou une épidémie peu active, il est recommandé de ne pas utiliser d'enquêtes sur les ménages, et ce pour deux raisons principales: (1) un cadre d'échantillonnage des ménages est peu adapté pour atteindre les populations clés, et (2) pour obtenir des échantillons représentatifs pour chaque sous-population, la taille de l'échantillon doit être très importante ; cela augmenterait donc la complexité et les coûts. Pour étudier les populations clés et les groupes vulnérables, il faut généralement mener des enquêtes plus ciblées pour pouvoir réaliser les analyses et les ventilations avec le degré de précision nécessaire.

### Exemples de ressources disponibles

Conduite d'enquêtes dans la population générale:

- Enquêtes démographiques et de santé. <http://www.measuredhs.com/What-We-Do/Survey-Types/DHS.cfm>
- Enquête sur les indicateurs du sida. <http://www.measuredhs.com/What-We-Do/Survey-Types/AIS.cfm>

Utilisation d'enquêtes dans la population générale pour le suivi de l'épidémie d'infection à VIH:

- UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. *Guidelines for measuring national HIV prevalence in population-based surveys*. Geneva, World Health Organization and United Nations Joint Programme on HIV/AIDS, 2005 (<http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/measuring/en/index.html>).
- Groupe de travail ONUSIDA/OMS sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST. *Note d'Orientation Technique: Mesure de la prévalence du VIH dans les enquêtes nationales auprès des ménages dans les pays à faible prévalence. Organisation mondiale de la Santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2010* ([http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/20101207\\_HIVtesting\\_in\\_surveys\\_WG\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/20101207_HIVtesting_in_surveys_WG_fr.pdf)).

### 3.b Enquêtes dans les populations clés

Les enquêtes menées dans les populations clés qui présentent un risque particulièrement élevé d'infection à VIH, comme les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogue par injection et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, sont nécessaires pour obtenir des données représentatives sur la séroprévalence, sur les comportements à risque ainsi que sur la mise à disposition et l'utilisation de services dans ces populations. Ces enquêtes, appelées enquêtes biologiques et comportementales intégrées, sont particulièrement importantes lorsque des stratégies nationales sont axées sur les populations clés. Même dans les épidémies généralisées, les populations clés peuvent contribuer de manière importante à la charge d'infection à VIH, les taux de prévalence et d'incidence dans ces populations pouvant être plusieurs fois supérieurs à ceux observés dans la population générale. Les données obtenues à l'aide d'une enquête biologique et comportementale intégrée fournissent des informations sur la charge de morbidité et sur les besoins en termes de traitement dans les populations clés, et sont utiles pour décider de l'allocation des ressources et établir des priorités pour les programmes de lutte contre le VIH au niveau local.

Lors d'une enquête dans une population clé, la sélection d'un échantillon représentatif est souvent difficile, car ces populations sont fréquemment très mobiles, victimes de stigmatisation et enclines à présenter des comportements illégaux. Il faut donc utiliser des méthodes d'échantillonnage particulières. Les deux méthodes les plus couramment utilisées sont l'échantillonnage de temps et de lieu et

l'échantillonnage dirigé par les répondants. Ces méthodes d'échantillonnage particulières alourdissent considérablement la réalisation des enquêtes biologiques et comportementales intégrées. En raison de leur coût, ces enquêtes sont généralement menées dans des endroits soigneusement choisis et tous les deux à trois ans.

Les enquêtes biologiques et comportementales intégrées sont généralement menées par des personnes responsables de la collecte des données et des évaluateurs dûment formés. Elles doivent être planifiées soigneusement et incluses dans le plan national de suivi et d'évaluation. La participation locale et la participation de la communauté assurent à la fois que les résultats du sondage seront pertinents et qu'ils seront exploités de manière optimale.

### Exemples de difficultés à résoudre et d'opportunités à exploiter

La gestion de l'ensemble des données relatives à l'infection à VIH doit se conformer pleinement aux normes éthiques. Cela est particulièrement important dans les cas des populations clés. Tout manquement à cette règle peut avoir des conséquences néfastes en raison de la stigmatisation, de préjudices économiques ou de poursuites judiciaires.

L'analyse des données issues d'enquêtes biologiques et comportementales intégrées doit inclure une évaluation en profondeur de la représentativité de l'échantillon de l'enquête. Pour pallier certaines limites de ces enquêtes et obtenir une image plus complète de l'importance de l'épidémie d'infection à VIH dans les populations clés, il est recommandé d'obtenir des informations complémentaires (par exemple des données qualitatives et des informations sur le contenu du programme) et de réaliser une triangulation des données provenant de différentes sources.

### Exemples de ressources disponibles

De nouvelles approches pour mener des enquêtes biologiques et comportementales intégrées et une version mise à jour des questionnaires sont en cours d'élaboration par les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) des États-Unis d'Amérique, FHI360, l'ONUSIDA et l'OMS, et sont attendues en 2015. De nouvelles questions permettront d'obtenir une estimation de la taille des populations clés en utilisant un multiplicateur ou un échantillonnage dirigé par les répondants. Les ressources actuellement disponibles comprennent des lignes directrices de l'OMS sur la surveillance des populations les plus exposées au VIH<sup>176</sup> et les lignes directrices portant spécifiquement sur les enquêtes bio-comportementales chez les consommateurs de drogue par injection.<sup>177</sup>

## 3.2.4 Évaluations des établissements de santé

### 4.a Enquêtes dans les établissements de santé

Les évaluations des établissements de santé font un suivi de leur capacité à fournir des soins et de leur performance. Elles sont de deux types: soit des responsables ou des agents de santé sélectionnés fournissent des informations sur la façon dont l'établissement fonctionne, soit des entretiens sont réalisés avec les clients des établissements. Les informations obtenues lors de ces évaluations ne sont habituellement pas collectées de manière systématique ou transmises en amont. Elles permettent de savoir si les pratiques en cours sont conformes aux politiques et aux protocoles et si les agents de santé ont le sentiment que leur environnement au travail est favorable et qu'ils disposent des ressources, de la supervision et de la formation nécessaires pour dispenser des soins de qualité. Les résultats des évaluations des établissements de santé peuvent valider ou compléter les informations provenant de systèmes de suivi des patients ou des systèmes de données administratives.

<sup>176</sup> Directives pour la surveillance des populations les plus exposées au VIH. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2011 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44668/1/9789242501667\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44668/1/9789242501667_fre.pdf)).

<sup>177</sup> European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)/DRID. DRID Guidance Module: Methods of bio-behavioural surveys on HIV and viral hepatitis in people who inject drugs — a short overview. Lisbon, EMCDDA, 2013 ([http://www.google.com.au/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDEQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.emcdda.europa.eu%2Fattachements.cfm%2Fattach\\_220260\\_EN\\_DRID\\_module\\_study\\_methods\\_final.pdf&ei=cur9UuyIKMSukWmoHwBA&usq=AFQjCNGXWVBx\\_QkqMlj4Ib\\_On4\\_MzD0gw](http://www.google.com.au/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDEQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.emcdda.europa.eu%2Fattachements.cfm%2Fattach_220260_EN_DRID_module_study_methods_final.pdf&ei=cur9UuyIKMSukWmoHwBA&usq=AFQjCNGXWVBx_QkqMlj4Ib_On4_MzD0gw)).

Les enquêtes auprès des clients peuvent évaluer si les patients reçoivent des soins qui répondent aux normes de qualité, sont satisfaits des soins fournis, éprouvent des difficultés à accéder aux services ou à les utiliser et sont satisfaits de l'établissement dans sa globalité. En plus de fournir des informations sur les services, elles peuvent également collecter des données biologiques (par exemple des échantillons de sang lors des consultations de vaccination).

Les outils spécifiques sur les enquêtes dans les établissements de santé comprennent les outils SARA et SPA et les enquêtes sur les Indicateurs de prestation de services de la Banque mondiale.<sup>178</sup>

L'enquête SARA, élaborée par l'OMS, a pour objectif de produire de manière périodique des informations fiables sur la prestation de services (par exemple la disponibilité des ressources humaines et des infrastructures clés) ; sur la disponibilité en équipements de base, en installations de base, en médicaments essentiels et en capacités de diagnostic ; et sur la capacité opérationnelle des établissements de santé à fournir des interventions de soins de santé de base en rapport avec la planification familiale, les soins de santé de l'enfant, les soins obstétricaux d'urgence de base complets et la prise en charge de l'infection à VIH, de la tuberculose, du paludisme et de maladies non transmissibles.

L'enquête d'évaluation des prestations de services (SPA) est un outil des Enquêtes démographiques et de santé destiné à évaluer la disponibilité globale des différents services de santé fournis dans les établissements de santé dans un pays, la capacité opérationnelle pour fournir ces services ainsi que la qualité des soins. Le questionnaire comprend une section portant spécifiquement sur les services en rapport avec l'infection à VIH. L'enquête SPA comprend un grand nombre des questions du questionnaire SARA.

Élaborées en 2014, les enquêtes sur la résistance du VIH aux ARV prétraitement et sur la résistance du VIH aux ARV acquise permettent aux pays d'évaluer d'une manière représentative au niveau national des résultats très importants relatifs à la résistance aux ARV, en utilisant un échantillon aléatoire de 15 à 40 services de consultations qui dispensent le TAR. Les enquêtes sur la résistance du VIH aux ARV prétraitement évaluent la prévalence de la résistance du VIH aux ARV ainsi que la prévalence de l'exposition aux ARV avant la mise en route du traitement. Les enquêtes sur la résistance du VIH aux ARV acquise évaluent ce type de résistance dans les populations recevant un TAR depuis 12 mois et depuis plus de 48 mois. Elles fournissent également des estimations représentatives à l'échelle nationale de la suppression de la charge virale aux mêmes moments et de la rétention sous traitement à 12 mois. Ces méthodes sont particulièrement utiles lorsque les données collectées de manière systématique dans les établissements de santé couvrent moins de 70 % à 80 % de la population qui remplit les critères pour recevoir un TAR, ces données ne pouvant alors pas être utilisées pour établir des rapports sur les indicateurs relatifs à la suppression de la charge virale et à la rétention sous traitement.

### **Exemples de difficultés à résoudre et d'opportunités à exploiter**

Les enquêtes dans les établissements de santé visent à utiliser un échantillon représentatif des établissements de santé de l'ensemble du secteur de la santé, public et privé. Il n'est cependant pas toujours possible d'inclure les établissements privés et/ou d'y avoir accès. Un effort doit être fait pour établir un mécanisme approprié afin de collecter des informations sur le secteur privé, en particulier dans les endroits où une large proportion de la population reçoit des soins de santé dans ce secteur.

Certaines enquêtes visent à évaluer non seulement la disponibilité des services, mais aussi leur qualité. L'évaluation de la qualité nécessite des outils appropriés et des ressources supplémentaires (temps, compétences, financement). Pour évaluer les soins prodigués, différentes méthodes peuvent être utilisées, notamment des entretiens avec les clients, des observations cliniques et la description de petites scènes correspondant au quotidien de ces consultations. Une formation appropriée doit être fournie et les enquêtes doivent suivre des protocoles établis. Le recueil de témoignages de clients afin de connaître leur niveau de satisfaction concernant les services ne doit pas se faire en présence des agents de santé. Si la confidentialité des informations collectées n'est pas assurée, les

<sup>178</sup> <http://www.s indicators.org/french/>

participants donneront parfois des réponses correspondant à ce qu'il est acceptable socialement d'entendre et qui auront donc peu de valeur, ou ces enquêtes pourront être à l'origine de conflits entre les patients et les agents de santé.

### Exemples de ressources disponibles

Des documents d'orientation détaillés sur les méthodes à utiliser et des outils sont disponibles pour les enquêtes SARA, les enquêtes SPA, les enquêtes sur la résistance du VIH aux ARV prétraitement et les enquêtes sur la résistance du VIH aux ARV acquise:

- **Enquêtes SARA:** *Service Availability and Readiness Assessment (SARA) tool to standardize the approach for conducting health facility surveys* [présentation de diapositives] [http://www.who.int/healthinfo/systems/sara\\_introduction/en/](http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_introduction/en/).
- **Enquêtes SPA:** *The Service Provision Assessment (SPA) surveys* (site web MEASURE DHS) <http://www.measuredhs.com/What-We-Do/Survey-Types/SPA.cfm>.
- **Enquêtes sur la résistance du VIH aux ARV prétraitement:** *Surveillance de la résistance du VIH aux antirétroviraux chez les adultes qui commencent un traitement antirétroviral (résistance du VIH aux antirétroviraux prétraitement)*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 ([http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/pretreatment\\_drugresistance/fr/](http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/pretreatment_drugresistance/fr/)).
- **Enquêtes sur la résistance du VIH aux ARV acquise:** *Surveillance de la résistance du VIH aux antirétroviraux chez les adultes sous traitement antirétroviral (résistance du VIH aux antirétroviraux acquise)*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014 ([http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/acquired\\_drugresistance/fr/](http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/acquired_drugresistance/fr/)).

### 4.b Surveillance sentinelle

Bien que les protocoles ne soient pas toujours les mêmes, la surveillance sentinelle consiste généralement en une enquête de séroprévalence menée tous les ans ou tous les deux ans dans un certain nombre de sites identiques choisis à l'avance dans des populations particulières. Les méthodes de surveillance sentinelle ont été élaborées au début de la riposte mondiale au VIH<sup>179</sup> pour suivre les tendances et l'ampleur de la prévalence de l'infection à VIH dans des populations touchées par une épidémie d'infection à VIH en pleine évolution. Dans la plupart des pays, la surveillance sentinelle constitue l'un des éléments centraux du système de surveillance de deuxième génération de l'infection à VIH.

Les données de surveillance servent de base au calcul périodique des estimations et des projections du nombre de personnes vivant avec le VIH. Ces estimations sont ensuite utilisées comme dénominateur de la population pour le calcul de plusieurs indicateurs, notamment pour certains indicateurs utilisés lors du suivi de la cascade de services. La surveillance sentinelle n'est pas conçue comme une méthode à utiliser pour le diagnostic des personnes individuelles et pour leur orientation sur un service spécialisé afin qu'elles reçoivent un traitement ; le conseil et le dépistage du VIH doivent être proposés séparément des procédures de surveillance.

La surveillance sentinelle est menée de façon périodique, sa fréquence étant largement déterminée par les populations couvertes et les méthodes utilisées. Le nombre de sites et les populations incluses sont basés sur les caractéristiques de l'épidémie, les ressources disponibles, la faisabilité de la réalisation périodique d'enquêtes de séroprévalence ainsi que la gravité et la diversité de l'épidémie. Les populations faisant le plus souvent l'objet d'une surveillance sentinelle sont les femmes suivies dans les consultations prénatales et les populations clés. Pour l'assurance qualité et l'analyse des tendances, la

<sup>179</sup> Groupe de travail ONUSIDA/OMS sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST. Recommandations pour les enquêtes sérologiques sentinelles concernant le VIH: femmes enceintes et autres groupes. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2004 ([http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/en/guidelinesforconduction\\_fr.pdf?ua=1](http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/en/guidelinesforconduction_fr.pdf?ua=1)).

## Évaluation de la capacité opérationnelle des services au Malawi

Dans le cadre de l'évaluation de son programme en 2013, le Gouvernement du Malawi a évalué la capacité opérationnelle de ses services cliniques de prise en charge de l'infection à VIH. Le rapport indique qu'entre le 7 et le 25 octobre 2013, 682 établissements de santé du secteur public et du secteur privé ont été visités dans le cadre de la supervision du programme de prise en charge clinique de l'infection à VIH. Ce grand nombre de sites a été couvert par 72 superviseurs répartis en 20 équipes de travail. Au total, les équipes ont passé 1785 heures de travail sur les sites. Chaque visite a duré une moyenne de 2,6 heures, les visites dans les sites les plus fréquentés ayant pu durer jusqu'à deux jours. Un Certificat d'excellence a été remis à 206 équipes cliniques en raison de l'excellente qualité de leur performance. Le nombre de sites avec une performance excellente a diminué par rapport au trimestre précédent du fait d'une application plus rigoureuse des critères de performance. Des insuffisances graves nécessitant la mise en place d'un tutorat ont été observées dans 58 sites.

Cet exemple donne une illustration de la faisabilité d'une supervision de soutien. Bien qu'elle ait nécessité le recours à de nombreuses personnes, le temps total nécessaire avec une équipe sur place pour cette supervision était seulement de 224 jours-personnes. Si le transport pour se rendre sur les sites de services prend le même temps que celui passé sur le site, et si l'équipe de supervision est composée d'un superviseur et d'un chauffeur, la quantité de temps-personne nécessaire pour la surveillance à l'échelle nationale est de quatre temps plein équivalents pour le travail de terrain, à laquelle il faut ajouter la même quantité de temps-personne pour apporter un soutien/fournir une assistance technique aux sites où des problèmes de performance ont été identifiés.

Source: Integrated HIV programme report, October–December 2013. Lilongwe: Ministry of Health, Malawi.

sérosurveillance doit suivre des procédures bien établies qui répondent aux normes de bonnes pratiques et qui doivent être entièrement consignées par écrit.

Depuis l'année 2000, la stratégie de surveillance de deuxième génération a favorisé l'adaptation du système de surveillance de chaque pays à son profil épidémiologique. Cela implique:

1. de concentrer les ressources allouées à la surveillance là où elles permettront d'obtenir les informations les plus utiles et les plus fiables ;
2. de concentrer la collecte de données dans les populations considérées comme étant les plus à risque d'être infectées par le VIH ;
3. de renforcer les systèmes d'information pour faire le suivi des tendances de la prévalence de l'infection à VIH, des comportements sexuels, des comportements en rapport avec la consommation de drogue par injection ainsi que de l'impact des interventions ;
4. d'utiliser de manière efficace les autres sources d'information existantes pour mieux comprendre l'épidémie d'infection à VIH.

### Exemples de difficultés à résoudre et d'opportunités à exploiter

Des méthodes d'échantillonnage simples et de faible coût, par exemple l'échantillonnage basé sur les établissements et l'échantillonnage de commodité, sont couramment utilisées pour permettre de réaliser chaque année des études de séroprévalence. L'utilisation de ces méthodes limite cependant les possibilités de généraliser les résultats obtenus. Dans la plupart des cas, les résultats des enquêtes de surveillance sentinelle peuvent mettre en évidence des tendances marquées, mais la prévalence chez les femmes enceintes ne rend pas nécessairement compte de la prévalence de l'infection à VIH dans la population adulte dans son ensemble, et les résultats obtenus dans les sites desservant une population clé ne s'appliquent pas toujours à la communauté au sens plus large. Les épidémies d'infection à

VIH étant différentes les unes des autres et leurs modes de diffusion étant hétérogènes, les sites sentinelles ne sont représentatifs que des endroits et des populations sélectionnés dans l'échantillon. De nouvelles approches maintenant largement utilisées, par exemple l'échantillonnage dirigé par les répondants, visent à obtenir une meilleure représentativité. En outre, des techniques de modélisation ont été élaborées pour permettre des extrapolations plus précises ; ces méthodes conservent cependant toujours un certain degré d'incertitude qui leur est propre. Pour faire le suivi de la prévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes, de nombreux pays utilisent actuellement les données collectées de manière systématique dans leur programme de PTME plutôt qu'une surveillance périodique dans les consultations prénatales.

### Exemples de ressources disponibles

Répondant à l'expansion récente des programmes de PTME et de TAR, le Groupe de travail de l'ONUSIDA et de l'OMS sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST a publié en 2013 un nouvel ensemble complet de modules pour la surveillance de deuxième génération: Groupe de travail ONUSIDA/OMS sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST. *Surveillance de l'infection à VIH- Comprehensive package. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.*

- Modules 1, 2 et 5 en français: <http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/2013package/fr/>
- Ensemble des modules en anglais: <http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/2013package/en/>.

## 3.2.5 Enregistrement des actes d'état civil

Les statistiques d'état civil sont collectées et transmises par le système d'enregistrement des actes d'état civil que les pays utilisent pour tenir à jour les registres sur les naissances et les décès des résidents. L'enregistrement des actes d'état civil est l'enregistrement continu, permanent, obligatoire et universel de la survenue et des caractéristiques d'événements, notamment d'événements vitaux comme les naissances et les décès,<sup>180</sup> se produisant dans la population du pays, comme prévu par un décret ou un règlement en conformité avec les exigences juridiques en vigueur dans le pays. Bien que les enregistrements des actes d'état civil soient conçus à des fins administratives, démographiques et juridiques, ils fournissent également de manière régulière un grand nombre d'informations pour établir des statistiques épidémiologiques et sanitaires très utiles.

Les gouvernements des pays sont responsables de la mise en place et de l'exploitation des registres et des statistiques de l'état civil. Lorsque les registres et les statistiques de l'état civil sont pleinement opérationnels, ils enregistrent non seulement des décès mais aussi la(les) cause(s) de décès comme indiquée(s) sur les certificats de décès. Dans le cadre de l'évaluation de l'impact de l'infection à VIH, la principale utilisation de ces données est le calcul des taux de mortalité liée au sida, le calcul des taux de survie (y compris des personnes perdues de vue) et l'obtention d'informations sur les issues pour les cohortes.

### Exemples de difficultés à résoudre et d'opportunités à exploiter

L'exhaustivité et l'exactitude des registres de l'état civil varient d'un pays à un autre. Dans de nombreux pays à revenu faible ou moyen, plusieurs facteurs limitent l'utilisation des données de l'état civil à des fins de suivi et d'évaluation de la lutte contre l'infection à VIH et le sida. Le manque de respect des exigences en matière de déclaration peut s'accompagner d'une sous-déclaration des décès. En outre, les déclarations de la cause de décès ne prennent pas toujours en compte les principales causes et les causes sous-jacentes, avec pour conséquence une possible classification erronée ou une liste incomplète des causes. Il arrive aussi que l'infection à VIH ne soit pas mentionnée en tant que cause de décès afin de protéger la vie privée du défunt et de sa famille. Au sein d'un même pays, l'exhaustivité et l'exactitude de l'enregistrement des actes d'état civil peuvent varier d'une population à une autre (par exemple avec des données moins exhaustives pour les populations clés et d'autres populations

<sup>180</sup> UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Guidelines for HIV mortality measurement. Geneva, World Health Organization, 2014 (<http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/2013package/module6/en/>).



marginalisées) et d'une zone géographique à une autre (avec par exemple des différences entre le milieu urbain et le milieu rural). Les principales caractéristiques pertinentes pour les programmes de lutte contre le VIH d'une personne décédée, comme le fait que cette personne appartienne ou non à un groupe particulièrement à risque d'infection par le VIH, ne sont pas toujours enregistrées. Cela rend difficile le calcul des taux différentiels de mortalité entre différents groupes de population.

Dans les situations où il est approprié et acceptable d'un point de vue juridique d'établir un lien entre différentes données individuelles collectées dans différents points de prestation de services, il peut être possible de recouper le nombre de décès liés au sida enregistrés dans le système de statistiques de l'état civil et dans les registres de décès des patients des établissements de santé. Dans plusieurs pays, dont l'Afrique du Sud et le Brésil, un lien a ainsi pu être établi entre des données de ce type provenant de différentes sources, par exemple de recensements, de statistiques de l'état civil et de bases de données spécifiques à l'infection à VIH.

### Exemples de ressources disponibles

Pour encourager les gouvernements à investir dans des systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil, le *WHO Health Metrics Network a publié en 2012 le document *The case for investment in civil registration and vital statistics systems**.<sup>181</sup> Ce document traite de l'importance de disposer d'un système d'enregistrement et de statistiques de l'état civil opérationnel ainsi que du champ d'application et du coût d'un tel système. L'OMS et l'ONUSIDA ont récemment publié des lignes directrices sur la mesure de la mortalité liée à l'infection à VIH.<sup>182</sup>

## 3.3 Systèmes de données

La fonction du système d'information sanitaire est de collecter des données à partir de différentes sources (décrites à la section précédente) de manière à ce qu'elles puissent être combinées, analysées et partagées avec les partenaires afin d'aider à la planification des programmes et à la prise de décisions. Ce processus nécessite le recours à des protocoles et à des procédures normalisés dès la collecte des données, puis pour leur agrégation, leur nettoyage et leur analyse à tous les niveaux afin d'assurer leur pertinence et leur qualité.<sup>183</sup> Pour évaluer la cascade du secteur de la santé, il est essentiel que les données soient organisées dans un système de données global.

Cette section donne une description du système d'information sanitaire depuis le bas vers le haut, c'est-à-dire depuis le niveau des patients jusqu'au niveau du programme. Elle commence par décrire le processus de collecte et de transmission des données de suivi des patients, puis décrit les bonnes pratiques de gestion des données, notamment l'utilisation de numéros d'identification uniques ainsi que la sécurité, la confidentialité, l'interopérabilité et le flux des données. Les sections suivantes sont consacrées à la qualité, l'analyse et l'utilisation des données.

### 3.3.1 Dossiers individuels des patients

L'utilisation de dossiers médicaux individuels standardisés contribue à plusieurs titres à fournir des services de qualité au niveau individuel, de l'établissement de santé, du district et du pays.

Utilisés comme outils de prise en charge clinique, les dossiers de patients aident les agents de santé à fournir les services appropriés aux personnes dans un établissement ou par des activités hors institution. Utilisés comme outils de suivi et d'évaluation, ils permettent d'enregistrer des informations dans un format qui facilite le transfert d'éléments clés de données dans un système de suivi qui est utile au niveau de l'établissement de santé et du district et aussi aux niveaux national et international.

<sup>181</sup> WHO Health Metrics Network. The case for investment in civil registration and vital statistics systems. Geneva, World Health Organization, 2012 ([http://www.who.int/healthmetrics/resources/CRVS\\_investment\\_case.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthmetrics/resources/CRVS_investment_case.pdf?ua=1)).

<sup>182</sup> Groupe de travail ONUSIDA/OMS sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST. Lignes directrices pour la surveillance de deuxième génération de l'infection à VIH: une mise à jour connaître son épidémie. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93397/1/9789242505825\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93397/1/9789242505825_fre.pdf?ua=1)).

<sup>183</sup> Health facility information systems. Key components, attributes and resources. Geneva, World Health Organization (à paraître).

L'utilisation de formulaires normalisés dans tout le pays aide à s'assurer que les mêmes informations sont collectées dans le même format dans tous les sites et sont transférées de la même manière à partir des différents sites pour être agrégées.

Les informations sur les soins de chaque patient sont enregistrées dans un dossier individuel (une fiche ou un dossier patient de soins de l'infection à VIH) ; les informations clés sont ensuite transférées dans un registre longitudinal pour faciliter le suivi des patients et la préparation des rapports. (La section suivante traite des registres des patients.) Afin d'assurer la confidentialité des informations sur les patients, les dossiers des patients doivent être stockés dans un système d'archivage à accès limité. Les dossiers individuels doivent être facilement accessibles pour les soins aux patients et les audits de la qualité des données. Lorsqu'un système de cartes conservées par les patients est utilisé, les informations sur les patients doivent également être enregistrées dans les registres des établissements pour s'assurer qu'elles sont conservées en lieu sûr.

Les formulaires cliniques individuels doivent être organisés de telle sorte que le clinicien traitant le patient et la personne qui transcrit les éléments de données dans un système statistique puissent avoir rapidement accès aux données relatives aux soins des patients. Contrairement aux notes non structurées écrites à la main par les cliniciens qui sont souvent difficiles à lire, les dossiers cliniques structurés des patients comprennent des champs spécifiques où des informations détaillées sont écrites au même endroit à chaque visite pour tous les patients, notamment les antécédents et les facteurs de risque, les résultats biologiques, la présence d'infections opportunistes, les médicaments prescrits et le plan de suivi. Dans certaines fiches de synthèse des visites, plusieurs visites peuvent être enregistrées sur une seule page, avec une colonne par visite. Ce format permet par exemple de suivre le statut immunologique et les médicaments prescrits sur plusieurs visites d'un seul coup d'œil en suivant une ligne du tableau. L'utilisation de directives consignées par écrit et d'outils simples aident à assurer que les formulaires sont remplis correctement et de manière exhaustive.

Un dossier clinique individuel bien structuré et standardisé améliore les soins aux patients de différentes manières:

- Les noms attribués aux lignes ou aux colonnes de tableaux incitent le clinicien à faire une évaluation complète du patient, notamment dans les services de consultations employant des remplaçants ou lorsqu'un clinicien est nouveau dans un service ;
- L'utilisation d'un tableau structuré pour enregistrer plusieurs visites sur une même page, avec des éléments de données spécifiques attribués aux différentes lignes (ou colonnes), permet d'améliorer la continuité des soins lors de la prise en charge des patients en survolant d'un seul coup d'œil les visites récentes (par exemple les traitements ou les tests à réaliser de manière systématique) ;
- Un simple examen rapide permet aux cliniciens et aux superviseurs de s'assurer que tous les éléments de données ont été enregistrés de manière exhaustive.

### **Exemples de difficultés à résoudre et d'opportunités à exploiter**

Lorsqu'ils sont trop occupés, les agents de santé prennent souvent du retard pour terminer leur travail administratif. Pour assurer l'exhaustivité et l'exactitude des informations enregistrées dans le dossier de chaque patient, les agents de santé doivent être formés à suivre les procédures appropriées, et des superviseurs doivent examiner régulièrement les dossiers pour s'assurer de l'exhaustivité des informations enregistrées. Pour les rendre conviviaux et permettre de les remplir plus facilement et plus rapidement, les formulaires ne doivent pas être surchargés et l'enregistrement des informations doit se faire en suivant le déroulement des soins fournis aux patients. Les informations à saisir doivent se limiter aux éléments qui se rapportent directement aux soins des patients ou aux principaux indicateurs nationaux. Les données à transmettre chaque mois peuvent être résumées au niveau de l'établissement et partagées avec le personnel du service de consultations, ce qui leur permettra d'utiliser dans leur travail les données collectées et de mieux adhérer au processus.

## Exemples de ressources disponibles

- *Trois systèmes intégrés de suivi du patient pour les soins VIH/TAR, SMI/PTME (y compris la prévention contre le paludisme pendant la grossesse), et la co-infection TB/VIH: données minimum standardisées et outils illustratifs. Révision 2012. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85741/1/9789242598155\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85741/1/9789242598155_fre.pdf?ua=1)).*

[Remarque importante: ces orientations sont actuellement en cours de révision ; pour obtenir les mises à jour, consulter le site Web de l'OMS.]

- WHO Health Metrics Network. *Framework and standards for country health information systems*. Geneva, World Health Organization, 2008 ([http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn\\_framework200803.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn_framework200803.pdf?ua=1)).

Cette publication traite des dossiers individuels des patients dans le cadre du système d'information sanitaire national.

### 3.3.2 Registres sur papier et formulaires d'enregistrement

Dans de nombreux systèmes d'information de santé, les éléments de données d'un grand nombre de patients sont compilés dans des registres sur papier afin de faciliter leur suivi au fil du temps. Ces données agrégées sur les patients sont ensuite transférées dans des formulaires utilisés pour préparer de manière périodique des rapports qui sont envoyés au bureau de la santé du district. Lorsque la structure des registres sur papier est simple et permet de procéder facilement à des décomptes, il est possible de transmettre des informations sur le nombre de patients inscrits dans les soins, le nombre de patients en rétention, et le nombre de patients en fonction de leur état clinique et de l'issue du traitement.

Les registres utilisés dans les services de consultations de prise en charge de l'infection à VIH sont généralement longitudinaux, avec un suivi de chaque patient au fil du temps. Des registres sur papier peuvent être utilisés pour suivre une cohorte de personnes au fil du temps à partir d'une date de départ définie (par exemple la date de mise en route du TAR ou de la première consultation de soins de l'infection à VIH). Il arrive cependant que certains registres fassent le décompte du nombre de patients qui reçoivent un service sans faire de suivi au fil du temps. Les registres des tests de laboratoire enregistrent par exemple les patients chez lesquels un test particulier est réalisé ainsi que les résultats des tests.

Les registres doivent être mis en place pour collecter un ensemble de données défini déterminé par les questions auxquelles le système de suivi doit répondre. Les formulaires d'enregistrement doivent clairement définir les éléments du service, de l'évaluation clinique et de l'état du patient qui doivent être

#### Éléments caractérisant la bonne conception des registres sur papier:

- Ils permettent de collecter un ensemble de données limité et bien défini (en fonction de ce qui est nécessaire pour le suivi des patients et pour le système national de suivi).
- Dans les registres longitudinaux, chaque patient n'est enregistré qu'une seule fois par établissement de santé (il n'y a qu'un patient par ligne) ; dans les registres transversaux, chaque épisode n'est enregistré qu'une seule fois (il n'y a qu'un épisode par ligne).
- Pour une cohorte de patients, des données démographiques et des données de référence sont enregistrées en plus des données sur le suivi de l'état clinique et immunologique.
- La ventilation est limitée à une seule catégorie par registre (c'est-à-dire l'âge ou le sexe) afin d'éviter d'avoir à croiser les données avec des éléments de référence particuliers.
- L'espace est suffisant pour enregistrer des éléments de données et les totaux en bas des colonnes ou à l'extrémité des lignes, en fonction des besoins.

enregistrés. D'une manière générale, les formulaires d'enregistrement doivent être conçus pour collecter le plus facilement possible les données nécessaires. La fréquence d'enregistrement des différents éléments de données doit être basée sur les conditions dictées par l'utilisation des données ; certains éléments de données doivent être suivis tous les mois (par exemple les inscriptions dans les soins de l'infection à VIH), car ils permettent de connaître la capacité d'un établissement à étendre un service nouveau ou dynamique, tandis que d'autres peuvent être transmis tous les trois mois, tous les six mois ou tous les ans.

L'extraction des données à partir des colonnes d'un registre sur papier nécessite du temps et du personnel qualifié. Les rapports sur papier doivent être vérifiés et signés par un responsable des opérations ou par un responsable de l'établissement de santé et envoyés au niveau supérieur du système de santé en suivant le calendrier prévu pour le transfert des informations.

### Exemples de difficultés à résoudre et d'opportunités à exploiter

Comme pour les dossiers individuels des patients, il faut assurer l'exhaustivité et la qualité des données dans les registres. Cela nécessite que le personnel soit formé, qu'une supervision et une vérification de la qualité des données soient menées régulièrement et que le personnel adhère au processus. Dans les pays et dans les sites utilisant des registres sur papier, l'intérêt d'une ventilation des données doit être soigneusement pesé par rapport au temps et aux efforts nécessaires pour collecter les informations supplémentaires. L'intérêt d'une ventilation des données dépend de son utilité pour l'amélioration de la gestion du programme et l'amélioration des services et varie en fonction de l'indicateur mesuré. La stratification de données de référence ou de données transversales dans un registre sur papier ne demande pas un travail trop lourd: il faut simplement remplir une ou plusieurs colonnes supplémentaires. En comparaison, la stratification de données sur l'issue du traitement dans une cohorte nécessite l'utilisation d'un registre séparé pour chaque sous-catégorie. La capacité à ventiler les données dépend aussi de la disponibilité et de la capacité du personnel ; ce travail supplémentaire constituera une surcharge de travail dans un service de consultations qui ne dispose pas d'un personnel suffisant, mais pourra être réalisé facilement s'il y a davantage de personnel. L'intensité avec laquelle ventiler les données doit être décidée après mûre réflexion. Les protocoles nationaux doivent comprendre des directives pour les différentes situations afin d'éviter de surcharger les agents de santé et, par voie de conséquence, de compromettre la qualité des données.

### Exemples de ressources disponibles

- *Trois systèmes intégrés de suivi du patient pour les soins VIH/TAR, SMI/PTME (y compris la prévention contre le paludisme pendant la grossesse), et la co-infection TB/VIH: données minimum standardisées et outils illustratifs. Révision 2012. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85741/1/9789242598155\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85741/1/9789242598155_fre.pdf?ua=1)).*

[Remarque importante: ces orientations sont actuellement en cours de révision ; pour obtenir les mises à jour, consulter le site Web de l'OMS.]

## 3.3.3 Systèmes de données informatisés

Les systèmes de données informatisés sont un outil important pour améliorer le suivi des patients et pour le stockage et la récupération de données. Ils permettent d'enregistrer les mêmes éléments de données que les registres sur papier, mais présentent de nombreux avantages par rapport aux systèmes sur papier:

- Les données sur chaque patient peuvent être suivies dans le temps et liées à d'autres sources de données comme les certificats de décès.
- Les données sur chaque patient peuvent être plus facilement et plus rapidement agrégées de manière progressive au fur et à mesure que l'on s'élève dans le système statistique, jusqu'au niveau national.
- Avec les systèmes informatisés, il est possible de ventiler facilement les données en fonction de

variables importantes, ce qui permet de faire une analyse plus riche et plus détaillée des besoins des clients et de l'accès aux services.

- Les logiciels en ligne utilisant un numéro d'identification unique pour les patients permettent de suivre les mouvements des patients d'un établissement à un autre et de donner à tous les cliniciens une anamnèse complète des patients. Il est possible de ne collecter les données démographiques de chaque patient qu'une seule fois plutôt que dans chaque établissement.
- Un logiciel en ligne en réseau peut être mis en lien avec un autre logiciel pour importer des données de laboratoire et de la pharmacie, afin d'élargir les connaissances sur les services utilisés par les patients ainsi que les issues des traitements.
- Les données de chaque patient sont conservées plus facilement à chaque niveau du système statistique.
- Les systèmes informatisés, y compris les systèmes hors ligne simples, permettent de préparer des rapports détaillés et en temps opportun. Ces rapports peuvent améliorer la prise en charge des patients et donner un aperçu de la gestion et de la qualité des services. Ils fournissent également des données permettant de suivre la charge de travail du personnel et de responsabiliser les membres du personnel pour atteindre des seuils de charge de travail et assurer la qualité des services.

De nombreux pays utilisent une combinaison de dossiers médicaux sur papier et de dossiers médicaux informatisés, en fonction de la disponibilité en ressources humaines et financières et en technologies de l'information et de la communication (voir ci-dessous, page XXX).

Il existe deux types de systèmes informatisés de gestion des données: les systèmes hors ligne et les systèmes en ligne.

Les systèmes informatisés hors ligne emploient un logiciel simple et robuste dont l'utilisation ne requiert qu'un ordinateur (ou tout autre appareil électronique permettant d'utiliser le logiciel) et un approvisionnement stable en électricité. Le recours aux systèmes informatisés hors ligne peut être étendu rapidement à un coût raisonnable, car ils ne nécessitent que du matériel informatique simple: un ordinateur et une clé USB. En outre, une présentation similaire du masque de saisie et de la structure des dossiers déjà en place permet au personnel ayant des connaissances informatiques limitées de s'adapter à cette nouvelle technologie. Lorsqu'on dispose de registres sur papier à jour et remplis avec précision, un registre électronique hors ligne peut être conçu pour saisir rapidement les données de ces registres sur papier, ce qui évite la saisie fastidieuse des données directement à partir des dossiers cliniques des patients.

Les systèmes informatisés en ligne sont souvent appelés « dossiers médicaux électroniques » des patients parce que les données suivent le patient quel que soit le point de prestation de services, à condition que le point de prestation soit connecté en réseau au logiciel. (Si ce n'est pas le cas, le logiciel peut imprimer des lettres détaillées pour transférer les clients se rendant dans un établissement qui ne dispose pas du logiciel en ligne.) La circulation des dossiers (fiches des patients) dans le service de consultation doit être structurée de manière à assurer que le personnel responsable des données peut saisir l'ensemble des évaluations réalisées avant de reclasser le dossier dans les archives. La base de données est généralement conservée au niveau central sur un serveur principal, avec une application qui se trouve soit sur une plateforme web (en ligne), soit sur les ordinateurs des établissements. Le logiciel est mis en réseau et permet souvent d'interagir avec d'autres logiciels, notamment des logiciels du laboratoire, de la pharmacie et d'autres services de santé. Le personnel peut collecter des données pour les dossiers médicaux électroniques de manière rétrospective après une évaluation clinique, ou dans l'un des points de prestation de services du système avec une saisie directe des données par les cliniciens lors de la visite du patient. Les systèmes de saisie des données sur les points de prestation de services peuvent également aider les cliniciens lors des prises de décision. Les systèmes de surveillance informatisés en réseau présentent sensiblement les mêmes avantages et les mêmes inconvénients que les systèmes informatisés hors ligne.

Avant d'adopter un système de données informatisé, il faut tenir compte de plusieurs éléments. Le logiciel doit être suffisamment robuste pour protéger le format et les liens des patients lors de l'utilisation du logiciel. La mise en place de règles de validation et de messages-guides intégrés permettra d'améliorer la précision de la saisie initiale des données. Les mesures prises pour assurer la sécurité des données doivent inclure des profils d'utilisateurs qui protègent les niveaux d'accès aux données et la fonctionnalité. Les fichiers exportés doivent être cryptés et/ou protégés par un mot de passe. L'emploi de systèmes informatisés signifie qu'il faut disposer d'un personnel spécialisé pour saisir avec précision les données dans le logiciel. Du personnel doit également être embauché ou employé sous contrat pour résoudre les problèmes ainsi que pour dépanner, aider à entretenir ou réparer le matériel informatique.

### Questions à prendre en considération lors du choix d'un logiciel pour la gestion des informations sur les patients

- National eHealth strategy toolkit: overview. Geneva, World Health Organization and International Telecommunication Union, 2012 (<http://www.who.int/ehealth/publications/overview.pdf>).
- WHO Forum on Health Data Standardization and Interoperability. Geneva, World Health Organization, 2012 ([http://www.who.int/ehealth/WHO\\_Forum\\_on\\_HDSI\\_Report.pdf](http://www.who.int/ehealth/WHO_Forum_on_HDSI_Report.pdf)).
- Framework and standards for country health information system. Geneva, World Health Organization, 2008 ([http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn\\_framework200803.pdf](http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn_framework200803.pdf)).
- La base de données peut-elle augmenter progressivement pour contenir les données sur un nombre de patients toujours plus grand et sur un nombre croissant de visites pour chacun d'entre eux?
- L'utilisation du logiciel est-elle gratuite, et continuera-t-elle à être gratuite dans le futur? Si ce n'est pas le cas, existe-t-il des fonds suffisants pour améliorer et mettre à jour en permanence le logiciel à chaque fois qu'il y aura des changements dans les protocoles et les politiques?
- Existe-t-il une personne qui pourra être responsable des plates-formes pour assurer l'interopérabilité et la fonctionnalité du système informatisé?
- Le logiciel sera-t-il adapté à votre contexte (plate-forme et infrastructures requises)?
- Le logiciel nécessitera-t-il plus que la collecte des données minimales pour l'ensemble des indicateurs requis?
- Les propriétaires du logiciel fournissent-ils un soutien et une mise à jour du logiciel à un prix raisonnable?
- Combien faut-il d'ordinateurs et de personnels par établissement de santé pour faire fonctionner le système?
- Les propriétaires du système fourniront-ils l'ensemble des codes-sources s'ils ne peuvent plus apporter un support pour le logiciel qui soit à la hauteur des exigences requises par le ministère de la santé?
- Les propriétaires du système disposent-ils d'un réseau suffisant pour assurer la pérennité du système sur le long terme (en cas de recouvrement des coûts)?
- Les données brutes seront-elles facilement accessibles aux clients ayant reçu une autorisation du ministère de la santé pour cela?
- Les rapports permettent-ils de valider et de fournir les données requises dans le format exigé?

## Exemples de difficultés à résoudre et d'opportunités à exploiter

Lors du passage d'un système sur papier à une plate-forme informatisée, les administrateurs et les analystes sont souvent tentés d'augmenter le nombre de variables saisies, ce nombre n'étant alors plus limité par l'espace disponible dans le registre. Les administrateurs doivent cependant faire preuve de retenue afin de ne pas surcharger les points de collecte avec une quantité trop importante de données, ce qui à coup sûr compromettra la qualité de la collecte de ces données.

Les systèmes de données informatisés coûtent plus cher que les systèmes sur papier et nécessitent un renforcement des capacités et des équipements ainsi qu'un soutien technique continu. Les systèmes informatisés en ligne coûtent plus cher que les systèmes informatisés hors ligne, car ils nécessitent un câblage pour les sites, des points d'accès au réseau dans les sites et une équipe pour assurer le bon fonctionnement du réseau. Plusieurs points de service (par exemple la réception et la pharmacie) peuvent être connectés à un logiciel en ligne unique, mais cela signifie la présence d'un plus grand nombre d'ordinateurs par établissement, et donc une augmentation des coûts. Néanmoins, de nombreux pays sont en train de passer à des systèmes statistiques en ligne. Lorsque les ressources sont disponibles, la mise en place de dossiers médicaux électroniques constitue la première étape pour évoluer dans le futur vers un service de santé entièrement numérisé.

## Exemples de ressources disponibles

- L'Assemblée mondiale de la Santé a adopté en 2013 une résolution (WHA66.24) sur la normalisation et l'interopérabilité en cybersanté ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_R24-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R24-fr.pdf)).

Le Guide pratique sur les stratégies nationales en matière de cybersanté est destiné aux gouvernements et à leurs partenaires pour les aider à élaborer et à mettre en œuvre une vision, un plan d'action et un cadre de suivi relatifs à la cybersanté dans leur pays.

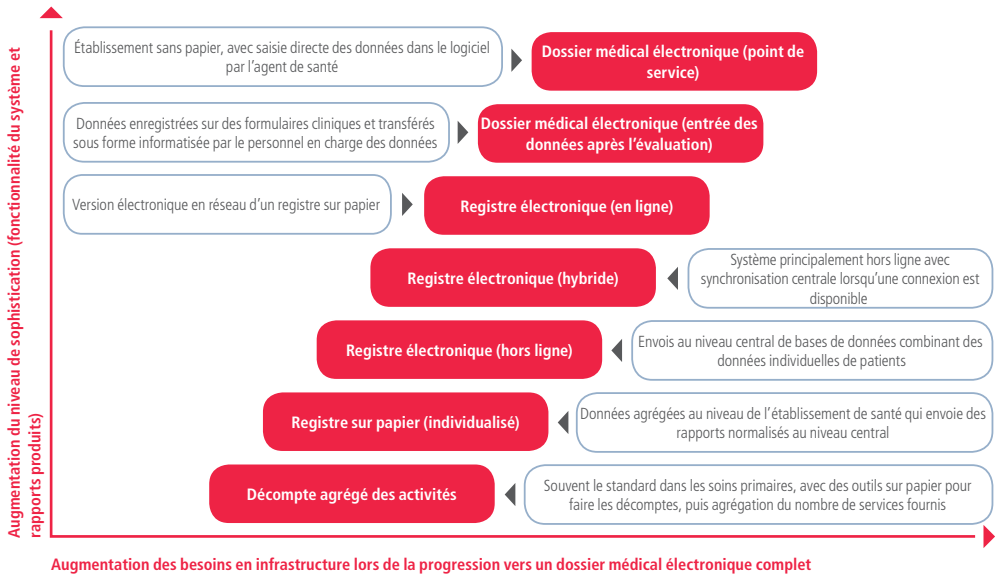
## Approche du suivi systématique à plusieurs niveaux

Le choix stratégique de l'approche la plus appropriée pour le suivi dans chaque établissement de santé est déterminé par les ressources (argent et personnel) et les infrastructures (Internet, réseaux et électricité) disponibles au niveau de chacun de ces établissements. Chacune des approches de suivi utilisées (Figure 3.3) doit produire les mêmes rapports exigés pour l'ensemble du pays, en utilisant des définitions des variables et des formats de valeurs normalisés pour permettre l'agrégation des données au niveau national. Cette interopérabilité facilite également la transition lors du passage à un système plus sophistiqué.<sup>184</sup>

Un système d'un niveau plus sophistiqué peut produire des rapports plus sophistiqués. Les systèmes informatisés hors ligne peuvent par exemple fournir des listes de patients qui ont manqué un rendez-vous ou qui sont sur liste d'attente pour commencer un TAR, ce type de liste ne pouvant pas être produit par des systèmes statistiques sur papier. À un niveau plus sophistiqué, les systèmes de dossiers médicaux électroniques en ligne fournissent également des outils de gestion utiles, par exemple des systèmes de gestion des rendez-vous ou pour accéder aux données de la pharmacie et aux données de laboratoire. Cependant, les systèmes de suivi plus sophistiqués sont plus complexes et nécessitent une plus grande capacité du personnel et en support. Avant de passer au niveau supérieur, un établissement doit par conséquent prouver qu'il est capable de fonctionner à un niveau moins élevé. En outre, les administrateurs de programmes doivent utiliser l'intégralité des rapports au niveau actuel ; il ne sert à rien de passer à une capacité qui nécessitera davantage d'investissements si cette nouvelle capacité ne sera pas utilisée. En termes de support, tous les niveaux doivent disposer de personnel qualifié, de temps dédié à la saisie des données, d'une circulation structurée des dossiers au sein de l'établissement de santé, de dossiers cliniques des patients standardisés et remplis avec précision par les cliniciens et d'un registre bien rodé.

<sup>184</sup> Osler M, Hilderbrand K, Hennessey C, Arendse J, Goemaere E, Ford N, et al. A three-tier framework for monitoring antiretroviral therapy in high HIV burden settings. *J Int AIDS Soc*, 2014; 17(1):18908 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4005043/>).

### Figure 3.3 Différents niveaux possibles dans un système de suivi à plusieurs niveaux



Source: Osler M, Hilderbrand K, Hennessey C, Arendse J, Goemaere E, Ford N, et al. A three-tier framework for monitoring antiretroviral therapy in high HIV burden settings. *J Int AIDS Soc*, 2014; 17(1):18908 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4005043/>).

#### Exemples de difficultés à résoudre et d'opportunités à exploiter

Le ministère de la santé doit choisir avec soin les méthodes de suivi à utiliser dans le pays afin d'assurer une interopérabilité entre les systèmes et de faciliter la formation. Il n'est ni possible ni efficace d'utiliser un grand nombre d'approches de suivi. À ce jour, les approches qui ont le plus de succès au niveau des pays sont au nombre de trois: approche sur papier, solution électronique hors ligne et système de dossiers médicaux électroniques.

Une approche à plusieurs niveaux permet de disposer d'une base de données unique pour le pays sans que l'ensemble des établissements de santé n'ait besoin d'avoir de l'électricité et un accès à Internet. Assurer l'interopérabilité entre les différents éléments ne se fait cependant pas en une seule procédure. Au fur et à mesure des changements dans les protocoles et les politiques, il faut mettre à jour les formulaires sur papier et les logiciels, y compris la procédure d'échange de fichiers permettant l'interopérabilité. Assurer un support pour un système de suivi à plusieurs niveaux nécessite d'être formé pour apporter un support à chacun de ces niveaux. Dans un établissement de santé, le passage au niveau supérieur doit s'accompagner de l'allocation des ressources nécessaires et d'une formation.

Avec l'amélioration de la technologie et des possibilités de connexion, de nombreux pays passent à un enregistrement des données simplifié et informatisé et abandonnent l'enregistrement sur papier.

#### 3.3.4 Gestion des données

##### Bonnes pratiques en matière de gestion de données

Les stratégies encadrant le stockage et la gestion des données (qu'elles soient sous format papier ou format électronique) ainsi que la manière dont les données seront utilisées doivent être établies au moment de la planification et décrites dans les plans de suivi et d'évaluation des informations stratégiques. Cela permet de concevoir la collecte et l'enregistrement des données en tenant compte de la manière dont elles seront exploitées..



## Utilisation du Logiciel DHIS 2 pour l'information sanitaire au niveau d'un district

Les enquêtes sur les ménages restent un moyen important de collecte d'informations sanitaires dans les populations, mais le renforcement des services de soins de santé primaires avec l'utilisation de systèmes de données électroniques constitue une source importante de collecte systématique d'informations sanitaires. Cette avancée importante reçoit un soutien actif de l'OMS dans l'ensemble des systèmes de soins de santé, y compris dans les services de lutte contre le VIH.

DHIS 21 est un outil logiciel destiné à la collecte, la validation, l'analyse et la présentation de données statistiques agrégées, adapté (mais sans s'y limiter) aux activités intégrées de gestion de l'information sanitaire. Il s'agit d'un logiciel modulaire en ligne construit avec des structures Java d'accès libre et gratuits. Cet outil générique dispose d'une interface utilisateur flexible qui permet aux utilisateurs de concevoir les contenus d'un système d'information sans avoir recours à la programmation.

DHIS 2 permet la collecte, la gestion et l'analyse d'enregistrements de données transactionnelles de cas et permet de stocker et de retrouver des informations sur les données de personnes en utilisant un ensemble d'identifiants flexibles. À titre d'exemple, le logiciel DHIS 2 peut collecter et partager des données sanitaires cliniques importantes dans plusieurs établissements de santé. Les clients peuvent être inscrits dans des programmes longitudinaux à plusieurs niveaux. Il est entre autres possible de configurer des rappels par SMS, de suivre les rendez-vous manqués et de produire des calendriers de visites. DHIS 2 dispose de fonctions avancées pour la visualisation des données, par exemple des systèmes appelés geographic information systems, et peut produire des graphiques, des tableaux croisés dynamiques et des tableaux synthétiques.

Dans un premier temps, DHIS 2 sert d'outil pour la collecte, l'enregistrement et la compilation des données. Les données peuvent être saisies dans des listes d'éléments de données ou dans des masques de saisie personnalisés et définis par l'utilisateur. Ces masques de saisie peuvent être conçus pour ressembler aux formulaires papier que le personnel a l'habitude d'utiliser.

L'étape suivante peut être l'utilisation de DHIS 2 pour améliorer la qualité des données. Au moment de la saisie des données, chaque élément de données peut être vérifié pour voir s'il se trouve dans une fourchette de valeurs acceptables. Cette vérification peut aider à rattraper les erreurs de saisie. Des règles de validation peuvent également être incorporées pour identifier toute violation de ces règles.

Une fois les données saisies et vérifiées, DHIS 2 peut aider à produire des rapports. Les rapports produits de manière systématique peuvent être prédéfinis et préparés automatiquement. DHIS 2 peut également aider à préparer des rapports analytiques en faisant des comparaisons, par exemple des comparaisons d'indicateurs entre différents établissements de santé ou au fil du temps. DHIS 2 peut produire différents types de sorties, notamment des graphiques, des cartes, des rapports et des profils de santé. Les responsables doivent produire, analyser et faire suivre d'effet ces sorties de manière systématique.

1 DHIS 2 est un processus ouvert et distribué à l'échelle mondiale, géré par Health Information Systems Programme (HISP), dont les développeurs se trouvent actuellement en Inde, en Irlande, en Norvège, en République-Unie de Tanzanie et au Viet Nam. La mise au point de ce logiciel est coordonnée par l'Université d'Oslo, avec le soutien de NORAD Development. Des informations plus détaillées sont disponibles à l'adresse suivante: <https://www.dhis2.org/overview>.

## Établissements de santé pour la surveillance sentinelle

Les établissements de santé pour la surveillance sentinelle sont des sites sélectionnés de manière stratégique où sont collectées un ensemble de données plus large afin de répondre à des questions cliniques plus compliquées. Les données y sont collectées au moyen d'une plate-forme électronique permettant l'analyse. Cette approche est utilisée pour le suivi de la résistance du VIH aux ARV. L'exactitude et l'exhaustivité des données doit être évaluée de façon plus attentive que pour les données de suivi systématique collectées dans les établissements de santé.

L'utilisation de sites de surveillance sentinelle permet de ne pas augmenter la charge de travail dans l'ensemble des sites de prise en charge de l'infection à VIH ou de TAR alors que ce serait le cas s'il était demandé à tous ces sites de collecter de manière systématique de grands ensembles de données. Il n'est pas nécessaire de collecter dans chaque point de prestation d'un service de santé particulier les variables qui ne changent pas en fonction du lieu de prestation ou de la qualité du service. Il est possible de ne collecter ces variables que dans un petit nombre d'établissements de santé, puis de les utiliser pour obtenir des projections faites pour l'ensemble de la population utilisant le service en question.

Les établissements de santé pour la surveillance sentinelle doivent disposer de personnel supplémentaire pour collecter ce plus grand ensemble de données et faire un suivi rapproché de la qualité des données. Des agents de recherche possédant les compétences requises doivent également être disponibles pour manipuler les données afin de répondre aux questions ad hoc qu'une province/un État ou un ministère pourrait poser. Dans les faits, la sélection des sites sentinelles se fait souvent en retenant les sites qui disposent de personnel et des ressources supplémentaires fournis par un partenaire universitaire ou non gouvernemental.

Une bonne gestion des données comprend l'élaboration de procédures efficaces non seulement pour collecter et enregistrer les données à chaque fois de la même façon, mais aussi pour les stocker en toute sécurité, les nettoyer, les sauvegarder et les modifier de sorte qu'elles puissent être transférées d'un logiciel à un autre pour être analysées.

Même lorsque les données ont été collectées en utilisant des procédures bien définies et des outils standardisés, elles doivent être vérifiées afin de rechercher toute donnée inexacte ou manquante. Ce nettoyage de données implique de rechercher toutes les erreurs ayant pu se produire depuis l'enregistrement initial de l'information jusqu'à la saisie des données et de prendre les mesures correctives nécessaires.

Une bonne gestion des données passe aussi par une présentation appropriée, c'est-à-dire par la transformation de données brutes en informations exploitables, afin que les résultats soient clairs et qu'ils puissent justifier les conclusions et les recommandations qui en sont tirées. Cela implique également souvent d'autoriser l'accès aux données afin que d'autres puissent vérifier les analyses réalisées ou utiliser les données à d'autres fins, par exemple pour la synthèse des résultats de plusieurs évaluations (c'est-à-dire par un examen systématique, une méta-analyse, un examen réaliste ou toute autre méta-évaluation).

Les autres éléments importants d'une bonne gestion des données sont:

- la sécurité des données
- la confidentialité
- l'accès aux données et le partage des données
- l'utilisation de numéros d'identification uniques
- l'interopérabilité.

Concernant l'accès aux données et le partage de l'information, en particulier des informations sur les populations clés et des informations individuelles sur les patients, il est capital d'assurer la sécurité des données et la confidentialité des informations contenues dans les dossiers de chaque patient.<sup>185</sup>

### Utilisation de numéros d'identification uniques

Un numéro d'identification unique est une chaîne numérique ou alphanumérique unique associée à une personne précise dans un système de gestion de données. Son utilisation permet d'établir des liens robustes entre les différents services de la cascade et, par conséquent, de rendre les soins plus efficaces et plus efficaces.

Les patients peuvent recevoir différents types de services de santé prodigués dans des sites différents et à des moments différents (par exemple pour la prise en charge de leur infection à VIH et pour la prise en charge d'une tuberculose). L'utilisation de numéros d'identification uniques permet au ministère de la santé d'établir un lien fiable entre les différentes données sanitaires relatives à une même personne. Les objectifs sont les suivants:

1. obtenir un décompte exact du nombre de patients remplissant les critères pour recevoir des soins ou ayant besoin de soins ; ces chiffres sont utiles lors de la planification de la prestation de services, du suivi des progrès accomplis dans la prestation de services et de l'évaluation de l'impact de cette prestation de services en fonction des différents prestataires, des différents sites et des différents départements du secteur de la santé.
2. fournir aux agents de santé pour chaque patient une anamnèse et des antécédents médicaux longitudinaux exhaustifs ; ces informations sont utiles pour décider des soins à administrer aux patients.

L'utilisation de numéros d'identification uniques peut aider de multiples façons les organisations impliquées dans la prestation de services à mener leurs opérations au jour le jour. Ils sont par exemple utilisés quotidiennement pour:

- la coordination des services de soins aux patients par des interactions entre les différents domaines de service ;
- l'enregistrement des informations cliniques et la gestion de l'information, en collectant et en organisant des informations comme les prescriptions, les procédures, les résultats et les notes dans le dossier du patient ; le dossier du patient peut être sur papier ou peut être un dossier médical électronique ;
- des fonctions administratives, notamment la facturation et le remboursement ;
- l'agrégation des données sur les patients provenant de différentes sources, en collectant, agrégeant et analysant des données sur des groupes de patients afin de faire un suivi et une évaluation de l'efficacité et de l'innocuité du traitement et de fournir des informations utiles pour la recherche ainsi que pour les rapports statistiques et la planification.

Dans le continuum de soins dans l'ensemble du système de santé, une identification fiable du patient est souvent obligatoire pour les services tels que la transfusion sanguine, les tests invasifs, les procédures chirurgicales et l'administration de médicaments.

Le numéro d'identification unique peut être un numéro d'identification national, un numéro national de santé, un numéro d'identification spécifique à un programme ou un numéro d'identification biométrique. Chacun de ces différents types de numéros d'identification présente des inconvénients qui lui sont propres. À titre d'illustration, il n'est pas toujours facile d'assurer la confidentialité des informations en cas d'utilisation d'un numéro d'identification national ; et le recours à un système d'identification biométrique est coûteux et n'est pas possible lorsque les ressources sont limitées.

Dans les régions où l'ensemble des établissements de santé sont en réseau, un système utilisant un

<sup>185</sup> Interim guidelines on protecting the confidentiality and security of HIV information. Proceedings from a workshop, 15–17 May 2006. Geneva, United Nations Joint Programme on HIV/AIDS and PEPFAR, 2007 ([http://data.unaids.org/pub/manual/2007/confidentiality\\_security\\_interim\\_guidelines\\_15may2007\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/manual/2007/confidentiality_security_interim_guidelines_15may2007_en.pdf)).

numéro d'identification unique ne peut être introduit que si le logiciel est adapté. La production de numéros d'identification uniques dans un système décentralisé est plus difficile. Aujourd'hui, il est également possible d'utiliser les téléphones mobiles pour mettre en place un répertoire national de gestion des patients qui produit des numéros d'identification uniques. Un logiciel pour stocker les données d'enregistrement des patients et les numéros d'identification des patients peut être hébergé dans un serveur central. Ce logiciel peut également produire un numéro d'identification unique pour les patients qui ne sont pas encore inscrits. Lorsqu'un patient se présente dans une structure de soins et qu'il n'a pas sa carte indiquant son numéro d'identification, un membre du personnel de la réception peut utiliser un téléphone mobile pour communiquer avec le serveur central, rechercher le patient d'abord, puis, s'il ne se trouve pas dans le système, enregistrer cette personne en remplissant un simple formulaire sur le téléphone. Pour que cette approche fonctionne, les frais de téléphone mobile pour appeler le serveur central doivent être mis à la charge du ministère de la santé pour qu'ils ne soient pas payés par la personne qui appelle.

Si une option de santé mobile de ce genre n'est pas viable, il existe aussi des options manuelles. L'utilisation d'un algorithme structuré pour produire un numéro unique par patient s'avère particulièrement utile ; cet algorithme produit aussi un document conservé par le patient que celui-ci pourra montrer à la réception de chaque établissement de santé qu'il visitera. Le numéro d'identification unique est construit de manière structurée avec une combinaison de chiffres et/ou de lettres obtenue à partir de données connues de la personne concernée (voir l'encadré sur l'exemple de l'île Maurice). L'utilisation d'informations familières permet à un membre du personnel de santé de reconstruire ce numéro si la personne l'a oublié ou a oublié de le prendre avec elle.

Pour aider à faire en sorte que les patients conservent leur carte et la prennent avec eux lors de chaque visite, une mesure incitative peut être mise en place. Par exemple, les personnes qui apportent leur numéro vont directement dans la file d'attente pour être vues par un clinicien (leur carte servant à indiquer leur place dans la file), tandis que ceux qui ont besoin d'une carte doivent attendre que leur numéro soit produit et que leur carte soit écrite ou imprimée avant d'entrer dans la file d'attente. La carte conservée par le patient peut aussi comporter un tableau où sera notée la date du prochain rendez-vous et le type de visite. Ce tableau peut aussi contenir des informations sur l'évolution du patient (par exemple son nombre de CD4), ce qui permet au patient de disposer de ces informations et d'ajouter un intérêt supplémentaire à cette carte.

### **Exemples de difficultés à résoudre et d'opportunités à exploiter**

De plus en plus souvent, des informations sanitaires individuelles sur les patients sont utilisées pour faire le suivi et l'évaluation de l'efficacité, de l'efficience, de l'équité, de l'acceptabilité et de la qualité de la prestation de services au niveau des établissements de santé, des régions ou des pays. Leur utilisation dans ce contexte impose la protection des informations sanitaires sur les personnes qui peuvent permettre l'identification de ces personnes, par exemple en transformant ces informations pour les rendre anonymes ou pseudo-anonymes. Les avantages de l'utilisation des informations individuelles doivent être soigneusement pesés par rapport aux risques associés à la rupture de la confidentialité. L'utilisation de numéros d'identification uniques présente à cet égard un gros avantage par rapport aux autres méthodes d'enregistrement et de suivi des patients, en protégeant de manière sûre la confidentialité et la vie privée des patients (ni le nom ni aucune autre information permettant d'identifier les personnes ne sont utilisés).

Des données agrégées sont toujours nécessaires, mais leur qualité peut être compromise par des erreurs dans l'identification des patients donnant lieu à des doubles comptages ou des données manquantes. L'utilisation de numéros d'identification uniques permet d'obtenir des estimations fiables du taux d'erreur d'identification des patients ; ce taux peut être utilisé par les gestionnaires de données pour évaluer et améliorer l'exactitude des informations agrégées. En l'absence de numéros d'identification uniques, les données issues d'enquêtes en population sont utilisées pour faire des ajustements aux décomptes obtenus avec les données agrégées en utilisant des méthodes de triangulation. Lorsqu'elles sont nécessaires, ces mesures peuvent être utiles mais ne permettent pas de garantir un degré élevé de précision.

## Utilisation de numéros d'identification uniques: exemple de l'île Maurice

La Section de suivi et d'évaluation du Mauritius National AIDS Secretariat a mis au point un système de numéros d'identification uniques afin d'assurer la confidentialité des informations sur les clients et d'éliminer les doubles comptages lors de la compilation des données programmatiques. L'utilisation de codes d'identification uniques constitue un système anonyme et fiable pour le suivi des clients dans les services de prévention, de traitement et de soins. Elle crée ainsi un système de reconnaissance confidentiel pour les services qui permet de minimiser les obstacles à l'accès aux services de lutte contre le VIH, en particulier pour les populations clés. Dans le programme de lutte contre le VIH de l'île Maurice, ces codes d'identification uniques sont utilisés à la fois par les professionnels de la santé et par les organisations de la société civile.

À l'île Maurice, l'introduction des codes d'identification uniques a été particulièrement importante dans les prisons, où la majorité des détenus n'ont pas de carte d'identité. Leur identification se fait par une photographie au dos de laquelle leur nom est écrit. Les informations les plus couramment disponibles sur une personne sont son nom et sa date de naissance. On estime que seules 5 % des personnes environ ne connaissent pas ces informations.

Un code d'identification unique est attribué comme suit:

la première lettre du sexe de la personne, c'est-à-dire M ou F [pour male (homme) ou female (femme)] (par exemple M) ; puis

la date de naissance en format JJ/MM/AAAA (par exemple 10/07/1960) ; puis

les premières lettres de l'ensemble des prénoms (par exemple Joseph Louis Frédéric Michel = JLFM) ; puis enfin

la première et la dernière lettres du nom de famille (par exemple Olivier = OR).

Pour cet exemple, le code d'identification unique sera donc M10071960JLFM-OR.

Dans un premier temps, l'ensemble des partenaires étaient opposés à l'utilisation de ces codes d'identification uniques. Le programme a procédé à un essai pilote, initialement réalisé lors des activités de proximité menées par des pairs avec des personnes vivant avec le VIH inscrites dans les soins, des détenus et des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes. Cela a permis de démontrer aux partenaires l'importance et les avantages de cette méthode. Les professionnels de la santé, le personnel des ONG et les éducateurs pour des pairs ont reçu une formation sur l'utilisation de ces codes. Cette utilisation a ensuite été progressivement étendue au programme de substitution à la méthadone, aux activités de sensibilisation des professionnel(le)s du sexe par des éducateurs pour les pairs et à tous les autres services en rapport avec la lutte contre le VIH.

L'utilisation de codes d'identification uniques a contribué aux éléments suivants:

1. analyse des cascades de traitement à l'aide de données sur les indicateurs relatifs au continuum de soins
2. réduction importante des doubles comptages des clients qui fréquentent les services
3. identification des personnes nouvellement rentrées dans les services (entre services de prévention et services de traitement)
4. évaluation de la mobilité des populations clés d'un service hors institution ou d'un service en établissement de santé à un autre
5. réorientation des services pour mieux répondre aux besoins et aux habitudes de fréquentation des populations clés
6. création de connexions entre les données sur les activités hors institution et les données des établissements de santé
7. suivi de la couverture des populations clés par le programme national de lutte contre le VIH.

L'utilisation de numéros d'identification uniques peut être utile dans les études transversales et dans les études longitudinales. Les données transversales peuvent fournir un instantané d'une population donnée dont l'état de santé peut être déterminé avant ou après la sélection de l'échantillon sur la base de ces numéros d'identification uniques. Dans le cadre des études longitudinales, l'utilisation de numéros d'identification uniques pour suivre les patients au fil du temps permet de réaliser une analyse plus complète des données, y compris d'évaluer les liens entre les services tout au long du continuum de soins.

Si l'utilisation de numéros d'identification uniques présente des avantages évidents, elle a aussi des inconvénients. L'adresse du patient ne pouvant pas faire partie du code composant le numéro, il est parfois difficile de suivre un patient à l'extérieur du système de santé en s'aidant de ce numéro (par exemple pour les services reçus dans la communauté). En outre, le système de numéros d'identification uniques a besoin d'un signe de reconnaissance pour éviter qu'un même numéro ne soit attribué à deux personnes différentes. À l'inverse, le réenregistrement d'un même patient qui donne des informations d'identification différentes peut conduire à faire entrer la même personne deux fois dans le système avec deux numéros différents. Des violations de la confidentialité des informations contenues dans la base de données sont possibles, ces informations pouvant présenter un intérêt pour les employeurs, les compagnies d'assurance, les commerçants et d'autres personnes. Tous ces types de problèmes ont déjà été observés dans les pays à revenu élevé. Des mécanismes doivent être mis en place pour faire le suivi de l'utilisation des numéros d'identification uniques et des systèmes connexes et pour apporter des modifications en cas de ruptures de la confidentialité.

### Exemples de ressources disponibles

- *Considerations and guidance for countries adopting national health identifiers.* Geneva, United Nations Joint Programme on HIV/AIDS, 2014 ([http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/national\\_health\\_identifiers](http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/national_health_identifiers)).
- *Developing and Using Individual Identifiers for the Provision of Health Services including HIV. Proceedings from a Workshop, 24–26 February 2009.* Geneva, United Nations Joint Programme on HIV/AIDS, 2010 ([http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/dataanalysis/20110520\\_Unique\\_Identifiers\\_Meeting\\_Report\\_Montreux.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/dataanalysis/20110520_Unique_Identifiers_Meeting_Report_Montreux.pdf)).
- Appavu S. *Analysis of unique patient identifier options final report.* Prepared for the U.S. Department of Health and Human Services, 1997 (<http://ncvhs.hhs.gov/app0.htm>).
- *Standard guide for properties of a universal health care identifier (UHID).* West Conshohocken, Pennsylvania, USA - ASTM International, 2007. ASTM E-1714-00 (<http://www.astm.org/Standards/E1714.htm>).
- *Guide for implementation of a voluntary universal health care identification system.* West Conshohocken, Pennsylvania, USA - ASTM International, 2007. ASTM E-2553-00 (<http://www.astm.org/Standards/E2553.htm>).
- *Informatique de santé - Identification des sujets de soins sanitaires.* Genève, Organisation internationale de normalisation, 2011. ISO/TS 22220: 2011 ([http://www.iso.org/iso/fr/homel/store/catalogue\\_tc/catalogue\\_detail.htm?csnumber=59755](http://www.iso.org/iso/fr/homel/store/catalogue_tc/catalogue_detail.htm?csnumber=59755)).

### Interopérabilité

Que ce soit au niveau national ou international, le renforcement des systèmes de santé et les actions de santé publique reposent avant tout sur l'obtention en temps opportun d'informations sanitaires fiables. Pour être performants, les systèmes d'information sanitaire dépendent d'éléments de données qui doivent être harmonisés et interopérables entre les différents systèmes et au sein même des systèmes grâce à l'adoption de normes pour les données sanitaires et de normes pour les technologies de l'information.

On appelle interopérabilité le degré avec lequel les systèmes et les dispositifs peuvent échanger des données et interpréter les données partagées. Pour que deux systèmes informatisés ou davantage soient interopérables, ils doivent être en mesure d'échanger des données de manière cohérente et de présenter ensuite ces données de manière compréhensible pour l'utilisateur.<sup>186</sup>

L'interopérabilité est importante pour collecter des données à partir de plusieurs sources et les conserver dans une base de données nationale unique. Le regroupement de l'ensemble des informations dans une seule base de données facilite l'analyse approfondie de l'accès aux services, des services fournis, des tendances épidémiologiques et des profils sanitaires de la population.

Un modèle d'échange de données structuré utilisant des normes de données sanitaires et des normes de technologies de l'information sanitaire doit être utilisé pour permettre de collecter l'ensemble des données sanitaires quel que soit le logiciel utilisé. Le ministère de la santé doit établir un groupe de travail avec la responsabilité globale de préparer le modèle d'échange permettant l'interopérabilité et de décider quelles normes utiliser pour les données.

### Exemples de difficultés à résoudre et d'opportunités à exploiter

- Assurer l'interopérabilité n'est pas un processus simple, mais c'est un objectif essentiel lors de la création de tout système destiné à étudier les activités cliniques et la santé publique.
- L'interopérabilité des systèmes de dossiers médicaux électroniques ou des systèmes de dossiers de santé électroniques est essentielle pour pouvoir échanger des données individuelles de patients d'un système informatique à un autre. L'interopérabilité dans un logiciel ne peut être assurée en une seule fois. Au fur et à mesure que les protocoles et les politiques évoluent, le logiciel doit être mis à jour, ce qui implique des échanges de fichiers afin d'assurer l'interopérabilité.
- Le choix d'un modèle d'échange standard utilisant de nombreux codes peut permettre un traitement des données très efficace. Mais il peut aussi rendre les données plus difficiles à utiliser et à analyser et moins accessibles aux responsables de l'analyse des données.
- Les données doivent être sécurisées en permanence ; le modèle d'échange de données doit être crypté ou codé afin d'assurer la confidentialité des informations sur les patients.
- Le stockage des données coûte cher à mettre en place, mais sera extrêmement utile dans le long terme s'il est organisé correctement dès le début.
- L'adoption des dossiers médicaux électroniques dans les établissements de santé facilite le stockage, l'extraction, le transfert et l'analyse des informations sur les patients, que ce soit pour les soins des patients ou à des fins de surveillance de la santé publique. Cette méthode est particulièrement utile pour la collecte longitudinale de données sur les patients. La mise en œuvre d'un système d'information sanitaire informatisé avec des dossiers médicaux électroniques fiables dépend d'une disponibilité suffisante en ressources humaines et financières et de l'utilisation appropriée des technologies de l'information et de la communication.
- Bien qu'il existe de nombreux systèmes de dossiers médicaux électroniques et de dossiers de santé électroniques, l'impossibilité d'échanger de manière cohérente des données (manque d'interopérabilité) entre les systèmes d'information sanitaires informatisés reste un problème majeur et un obstacle aux activités visant au renforcement des systèmes de santé. En raison du manque d'interopérabilité, l'énorme quantité de données électroniques en rapport avec la santé stockées dans les systèmes informatisés, notamment de dossiers médicaux électroniques et de dossiers de santé électroniques, est sous-utilisée par les agences de santé publique.
- Le manque d'interopérabilité entre les systèmes d'information sanitaire est à l'origine d'une fragmentation de l'information et peut faire obstacle à la fourniture efficace de services de santé. Les efforts menés actuellement en vue d'améliorer l'interopérabilité aux niveaux national et infranational sont donc déterminants pour exploiter au mieux le potentiel des technologies de

<sup>186</sup> Définition tirée du document Definition of Interoperability Approved by the HIMSS Board of Directors April 5, 2013 (<http://s3.amazonaws.com/rdcms-himss/files/production/public/FileDownloads/HIMSS%20Interoperability%20Definition%20FINAL.pdf>).

l'information et de la communication dans les systèmes de santé.

- L'échange de données personnelles, administratives et cliniques entre les systèmes de dossiers médicaux électroniques n'est possible que si des normes appropriées assurant l'interopérabilité ont été suivies. Pour assurer l'interopérabilité entre les dossiers médicaux électroniques utilisés aux points de prestation de services, il faut donc mettre en œuvre des normes en matière de cybersanté dans les systèmes électroniques. Cela permettra aux données sur les patients collectées dans les établissements de santé d'être envoyées au niveau national via les niveaux intermédiaires (district, province et région) et de pouvoir être utilisées à tous ces niveaux.

### Exemples de ressources disponibles

- Résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la normalisation et l'interopérabilité en cybersanté. Genève, Assemblée mondiale de la Santé, 2013 ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_R24-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R24-fr.pdf)).
- *Report on the Joint Inter-Ministerial Policy Dialogue on eHealth Standardization and Second WHO Forum on eHealth Standardization and Interoperability*. Geneva, World Health Organization, 2014 ([http://www.who.int/ehealth/events/final\\_forum\\_report.pdf?ua=1](http://www.who.int/ehealth/events/final_forum_report.pdf?ua=1)).
- *WHO Forum on Health Data Standardization and Interoperability*. Geneva, World Health Organization, 2012 ([http://www.who.int/ehealth/WHO\\_Forum\\_on\\_HDSI\\_Report.pdf](http://www.who.int/ehealth/WHO_Forum_on_HDSI_Report.pdf)).
- T. Benson. *Principles of Health Interoperability HL7 and SNOMED*, HI. Chapter 2, pages 25-26, Springer-Verlag London Limited 2010.
- *Framework and standards for country health information system*. Geneva, World Health Organization, 2008 ([http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn\\_framework200803.pdf](http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn_framework200803.pdf)).

### 3.3.5 Systèmes d'information pour la gestion sanitaire

Un système d'information pour la gestion sanitaire est un système d'information spécialement conçu pour aider à la gestion et à la planification des programmes de santé, par opposition à la prestation des soins.

Un système d'information pour la gestion sanitaire est le plus souvent conçu comme un système de collecte et de saisie de données organisé selon un ensemble de champs de données prédéfinis, les données étant collectées à partir de nombreux services de santé et regroupées au sein d'une base de données nationale. Il peut collecter des données programmatiques et des données logistiques, et inclure des fonctions de gestion et d'analyse des données. Lorsque les données obtenues dans les établissements de santé remontent les différents niveaux de gestion des données jusqu'au ministère de la santé, les administrateurs de programmes doivent pouvoir accéder à ces données, les valider, donner leur autorisation pour leur utilisation, et les utiliser eux-mêmes à chaque niveau du système de santé. Les systèmes sur papier et les systèmes à plusieurs niveaux étant encore couramment utilisés dans la plupart des pays à ressources limitées, les données collectées par un système d'information pour la gestion sanitaire sont souvent des nombres agrégés de services fournis ou de cas enregistrés. Des feuilles de pointage et des registres sont souvent utilisés pour faciliter l'agrégation des données au niveau des établissements de santé. Par rapport aux logiciels utilisés pour les données programmatiques collectées de manière systématique, le logiciel du système d'information pour la gestion sanitaire ne permet parfois que de collecter un ensemble limité de données, et toutes les données collectées n'ont pas forcément à être transmises au niveau national. Mais le nombre de pays en mesure de collecter des données longitudinales sur leur programme de lutte contre le VIH et sur leur programme de lutte contre la tuberculose augmente progressivement ; les logiciels des systèmes d'information pour la gestion sanitaire commencent donc à collecter également des données agrégées cliniques, immunologiques et sur l'issue des traitements. Le logiciel peut être installé au niveau des sous-districts ou des districts,



niveau où les rapports sur papier de données agrégées préparés au niveau des établissements de santé seront saisis dans le système d'information pour la gestion sanitaire.

Les informations sur le programme de lutte contre le VIH doivent être transmises de manière systématique en format papier ou dans un fichier électronique prêt à être importé pour être incorporées dans le système d'information pour la gestion sanitaire. Une fois dans le logiciel du système, les données doivent être disponibles pour être utilisées par les administrateurs de programmes à tous les niveaux de soins sous la forme de rapports, de données brutes ou de tableaux croisés dynamiques. Des espaces de discussion à différents niveaux de soins doivent permettre de présenter et d'examiner les données, et aussi d'apprendre des participants comment ils ont pu venir à bout des difficultés rencontrées. Les mesures innovantes utilisées avec succès sur le terrain et mesurables doivent être prises en compte dans les décisions relatives aux politiques de santé au niveau central.

### Exemples de difficultés à résoudre et d'opportunités à exploiter

Parmi les difficultés rencontrées, on peut citer:

- Le logiciel du système d'information pour la gestion sanitaire doit être mis à jour régulièrement pour rester en cohérence avec les protocoles nationaux et les politiques nationales lorsque ceux-ci évoluent.
- Un bon niveau de qualité des données doit être maintenu pour que celles-ci puissent être utilisées afin d'éclairer les politiques.
- Certains programmes sanitaires disposent d'un logiciel qui collecte un ensemble de données plus large que ce qui est requis pour le système d'information pour la gestion sanitaire. Ces données individuelles sur les patients sont souvent collectées d'une manière plus robuste et plus facile à vérifier que ce qu'il est possible d'obtenir avec les feuilles de pointage et les registres. Il est important que tous les logiciels utilisés dans les établissements de santé fonctionnent de manière interopérable avec le logiciel du système d'information pour la gestion sanitaire utilisé au niveau national. À long terme, les pays doivent progressivement éliminer les systèmes statistiques parallèles.

### Exemple de ressources disponibles

- *Health information systems: toolkit on monitoring health systems strengthening*. Geneva, World Health Organization, 2008 ([http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit\\_hss/EN\\_PDF\\_Toolkit\\_HSS\\_InformationSystems.pdf](http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/EN_PDF_Toolkit_HSS_InformationSystems.pdf)).

## 3.4 Examen de la qualité des données

Pour faire le suivi de l'efficacité du programme, prendre des décisions programmatiques et assurer une meilleure qualité des soins, il est essentiel de disposer de données de très grande qualité. L'utilisation de données de qualité inconnue ou de piètre qualité peut être à l'origine d'erreurs dans l'analyse et de prises de décisions erronées. L'examen de la qualité des données vise à garantir que les données rendent compte avec précision du statut des populations et de la performance des programmes qu'elles représentent.

Le cadre d'examen de la qualité des données est une activité menée collectivement par l'OMS, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination afin de créer une approche harmonisée de l'évaluation de la qualité des données sur l'infection à VIH, la tuberculose, le paludisme, sur la santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et sur la vaccination depuis le niveau des établissements de santé jusqu'au niveau national. Ce cadre repose sur les mécanismes existants d'assurance de la qualité des données. Sa méthodologie et ses indicateurs ont été élaborés et sélectionnés grâce à une large consultation avec des experts internationaux des programmes de santé travaillant pour les principaux donateurs et organismes d'assistance technique. L'examen de la qualité des données complète le suivi, la supervision

## Dimensions de la qualité des données

- **Validité:** degré avec lequel les données mesurent ce qu'il est prévu qu'elles mesurent
- **Précision:** pourcentage de champs de données contenant des données exactes
- **Disponibilité:** capacité du système à établir des rapports sur les données, y compris la disponibilité de registres pour valider les données transmises et le pourcentage d'établissements de santé qui transmettent des rapports de suivi
- **Exhaustivité:** proportion de champs de données qui sont remplis (pour lesquels il n'y a pas de données manquantes)
- **Ponctualité:** proportion des rapports soumis dans les temps.

et l'évaluation systématiques pour renforcer les programmes.

L'examen de la qualité des données passe en revue différents aspects de la qualité des données pour un ensemble d'indicateurs traceurs<sup>187</sup> de référence sur la santé maternelle, la vaccination, l'infection à VIH, la tuberculose et le paludisme produits par les systèmes d'information dans les établissements de santé. Il permet de déterminer si les éventuels problèmes rencontrés sont spécifiques à un programme en particulier ou plus généraux. Grâce à l'analyse de ces indicateurs standards, il peut quantifier les problèmes d'exhaustivité, de précision et de cohérence externe des données et fournir des informations précieuses pour déterminer si les données sont « adaptées à l'objectif visé ».<sup>188</sup>

Les dimensions de la qualité incluses dans l'examen de la qualité des données<sup>189</sup> sont les suivantes:

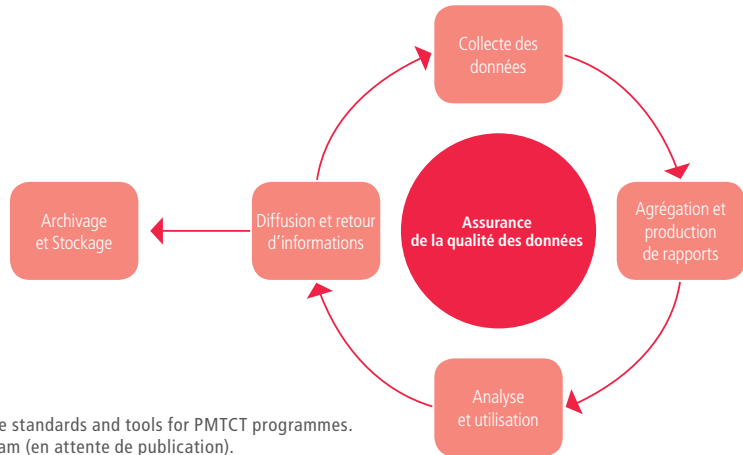
- **Exhaustivité et ponctualité:** cette dimension mesure le degré avec lequel les données sont transmises en temps opportun par le système et sont disponibles.
- **Cohérence interne des données transmises:** cette dimension examine la plausibilité des résultats transmis pour les indicateurs du programme sélectionnés sur la base des résultats transmis par le passé pour ces mêmes indicateurs. Il évalue les indicateurs de programme qui ont une relation prévisible afin de déterminer si, dans les faits, la relation attendue existe entre ces deux indicateurs. Un dernier aspect de cette dimension est l'évaluation de l'exactitude des rapports pour certains indicateurs par l'examen des documents source dans les établissements de santé.
- **Cohérence externe avec d'autres sources de données:** cette dimension évalue le niveau de concordance entre deux sources de données mesurant le même indicateur sanitaire.
- **Comparaisons externes de données relatives à la population:** cette dimension détermine la pertinence des données relatives à la population utilisées dans le calcul des indicateurs sanitaires, car celles-ci servent de dénominateurs dans le calcul d'un taux ou d'une proportion et fournissent des informations importantes sur la couverture.

La méthodologie de l'examen de la qualité des données comprend:

<sup>187</sup> S'il est conseillé de choisir des indicateurs de la liste de base, les pays peuvent aussi choisir d'autres indicateurs ou étendre la série d'indicateurs en fonction de leurs besoins et des ressources disponibles.

<sup>188</sup> Un manuel comprenant des lignes directrices et des outils a été élaboré. Il donne des bases pour s'entendre sur la qualité des données, par exemple sur un mécanisme périodique d'évaluation de la qualité des données qui peut être institutionnalisé dans le pays. Ces lignes directrices et ces outils présentent un examen de base de la qualité des données à effectuer chaque année. Cependant, ces outils sont flexibles et peuvent être adaptés ou utilisés également pour l'examen de la qualité des données programmatiques, pour un examen systématique ou continu ou un examen approfondi. Ce manuel comprend: 1) un document sur le cadre d'examen de la qualité des données et sur les systèmes de mesure; 2) un guide technique sur l'examen de la qualité des données; 3) des outils sur la collecte des données pour l'examen de la qualité des données; 4) un outil (tableur) qui permettra d'automatiser les analyses de l'ensemble des mesures de la qualité de données à l'exception de la composante de vérification des données et 5) des formulaires de collecte de données pour saisir les données électroniques à l'aide d'une tablette. Ce manuel sera publié début 2015. Des outils supplémentaires pour faciliter l'analyse sont également en cours d'élaboration; une fois prêts, ils seront ajoutés à ce manuel. Des travaux sont également en cours pour intégrer certaines des mesures de l'examen de la qualité des données dans le système DHIS 2. Dans les pays qui utilisent le système DHIS 2 comme Record Health Management Information Systems (RHMIS), cet ajout facilitera grandement les évaluations périodiques de la qualité des données. D'autres outils existants adaptés à ce cadre peuvent également être utilisés.

<sup>189</sup> Data Quality Review: A toolkit for assessing health facility data quality (Draft). Geneva, World Health Organization (à paraître).

**Figure 3.4** Système d'examen de la qualité des données

Source: Data quality assurance standards and tools for PMTCT programmes. Geneva, Inter-Agency Task Team (en attente de publication).

1. une composante sur documents, au cours de laquelle la qualité des données agrégées pour les indicateurs du programme recommandés est examinée en utilisant des instruments de mesure normalisés ;

2. une enquête en deux volets dans les établissements de santé:

- Une composante de vérification des données dans les établissements de santé, au cours de laquelle les données des documents source sont comparées avec les données transmises aux autorités du district ;
- Un instrument d'évaluation du système, qui mesure la capacité du système statistique à produire des données de qualité, ce qui donne des indications sur les causes des problèmes de qualité des données.

L'examen de la qualité des données n'est pas une activité ponctuelle. Le cadre d'examen de la qualité des données est construit selon une approche à plusieurs volets, qui comprend:

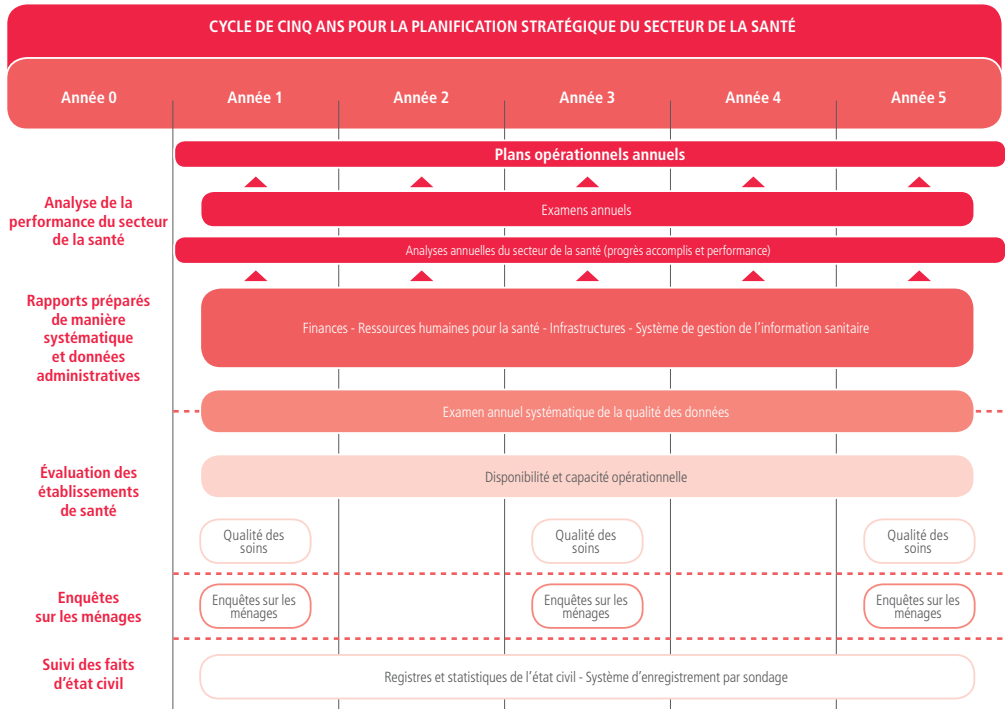
- Des examens systématiques et périodiques (c'est-à-dire mensuels) de la qualité des données intégrés dans un système de contrôle du système d'information pour la gestion sanitaire ou d'autres systèmes statistiques parallèles du programme ; ces examens font partie d'un cycle d'information en retour qui permet de détecter les erreurs quasiment en temps réel et de les corriger aussitôt qu'elles se produisent.
- Une évaluation annuelle au cours de laquelle est examinée la qualité des données des établissements de santé utilisées pour la planification annuelle du secteur de la santé et pour le suivi du programme.
- Des examens approfondis de la qualité des données qui se concentrent généralement sur une seule maladie ou un seul domaine du programme ; ces examens sont effectués de manière périodique (par exemple tous les trois à cinq ans) et leurs résultats sont incorporés dans les examens du programme.

Il est particulièrement important que l'examen de la qualité des données s'intègre dans le cycle global de planification stratégique du secteur de la santé, comme cela est mis en évidence à la Figure 3.5.

### Exemples de ressources disponibles

Plusieurs partenaires ont élaboré une gamme d'outils pour examiner la qualité des données, qui peut être adaptée pour une utilisation dans différents contextes:

**Fig. 3.5 Figure 3.5 Examen de la qualité des données pour la planification stratégique du secteur de la santé**



### Examen de la qualité pour les bases de données électroniques

Une grande partie des normes d'assurance de la qualité des données ne précisent pas si la source des données est sur papier ou électronique. Pour beaucoup des outils de vérification des données, la comparaison de « ce qui a été transmis » et de « ce qui est dans le système » doit se faire de la même façon, qu'il s'agisse d'un registre et d'un dossier sur papier ou d'un dossier médical électronique. Toutefois, si un pays utilise des dossiers médicaux ou des bases de données électroniques qui contiennent des données à quelque niveau que ce soit, il est important d'adapter les outils d'assurance de la qualité des données pour traiter de manière explicite les questions relatives à ces systèmes.

Pour les évaluations des systèmes de suivi et d'évaluation, il peut être nécessaire d'inclure des personnes ayant une expérience des technologies de l'information dans les équipes de visite sur le terrain pour identifier les problèmes liés aux systèmes électroniques.

Un plan national d'assurance de la qualité des données doit énoncer les attentes que les partenaires peuvent avoir quant à l'utilisation de bases de données nationales normalisées. Il peut aussi donner un ensemble de critères ou de spécifications pour les bases de données destinées aux partenaires ainsi qu'un calendrier explicite pour le partage de l'information.

Au fur et à mesure que les technologies vont évoluer et seront davantage intégrées, les normes seront revues et clarifiées, et des outils destinés spécifiquement à l'assurance de la qualité des dossiers médicaux et des bases de données électroniques seront élaborés.

Source: Data quality assurance standards and tools for PMTCT programmes. Geneva, Interagency Task Team on the Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and Their Children (à paraître).

- Le site web MEASURE Evaluation regroupe les outils élaborés et utilisés par différentes agences pour examiner la qualité des données des indicateurs programmatiques, des audits de données et des évaluations globales du système de suivi et d'évaluation. (<http://www.cpc.unc.edu/measure/tools/monitoring-evaluation-systems/data-quality-assurance-tools>).
- Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme propose un module de formation en ligne sur les procédures et les outils en rapport avec la qualité des données et à utiliser dans le contexte de programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, ainsi que des lignes directrices et des outils connexes. (<http://www.theglobalfund.org/en/me/documents/dataquality/>).
- HEALTHQUAL International fournit une base de données qui peut être consultée et qui contient des publications, des outils et des ressources en rapport avec la gestion et l'amélioration de la qualité. (<http://healthqual.org/search-qi-learning>).
- Data quality assurance standards and tools for PMTCT programmes. Geneva, Interagency Task Team, en attente de publication.
- Performance monitoring and evaluation TIPS: Conducting data quality assessments. Number 18, 1st edition. Washington, DC, AID des États-Unis (USAID), 2010 (<http://www.innonet.org/resources/node/636>).
- Data quality assurance tool for programme-level indicators. MEASURE Evaluation, 2007 ([www.pepfar.gov/documents/organization/79628.pdf](http://www.pepfar.gov/documents/organization/79628.pdf)).
- 12 components monitoring & evaluation system assessment: guidelines to support preparation, implementation and follow-up activities. Geneva, United Nations Joint Programme on HIV/AIDS, 2010. ([http://www.unaids.org/sites/default/files/sub\\_landing/files/1\\_MERG\\_Assessment\\_12\\_Components\\_ME\\_System.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/1_MERG_Assessment_12_Components_ME_System.pdf)).

### 3.5 Utilisation et analyse des données

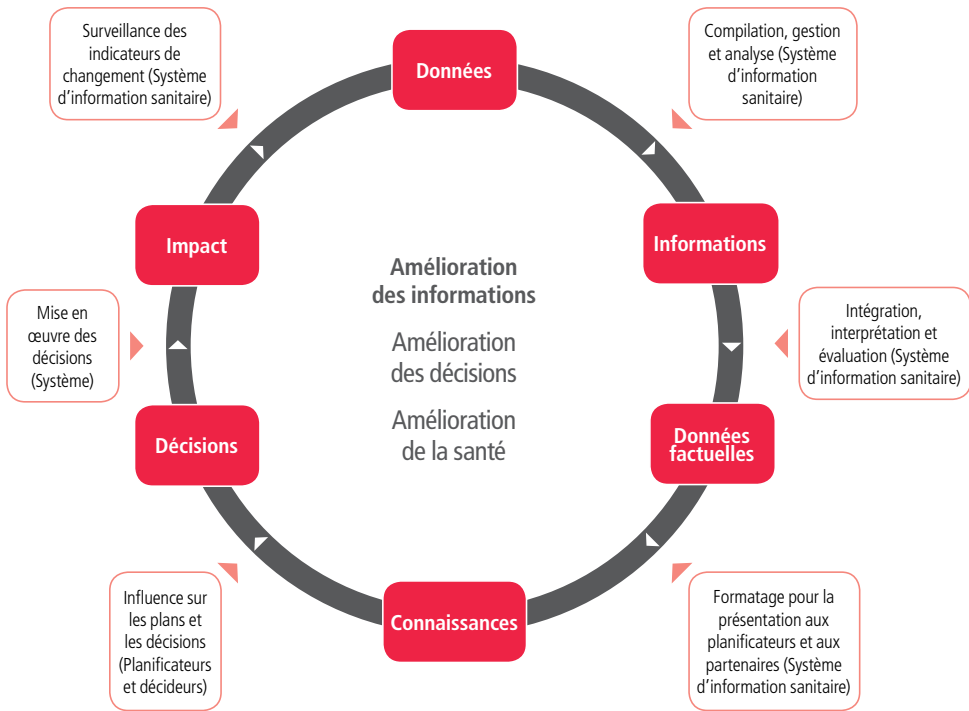
Le but ultime du suivi et de l'évaluation est de fournir aux décideurs des données qui puissent être utilisées à tous les points du cycle de programme de lutte contre le VIH. Obtenues à l'aide de rapports systématiques sur les indicateurs, d'exams de programmes, d'évaluations, de recherche opérationnelle, de travaux de recherche sur la mise en œuvre et de modélisations, les informations stratégiques constituent l'ensemble des données factuelles utilisées sur lesquelles repose la programmation de la riposte au VIH. Le système de suivi et d'évaluation produit de grandes quantités de données brutes. Ces données ont une faible valeur intrinsèque jusqu'à ce qu'elles soient analysées, synthétisées et transformées en informations stratégiques utilisables, accessibles et compréhensibles pour les administrateurs, les planificateurs et les autres partenaires (Figure 3.6).

**La raison d'être d'un système d'information sanitaire est non seulement de produire des données de qualité en espérant qu'elles seront utilisées, mais aussi de les transformer en données factuelles crédibles et convaincantes pouvant aider à la prise de décisions pour le système de santé local."**

\* WHO Health Metrics Network. Framework and standards for country health information systems. Geneva, World Health Organization, 2008 ([http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn\\_framework200803.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn_framework200803.pdf?ua=1)).

Les informations stratégiques sont également utilisées dans le plaidoyer et la mobilisation des ressources, à des fins académiques et dans la recherche et le développement. La société civile, y compris les ONG et les milieux universitaires, doivent avoir accès à ces données et contribuer à la collecte, l'analyse et l'utilisation des informations stratégiques comme un bien public mondial. En outre, les informations stratégiques doivent être partagées au sein des pays et entre les pays afin de faciliter l'apprentissage global sur la meilleure façon de prévenir et de répondre à l'épidémie de VIH. Un partage transparent des données est important pour mettre en avant l'importance des informations stratégiques et favoriser leur utilisation.

**Fig. 3.6 Transformation des données en informations et en données factuelles pour les décideurs**



Source: WHO Health Metrics Network. Framework and standards for country health information systems. Geneva, World Health Organization, 2008 ([http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn\\_framework200803.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn_framework200803.pdf?ua=1)).

### 3.5.1 Analyse de la cascade

L'analyse des données est le processus par lequel les données sont synthétisées et la situation et les tendances sanitaires sont résumées de manière à donner une représentation de la situation utile pour les décideurs. L'analyse transforme les données brutes en informations stratégiques pour la prise de décisions. Elle examine de près les liens entre les différents aspects de l'épidémie et de la riposte, comme les politiques, la mise en œuvre du programme, les changements de comportement et la prévalence de l'infection à VIH.

L'analyse doit tenir compte de plusieurs facteurs importants qui peuvent avoir une influence sur les résultats, notamment les méthodes utilisées pour la collecte des données, les sources de données, la comparaison entre les différentes sources et/ou les différents ensembles de données et les différences ou les incohérences entre les différents ensembles de données. Pour permettre une analyse précise, il est essentiel de comprendre le contexte dans lequel les données ont été collectées et d'identifier les biais pour en tenir compte.

Des méthodes de triangulation des données doivent être utilisées pour regrouper, comparer et intégrer des données issues de diverses sources, y compris des informations quantitatives et des informations qualitatives issues du secteur public et du secteur privé. La triangulation des données diminue la probabilité de trop compter sur un seul des différents types de sources de données existants. Cela est important, car un seul type de source de données a peu de chance de donner la perspective et les indications nécessaires pour bien comprendre les liens et identifier les tendances.<sup>190</sup>

<sup>190</sup> HIV triangulation resource guide. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/triangulation/en/>).

## Analyse de la cascade (analyse transversale ou analyse à l'aide d'une cohorte)

Le regroupement des indicateurs dans ce guide facilite l'analyse tout au long de la cascade de services du secteur de la santé depuis le dépistage du VIH jusqu'aux soins et au traitement. L'analyse de la cascade permet de repérer à quel point de passage d'un service à un autre de la cascade est observée l'attrition (« fuite ») la plus importante afin de produire des réponses ciblées appropriées pour améliorer les liens et la rétention dans les soins. La cascade de services de lutte contre le VIH commence avec la population générale (ou avec les populations à risque) d'une zone couverte par le programme, puis continue avec le nombre de personnes qui ont fait un dépistage du VIH, chez lesquelles le test s'est avéré positif, pour lesquelles un lien a été établi avec les soins de l'infection à VIH, qui ont commencé un TAR, qui sont en rétention sous TAR et enfin qui présentent une suppression de la charge virale. La mise en évidence de points où l'attrition est élevée le long de la cascade de soins permet d'identifier les aspects à améliorer. Les cascades peuvent être analysées au moyen d'une cohorte ou de manière transversale.

L'analyse d'une cascade à l'aide d'une cohorte se fait par le suivi d'une cohorte particulière de personnes infectées par le VIH: chaque personne du groupe est suivie depuis le moment du diagnostic de son infection à VIH jusqu'au dernier point de prestation de services. Ce type d'analyse implique l'utilisation de numéros d'identification uniques pour les patients ou d'une méthode probabiliste coûteuse et compliquée nécessitant de multiples identifiants (nom, prénom, date de naissance, sexe, numéro de dossier, lieu d'accès aux soins) dans l'ensemble de données conservé au niveau central. L'examen d'une cascade à l'aide d'une cohorte est généralement considéré comme la méthode de référence, mais il peut induire des erreurs dans les régions où les taux de migration vers l'extérieur sont élevés.

L'analyse transversale d'une cascade se fait par un examen des données agrégées sur la prestation de services tout au long du continuum des soins à un moment donné. Il comprend lui aussi des données sur l'ensemble des personnes chez lesquelles le dépistage du VIH s'est avéré positif, sur le degré avec lequel les personnes ont bénéficié d'un lien avec les soins de l'infection à VIH, ont commencé un TAR ou sont en rétention dans les soins au cours d'une période donnée. Les données sont transversales et une même personne n'est donc pas suivie tout au long de la cascade. Même si les personnes évaluées sont différentes à chaque étape de la cascade, une analyse transversale permet d'identifier des points faibles dans le système. Pour les systèmes sur papier, ce type d'analyse de la cascade peut fournir des indications précieuses, même si elles ne seront pas aussi précises que pour les ensembles de données utilisant des dossiers de santé électroniques où les données sont liées entre elles et où chaque patient peut être suivi. Les ensembles de données transversales doivent être interprétés avec prudence, car les personnes peuvent entrer dans la cascade à tout moment (parfois après une longue interruption dans les soins) ou peuvent accéder pour la première fois à un service au milieu de la cascade parce qu'elles sont entrées dans cette cascade en provenance de l'extérieur de la zone couverte par le programme.

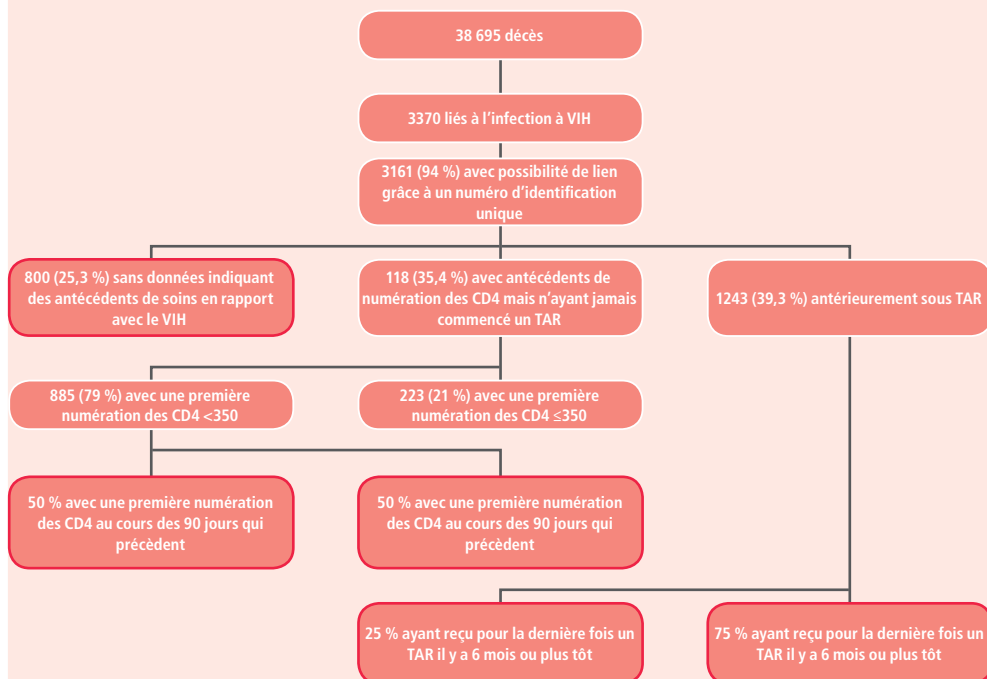
### 3.5.2 Utilisation des données au niveau national, au niveau infranational et au niveau du point de prestation de services

L'utilisation des données par les décideurs à chaque niveau du système de santé nécessite une analyse des données brutes, une présentation et une diffusion des informations dans un format utilisable ainsi qu'une culture de l'utilisation des données pour la prise de décisions fondée sur des données factuelles. Les principales utilisations des informations stratégiques sont pour la planification des programmes, l'établissement des priorités ainsi que l'amélioration et la responsabilisation à tous les niveaux. Les besoins en informations varient selon les niveaux du système de santé.

## Analyse de la mortalité dans la cascade

L'analyse de la mortalité tout au long de la cascade est une autre approche pour identifier les lacunes. Un exemple est présenté à la Figure 3.7. Dans cette étude transversale de l'ensemble des décès liés au VIH dans le système de surveillance de la mortalité, les données de suivi systématique ont été examinées de manière rétrospective, en utilisant des numéros d'identification uniques pour déterminer les antécédents de soins antérieurs de l'infection à VIH (indiqués par la présence d'une numération des CD4), la prise antérieure d'un TAR (indiquée par la mesure de la charge virale et/ou un système de suivi pour le patient), le nombre de CD4 le plus récent, la durée entre l'établissement d'un lien avec les soins et le décès, et les interruptions de traitement. Les résultats mettent en évidence des lacunes ainsi que des zones où les services doivent être améliorés. Parmi l'ensemble des décès, 25 pourcents sont survenus chez des patients pour lesquels aucun résultat de numération des CD4 n'a été enregistré, 25 autres pourcents auraient pu être évités si les patients avaient été mis rapidement sous traitement et 33 autres pourcents auraient pu être évités en recherchant et rappelant les patients perdus de vue alors qu'ils étaient dans les soins pré-TAR et sous TAR.<sup>1</sup>

**Fig. 3.7 Mortalité liée à l'infection à VIH chez l'adulte, Western Cape, 2012<sup>2</sup>**



1 Boule A, Zinyakatira N, Evans J, Osler M, Coetzee D, Pienaar D, et al. Understanding high ongoing HIV-associated mortality in the era of antiretroviral therapy in the Western Cape Province of South Africa. Cape Town: Western Cape Government; 2014. Diapositives. ([http://sahivsoc2014.co.za/wp-content/uploads/2014/10/Thurs\\_Andrew\\_Boule-Understanding-high-ongoing-HIV-associated-mortality.pdf](http://sahivsoc2014.co.za/wp-content/uploads/2014/10/Thurs_Andrew_Boule-Understanding-high-ongoing-HIV-associated-mortality.pdf)).

2 Ibid.



- *Au niveau des points de prestation de services, les professionnels de la santé et les agents de santé ont besoin d'informations essentielles à la fois pour la gestion au jour le jour des soins de qualité et pour la planification à long terme.*
- *Aux niveaux national et infranational, les administrateurs de programmes de santé ont besoin d'informations fiables et en temps opportun pour identifier les besoins ainsi que les moyens efficaces pour y répondre. Ils utilisent les informations stratégiques pour évaluer si les programmes sont sur la bonne voie en termes d'accès, de couverture et de qualité et pour orienter les mesures correctives à mettre en place en cas de besoin.*
- *Aux niveaux mondial et national, les ministères de la santé, les programmes et les organismes de santé internationaux (par exemple le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'OMS et l'ONUSIDA) demandent des rapports sur les progrès accomplis en vue d'atteindre des cibles spécifiques. Les bailleurs de fonds utilisent les informations stratégiques pour prendre des décisions fondées sur des données factuelles quant aux endroits où investir des ressources et à la façon de combler les lacunes. Les administrateurs et les décideurs utilisent les données pour la planification et la coordination des interventions sanitaires du point de vue national, régional ou mondial. Les informations stratégiques contribuent également à ce que le dialogue entre les partenaires et les pays soit centré sur des données factuelles et sur des résultats ainsi que sur le niveau stratégique adapté. (Voir l'encadré).*

Le plan stratégique national relatif à l'infection à VIH, qui comprend le rôle du secteur de la santé et le plan national de suivi et d'évaluation, doit inclure un plan explicite de l'utilisation des données. Un calendrier de l'utilisation des données doit préciser les dates auxquelles seront menées les principales activités de collecte des données (par exemple les enquêtes en population et les études d'évaluation) en les mettant en cohérence avec les dates prévues pour établir les rapports aux niveaux national et mondial ainsi qu'aux besoins pour la prise de décisions, par exemple les plans annuels et les plans sur plusieurs années, le calendrier d'allocation des ressources ainsi que les différents moments où il est prévu de prendre des décisions importantes sur l'extension du programme.

L'encadré ci-dessous présente une étude de cas sur l'utilisation efficace des données pour la prise de décisions à l'Île Maurice. Dans cet exemple, la planification des programmes et l'utilisation des données sont étroitement liées ; les données de l'enquête biologique et comportementale intégrée initiale ont amené les décideurs à se poser d'autres questions auxquelles il a été répondu par la collecte de données supplémentaires. Les résultats ont conduit à apporter des modifications au programme de prévention afin de mieux se concentrer sur les personnes les plus à risque de transmission du VIH.

### **Exemples de difficultés à résoudre et d'opportunités à exploiter**

Malgré la grande quantité de données collectées, les données ne sont pas toujours accessibles sous une forme qui soit utile pour les personnes ayant besoin des informations. Un nombre suffisant de membres du personnel formés est nécessaire pour analyser et présenter les données en temps opportun et sous une forme compréhensible, avec des graphiques et des explications, et de sorte qu'elles soient adaptées aux besoins et aux objectifs des partenaires. Les rapports (par exemple les rapports trimestriels et annuels, ainsi que les rapports finaux des évaluations des besoins, des enquêtes et des travaux de recherche opérationnelle) doivent être répertoriés pour que l'on puisse par la suite s'y référer, rendus publics sur les sites Web et également distribués sous forme imprimée si nécessaire. Ces mesures permettent d'éviter de perdre des informations lorsque les membres du personnel qui effectuent les travaux de recherche ou rédigent les rapports changent de poste. Les rapports publics et ceux émanant d'organisations non gouvernementales doivent être conservés dans la bibliothèque centrale d'informations.

Même lorsque les données sont disponibles sous une forme utilisable, les informations ne sont pas toujours utilisées en raison d'obstacles institutionnels et comportementaux. Des mécanismes et des

## Besoins en informations stratégiques à différents niveaux du système de santé

Au niveau des services (pour les agents de santé):

- Assurance d'une bonne gestion clinique des patients (qualité des services)
- Suivi des perdus de vue
- Suivi de la résistance du VIH aux ARV
- Suivi de l'accès aux services et de la couverture des services
- Amélioration de la gestion des établissements de santé
- Détermination des responsabilités pour le travail.

**Aux niveaux national et infranational (pour les administrateurs de programmes de santé):**

- Définition de cibles pour le programme et développement de liens entre le dépistage du VIH et les services de soins pré-TAR/TAR
- Ajustement des priorités pour les interventions hors institution et la programmation à l'intention des populations clés
- Estimation du nombre de femmes enceintes infectées par le VIH afin d'établir des cibles pour les programmes de TAR et de PTME
- Préparation de projections des besoins sur la base de l'utilisation actuelle des services (achats, ratio personnels/patients)
- Mesure de l'équité des services
- Évaluation de la toxicité des ARV et du développement de résistances aux ARV
- Élaboration de plans d'activités
- Obtention d'informations utiles pour l'élaboration des politiques
- Obtention d'informations utiles pour l'allocation des ressources
- Évaluation des interventions, des innovations, des études pilotes.

**Aux niveaux mondial et national (pour les ministères de la santé ainsi que les programmes et les organismes de santé internationaux):**

- Suivi de l'impact: tendances de l'incidence, de la prévalence et de la mortalité au niveau national ou infranational
- Mesure des réalisations: couverture et accès
- Transmission et analyse des données sur les cohortes pour l'étude de la résistance aux ARV
- Calcul des coûts
- Calcul du nombre de vies sauvées
- Triangulation des données pour établir des projections sur les besoins non satisfaits
- Modélisation.

## Prise de décisions fondée sur des données factuelles à l'Île Maurice

À l'Île Maurice, trois séries d'enquêtes biologiques et comportementales intégrées ont confirmé une prévalence du VIH élevée dans les populations clés: 44,3 % chez les consommateurs de drogue par injection, 22,3 % chez les professionnel(le)s du sexe et 20 % chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Pour obtenir des informations plus détaillées pouvant permettre d'améliorer l'efficacité de la programmation pour les populations clés, le National AIDS Secretariat a effectué une cartographie nationale des populations clés en utilisant une approche appelée geographic/programmatic mapping approach mise au point par l'Université de Manitoba.<sup>1</sup> Cette approche consiste à définir les activités à risque pour l'infection à VIH, à déterminer qui est impliqué et à estimer la taille de chacune des populations. La méthodologie identifie également la localisation de différents « points chauds » où les activités à haut risque sont menées et prépare un profil détaillé de chacun de ces endroits.

Avant de commencer cette étude, ses risques et ses avantages ont été soigneusement évalués en collaboration avec des personnes appartenant à des populations clés. Les représentants des populations clés ont dirigé l'élaboration de la stratégie de mise en œuvre et apporté leurs contributions pour déterminer les activités de fonctionnement.

Selon l'étude de cartographie, le nombre total de consommateurs de drogue par injection a été estimé à 5046 (fourchette: 4139 à 5952) répartis sur 694 lieux d'activité, avec une augmentation à 7598 (fourchette: 6463 à 8732) les jours de pointe d'utilisation. Les consommateurs de drogue par injection étaient majoritairement des hommes (86,8 %) ; on comptait aussi un faible pourcentage de femmes (11,6 %) et quelques personnes transgenres. Selon les estimations, les professionnel(le)s du sexe actif(ve)s étaient 5508 (fourchette: 4091 à 6223), avec une augmentation à 6223 (fourchette: 5090 à 7356) les jours de pointe d'activité (par exemple les week-ends), avec une moyenne de 8,5 professionnel(le)s du sexe par lieu d'activité. Sur la base de chiffres provenant d'études de géo-cartographie et de cartographie virtuelle des sites, l'étude a estimé que le nombre moyen d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes était de 4739 (fourchette: 4494 à 4984) dans les points chauds, et qu'il passait à 5466 (fourchette: 5041 à 5892) les jours de pointe. Le nombre total estimé de personnes transgenres présentes dans les points chauds était de 1038 (fourchette: 798 à 1278), augmentant à 1407 (fourchette: 1165 à 1649) les jours de pointe.

Ces informations ont servi de base pour la planification et la conception d'interventions ciblées ; cela a permis de réaffecter des ressources afin d'obtenir le maximum de retour sur investissement en termes de nouvelles infections à VIH évitées. La plupart des activités du programme avaient jusque-là été concentrées autour de la capitale (Port-Louis) et dans les stations balnéaires du nord du pays. Sur la base des concentrations de populations indiquées par la cartographie, le programme a réparti ses ressources plus équitablement sur l'île. L'exercice de cartographie a également fourni des données plus précises sur la couverture des activités de prévention de l'infection à VIH dans les populations clés et a indiqué la nécessité de renforcer les programmes hors institution et de fixer des cibles permettant davantage d'atteindre l'impact nécessaire.

1 Odek WO, Githuba GN, Avery L, Njoroge PK, Kasonde L, Gorgens M et al., Estimating the size of the female sex worker population in Kenya to inform HIV prevention programming, PLoS One. 2014; doi: (<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0089180>) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3940432/>%)23

mesures incitatives de nature institutionnelle sont nécessaires pour établir une culture de la prise de décisions fondée sur des données factuelles, par exemple la planification axée sur des indicateurs et l'utilisation des informations stratégiques pour le processus de budgétisation.

### Exemples de ressources disponibles

En plus des références citées dans les notes de bas de page de cette section, le site Web *MEASURE evaluation fournit tout un éventail de formations (séminaires enregistrés disponibles en ligne) et des outils pour répondre à la demande croissante de données, pour utiliser les données ainsi que pour collecter des informations sur les bonnes pratiques.*<sup>191</sup>

### 3.5.3 Examens du programme

Les examens périodiques d'un programme font partie intégrante du cycle de ce programme. Ils permettent aux administrateurs et aux autres partenaires de faire le bilan de la performance du programme sur une période donnée. Un examen du programme vise à en évaluer les résultats par rapport aux priorités définies dans les plans stratégiques et opérationnels et à identifier les facteurs ayant une influence sur l'obtention des résultats escomptés. Les conclusions de l'examen du programme sont utilisées pour améliorer la mise en œuvre en cours, pour produire des informations utiles à l'élaboration de nouveaux plans stratégiques et opérationnels et pour aider à structurer la politique nationale. Il s'agit d'une étape clé au cours de laquelle les informations stratégiques sont examinées et utilisées pour prendre des décisions qui permettront d'améliorer le programme.

Pour être utiles, les examens de programmes doivent s'appuyer sur des informations stratégiques de qualité. L'examen du programme doit évaluer la performance du programme national de lutte contre le VIH tout au long de la chaîne de résultats. Les examens doivent commencer par l'analyse de l'impact obtenu par le programme en termes d'incidence et de prévalence de l'infection à VIH et en termes de mortalité liée au VIH. Cet impact doit être relié en retour aux réalisations du programme, qui, à leur tour, doivent être reliées aux intrants et aux produits. Les recommandations issues de cet examen doivent faire ressortir les modifications à apporter aux différents niveaux de la chaîne de résultats et qui permettront d'augmenter l'impact et d'améliorer la performance du programme.

Les examens de programmes nationaux se font essentiellement en trois étapes. La première étape est *l'analyse sur documents, qui consiste à compiler les données disponibles sur les domaines devant être couverts au cours de l'examen. Cette étape doit commencer avec les données d'impact (par exemple l'incidence et la prévalence de l'infection à VIH et la mortalité liée au VIH) aux niveaux national et infranational. Elle doit inclure les données sur les résultats connexes (par exemple, la couverture des services en rapport avec le VIH, les changements de comportement et la réduction des risques) ainsi que les intrants (par exemple les politiques, les plans, les ressources et la disponibilité des services). Cette étape permet d'identifier les réalisations du programme.*

La deuxième étape est *l'examen sur le terrain. Son but est d'évaluer l'organisation, la capacité et la prestation de services en temps réel. Il comprend des entrevues et des discussions avec des informateurs clés aux différents niveaux du système de santé ainsi que l'inspection et l'évaluation des établissements de santé et des processus de prestation de services.*

La troisième étape de l'examen du programme comprend *une analyse globale des résultats des deux premières étapes et la production de recommandations pour aller de l'avant. L'analyse est souvent articulée autour de quatre questions clés. La question de principe est (1) de savoir si le programme a l'impact escompté et atteint ses cibles.*

<sup>191</sup> Measure evaluation: Data demand and use tools. UNC Carolina Population Center. (<http://www.cpc.unc.edu/measure/tools/datademand-use/data-demand-and-use-strategies-and-tools.html>).

*Les questions connexes sont (2) de savoir si les bonnes interventions sont mises en œuvre, (3) si elles sont conduites de la bonne manière et (4) si elles sont menées à une échelle suffisante.*

Les pays doivent procéder eux-mêmes à l'examen de leurs programmes. Les examens doivent être synchronisés avec les cycles du programme national et contribuer aux activités plus larges de développement sans peser trop lourd sur la capacité de mise en œuvre du programme national. L'examen du programme peut être effectué à différents stades du cycle du programme et adapté à différents objectifs.

*Les examens annuels de programme sont des examens internes allégés des données collectées de manière systématique visant à améliorer la mise en œuvre en cours, soit en modifiant les plans existants, soit en élaborant de nouveaux plans de mise en œuvre.*

*Les examens à mi-parcours (à mi-parcours d'un plan stratégique sur plusieurs années) sont généralement menés par une équipe d'évaluateurs internes et externes afin de déterminer si la mise en œuvre est en bonne voie pour atteindre les cibles fixées. Ils peuvent conduire à une reprogrammation du plan stratégique en modifiant les cibles, les groupes prioritaires ou les types d'interventions.*

*Les examens en fin de parcours sont effectués à la fin du cycle du plan stratégique. Il s'agit d'examens exhaustifs du programme, menés principalement par des examinateurs externes indépendants. Ils produisent une analyse de situation qui servira de base pour l'élaboration du prochain plan stratégique. En outre, des examens de programmes partiels peuvent être menés pour évaluer des composantes spécifiques du programme national, par exemple des domaines thématiques (comme le TAR, la PTME, les populations clés, la circoncision masculine), des composantes de la gestion du programme (par exemple la décentralisation, l'approvisionnement, les services communautaires) ou des initiatives ou des projets particuliers, sur la base des sources de financement, de sous-groupes de population ou de zones géographiques spécifiques.*

### **Exemples de difficultés à résoudre et d'opportunités à exploiter**

Un bon examen du programme nécessite des données fiables et récentes, dont l'obtention dépend de la robustesse des systèmes nationaux d'informations stratégiques et de données.

Les éléments de base des systèmes nationaux d'information stratégique décrits dans ce guide sont essentiels pour effectuer des examens de programme afin d'en évaluer correctement la performance et d'identifier des options politiques et programmatiques viables à mettre en œuvre pour apporter des améliorations.

Une faiblesse souvent constatée dans les examens de programmes est une attention trop importante portée à la façon dont les programmes sont mis en œuvre et une attention insuffisante portée aux résultats obtenus. Un examen du programme doit en premier lieu et avant tout évaluer l'impact que ce programme a sur l'incidence et la prévalence de l'infection à VIH ainsi que sur la mortalité et la morbidité liées à l'infection à VIH chez les gens qu'il dessert.

Dès le départ, il est important de définir les domaines qui seront couverts par l'examen et de fixer des objectifs clairs pour éviter de couvrir trop de questions et de collecter plus d'informations que ce qu'il sera possible d'analyser, ce qui peut nuire à la capacité de parvenir à des conclusions et de faire des recommandations pertinentes. Dans le même temps, les résultats de l'examen d'un projet limité ou spécifique doivent être interprétés avec prudence, certains résultats pouvant être dus à ou être influencés par d'autres facteurs et ne pas nécessairement être dus uniquement aux activités de ce projet.

## Exemples de ressources disponibles

L'OMS a publié un guide détaillé pour aider les pays à planifier et gérer les examens de programme. Ce guide décrit les principes et les processus de ces examens et fournit des listes de contrôle des principales questions à traiter.

- Guide to conducting programme reviews for the health sector response to HIV/AIDS: Guidance. Geneva, World Health Organization, 2013 (<http://www.who.int/entity/hiv/pub/toolkits/hiv-response-guide/en/>).

L'ONUSIDA a publié un guide pour la conduite des examens conjoints multisectoriels afin d'évaluer l'ensemble de la riposte nationale au sida, y compris les contributions du secteur de la santé et des autres secteurs.<sup>192</sup>

### 3.5.4 Évaluation, recherche opérationnelle et science de la mise en œuvre

En plus de la collecte systématique de données programmatiques, les programmes doivent procéder à des évaluations régulières et mener des travaux de recherche spécifiques sur des questions plus complexes ou tester de nouvelles approches. L'évaluation, la recherche opérationnelle et la science de la mise en œuvre traitent de ces questions en utilisant des méthodes de recherche. L'utilisation appropriée de l'évaluation et de la recherche en association avec la collecte systématique de données aide à s'assurer que le programme en cours et que l'amélioration des services sont basés sur les meilleures données factuelles disponibles. Les ressources étant limitées, il est essentiel de concentrer les investissements sur des programmes et des services adaptés aux besoins, pouvant être mis en œuvre correctement, efficaces et efficaces.

L'évaluation est destinée à orienter les décisions à prendre sur un programme, un projet ou une politique en évaluant son impact ou son efficacité ainsi que la qualité des processus suivis. L'évaluation de l'impact est la forme la plus rigoureuse de l'évaluation ; elle évalue l'impact réel d'un programme, d'un projet ou d'une politique en comparant ce qui s'est passé dans les faits avec ce qui se serait passé en l'absence d'intervention. L'évaluation des processus évalue la façon dont les réalisations et les impacts du programme ont été atteints et décrit les difficultés rencontrées et les succès obtenus lors de la mise en œuvre. L'évaluation formative est réalisée en cours d'exécution du programme pour évaluer ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. Elle permet donc de déterminer les changements auxquels il convient de procéder à mi-parcours. Elle met souvent l'accent sur les processus, mais elle peut également évaluer l'impact si le programme est mis en œuvre sur une période assez longue. Menée à la fin d'un cycle de programme, l'évaluation sommative donne des informations utiles pour décider s'il convient de poursuivre, clore, reproduire ou étendre un programme. Les évaluations utilisent toute une gamme de méthodes de collecte de données, y compris l'examen de données collectées de manière systématique et la collecte de nouvelles données à l'aide de méthodes quantitatives et qualitatives.

Lors de l'évaluation de l'impact, la collecte et l'analyse des données doivent être conçues pour répondre à des questions clés à l'aide de critères d'évaluation (par exemple les critères OCDE-CAD).<sup>193</sup> Le fait de définir à l'avance ce qui constitue le succès, en construisant des grilles d'évaluation spécifiques (c'est-à-dire des normes ou des niveaux de performance souhaités du programme), permet d'avoir une base pour fournir des jugements fondés sur des données factuelles et transparents sur la valeur du programme ou de la politique.

La recherche opérationnelle est l'évaluation systématique et objective de la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité, la qualité et/ou la durabilité des services. Elle évalue les effets des changements qui sont sous le contrôle des administrateurs de programmes, par exemple l'amélioration de la qualité des services, l'intensification de la formation et de la supervision des membres du personnel et l'ajout de

<sup>192</sup> Joint reviews of national AIDS responses. A guidance paper. Geneva, United Nations Joint Programme on HIV/AIDS, 2008 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/jc1627\\_joint\\_reviews\\_en\\_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1627_joint_reviews_en_0.pdf)).

<sup>193</sup> DAC criteria for evaluating development assistance. Page web OECD evaluation of development programmes (<http://www.oecd.org/dac/evaluation/daccriteriaforevaluatingdevelopmentassistance.htm>).

nouvelles composantes de services. Comme l'évaluation, elle utilise des méthodes de recherche bien définies (qualitatives et/ou quantitatives) pour l'échantillonnage et la collecte de données.

La science de la mise en œuvre est un nouveau domaine qui étudie les méthodes destinées à favoriser l'application des résultats des travaux de recherche et des données factuelles aux politiques et aux pratiques relatives aux soins de santé. Elle vise à améliorer l'adoption, la pérennisation et la mise en œuvre des interventions en étudiant le comportement des personnes qui mettent en œuvre ces interventions (par exemple les agents de santé) et d'autres partenaires. Elle étudie et tente de résoudre les obstacles et les goulots d'étranglement dans les domaines sociaux, comportementaux, économiques et en rapport avec la gestion qui entravent la mise en œuvre effective ; elle teste de nouvelles approches ; et elle utilise des méthodes de recherche pour déterminer s'il existe une relation de causalité entre l'intervention et l'impact.<sup>194</sup>

Une source fréquente d'informations stratégiques est l'évaluation périodique du programme. Cette évaluation fait la synthèse des conclusions du suivi du programme, des enquêtes et des travaux de recherche opérationnelle ainsi que des données fournies par l'évaluation elle-même. Les évaluations de programmes sont une bonne occasion d'intégrer les données provenant de ces différentes sources dans une évaluation globale de la planification, de la mise en œuvre et des résultats du programme. Lorsqu'elle est conçue de manière appropriée pour répondre à des questions prédéterminées, fortement axée sur les questions les plus importantes et menée avec compétence, une évaluation périodique du programme peut être une source précieuse d'information pour acquérir des connaissances et fournir des données factuelles permettant de justifier la réalisation de changements dans les politiques et les programmes.

Les évaluations et les études de recherche sont souvent menées de manière ad hoc ou pour des intérêts purement locaux de personnes ou d'organisations particulières. Il est plus efficace d'établir un processus national d'identification des lacunes en matière d'évaluation ou de recherche, et de coordonner les études pertinentes pour le plan stratégique national de lutte contre le VIH, y compris la riposte du secteur de la santé. Cette coordination permet d'assurer que les études sont pertinentes pour les besoins du pays et peuvent produire des recommandations concrètes ; cette coordination permet également d'éviter les redondances dans les activités de recherche et que les résultats des études soient partagés et disponibles pour la prise de décisions. Un exemple de questions d'évaluation prioritaires en rapport avec les services de prévention, de traitement, de soins et de soutien dans le programme national de lutte contre le sida de la Thaïlande est présenté à l'encadré ci-dessous.

### Exemples de difficultés à résoudre et d'opportunités à exploiter

Le défi majeur est d'établir et de maintenir un programme régulier d'évaluation axé sur l'impact et les domaines clés que le programme doit améliorer. Les études de recherche et d'évaluation doivent être planifiées et gérées comme des projets distincts avec des processus formalisés et un suivi.

Les données déjà disponibles doivent être bien connues de sorte que la conception de l'évaluation se concentre sur le contrôle de l'information et la correction des lacunes plutôt que la collecte de données redondantes. Une évaluation bien conçue doit tenir compte des lacunes spécifiques en informations qu'il convient de combler, des besoins particuliers de cette évaluation et des ressources disponibles. Sa mise au point nécessite une expertise technique. Il n'est pas conseillé d'utiliser des modèles d'évaluation génériques normalisés qui sont souvent inadaptés aux paramètres, aux besoins et aux capacités propres à chaque pays.

<sup>194</sup> What is implementation science? Frequently asked questions about implementation science. Bethesda, MY, National Institutes of Health: Fogarty International Center (<http://www.fic.nih.gov/News/Events/implementation-science/Pages/faqs.aspx>).

## Déterminer les questions les plus importantes à traiter lors d'une évaluation nationale: exemple de la Thaïlande

Du 14 au 16 juin 2010, National AIDS Management Center (NAMC), Bureau of AIDS and STI (BATS), Department of Disease Control, Thai NGO Coalition on AIDS (TNCA) et Thai Network of People Living with HIV (TNP+), en collaboration avec des représentants du monde universitaire, des organisations des Nations Unies, des institutions gouvernementales américaines et d'autres partenaires clés, ont participé à un atelier consultatif pour déterminer les questions les plus importantes à traiter lors d'une évaluation nationale en rapport avec l'infection à VIH et le sida (A Consultative Workshop on Developing a National Evaluation Agenda for HIV/AIDS in Thailand). Ce groupe d'experts s'est mis d'accord sur les questions à évaluer en priorité pour obtenir des informations utiles en vue d'assurer un accès universel à des services efficaces de lutte contre l'infection à VIH et le sida qui tiennent compte des droits humains, des questions de genre, de la stigmatisation et de la discrimination ;

a examiné les questions clés suivantes: (a) la mise en œuvre des études d'évaluation (c'est-à-dire pour assurer les ressources financières et la qualité technique) ; (b) l'utilisation des résultats pour améliorer les programmes (c'est-à-dire pour garantir la capacité d'interpréter et d'utiliser en pratique les résultats) ; et (c) l'institutionnalisation du processus utilisé pour déterminer les questions les plus importantes à traiter lors de l'évaluation en les reliant à une prise de décisions fondée sur des données factuelles dans le programme national de lutte contre le sida (c'est-à-dire en établissant une infrastructure de soutien) ;

a identifié les lacunes en matière de données et les besoins particuliers en matière d'évaluation des programmes de lutte contre l'infection à VIH et le sida aux niveaux national et infranational.

Dans le cadre de ce processus, la réunion a donné la priorité aux questions d'évaluation suivantes concernant le traitement, les soins et le soutien en rapport avec l'infection à VIH et le sida pour les enfants et les adultes:

### QUESTION 1:

- Le système actuel de prestation de services (continuum de services de prévention, de traitement, de soins et de soutien) est-il de bonne qualité? Prend-il en compte de manière appropriée l'ensemble de la personne? Fournit-il des services à l'ensemble des personnes qui en ont besoin?
- Le système de suivi existant est-il suffisant pour assurer un suivi de ces questions clés afin que les mesures correctives puissent être prises en temps opportun?

### QUESTION 2:

- Le programme de couverture universelle élargit-il l'accès aux services pour chaque sous-groupe de population?
- Si un sous-groupe particulier de population a un accès élevé aux services, par quoi cet accès est-il facilité?
- Si un sous-groupe particulier de population a un accès faible aux services, quels sont les obstacles?
- Le programme apporte-t-il un soutien efficace à la participation des personnes vivant avec le VIH et des groupes de la société civile?

Les évaluations choisies comme prioritaires ont été menées immédiatement pour faire en sorte que les résultats soient disponibles afin d'assurer une planification et une allocation de ressources fondées sur des données factuelles pour le nouveau Plan stratégique national (2012-2016).



### Exemples de ressources disponibles<sup>195</sup>

- *DAC criteria for evaluating development assistance*. Page web de l'OCDE *evaluation of development programmes* (<http://www.oecd.org/dac/evaluation/dacriteriaforevaluatingdevelopmentassistance.htm>).
- Peersman G. *Overview: data collection and analysis methods in impact evaluation. Methodological briefs: Impact Evaluation 10*. Florence, UNICEF Office of Research, 2014 (<http://www.unicef-irc.org/KM/IE/>).

### 3.5.5 Capacités pour obtenir les informations stratégiques

L'analyse et l'utilisation des données dépendent de l'efficacité du système d'information stratégique, qui à son tour nécessite une capacité fonctionnelle dans différents domaines. Les éléments techniques du système d'information stratégique (par exemple la collecte de données provenant de différentes sources, les systèmes de gestion de données, les enquêtes et la surveillance, l'évaluation et les travaux de recherche) ne peuvent fonctionner de manière efficace que s'ils peuvent s'appuyer sur des structures et des processus organisationnels, y compris des ressources humaines, sur une planification et une gestion coordonnée du système de suivi et d'évaluation et sur un financement suffisant.

Dans une plate-forme de suivi, d'évaluation et d'examen pour les stratégies nationales de santé,<sup>196</sup> l'un des principaux attributs qui intéresse directement l'analyse et l'utilisation des données est de s'assurer que « les activités d'analyse et de synthèse des données sont spécifiées et les problèmes de qualité des données sont anticipés et traités ». Les programmes doivent avoir un plan pour l'analyse et la synthèse des données avec des rôles et des responsabilités définis, une utilisation claire et transparente des méthodes d'analyse, un rapport annuel sur les progrès accomplis et la performance par rapport aux objectifs et aux cibles fixés, et des données de qualité disponibles au niveau infranational. En outre, la qualité des données doit faire l'objet d'un suivi systématique.

Un autre aspect essentiel des capacités pour obtenir les informations stratégiques est la diffusion de données ainsi que la communication régulières et efficaces. Les indicateurs pour les rapports nationaux et mondiaux doivent être produits en temps opportun, et un mécanisme de rétro-information doit être opérationnel à tous les niveaux. Un service d'archivage des données avec un mécanisme efficace de partage des données doit être en place pour permettre l'accès du public aux données et aux rapports.

Les fonctions de gestion des informations stratégiques nécessitent de disposer à tous les niveaux de suffisamment de personnel formé aux méthodes de gestion et d'analyse des données. Cela implique:

- de s'assurer que du personnel spécialisé soit disponible (à temps partiel ou à temps plein) aux différents niveaux, depuis les personnes responsables de la collecte des données dans les établissements de santé jusqu'aux spécialistes du suivi et de l'évaluation au niveau national. Les qualifications requises doivent définir clairement les types de personnels nécessaires aux différents niveaux (liés à leurs fonctions) et dans les différents types d'établissements ;
- de veiller à ce que les personnels responsables des informations stratégiques possèdent les compétences requises pour exercer leurs fonctions, depuis la collecte, la saisie et la gestion des données jusqu'à la production des analyses. Les attentes doivent être explicites, et les membres du personnel doivent bénéficier du soutien approprié pour leur développement professionnel ;

<sup>195</sup> BetterEvaluation fournit une plate-forme interactive d'accès libre (<http://betterevaluation.org/>) pour la production et le partage d'informations sur le choix et l'utilisation d'événements ainsi que des méthodes d'évaluation, y compris des outils pour trouver des solutions aux problèmes rencontrés couramment lors de l'évaluation.

International Initiative for Impact Evaluation (3ie) (<http://www.3ieimpact.org/>) finance des évaluations d'impact et des examens systématiques qui produisent des données de qualité sur ce qui fonctionne dans le développement (y compris dans le domaine de la santé) et pourquoi cela fonctionne.

<sup>196</sup> Suivi, évaluation et revue des stratégies sanitaires nationales: plateforme pays pour l'information et la redevabilité. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Partenariats internationaux pour la santé, 2011 ([http://www.who.int/healthinfo/MandE\\_NHS\\_french\\_lowres.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthinfo/MandE_NHS_french_lowres.pdf?ua=1)).

- de former les partenaires à tous les niveaux à interpréter et à utiliser les données pour prendre des décisions fondées sur des données factuelles.

### Exemples de difficultés à résoudre et d'opportunités à exploiter

Une évaluation du suivi et de l'évaluation au niveau national peut permettre d'identifier les points forts et les points faibles du système, d'identifier les lacunes et de recommander des mesures correctives à prendre pour améliorer les capacités. Un plan de renforcement des capacités doit être élaboré ; ce plan doit comprendre des activités pour accroître les capacités au niveau individuel, au niveau organisationnel et au niveau du système.

L'adoption des indicateurs recommandés dans ce guide doit être accompagnée d'investissements concomitants dans les sources de données, les systèmes, la qualité des données et la capacité à utiliser efficacement les données pour la prise de décisions.

### Exemples de ressources disponibles

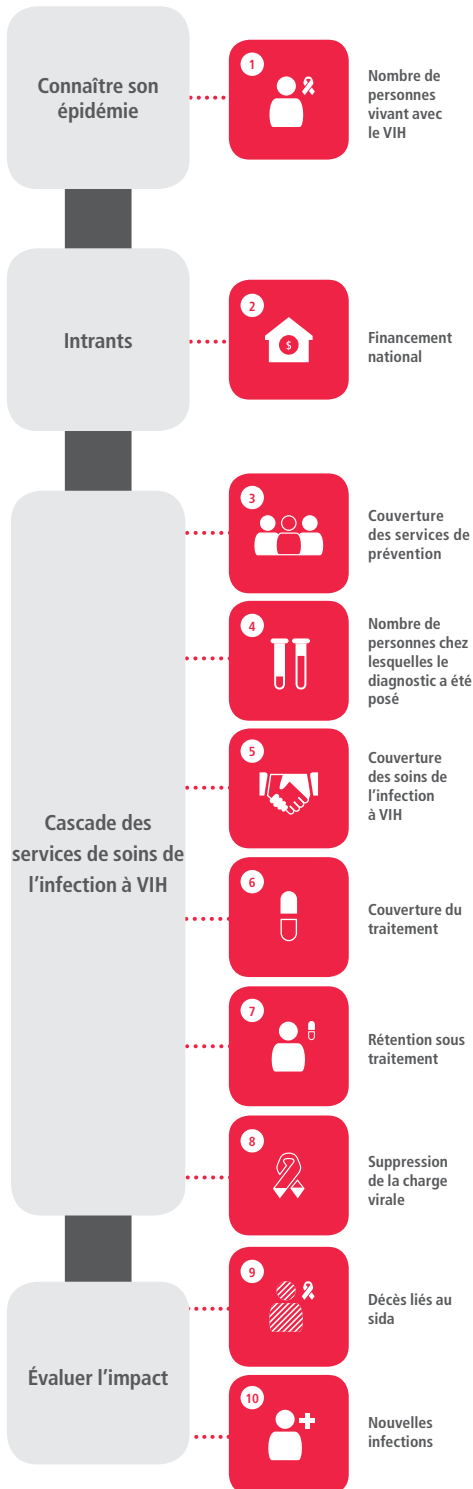
Une description des différentes composantes des systèmes de suivi et d'évaluation et des outils pour mener un examen au niveau national sont disponibles dans les documents suivants:

- *Suivi, évaluation et revue des stratégies sanitaires nationales: plateforme de pays pour l'information et la redevabilité*. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Partenariats internationaux pour la santé, 2011. ([http://www.who.int/healthinfo/MandE\\_NHS\\_french\\_lowres.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthinfo/MandE_NHS_french_lowres.pdf?ua=1)).
- WHO Health Metrics Network. *Framework and standards for country health information systems*. Geneva, World Health Organization, 2008 ([http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn\\_framework200803.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn_framework200803.pdf?ua=1)).

Des éléments d'orientation sur le renforcement des capacités peuvent être trouvés dans le document suivant:

- *Guidance on capacity-building for HIV monitoring & evaluation*. Geneva, United Nations Joint Programme on HIV/AIDS, 2010 ([http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2010/5\\_4\\_MERG\\_Guidance\\_HIV\\_ME\\_Capacity\\_Building.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2010/5_4_MERG_Guidance_HIV_ME_Capacity_Building.pdf)).

## Indicateurs mondiaux pour le suivi et l'évaluation de la riposte du secteur de la santé au VIH





# PROCHAINES ÉTAPES: COMMENT UTILISER CE GUIDE

# 4

## 4. PROCHAINES ÉTAPES: COMMENT UTILISER CE GUIDE

Ce guide regroupe dans un même document les indicateurs et les orientations afin de faciliter les mesures de la cascade du secteur de la santé ainsi que de la cible 90-90-90, et de rendre ainsi les informations stratégiques plus pertinentes pour la prestation des services en lien les uns avec les autres. Les 10 indicateurs mondiaux doivent constituer la base des rapports standardisés à l'échelle mondiale, et les 50 indicateurs nationaux former la base pour le suivi continu des programmes dans les pays.

Les indicateurs figurant dans ce guide sont fondés sur les indicateurs déjà utilisés par les pays et les partenaires. Ils doivent être utilisés pour renforcer et consolider ce qui est déjà en place. Ce guide fournit un cadre pour les relier aux mesures prises et pour collecter et utiliser les données afin d'aider à la mise en œuvre de services de qualité. Son utilisation devrait permettre de rendre les informations moins fragmentées et, grâce à une chaîne de résultats bien définie, d'améliorer l'analyse pratique et l'utilisation des données pour la prise de décisions.

Ce guide a également permis de regrouper les indicateurs afin qu'ils puissent être mis à jour de manière cohérente, avec un cycle d'examen tous les ans ou tous les deux ans afin de tenir compte de l'arrivée de nouvelles innovations, par exemple celles relatives à la mesure de la charge virale ou de l'incidence, ou avec la publication de nouvelles lignes directrices sur le dépistage.

Alors que les pays mettent à jour leur système statistique de suivi et d'évaluation, ce guide doit être utilisé pour renforcer chaque étape de l'information stratégique et de l'utilisation de cette information pour prendre les décisions en vue d'améliorer leur programme afin:

- **de regrouper les indicateurs et de les classer par ordre de priorité pour assurer la cohérence des rapports à l'échelle mondiale et à l'échelle nationale ;**
- **d'identifier les sources de données et les priorités en matière de surveillance pour améliorer les données ;**
- **de planifier les ventilations et de renforcer les capacités d'analyse pour évaluer les données de manière à ce qu'elles aient un lien établi tout au long de la cascade du secteur de la santé, notamment pour connaître son épidémie et évaluer l'impact ;**
- **d'utiliser les données pour prendre les décisions visant à améliorer la prestation de services du secteur de la santé et pour réaliser régulièrement des examens de programmes et une planification stratégique ;**
- **d'évaluer l'impact de chaque étape de la cascade sur les réalisations, l'incidence et la mortalité de manière à mettre en évidence les effets de la riposte et améliorer cette riposte.**

Dans ce cycle, les programmes nationaux doivent mettre à jour leurs rapports de suivi et d'évaluation dans les deux ans à venir, établir un lien avec les indicateurs existants tout au long de la chaîne de résultats, identifier les lacunes dans les rapports nationaux et planifier la façon de combler ces lacunes. Ils doivent utiliser ce guide comme base pour réaliser le prochain examen lors de la préparation du rapport national et pour fixer des cibles pour l'après-2015 et déterminer les questions les plus importantes à traiter en matière d'infection à VIH et de développement.

Dans le même temps, les programmes nationaux doivent utiliser cette occasion pour évaluer les sources de données utilisées pour mesurer ces indicateurs et relier ceux-ci efficacement tout au long de la cascade de services de santé ainsi qu'à l'incidence et à la mortalité. Le concept de cascade du secteur de la santé accorde la priorité à l'élaboration systématique de rapports sur les patients et les cas afin d'apporter un soutien aux personnes tout au long d'une cascade de services. En outre, des enquêtes clés

et une évaluation de l'impact doivent être incluses dans les plans nationaux de suivi et d'évaluation. Afin que les pays tirent le plus de bénéfices possibles de la stratégie de suivi et d'évaluation conceptualisée dans ce guide, nous leur suggérons d'élaborer un calendrier national pour investir sur les données et fixant les priorités.

Il est important d'investir dans les différents aspects concernant les données: demande, utilisation et fourniture. Un élément essentiel pour assurer la mise en application réussie de ce guide sera d'investir dans la capacité d'analyse pour utiliser les données tout au long de la cascade du secteur de la santé. Des efforts et des investissements plus importants doivent être faits dans l'analyse des données afin de rendre les informations stratégiques pertinentes pour prendre les bonnes décisions concernant le programme. La continuité dans les méthodes employées pour élaborer les rapports et évaluer la qualité des données sera importante pour relier les données, définir des points de référence concernant la performance et analyser des cascades de services. Chaque programme aura besoin d'un analyste dédié qui se consacre à l'étude des données, à l'évaluation des cascades et à la production régulière d'informations en retour au moyen de rapports et de représentations visuelles convaincants. Cette capacité analytique cruciale est souvent négligée lors de l'allocation de temps et d'argent pour la définition et la collecte des indicateurs.

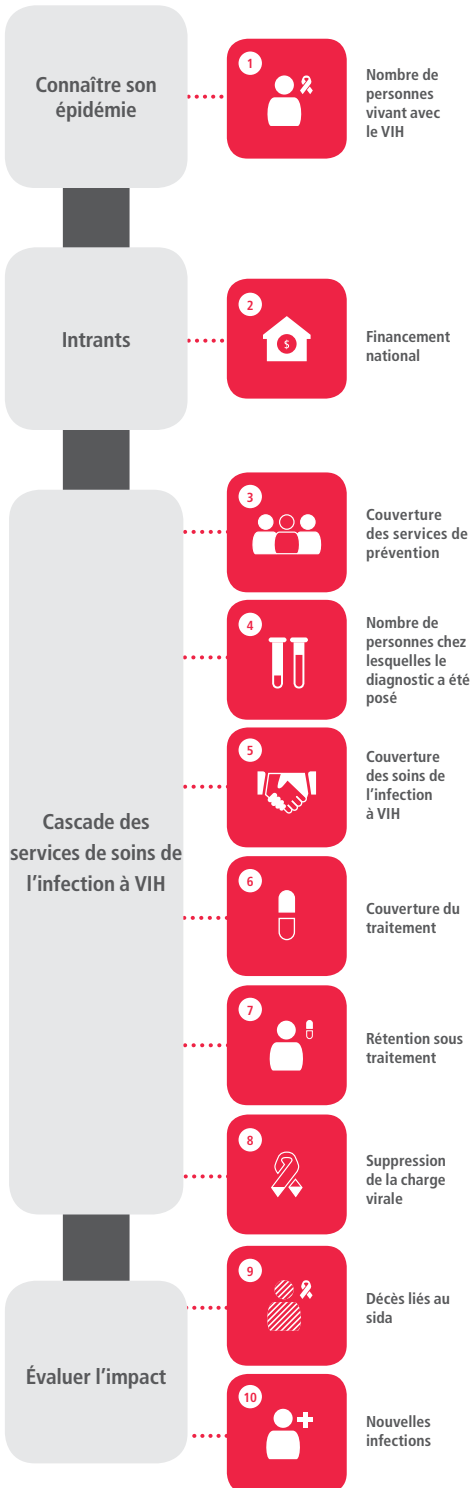
Enfin, il est important de faire régulièrement un examen du programme par rapport aux indicateurs et aux données proposés dans ce guide, de sorte que les informations deviennent stratégiques, c'est à dire qu'elles soient utilisées lors de l'élaboration des politiques et de la prise de décisions. L'analyse de la cascade doit venir étayer des recommandations ciblées sur la façon d'étendre des services de qualité en vue d'atteindre la cible 90-90-90 et de diminuer l'incidence et la mortalité. La chaîne de résultats décrite dans ce guide permet de relier les différents indicateurs les uns aux autres et de les relier à des réalisations et à un impact sur l'incidence et la mortalité.

L'évaluation de l'impact en pratique jouera un rôle clé en évaluant la contribution de chaque étape de la cascade sur les réalisations, l'incidence et la mortalité. Elle permettra par exemple de déterminer comment les activités de prévention au cours des premiers stades de la cascade (celles destinées aux personnes infectées par le VIH et celles destinées aux personnes qui ne sont pas infectées) ont un impact direct sur l'incidence ; un impact sur l'incidence est également observé du fait de la suppression de la charge virale chez les personnes sous TAR.

Pour avoir un impact important sur l'incidence, la mortalité et la transmission, nous devons utiliser les informations stratégiques pour apprendre rapidement comment étendre des services efficaces et liés les uns aux autres qui répondent aux objectifs essentiels comme la cible 90-90-90 pour 2020. Une cascade solide et cohérente d'informations stratégiques sera nécessaire pour renforcer les services. Les prochaines étapes consistent à utiliser ce guide, les indicateurs et l'analyse afin de rendre les informations plus stratégiques pour les décisions, ces décisions étant destinées à améliorer les programmes et la prestation de services aux personnes.

L'OMS s'efforcera de fournir davantage de soutien sur la façon d'utiliser ce guide en mettant à disposition des fiches de référence sur chaque indicateur et des mises à jour des définitions et des orientations sur la mesure et sur l'analyse à l'adresse suivante: <http://www.who.int/hiv/topics/me/en/>.

## Indicateurs mondiaux pour le suivi et l'évaluation de la riposte du secteur de la santé au VIH





# ANNEXES

# 5

|   |            |
|---|------------|
| <b>Annexe 1 – Tableau de la Partie II, Section 2.3 Suivi des ressources essentielles</b>                                | <b>234</b> |
| <b>Annexe 2 – Liste des indicateurs figurant dans les Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques</b> | <b>234</b> |

## 5. ANNEXES

### Annexe 1 – Tableau de la Partie II, Section 2.3 Suivi des ressources essentielles

**Tableau 2.4 Indicateurs relatifs à la disponibilité et à la qualité des services ainsi qu'aux liens entre les services**

| Indicateur   | Numérateur (N)/<br>dénominateur (D)  | Ventilation  | Méthode de mesure   | Pertinence pour<br>le programme et<br>interprétation  |
|--|--|--|---|---|
| <b>Indicateur national</b>   |  |  |   |   |
| <p><b>RES.1 Disponibilité des services</b></p> <p>Nombre et % des établissements offrant des services particuliers de lutte contre le VIH, par exemple:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• services de dépistage du VIH</li> <li>• TAR</li> <li>• PTME</li> <li>• TSO/<br/>programmes de seringues et d'aiguilles</li> <li>• circoncision masculine médicale volontaire</li> <li>• test de numération des CD4</li> <li>• test de mesure de la charge virale</li> </ul> | <p>N: nombre d'établissements offrant l'un ou plus des services évalués.</p> <p>D: nombre total des établissements enregistrés ou évalués.</p> | <p>Niveau du site (communautaire, primaire, secondaire, tertiaire) ; regroupement géographique (par exemple par région ou par district) ; type de site (par exemple services de consultations générales, sites de SMI, sites de prise en charge de la tuberculose, prisons et autres lieux d'enfermement) ; type de service.</p> | <p>Recensement des établissements ; registre des points de prestation de services accrédités ; enquêtes sur les établissements (par échantillonnage ou exhaustive).</p> | <p>Le nombre de sites peut être comparé au nombre de personnes vivant avec le VIH ou de personnes remplissant les critères pour recevoir un TAR et à leur répartition géographique. Ces informations sont essentielles pour faire un suivi à l'échelle nationale.</p> |

| Indicateurs supplémentaires   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| <p>RES.2 Qualité des services</p> <p>Nombre et % des établissements qui disposent des éléments suivants:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. installations de base</li> <li>2. équipements de base</li> <li>3. procédures et équipements permettant de respecter les précautions standards pour la prévention des infections</li> <li>4. capacités de diagnostic</li> <li>5. accès aux médicaments essentiels et aux médicaments nécessaires pour fournir des services spécifiques à l'infection à VIH</li> </ol> | <p>N: nombre d'établissements ayant fait l'objet d'une évaluation et répondant aux critères établis, dont les éléments peuvent être définis au niveau national afin de rendre compte des normes pertinentes.</p> <p>D: nombre total d'établissements ayant fait l'objet d'une évaluation.</p> | <p>Niveau du site (communautaire, primaire, secondaire, tertiaire); regroupement géographique (par exemple par région ou par district); type de site (par exemple services de consultations générales, sites de SMI, sites de prise en charge de la tuberculose, prisons et autres lieux d'enfermement); types et nombre de critères remplis.</p> | <p>Enquête spéciale sur un échantillon représentatif d'établissements de santé.</p> <p>Listes de contrôle remplies au cours des visites de supervision.</p> | <p>Informations essentielles pour orienter les investissements afin d'améliorer la qualité de la prestation des services.</p> |
| <p>RES.3 Modes opératoires normalisés pour assurer le suivi</p> <p>% des sites de TAR où est mis en œuvre un protocole normalisé pour assurer le suivi des patients sous TAR</p>  | <p>N: nombre de sites de TAR où est mis en œuvre un système normalisé opérationnel pour assurer le suivi des patients.</p> <p>D: nombre d'établissements de santé où ont été dispensés des ARV au cours des 12 derniers mois.</p>   | <p>Niveau du site (communautaire, primaire, secondaire, tertiaire); regroupement géographique (par exemple par région ou par district); type de site (par exemple services de consultations générales, sites de SMI, sites de prise en charge de la tuberculose, prisons et autres lieux d'enfermement).</p>                                      | <p>Enquêtes/visites de sites au cours desquelles sont enregistrées des informations sur l'existence d'un protocole pour assurer le suivi des patients.</p>  | <p>Élément déterminant du renforcement des capacités pour la prestation de services de qualité.</p>                           |

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
| <p>RES.4 Activités d'amélioration de la qualité des services de dépistage du VIH</p> <p>% des sites de TAR où sont menées des activités d'amélioration de la qualité</p> <p>Recoupement avec HTS.12 (Section Services de dépistage du VIH)</p>   | <p>N: nombre de sites de TAR ayant mené des activités d'amélioration de la qualité au cours des 6 derniers mois et qui s'intéressent aux processus ou aux réalisations des programmes s'occupant des aspects cliniques de l'infection à VIH et pour lesquels les résultats obtenus sont enregistrés.</p> <p>D: nombre d'établissements de santé où ont été dispensés des ARV au cours des 12 derniers mois.</p>  | <p>Niveau du site (communautaire, primaire, secondaire, tertiaire) ; regroupement géographique (par exemple par région ou par district) ; type de site (par exemple services de consultations générales, sites de SMI, sites de prise en charge de la tuberculose, prisons et autres lieux d'enfermement).</p> | <p>Registres des établissements de santé et observations faites dans ces établissements, données compilées des visites de supervision (portant sur un échantillon de sites ou exhaustives).</p> | <p>Élément déterminant du renforcement des capacités pour fournir des services de qualité.</p>   |
| <p>RES.5 Capacité des laboratoires à réaliser des tests en rapport avec le VIH</p> <p>Nombre de structures où sont réalisés des tests (laboratoires) et ayant la capacité d'effectuer des tests de laboratoire cliniques</p> <p>Recoupement avec HTS.14 (Section Services de dépistage du VIH) et RES.25 (Section Technologies et produits médicaux)</p> | <p>Nombre des structures où sont réalisés des tests (laboratoires) et ayant la capacité (c'est à dire les infrastructures, le personnel et les équipements de laboratoire spécialisés) pour effectuer les tests suivants:</p> <p>Diagnostic de l'infection à VIH avec un test rapide, un test immuno-enzymatique, un test Western blot ou des méthodes moléculaires ;</p> <p>Suivi des soins et du traitement de l'infection à VIH et du sida avec la numération des CD4 ou la mesure de la charge virale du VIH</p> <p>Tests de laboratoire cliniques dans l'un au moins des domaines suivants: hématologie, biochimie, sérologie, microbiologie, diagnostic et identification de la tuberculose, diagnostic du paludisme, diagnostic des infections opportunistes.</p> | <p>Structures où sont réalisés les tests (par exemple dans des laboratoires cliniques ou sur le lieu de prestation de services) ; types de tests biologiques ; localisation.</p>   | <p>Registres du programme.</p>  | <p>Cet indicateur fournit des informations utiles sur les tendances de la disponibilité des services de laboratoire. Les niveaux de capacité étant différents d'un laboratoire à un autre, il ne mesure cependant pas le caractère satisfaisant de la couverture des services.</p> <p>Cet indicateur ne vise pas à mesurer la qualité, le coût ou l'efficacité des services fournis.</p> |

|   |  |  |  |   |
|---|--|--|--|---|
| <p>RES.6 Performance des laboratoires</p> <p>% des laboratoires pour lesquels les rapports de l'évaluation externe de la qualité et du contrôle de la bonne exécution des tests sont favorables</p> <p>Recoupement avec HTS.15 (Section Services de dépistage du VIH)</p> | <p>N: nombre de laboratoires où sont réalisés des tests de dépistage pour lesquels les rapports de l'évaluation externe de la qualité et du contrôle de la bonne exécution des tests sont favorables.</p> <p>D: nombre de laboratoires où sont réalisés des tests de dépistage et participant à une évaluation externe de la qualité ainsi qu'à un contrôle de la bonne exécution des tests.</p> | <p>Type de laboratoire.</p> <p>Type de test.</p>   | <p>Registres du programme d'évaluation externe de la qualité des laboratoires relevant du laboratoire national de référence.</p> <p>Conformément aux procédures standards pour l'évaluation externe de la qualité et le contrôle de la bonne exécution des tests, un laboratoire de référence au niveau national ou infranational envoie des échantillons prétestés aux différentes structures de laboratoire pour qu'ils y soient testés puis calcule le taux de correspondance des résultats entre les laboratoires participants et le laboratoire de référence.</p> | <p>Mesure la performance des laboratoires, déterminée par l'exactitude et la fiabilité des tests diagnostiques de laboratoire, afin d'assurer un suivi pour vérifier si la qualité des laboratoires persiste lors de l'expansion des services de dépistage du VIH. L'objectif est d'assurer la validité des résultats des tests réalisés dans les infrastructures biomédicales, de détecter les infrastructures où le niveau de performance est insuffisant et de remédier à ces insuffisances en faisant une supervision plus rapprochée, en faisant des vérifications des équipements et en changeant ces équipements pour d'autres plus perfectionnés, en assurant un approvisionnement en temps opportun en équipements et en réactifs.</p> |
| <p>RES.7 Supervision de soutien</p> <p>% des sites de TAR avec au moins 4 visites trimestrielles de supervision de soutien au cours des 12 derniers mois<sup>11</sup></p>   | <p>N: nombre de sites de TAR avec au moins 4 visites trimestrielles de supervision de soutien au cours des 12 derniers mois.</p> <p>D: nombre de sites de TAR où ont été dispensés des ARV au cours des 12 derniers mois.</p>  | <p>Niveau du site (communautaire, primaire, secondaire, tertiaire) ; regroupement géographique (par exemple par région ou par district) ; type de site (par exemple services de consultations générales, sites de SMI, sites de prise en charge de la tuberculose, prisons et autres lieux d'enfermement).</p> | <p>Système d'information pour la gestion sanitaire.</p>  | <p>Élément déterminant du renforcement des capacités pour fournir des services de qualité.</p>  |

**Tableau 2.5 Indicateurs relatifs aux personnels de santé**

| Indicateur  | Numérateur (N)/<br>dénominateur (D)  | Ventilation   | Méthode de mesure  | Pertinence pour<br>le programme et<br>interprétation   |
|---|--|---|--|--|
| <b>Indicateurs supplémentaires</b>  |  |   |  |  |
| RES.8 Taux de postes vacants<br><br>% des postes vacants  | N: nombre de postes vacants.<br><br>D: nombre de postes de travail.  | Cadres d'emploi, <sup>12</sup> type d'établissement, milieu urbain/milieu rural.  | Registre national des ressources humaines pour la santé.         | Évalue si les postes d'agents de santé prévus sont pourvus ; peut permettre d'avoir davantage d'informations sur le recrutement et la rétention des agents de santé. |
| RES.9 Densité du personnel de santé<br><br>Principaux professionnels de santé pour 10 000 habitants   | N: nombre d'agents de santé actuellement déployés au cours de la période considérée.<br><br>D: population totale/10 000. | Cadres d'emploi: principaux professionnels de santé (médecins, sages-femmes, personnel infirmier) ; cadres d'emploi particuliers, par exemple les spécialistes (chirurgiens, psychiatres, etc.), autres cadres d'emploi (dentistes, pharmaciens).<br><br>Répartition: lieu de travail [urbain/rural, infranational (district)]. | Registre national des ressources humaines pour la santé.         | Évalue si le nombre d'agents de santé est suffisant pour fournir les services prévus ; la cible généralement admise est de 23 pour 10 000 habitants.                 |
| RES.10 Nouveaux diplômés chaque année<br><br>Nombre de diplômés sortant des établissements de formation du personnel de santé (y compris des écoles de dentisterie, de médecine, de sages-femmes, d'infirmiers, de pharmacie) au cours de la dernière année universitaire pour 10 000 habitants | D: population totale/10 000.   | Niveau et domaine de formation, sexe, âge à l'obtention du diplôme, code postal du domicile au moment de l'entrée dans l'établissement de formation.  | Registre national des <b>ressources humaines pour la santé</b> . | Permet de compter combien de futurs agents de santé potentiels reçoivent une formation et sont préparés à leurs fonctions dans le pays.v                             |

<sup>1</sup> Les éducateurs pour les pairs sont des personnes recrutées dans la société civile ; ils appartiennent souvent à des populations clés, ou ont un lien fort avec ces populations. Ils distribuent des préservatifs ainsi que des aiguilles et des seringues stériles (lorsque cela est autorisé) et encouragent au dépistage du VIH. Dans certains pays, ils peuvent être formés et équipés pour réaliser des tests de dépistage du VIH de première intention et pour orienter les personnes sur des établissements de santé pour que des tests supplémentaires soient réalisés lorsque cela est indiqué.

\* Dans de nombreuses situations, les données spécifiques sur les populations clés ne peuvent pas être collectées lors du suivi de routine des programmes ; il faut alors mener des enquêtes.

|   |   |  |   |   |
|---|---|--|---|---|
| <p><b>RES.11 Activités hors institution par des éducateurs pour les pairs</b></p> <p>Nombre et % des personnes appartenant à des populations clés et des personnes vivant avec le VIH ayant bénéficié des services prodigués par des éducateurs pour les pairs.<sup>1</sup></p> | <p>N: nombre de personnes ciblées ayant bénéficié des services prodigués par des éducateurs pour les pairs œuvrant dans le domaine de l'infection à VIH.</p> <p>D: estimation actuelle du nombre de personnes appartenant à des populations clés et des personnes vivant avec le VIH (personnes ciblées).</p> | <p>Zones géographiques couvertes par les activités des éducateurs pour les pairs.</p> <p>Éventuellement, chaque population clé,* personnes vivant avec le VIH.</p> | <p>N: enregistrements quotidiens tenus à jour par les éducateurs pour les pairs permettent d'obtenir un numérateur global.</p> <p>D: estimations obtenues à l'aide d'enquêtes et de méthodes de modélisation cohérentes à l'échelle internationale (par exemple à l'aide du logiciel Spectrum AIM).</p> | <p>Permet d'obtenir une estimation de la couverture atteinte par les éducateurs pour les pairs œuvrant dans le domaine de l'infection à VIH par le biais de services fixes et de services hors institution.</p> |
|---|---|--|---|---|

**Tableau 2.6 Indicateurs relatifs aux technologies et aux produits médicaux**

| Indicateur  | Numérateur (N)/<br>dénominateur (D)  | Ventilation   | Méthode de mesure  | Pertinence pour le programme et interprétation  |
|---|--|---|--|---|
| Indicateurs nationaux   |  |   |  |   |
| <p><b>RES.12 Disponibilité</b></p> <p>% des sites de TAR ayant connu une rupture de stock pour les produits suivants:</p> <p>ARV quels qu'ils soient</p> <p>réactifs pour réaliser les tests de diagnostic rapide, de numération des CD4, de mesure de la charge virale et de diagnostic précoce chez le nourrisson dans les sites concernés</p> <p>cotrimoxazole</p> <p>Recoupement avec HTS.13 (Section Services de dépistage du VIH) et ART.10 (Section Traitement antirétroviral)</p> | <p>N: nombre de sites de TAR ayant connu une rupture de stock de l'un des produits indiqués au cours de la période considérée.</p> <p>D: nombre total de sites de TAR dans lesquels cette information est collectée.</p> | <p>Niveau du site (communautaire, primaire, secondaire, tertiaire) ; regroupement géographique (par exemple par région ou par district) ; type de site (par exemple services de consultations générales, sites de SMI, sites de prise en charge de la tuberculose, autres) ; type de médicaments ou de produits biologiques (ARV, cotrimoxazole, principaux tests biologiques et réactifs).</p> | <p>Système habituel de gestion des achats et des approvisionnements.</p> | <p>Évalue la performance du système mis en place pour assurer la chaîne logistique ; peut servir d'indicateur de substitution pour évaluer le degré de fonctionnalité globale du système d'approvisionnement en médicaments.</p> <p>L'objectif est que 0 % des sites de dépistage du VIH et des sites de TAR connaissent une rupture de stock, soit 100 % des sites sans rupture de stock.</p> <p>L'indicateur peut être utilisé pour les ARV et pour d'autres produits pour lesquels les outils de gestion des stocks fournissent des informations sur les quantités disponibles, les quantités livrées, la consommation et les ruptures de stock.</p> |

|   |   |  |   |  |
|---|---|--|---|--|
| <p><b>RES.13 Contrôle de la qualité des ARV</b></p> <p>% des lots testés qui répondent aux normes de qualité définies</p>                         | <p>N: nombre de lots d'ARV testés qui répondaient aux normes de qualité.</p> <p>D: nombre total de lots d'ARV testés.</p>   | <p>Sources d'approvisionnement et destination ; type d'ARV testé.</p>  | <p>Système habituel de gestion des achats et des approvisionnements.<sup>13</sup></p> | <p>Évalue la qualité des ARV livrés ; condition indispensable pour garantir l'innocuité et l'efficacité des programmes de TAR</p> <p>Obligatoire pour la plupart des bailleurs de fonds.</p>   |
| <b>Indicateurs supplémentaires</b>  |   |  |   |  |
| <p><b>RES.14 Utilisation rationnelle des ARV</b></p> <p>% des personnes vivant avec le VIH recevant un TAR conforme aux directives nationales</p> | <p>N : nombre de patients recevant un TAR conforme aux normes nationales à la fin de la période considérée (généralement 12 mois).</p> <p>D : nombre total de personnes sous TAR à la fin de la période considérée.</p>                                   | <p>Niveau du site (communautaire, primaire, secondaire, tertiaire) ; regroupement géographique (par exemple par région ou par district) ; type de site (par exemple services de consultations générales, sites de SMI, sites de prise en charge de la tuberculose).</p>              | <p>Système habituel de gestion des achats et des approvisionnements.</p>              | <p>Évalue si les traitements sont conformes aux normes figurant dans les directives nationales relatives au TAR.</p>   |
| <p><b>RES.15 Prévisions</b></p> <p>% des ARV prévus qui sont effectivement reçus</p>  | <p>N : quantités de l'ensemble des ARV reçus (achetés ou obtenus par dons) au cours de la période considérée.</p> <p>D : quantités totales d'ARV calculées (prévues pour être commandées) pour l'approvisionnement au cours de la période considérée.</p> | <p>Niveau du site (communautaire, primaire, secondaire, tertiaire) ; regroupement géographique (par exemple par région ou par district) ; type de site (par exemple services de consultations générales, sites de SMI, sites de prise en charge de la tuberculose) ; type d'ARV.</p> | <p>Système habituel de gestion des achats et des approvisionnements.</p>              | <p>Évalue si les quantités reçues du service des achats et par des dons correspondent aux quantités prévues pour l'approvisionnement : une quantité reçue supérieure à la quantité prévue peut être à l'origine de pertes si les ARV dépassent la date de péremption ; une quantité reçue inférieure à la quantité prévue peut être à l'origine de ruptures de stocks et/ou d'un ralentissement de l'extension des programmes.</p> |



|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
| <p>RES.16 Consommation</p> <p>% des quantités d'ARV consommées</p>   | <p>N : quantités de l'ensemble des ARV consommées au cours de la période considérée.</p> <p>D : quantités totales des ARV disponibles pour la consommation après déduction des quantités destinées à couvrir les stocks tampons.</p>   | <p>Niveau du site (communautaire, primaire, secondaire, tertiaire) ; regroupement géographique (par exemple par région ou par district) ; type de site (par exemple services de consultations générales, sites de SMI, sites de prise en charge de la tuberculose) ; type d'ARV.</p> | <p>Système habituel de gestion des achats et des approvisionnements.</p> | <p>Mesure la corrélation entre les quantités d'ARV reçues et les quantités d'ARV consommées : si les quantités disponibles dépassent ce qui est utilisé par le programme, il existe un excédent de stock, avec un risque de pertes si les ARV dépassent la date de péremption ; si les quantités consommées dépassent les quantités disponibles et que le stock tampon est utilisé, il va se produire une rupture de stock.</p> |
| <p>RES.17 Efficacité des achats</p> <p>Le ratio entre le prix médian du schéma thérapeutique de première intention privilégié payé par le pays et le prix médian du même schéma thérapeutique dans la région</p> | <p>N : prix médian du schéma thérapeutique de première intention privilégié dans le pays.</p> <p>D : prix médian du même schéma thérapeutique dans la même région (par exemple en Afrique subsaharienne) ou dans les pays voisins avec le même niveau économique ; ou prix médian l'année précédente dans le pays.</p> | <p>Aucune.</p>   | <p>Système habituel de gestion des achats et des approvisionnements.</p> | <p>Évalue la transparence dans l'achat des ARV : le ratio doit être &lt;1 et diminuer au fil du temps. En revanche, un ratio &gt;1 suggère que le pays paie plus que ce que d'autres paient, et de plus amples investigations sont nécessaires.</p>   |
| <p>RES.18 Performance des livraisons (fournisseur)</p> <p>% des commandes livrées dans les temps et en totalité par les fournisseurs au cours de la période considérée</p>                                       | <p>N: nombre de commandes livrées dans les temps et en totalité au cours de la période considérée.</p> <p>D: nombre de commandes passées et qui devaient être livrées au cours de la période considérée.</p>   | <p>Services nationaux de passation des marchés: source d'approvisionnement.</p>  | <p>Système habituel de gestion des achats et des approvisionnements.</p> | <p>Évalue la performance des fournisseurs à respecter les dates de livraison et les quantités indiquées dans la commande ; cet indicateur peut être ventilé en fonction des fournisseurs pour obtenir des informations plus détaillées.</p>   |
| <p>RES.19 Performance du dédouanement</p> <p>% des commandes dédouanées dans les délais prévus</p>   | <p>N: nombre de commandes dédouanées dans les délais prévus.</p> <p>D: nombre total de commandes parvenues au bureau des douanes.</p>  | <p>Services nationaux de passation des marchés: source d'approvisionnement.</p>  | <p>Système habituel de gestion des achats et des approvisionnements.</p> | <p>Mesure la performance du dédouanement des marchandises dans les temps au bureau des douanes. Un retard dans le dédouanement peut entraîner une détérioration des médicaments et contribuer à la survenue de ruptures de stocks.</p>  |

|   |  |   |  |   |
|---|--|---|--|---|
| <p>RES.20<br/>Enregistrement des ARV</p> <p>% des formulations d'ARV recommandées qui sont homologuées</p>  | <p>N: nombre de formulations privilégiées pour adulte et pour enfant (faisant partie de la liste des formulations pédiatriques optimales préparée par l'Équipe spéciale interinstitutions) homologuées dans le pays.</p> <p>D: nombre total de formulations privilégiées pour adulte et pour enfant (faisant partie de la liste des formulations pédiatriques optimales préparée par l'Équipe spéciale interinstitutions).</p> | <p>Aucune.</p>  | <p>Source: agence nationale de réglementation.</p>   | <p>Évalue la performance du système national homologuant les médicaments dans l'homologation des formulations d'ARV privilégiées pour adulte et pour enfant. L'homologation est déterminante pour augmenter l'accès aux formulations d'ARV privilégiées et pour les rendre plus abordables.</p> |
| <p>RES.21 Distribution</p> <p>% des sites de TAR qui ont reçu l'ensemble des commandes dans les temps et en totalité dans les entrepôts au niveau central ou régional</p> | <p>N : nombre de commandes reçues dans les temps et en totalité dans les sites de TAR au cours d'une période considérée.</p> <p>D : nombre total de commandes passées au cours de la même période.</p>   | <p>Niveau du site (communautaire, primaire, secondaire, tertiaire) ; regroupement géographique (par exemple par région ou par district) ; type de site (par exemple services de consultations générales, sites de SMI, sites de prise en charge de la tuberculose).</p> | <p>Système habituel de gestion des achats et des approvisionnements.</p>   | <p>Évalue la performance du système national de distribution pour approvisionner en ARV les établissements de santé.</p>  |
| <p>RES.22 Contrôle des stocks</p> <p>% des sites de TAR ayant soumis dans les temps un inventaire complet de contrôle des stocks au cours de la période considérée</p>    | <p>N : nombre de sites de TAR ayant soumis dans les temps un inventaire complet de contrôle des stocks au cours de la période considérée.</p> <p>D : nombre total de sites de TAR.</p>   | <p>Niveau du site (communautaire, primaire, secondaire, tertiaire) ; regroupement géographique (par exemple par région ou par district) ; type de site (par exemple services de consultations générales, sites de SMI, sites de prise en charge de la tuberculose).</p> | <p>Système habituel de gestion des achats et des approvisionnements, audits ou évaluations du programme.</p>                               | <p>Évalue la performance du programme de TAR pour fournir les rapports prévus. La préparation des rapports dans les temps est essentielle pour la gestion des achats et des approvisionnements et pour que le suivi et l'évaluation soient performants.</p>                                     |
| <p>RES.23 Pertes</p> <p>% des quantités d'ARV achetées qui ont été perdues</p>  | <p>N : valeur monétaire des ARV perdus (en raison d'un dépassement de la date d'expiration, d'une détérioration, d'un détournement ou d'un vol) au cours de la période considérée.</p> <p>D : valeur totale des ARV achetés au cours de la même période.</p>   | <p>Aucune.</p>  | <p>Système habituel de gestion des achats et des approvisionnements, enquête au niveau central par audits ou évaluations du programme.</p> | <p>Mesure les pertes par le système de gestion de l'approvisionnement et des achats ; si &gt;1 %, il faut réaliser une analyse plus approfondie des causes de ces pertes et mettre en place des mesures correctives.</p>  |

|  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
| <p>RES.24 Niveau de stock minimum</p> <p>% des sites de TAR ayant fait leur commande alors que le stock disponible était inférieur au niveau de stock minimum</p>  | <p>N : nombre de sites de TAR qui ont fait une commande d'ARV au cours de la période considérée alors que le stock disponible était inférieur au niveau de stock minimum.</p> <p>D : nombre total de sites de TAR qui ont fait une commande d'ARV au cours de la même période.</p>  | <p>Niveau du site (communautaire, primaire, secondaire, tertiaire) ; regroupement géographique (par exemple par région ou par district) ; type de site (par exemple services de consultations générales, sites de SMI, sites de prise en charge de la tuberculose).</p> | <p>Système habituel de gestion des achats et des approvisionnements, audits ou évaluations du programme.</p> | <p>Évalue si le système d'information de la gestion logistique est utilisé de manière efficace : si les commandes sont passées alors que le stock disponible est en dessous du niveau de stock minimum, il existe un risque élevé de ruptures de stocks.</p>                       |
| <p>RES.25 Capacité des laboratoires à réaliser des tests en rapport avec le VIH</p> <p>Nombre de structures où sont réalisés des tests (laboratoires) ayant la capacité d'effectuer des tests de laboratoire cliniques</p> <p>Recoupement avec HTS.14 (section Services de dépistage du VIH) et RES.5 (Section Disponibilité des services, qualité et liens)</p> | <p>Nombre des structures où sont réalisés des tests (laboratoires) et ayant la capacité (c'est à dire les infrastructures, le personnel et les équipements de laboratoire spécialisés) pour effectuer les tests suivants :</p> <p>Diagnostic de l'infection à VIH avec un test rapide, un test immunoenzymatique, un test Western blot ou des méthodes moléculaires ;</p> <p>Suivi des soins et du traitement de l'infection à VIH et du sida avec la numération des CD4 ou la mesure de la charge virale du VIH</p> <p>Tests de laboratoire cliniques dans l'un au moins des domaines suivants : hématologie, biochimie, sérologie, microbiologie, diagnostic et identification de la tuberculose, diagnostic du paludisme, diagnostic des infections opportunistes.</p> | <p>Structures où sont réalisés les tests (par exemple dans des laboratoires cliniques ou sur le lieu de prestation de services), types de tests biologiques, localisation.</p>  | <p>Registres du programme.</p>   | <p>Cet indicateur fournit des informations utiles sur les tendances de la disponibilité des services de laboratoire. Les niveaux de capacité étant différents d'un laboratoire à un autre, il ne mesure cependant pas le caractère satisfaisant de la couverture des services.</p> |


**Tableau 2.7 Indicateurs relatifs aux informations stratégiques**

| Indicateur  | Numérateur (N)/<br>dénominateur (D)   | Ventilation             | Méthode de mesure   | Pertinence pour<br>le programme et<br>interprétation   |
|---|---|-------------------------|---|--|
| <b>Indicateurs supplémentaires</b>  |   |                         |   |  |
| RES.26 Exhaustivité des indicateurs<br><br>Disponibilité des informations pour calculer chacun des indicateurs de la riposte du secteur de la santé au VIH choisis au niveau national | (Y compris les 10 indicateurs choisis pour la surveillance mondiale ; voir la Section 2.1).   | Géographie, population. | Examen du système d'information stratégique. Doit être calculé au moins deux fois au cours de chaque cycle de planification de 3 à 5 ans (à mi-parcours et en fin de parcours). | Évalue quelles données sont disponibles et quelles données manquent de manière à donner des informations utiles pour la planification ; permet d'améliorer le système d'information stratégique. |
| RES.27 Examens du système<br><br>Conduite d'examens périodiques du système de suivi et d'évaluation   | Nombre d'examens du système de suivi et d'évaluation au cours du cycle de planification.  | Aucune.                 | Examen du système d'information stratégique.<br><br>Cible : 2 examens par cycle de planification.   | Donne des indications sur le degré d'engagement des autorités nationales à s'assurer qu'elles puissent baser leurs décisions sur des informations factuelles.                                    |
| RES.28 Publication des données<br><br>% des données sur les indicateurs publiées chaque année   | N : nombre d'indicateurs sur lesquels des informations ont été publiées dans un document ou sur un site Internet accessible au public aux dates prévues dans le calendrier d'évaluation.<br><br>D : nombre d'indicateurs sur lesquels il est prévu de recevoir des informations selon le calendrier d'évaluation. | Aucune.                 | Examen du système d'information stratégique.  | Donne des indications sur le degré de volonté des autorités nationales à partager des informations avec d'autres partenaires.  |

**Tableau 2.8 Indicateurs relatifs à la gouvernance, au leadership et à l'environnement politique**


| Indicator  | Numerator (N)/ denominator (D) | Disaggregation | Measurement method   | Programme relevance and interpretation  |
|--|--------------------------------|----------------|--|---|
| Indicateurs supplémentaires  |                                |                |  |   |
| RES.29 Remplissage du questionnaire relatif à l'infection à VIH et au sida de l'Instrument des politiques et des engagements nationaux (en anglais National Commitments and Policies Instrument, NCPI) <sup>14</sup> | Sans objet.                    | Sans objet.    | Questionnaire relatif à l'infection à VIH et au sida du NCPI (dans le cadre du RARSM).   | <p>Permet de vérifier si le pays dispose d'un plan stratégique multisectoriel sur l'infection à VIH et le sida et si ce plan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>couvre l'ensemble des secteurs et des populations cibles</li> <li>a été développé avec la pleine implication et participation de la société civile</li> <li>est soutenu par les partenaires du développement extérieurs</li> <li>est en cohérence avec la stratégie nationale et</li> </ul> <p>Permet aussi de vérifier si le pays a intégré le plan de lutte contre le VIH dans les autres plans de développement.</p> |
| RES.30 Réponses aux questions (document OMS) sur les politiques de la riposte du secteur de la santé au VIH  | Sans objet.                    | Sans objet.    | Global AIDS Response Progress Reporting, 2014, Partie 2 ; pages 179 et suivantes pour les indicateurs sanitaires spécifiques qui peuvent être utilisés pour préparer le RARSM et pour l'accès universel. | Est plus centré sur le secteur de la santé que NCPI ; est utile pour éclairer les décisions du ministère de la santé. Les questions spécifiques au secteur de la santé traitent du TAR, de la PTME, des populations clés et du suivi et de l'évaluation.  |

**Tableau 2.9 Indicateurs relatifs au financement et au calcul des coûts pour les programmes de lutte contre le VIH**

| Indicateur   | Numérateur (N)/<br>dénominateur (D)  | Ventilation  | Méthode de mesure                 | Pertinence pour<br>le programme et<br>interprétation  |
|--|--|--|-----------------------------------|---|
| National indicator   |  |  |                                   |   |
| <p>RES.31 Financement public national pour la lutte contre le VIH</p> <p>% de l'ensemble des dépenses en rapport avec la lutte contre le VIH provenant des dépenses publiques nationales</p>  | <p>N : dépenses publiques nationales en rapport avec la lutte contre le VIH.</p> <p>D : total des dépenses en rapport avec la lutte contre le VIH.</p> | <p>Dépenses pour le TAR, dépenses pour les populations clés.</p>   | <p>NASA, comptes de la santé.</p> | <p>Montre combien le pays est partie prenante et a la volonté de contribuer financièrement. Lorsque cette information est disponible pour plusieurs années, elle permet de faire le suivi de l'évolution de l'implication du pays dans le programme.</p>  |
| <p>RES.32 Dépenses en rapport avec la lutte contre le VIH dans les programmes de santé</p>   | <p>N : dépenses en rapport avec la lutte contre le VIH dans les programmes de santé.</p> <p>D : total des dépenses de santé.</p>                       | <p>Dépenses publiques nationales de santé en rapport avec la lutte contre le VIH divisées par les dépenses publiques de santé.</p> <p>Dépenses des programmes de santé en rapport avec la lutte contre le VIH financées par les donateurs.</p> | <p>NASA, comptes de la santé.</p> | <p>Indique la charge que représentent les activités de santé en rapport avec la lutte contre le VIH dans le budget national de santé.</p> <p>Permet d'explorer les options pour augmenter la contribution des financements publics et internationaux destinés à la santé pour les programmes de santé en rapport avec la lutte contre le VIH.</p> |

|   |   |  |                                   |  |
|---|---|--|-----------------------------------|--|
| <p>RES.33 Progrès accomplis par le pays en vue d'assurer un financement national</p> <p>Indice de variation relative</p>  | <p>N : le produit des dépenses publiques nationales en rapport avec la lutte contre le VIH au cours de la dernière année par le total des dépenses en rapport avec la lutte contre le VIH au cours de l'année de référence.</p> <p>D : le produit des dépenses publiques nationales en rapport avec la lutte contre le VIH au cours de l'année de référence par le total des dépenses en rapport avec la lutte contre le VIH au cours de la dernière année.</p> | <p>Dépenses pour le TAR, dépenses pour les populations clés, dépenses pour la prévention</p> | <p>NASA, comptes de la santé.</p> | <p>Suit les tendances de l'autonomie du financement de la riposte au VIH, avec un accent particulier sur le TAR et la prévention dans les populations clés.</p> <p>Un résultat supérieur à 1 signifie des progrès dans le financement intérieur.</p> |
| <p>RES.34 Dépenses nationales financées par le secteur privé</p> <p>% de l'ensemble des dépenses en rapport avec la lutte contre le VIH provenant du secteur privé</p>    | <p>N : dépenses nationales financées par le secteur privé.</p> <p>D : total des dépenses en rapport avec l'infection à VIH.</p>   | <p>Catégories de dépenses en rapport avec la lutte contre le VIH.</p>                        | <p>NASA, comptes de la santé.</p> | <p>Montre la contribution des autres sources que le financement public.</p> <p>Montre les possibles options pour accroître et diversifier les sources de financement par le secteur privé.</p>   |
| <p>RES.35 Coût unitaire des interventions de lutte contre le VIH</p> <p>Dépenses des programmes de santé en rapport avec la lutte contre le VIH par personne atteinte</p> | <p>N : dépenses des programmes de santé spécifiques pour la riposte au VIH.</p> <p>D : nombre de personnes atteintes par le programme de santé spécifique de la riposte au VIH.</p>   | <p>Catégories de dépenses en rapport avec le VIH sur les programmes de santé.</p>            | <p>NASA, comptes de la santé.</p> | <p>Permet de faire le suivi des modifications de la dépense moyenne par personne atteinte ou par service fourni.</p> <p>Peut être comparé à des pays à niveau de revenu ou de charge de l'épidémie similaire.</p>                                    |





## Annexe 2 – Liste des indicateurs figurant dans les Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques


| Indicateurs clés relatifs à la prévention de l'infection à VIH et aux critères pour recevoir un traitement           |  |  |
|--|--|--|
| <b>Indicateurs nationaux</b>   |  |  |
| NEEDS.1                             | Personnes vivant avec le VIH   | Nombre et % des personnes vivant avec le VIH   |
| NEEDS.2  | Populations clés   | Estimation de la taille des populations clés   |
| NEEDS.3  | Co-infection   | Estimation du nombre de personnes et du % des personnes vivant avec le VIH qui présentent une co-infection/affection   |
| NEEDS.4  | Critères à remplir pour recevoir un TAR  | Estimation du nombre et du % des personnes vivant avec le VIH qui remplissent les critères pour recevoir un TAR  |
| NEEDS.5  | Femmes enceintes infectées par le VIH  | Estimation du nombre et du % des femmes enceintes infectées par le VIH   |
| <b>Indicateurs relatifs à la stigmatisation et à la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH</b> |  |  |
| <b>Indicateurs nationaux</b>   |  |  |
| NEEDS.6  | Stigmatisation générale  | % des personnes âgées de 15 à 49 ans ayant des attitudes discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH  |
| NEEDS.7  | Expérience par les populations clés de discriminations                                       | % des personnes appartenant aux différentes populations clés qui ont été victimes de discrimination de la part d'agents de santé   |
| NEEDS.8  | Personnel d'un établissement de santé chez lequel un comportement stigmatisant a été observé |  |
| <b>Indicateurs relatifs à la disponibilité et à la qualité des services ainsi qu'aux liens entre les services</b>    |  |  |
| <b>Indicateur national</b>   |  |  |
| RES.1  | Disponibilité des services   | Nombre et % des établissements offrant des services particuliers de lutte contre le VIH, par exemple :<br>services de dépistage du VIH<br>TAR<br>PTME<br>TSO/programmes de seringues et d'aiguilles<br>circoncision masculine médicale volontaire<br>test de numération des CD4<br>test de mesure de la charge virale  |
| <b>Indicateurs supplémentaires</b>   |  |  |
| RES.2  | Qualité des services   | Nombre et % des établissements qui disposent des éléments suivants :<br>1. installations de base<br>2. équipements de base<br>3. procédures et équipements permettant de respecter les précautions standards pour la prévention des infections<br>4. capacités de diagnostic<br>5. accès aux médicaments essentiels et aux médicaments nécessaires pour fournir des services spécifiques à l'infection à VIH |




|  |   |  |
|--|---|--|
| RES.3  | Modes opératoires normalisés pour assurer le suivi                      | % des sites de TAR où est mis en œuvre un protocole normalisé pour assurer le suivi des patients sous TAR  |
| RES.4  | Activités d'amélioration de la qualité des services de dépistage du VIH | % des sites de TAR où sont menées des activités d'amélioration de la qualité   |
| RES.5  | Capacité des laboratoires à réaliser des tests en rapport avec le VIH   | Nombre de structures où sont réalisés des tests (laboratoires) et ayant la capacité d'effectuer des tests de laboratoire cliniques   |
| RES.6  | Performance des laboratoires  | % des laboratoires pour lesquels les rapports de l'évaluation externe de la qualité et du contrôle de la bonne exécution des tests sont favorables   |
| RES.7  | Supervision de soutien  | % des sites de TAR avec au moins 4 visites trimestrielles de supervision de soutien au cours des 12 derniers mois  |
| Indicateurs relatifs aux personnels de santé                   |   |  |
| Indicateurs supplémentaires                                    |   |  |
| RES.8  | Taux de postes vacants  | % des postes vacants   |
| RES.9  | Densité du personnel de santé   | Principaux professionnels de santé pour 10 000 habitants   |
| RES.10   | Nouveaux diplômés chaque année  | Nombre de diplômés sortant des établissements de formation du personnel de santé (y compris des écoles de dentisterie, de médecine, de sages-femmes, d'infirmiers, de pharmacie) au cours de la dernière année universitaire pour 10 000 habitants   |
| RES.11   | Activités hors institution par des éducateurs pour les pairs            | Nombre et % des personnes appartenant à des populations clés et des personnes vivant avec le VIH ayant bénéficié des services prodigués par des éducateurs pour les pairs.   |
| Indicateurs relatifs aux technologies et aux produits médicaux |   |  |
| Indicateurs nationaux  |   |  |
| RES.12   | Disponibilité   | % des sites de TAR ayant connu une rupture de stock pour les produits suivants :<br>ARV quels qu'ils soient<br>réactifs pour réaliser les tests de diagnostic rapide, de numération des CD4, de mesure de la charge virale et de diagnostic précoce chez le nourrisson dans les sites concernés<br>cotrimoxazole |
| RES.13   | Contrôle de la qualité des ARV  | % des lots testés qui répondent aux normes de qualité définies   |
| Indicateurs supplémentaires                                    |   |  |
| RES.14   | Utilisation rationnelle des ARV   | % des personnes vivant avec le VIH recevant un TAR conforme aux directives nationales  |
| RES.15   | Prévisions  | % des ARV prévus qui sont effectivement reçus  |
| RES.16   | Consommation  | % des quantités d'ARV consommées   |
| RES.17   | Efficacité des achats   | Le ratio entre le prix médian du schéma thérapeutique de première intention privilégié payé par le pays et le prix médian du même schéma thérapeutique dans la région  |
| RES.18   | Performance des livraisons (fournisseur)                                | % des commandes livrées dans les temps et en totalité par les fournisseurs au cours de la période considérée   |
| RES.19   | Performance du dédouanement   | % des commandes dédouanées dans les délais prévus  |



|   |   |   |
|---|---|---|
| RES.20  | Enregistrement des ARV  | % des formulations d'ARV recommandées qui sont homologuées  |
| RES.21  | Distribution  | % des sites de TAR qui ont reçu l'ensemble des commandes dans les temps et en totalité dans les entrepôts au niveau central ou régional                                       |
| RES.22  | Contrôle des stocks   | % des sites de TAR ayant soumis dans les temps un inventaire complet de contrôle des stocks au cours de la période considérée   |
| RES.23  | Pertes  | % des quantités d'ARV achetées qui ont été perdues  |
| RES.24  | Niveau de stock minimum   | % des sites de TAR ayant fait leur commande alors que le stock disponible était inférieur au niveau de stock minimum  |
| RES.25  | Capacité des laboratoires à réaliser des tests en rapport avec le VIH   | Nombre de structures où sont réalisés des tests (laboratoires) ayant la capacité d'effectuer des tests de laboratoire cliniques   |
| Indicateurs relatifs aux informations stratégiques  |   |   |
| Indicateurs supplémentaires   |   |   |
| RES.26  | Exhaustivité des indicateurs  | Disponibilité des informations pour calculer chacun des indicateurs de la riposte du secteur de la santé au VIH choisis au niveau national                                    |
| RES.27  | Examens du système  | Conduite d'examens périodiques du système de suivi et d'évaluation  |
| RES.28  | Publication des données   | % des données sur les indicateurs publiées chaque année   |
| Indicateurs relatifs à la gouvernance, au leadership et à l'environnement politique                   |   |   |
| Indicateurs supplémentaires   |   |   |
| RES.29  | Remplissage du questionnaire relatif à l'infection à VIH et au sida du NCPI   |   |
| RES.30  | Réponses aux questions (document OMS) sur les politiques de la riposte du secteur de la santé au VIH  |   |
| Indicateurs relatifs au financement et au calcul des coûts pour les programmes de lutte contre le VIH |   |   |
| Indicateurs nationaux   |   |   |
| RES.31  |  Financement public national pour la lutte contre le VIH | % de l'ensemble des dépenses en rapport avec la lutte contre le VIH provenant des dépenses publiques nationales   |
| RES.32  | Dépenses en rapport avec la lutte contre le VIH dans les programmes de santé  |   |
| Indicateurs supplémentaires   |   |   |
| RES.33  | Progrès accomplis par le pays en vue d'assurer un financement national  | Indice de variation relative  |
| RES.34  | Dépenses nationales financées par le secteur privé  | % de l'ensemble des dépenses en rapport avec la lutte contre le VIH provenant du secteur privé  |
| RES.35  | Coût unitaire des interventions de lutte contre le VIH  | Dépenses des programmes de santé en rapport avec la lutte contre le VIH par personne atteinte   |
| Indicateurs relatifs aux populations clés   |   |   |
| Indicateurs nationaux   |   |   |
| KPOP.1  | Couverture du dépistage du VIH dans les populations clés  | % des personnes appartenant aux différentes populations clés chez lesquelles un dépistage du VIH a été réalisé au cours des 12 derniers mois et qui connaissent leur résultat |

|   |  |   |
|---|--|---|
| KPOP.2  |  Distribution d'aiguilles et de seringues   | Nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par consommateur de drogue par injection   |
| KPOP.3  | Couverture du TAR dans les populations clés  | % des personnes appartenant aux différentes populations clés, vivant avec le VIH et qui reçoivent un TAR  |
| <b>Indicateurs supplémentaires</b>  |  |   |
| KPOP.4  | Couverture de la TSO   | % des consommateurs de drogue par injection qui reçoivent une TSO   |
| KPOP.5  | Rétention sous TSO   | % recevant une TSO pendant 6 mois   |
| KPOP.6  | Prévalence de l'infection à VIH dans les populations clés  | % des personnes appartenant aux populations clés qui sont infectées par le VIH  |
| KPOP.7  | Expérience par les populations clés de discriminations de la part des agents de santé  | % des personnes appartenant aux différentes populations clés qui ont été victimes de discrimination de la part d'agents de santé                              |
| <b>Indicateurs relatifs à la programmation dans le secteur de la santé de l'utilisation du préservatif</b>  |  |   |
| <b>Indicateurs nationaux</b>  |  |   |
| PREV.1.a  |  Utilisation du préservatif chez les professionnel(le)s du sexe                             | % des professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur client le plus récent   |
| PREV.1.b  |  Utilisation du préservatif chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes | % des hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal avec un partenaire masculin                                      |
| PREV.1.c  | Utilisation du préservatif chez les consommateurs de drogue par injection  | % des consommateurs de drogue par injection déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel  |
| PREV.1.d  |  Utilisation du préservatif dans la population générale                                     | % des personnes ayant eu plus d'un partenaire sexuel qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel                                       |
| <b>Indicateurs relatifs à la circoncision masculine médicale volontaire</b>                                 |  |   |
| <b>Indicateurs supplémentaires (indicateurs nationaux dans certains pays)</b>                               |  |   |
| PREV.2  | Extension de la circoncision masculine médicale  | Nombre de circoncisions masculines médicales effectuées   |
| PREV.3  | Événements indésirables lors de la circoncision masculine médicale   | Nombre et % des hommes circoncis ayant présenté un événement indésirable modéré ou sévère pendant ou après la chirurgie                                       |
| <b>Indicateurs relatifs à la prophylaxie post-exposition (PPE) et à la prophylaxie pré-exposition (PPe)</b> |  |   |
| <b>Indicateurs supplémentaires</b>  |  |   |
| PREV.4  | Accès à la PPE   | % des établissements de santé où la PPE est disponible  |
| PREV.5  | Couverture de la PPe   | % d'utilisation de la PPe dans les populations prioritaires pour recevoir cette intervention  |
| <b>Indicateurs relatifs à la sécurité des injections</b>  |  |   |
| <b>Indicateur national</b>  |  |   |
| PREV.6  | Sécurité des injections au niveau des établissements de santé  | % des établissements de santé où l'ensemble des injections thérapeutiques sont réalisées en utilisant du matériel d'injection neuf, jetable et à usage unique |
| <b>Indicateur supplémentaire</b>  |  |   |
| PREV.7  | Approvisionnement en seringues et en aiguilles   | % des établissements de santé n'ayant aucune rupture de stock d'aiguilles et de seringues   |

| Indicateurs relatifs à la sécurité transfusionnelle             |   |   |
|---|---|---|
| Indicateur national   |   |   |
| PREV.8  | Sécurité transfusionnelle au niveau des établissements de santé   | % des établissements de santé offrant des transfusions sanguines qui répondent aux critères pour être considérées suffisantes et sûres  |
| Indicateur supplémentaire                                       |   |   |
| PREV.9  | Couverture du contrôle du sang  | % d'unités de sang pour lesquelles un dépistage des maladies véhiculées pas le sang a été réalisé   |
| Indicateurs relatifs aux infections sexuellement transmissibles |   |   |
| Indicateurs nationaux   |   |   |
| PREV.10   | Couverture du dépistage de la syphilis dans les soins prénatals   | % des femmes recevant des soins prénatals chez lesquelles un dépistage de la syphilis a été réalisé   |
| PREV.11   | Traitement de la syphilis   | Traitement de la syphilis chez les femmes recevant des soins prénatals et séropositives à la syphilis   |
| Indicateurs supplémentaires                                     |   |   |
| PREV.12   | Séroprévalence de la syphilis   | % des personnes séropositives à la syphilis   |
| PREV.13   | Incidence de la gonococcie  | Taux de gonococcie chez l'homme adulte  |
| PREV.14   | Incidence de l'écoulement urétral   | Taux d'écoulement urétral chez l'homme adulte   |
| PREV.15   | Incidence de la syphilis congénitale  | Taux de syphilis congénitale  |
| Indicateurs relatifs aux services de dépistage du VIH           |   |   |
| Indicateurs nationaux   |   |   |
| HTS.1   |  Personnes vivant avec le VIH chez lesquelles le diagnostic a été posé | % des personnes vivant avec le VIH chez lesquelles le diagnostic a été posé   |
| HTS.2   | Extension des services de dépistage du VIH  | Nombre de personnes chez lesquelles un dépistage du VIH a été réalisé et qui ont reçu leur résultat au cours des 12 derniers mois   |
| HTS.3   | Dépistages refaits dans le cadre des services de dépistage du VIH   | Nombre de personnes qui ont refait un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois  |
| HTS.4   | Couverture du dépistage chez les femmes enceintes infectées par le VIH dans le cadre de la PTME   | % des femmes enceintes pour lesquelles le statut par rapport au VIH est connu   |
| HTS.5   | Couverture du diagnostic précoce chez le nourrisson   | % des nourrissons exposés au VIH chez lesquels un test virologique recherchant une infection à VIH a été réalisé au cours des 2 mois suivant la naissance                     |
| HTS.6   | Dépistage chez les patients tuberculeux   | % des patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, enregistrés dont le statut sérologique vis-à-vis du VIH a été consigné  |
| HTS.7   | Couverture du dépistage du VIH dans les populations clés  | % des personnes appartenant aux différentes populations clés chez lesquelles un dépistage du VIH a été réalisé au cours des 12 derniers mois et qui connaissent leur résultat |
| Indicateurs supplémentaires                                     |   |   |
| HTS.8   | Refaire un dépistage pour vérifier le diagnostic avant la mise en route du TAR  | % des personnes qui commencent un TAR et chez lesquelles un dépistage a été refait afin de vérifier le diagnostic   |
| HTS.9   | Autodépistage   | % des personnes ayant réalisé un dépistage du VIH en utilisant un kit d'autodépistage   |
| HTS.10  | Couverture annuelle générale des services de dépistage du VIH   | % des personnes chez lesquelles un dépistage du VIH a été réalisé au cours des 12 derniers mois et qui ont reçu leur résultat   |


|   |  |   |
|---|--|---|
| HTS.11  | Dépistage chez le partenaire   | % des adultes infectés par le VIH recevant des soins de l'infection à VIH pour lesquels le statut du partenaire est connu   |
| HTS.12  | Activités d'amélioration de la qualité des services de dépistage du VIH                                | % des sites de TAR où sont menées des activités d'amélioration de la qualité  |
| HTS.13  | Ruptures de stocks dans les services de dépistage du VIH   | % des sites fournissant des services de dépistage du VIH ayant connu une rupture de stock de tests ou de réactifs utilisés pour le diagnostic de l'infection à VIH  |
| HTS.14  | Capacité des laboratoires à réaliser des tests en rapport avec le VIH                                  | Nombre de structures où sont réalisés des tests (laboratoires) et ayant la capacité d'effectuer des tests de laboratoire cliniques  |
| HTS.15  | Performance des laboratoires   | % des laboratoires pour lesquels les rapports de l'évaluation externe de la qualité et du contrôle de la bonne exécution des tests sont favorables  |
| Indicateurs relatifs aux liens avec les soins et à l'inscription dans les soins |  |   |
| Indicateurs nationaux   |  |   |
| LINK.1  |  Liens avec les soins | <p>Nombre et % des personnes infectées par le VIH chez lesquelles le diagnostic d'infection a été nouvellement posé, qui sont nouvellement inscrites dans les soins et qui reçoivent nouvellement des soins</p> <p>LINK.1a (indicateur privilégié) : nombre et % d'adultes chez lesquels le diagnostic d'infection a été nouvellement posé et pour lesquels un lien avec les soins a été établi (lien au niveau individuel)</p> <p>LINK.1b (s'il n'est pas possible de mesurer LINK.1a) : nombre d'adultes infectés par le VIH nouvellement inscrits dans les soins et qui reçoivent des soins et ratio avec le nombre d'adultes chez lesquels le dépistage du VIH s'avère positif (mesure indirecte transversale de la présence d'un lien)</p> |
| LINK.2  | Couverture des soins de l'infection à VIH  | Nombre et % des personnes vivant avec le VIH qui reçoivent des soins de l'infection à VIH (y compris un TAR)  |
| LINK.3  | Inscription dans les soins   | Nombre de personnes nouvellement inscrites dans les soins de l'infection à VIH  |
| LINK.4  | Besoins non satisfaits en matière de planification familiale   | % des femmes infectées par le VIH vues dans les services de soins et de traitement de l'infection à VIH et qui présentent des besoins non satisfaits en matière de planification familiale  |
| LINK.5  | Couverture du dépistage de la tuberculose dans les soins de l'infection à VIH                          | % des personnes dans les soins de l'infection à VIH (y compris dans le cadre d'une PTME) qui ont été dépistées pour la tuberculose dans des établissements de soins ou de traitement de l'infection à VIH   |
| Indicateurs supplémentaires   |  |   |
| LINK.6  | Dépistage chez le partenaire   | % des adultes recevant des soins de l'infection à VIH pour lesquels le statut du partenaire est connu   |
| LINK.7  | Couverture de la prophylaxie au cotrimoxazole  | % des personnes infectées par le VIH, remplissant les critères pour recevoir du cotrimoxazole et qui ont reçu ce médicament   |
| LINK.8  | Mise en route tardive des soins de l'infection à VIH   | % des personnes avec un nombre de CD4 $\leq 350$ cellules/mm <sup>3</sup> et une maladie symptomatique au moment de leur inscription dans les soins de l'infection à VIH  |
| LINK.9  | Rétention dans les soins pré-TAR à 12 mois   | % des personnes infectées par le VIH recevant des soins pré-TAR qui ne remplissent pas encore les critères pour recevoir un TAR et qui sont encore dans les soins 12 mois après leur inscription  |

|  |  |  |
|--|--|--|
| LINK.10  | Patients qui remplissent les critères mais qui n'ont pas encore commencé de TAR  | Nombre et % des personnes vivant avec le VIH qui remplissent les critères pour recevoir un TAR mais qui n'ont pas encore commencé ce traitement  |
| LINK.11  | Établissement en temps opportun d'un lien entre le diagnostic et le traitement chez les enfants âgés de moins de 5 ans | % des enfants âgés de moins de 5 ans chez lesquels un TAR a été mis en route au cours du mois suivant le diagnostic de leur infection à VIH  |
| Indicateurs relatifs à la co-infection tuberculose/VIH |  |  |
| Indicateurs nationaux                                  |  |  |
| LINK.12  | Prévalence de la tuberculose dans les soins de l'infection à VIH   | % des personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites pour une prise en charge du VIH et présentant une tuberculose évolutive  |
| LINK.13  | Prévalence de l'infection à VIH chez les patients tuberculeux  | % des patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, enregistrés dont le statut sérologique positif vis-à-vis du VIH a été consigné   |
| LINK.14  | Mortalité des patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH                                   | % des patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH qui sont décédés  |
| LINK.15  | Dépistage du VIH chez les patients tuberculeux   | % des patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, enregistrés dont le statut sérologique vis-à-vis du VIH a été consigné   |
| LINK.16  | Couverture du TAR pendant le traitement antituberculeux  | % des patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH sous TAR pendant le traitement antituberculeux  |
| LINK.17  | Couverture du TPI/traitement de la tuberculose latente   | % des personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites pour une prise en charge du VIH qui commencent un traitement préventif de la tuberculose   |
| LINK.18  | Couverture du dépistage de la tuberculose dans les soins de l'infection à VIH  | % des personnes dans les soins de l'infection à VIH (y compris dans le cadre d'une PTME) qui ont été dépistées pour la tuberculose dans des établissements de soins ou de traitement de l'infection à VIH  |
| Indicateurs supplémentaires                            |  |  |
| LINK.19  | Risque relatif de développer une tuberculose chez les agents de santé  | Risque de développer une tuberculose chez les agents de santé employés dans les établissements prenant en charge la tuberculose ou le VIH par rapport au risque dans la population générale adulte         |
| LINK.20  | Taux de dépistage de la tuberculose  | % des patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH, détectés et notifiés par rapport au nombre estimatif de cas incidents de tuberculose séropositifs pour le VIH                |
| LINK.21  | Test de diagnostic de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH   | % des personnes vivant avec le VIH présentant des symptômes de tuberculose qui reçoivent un test moléculaire rapide (par exemple le test Xpert MTB/RIF) comme premier test de diagnostic de la tuberculose |
| LINK.22  | Couverture de la prophylaxie au cotrimoxazole  | % des patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH qui bénéficient d'une prophylaxie au cotrimoxazole  |
| LINK.23  | Arrivée au terme du TPI/traitement de la tuberculose latente   | % des personnes vivant avec le VIH qui arrivent au terme du traitement prophylactique contre la tuberculose  |
| LINK.24  | TAR précoce chez les patients tuberculeux et infectés par le VIH   | % des patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH qui ont commencé un TAR dans les 8 semaines après le diagnostic de la tuberculose   |



|  |  |  |
|--|--|--|
| LINK.25  | TAR précoce chez les patients tuberculeux et infectés par le VIH profondément immunodéprimés           | % des patients tuberculeux, nouveaux et en rechute, séropositifs pour le VIH profondément immunodéprimés (nombre de CD4 $\leq$ 50 cellules/mm <sup>3</sup> ) qui ont commencé un TAR dans les 2 semaines à compter du diagnostic de la tuberculose |
| LINK.26  | Lutte contre l'infection tuberculeuse  | % d'établissements de santé offrant des services aux personnes qui vivent avec le VIH (y compris une PTME) et respectant des pratiques de lutte contre l'infection tuberculeuse  |
| Indicateurs relatifs aux autres co-morbidités  |  |  |
| Indicateurs nationaux  |  |  |
| LINK.27  | Dépistage de l'hépatite B  | % des personnes dans les soins de l'infection à VIH chez lesquelles un dépistage de l'hépatite B a été réalisé   |
| LINK.28  | Dépistage de l'hépatite C  | % des personnes dans les soins de l'infection à VIH chez lesquelles un dépistage de l'hépatite C a été réalisé   |
| Indicateurs relatifs au traitement antirétroviral  |  |  |
| Indicateurs nationaux  |  |  |
| ART.1  | Nouveaux patients sous TAR   | Nombre de personnes vivant avec le VIH qui commencent un TAR   |
| ART.2  | Couverture du TAR 1  | % des personnes vivant avec le VIH qui remplissent les critères pour recevoir un TAR et qui reçoivent ce traitement  |
| ART.3  |  Couverture du TAR 2  | % des personnes vivant avec le VIH qui reçoivent un TAR  |
| ART.4  | Mise en route tardive du TAR   | % des personnes infectées par le VIH chez lesquelles le TAR est mis en route alors que leur nombre de CD4 est $\leq$ 200 cellules/mm <sup>3</sup> , et $\leq$ 350 cellules/mm <sup>3</sup>   |
| ART.5  |  Rétention sous TAR | % des personnes vivant avec le VIH et sous TAR qui sont en rétention sous TAR 12 mois après la mise en route de ce traitement  |
| ART.6  | Issues du TAR à moyen terme  | % des patients sous TAR en fonction des différentes issues du traitement à 12 mois   |
| ART.7  | Mesure indirecte de l'observance du TAR  | % des patients sous TAR qui retirent dans les temps l'ensemble des ARV prescrits   |
| ART.8  | Couverture de la mesure de la charge virale  | % des personnes sous TAR chez lesquelles un résultat de mesure de la charge virale est disponible 12 mois après la mise en route du TAR  |
| ART.9  | Suppression de la charge virale 12 mois après la mise en route du TAR                                  | % des personnes vivant avec le VIH et sous TAR qui présentent une suppression de la charge virale 12 mois après la mise en route du traitement   |
| ART.10   | ART.10 Ruptures de stocks d'ARV  | % des structures de soins ayant connu une rupture de stock d'ARV   |
| ART.11   | ART.11 Survie sous TAR   | % des personnes vivant avec le VIH en vie 12, 24, 36 mois, etc. après la mise en route du TAR  |
| Récapitulatif des indicateurs programmatiques relatifs à l'infection à VIH chez l'enfant |  |  |
| Indicateurs nationaux  |  |  |
| HTS.1  | % des personnes vivant avec le VIH chez lesquelles le diagnostic a été posé                            | % des enfants et des adolescents vivant avec le VIH chez lesquels le diagnostic a été posé   |

|                             |  |   |
|-----------------------------|--|---|
| HTS.2                       | Extension des services de dépistage du VIH                                     | Nombre d'enfants et d'adolescents chez lesquels un dépistage du VIH a été réalisé et pour lesquels le résultat a été rendu  |
| HTS.5/MTCT.5                | Couverture du diagnostic précoce chez le nourrisson                            | % des nourrissons exposés au VIH chez lesquels un test virologique recherchant une infection à VIH a été réalisé au cours des 2 mois suivant la naissance                                     |
| LINK.2                      | Couverture des soins de l'infection à VIH                                      | Nombre et % des enfants infectés par le VIH qui reçoivent des soins de l'infection à VIH  |
| MTCT.9                      | Couverture de la prophylaxie au cotrimoxazole                                  | % des nourrissons exposés au VIH qui ont commencé une prophylaxie au cotrimoxazole dans les 2 mois suivant leur naissance   |
| MTCT.7                      | Taux de TME final  | % des nourrissons infectés par le VIH parmi les nourrissons exposés au VIH nés au cours des 12 derniers mois  |
| ART.1                       | Nouveaux patients sous TAR   | Nombre d'enfants qui commencent un TAR  |
| LINK.1/MTCT.15              | Mise en route du TAR, mise en route du TAR chez le nourrisson                  | % des nourrissons identifiés comme étant infectés par le VIH chez lesquels un TAR a été mis en route au plus tard à l'âge de 12 mois  |
| ART.2                       | Couverture du TAR 1  | % des enfants qui remplissent les critères pour recevoir un TAR et qui reçoivent ce traitement  |
| LINK.9                      | Rétention dans les soins pré-TAR à 12 mois                                     | % des enfants infectés par le VIH recevant des soins pré-TAR qui ne remplissent pas encore les critères pour recevoir un TAR et qui sont encore dans les soins 12 mois après leur inscription |
| ART.5                       | Rétention sous TAR   | % des enfants dont l'infection à VIH est connue et sous TAR qui sont en rétention sous TAR 12 mois après la mise en route de ce traitement  |
| ART.6                       | Issues du TAR à moyen terme  | % des enfants et adolescents sous TAR en fonction des différentes issues du traitement 12 mois après la mise en route du TAR  |
| ART.11                      | Survie sous TAR  | % des enfants en vie 12, 24, 36 mois, etc., après la mise en route du TAR   |
| MTCT.8                      | Statut par rapport à l'issue finale  | Distribution en % des nourrissons exposés au VIH, en fonction de leur statut par rapport à l'issue finale   |
| MTCT.4                      | Couverture de la prophylaxie par ARV chez le nourrisson                        | % des nourrissons exposés au VIH chez lesquels une prophylaxie par ARV a été mise en route  |
| Indicateurs supplémentaires |  |   |
| LINK.7                      | Couverture de la prophylaxie au cotrimoxazole                                  | % des enfants remplissant les critères pour recevoir du cotrimoxazole et qui ont reçu ce médicament   |
| MTCT.13                     | Temps mis pour obtenir les résultats du dépistage précoce chez le nourrisson   | % des résultats du diagnostic précoce chez le nourrisson rendus en temps opportun   |
| MTCT.14                     | Taux de TME à 6 semaines   | % des nourrissons nés de femmes infectées par le VIH qui sont infectés par le VIH à 6 semaines  |
| LINK.11                     | Établissement en temps opportun d'un lien entre le diagnostic et le traitement | % des enfants âgés de moins de 5 ans chez lesquels un TAR a été mis en route au cours du premier mois suivant le diagnostic de leur infection à VIH   |
| ART.7                       | Mesure indirecte de l'observance du TAR  | % des enfants et des adolescents sous TAR pour lesquels l'ensemble des ARV prescrits sont retirés dans les temps  |
| ART.8/VLS.2                 | Couverture de la mesure de la charge virale                                    | % des enfants et des adolescents sous TAR chez lesquels un résultat de mesure de la charge virale est disponible 12 mois après la mise en route du TAR  |
| ART.9/VLS.1                 | Suppression de la charge virale 12 mois après la mise en route du TAR          | % des enfants et des adolescents sous TAR qui présentent une suppression de la charge virale 12 mois après la mise en route du traitement   |



|  |   |  |
|--|---|--|
| ART.20   | Résistance du VIH aux ARV chez le nourrisson  | % des nourrissons et des enfants âgés de moins de 18 mois chez lesquels un diagnostic d'infection à VIH a été posé et qui présentent une résistance du VIH aux ARV quelle qu'elle soit     |
| Indicateurs relatifs au suivi de la toxicité   |   |  |
| Indicateur national  |   |  |
| ART.12   | Prévalence de la toxicité   | % des patients sous TAR chez lesquels a été observée une toxicité limitant le traitement   |
| Indicateur supplémentaire  |   |  |
| ART.13   | Accouchements prématurés liés à une toxicité des ARV  | % des accouchements prématurés chez les femmes enceintes infectées par le VIH sous TAR   |
| Indicateurs relatifs à la résistance du VIH aux ARV calculés à l'aide d'enquêtes spéciales |   |  |
| Indicateurs nationaux  |   |  |
| ART.14   | Prévalence de la résistance du VIH aux ARV au moment de la mise en route du TAR                                     | % des personnes vivant avec le VIH chez lesquelles un TAR est mis en route et qui présentent une résistance aux ARV  |
| ART.15   | Suppression de la charge virale 12 mois après la mise en route du TAR   | % des personnes vivant avec le VIH et sous TAR qui présentent une suppression de la charge virale 12 mois après la mise en route du traitement   |
| Indicateurs supplémentaires  |   |  |
| ART.16   | Prévalence de la résistance du VIH aux ARV acquise  | % des personnes vivant avec le VIH en échec thérapeutique sous TAR à 12 mois ( $\pm 3$ mois) qui présentent une résistance du VIH aux ARV quel qu'en soit le type                          |
| ART.17   | Résistance du VIH aux ARV acquise à long terme  | % des personnes vivant avec le VIH sous TAR depuis au moins 48 mois et en échec thérapeutique sous TAR qui présentent une résistance du VIH aux ARV quel qu'en soit le type                |
| ART.18   | Prévalence de la résistance du VIH aux ARV transmise  | % des adultes récemment infectés par le VIH qui présentent une résistance du VIH aux ARV   |
| ART.19   | Résistance du VIH aux ARV chez le nourrisson  | % des nourrissons et des enfants âgés de moins de 18 mois chez lesquels le diagnostic d'infection à VIH a été posé et qui présentent une résistance du VIH aux ARV quel qu'en soit le type |
| Indicateurs relatifs à la suppression de la charge virale                                  |   |  |
| Indicateurs nationaux  |   |  |
| VLS.1  | Suppression de la charge virale 12 mois après la mise en route du TAR   | % des personnes vivant avec le VIH et sous TAR qui présentent une suppression de la charge virale (<1000 copies/ml) 12 mois après la mise en route du traitement                           |
| VLS.2  | Couverture de la mesure de la charge virale   | % des personnes sous TAR chez lesquelles un résultat de la mesure de la charge virale est disponible 12 mois après la mise en route du TAR   |
| VLS.3  |  Suppression de la charge virale | % des personnes vivant avec le VIH et sous TAR qui présentent une suppression de la charge virale  |
| VLS.4  | Suivi de la charge virale   | % des personnes vivant avec le VIH et sous TAR qui ont reçu au moins un résultat de test de la charge virale au cours des 12 derniers mois   |
| Indicateurs supplémentaires  |   |  |
| VLS.5  | Charge virale au niveau de la population  | % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH qui présentent une suppression de la charge virale  |
| VLS.6  | Mesure précoce de la charge virale  | % des personnes sous TAR et chez lesquelles un suivi de la charge virale a été réalisé à 6 mois  |
| VLS.7  | Suppression de la charge virale à long terme  | % des personnes qui présentent une suppression de la charge virale 48 mois après la mise en route du TAR   |

| Indicateurs relatifs à la prévention de la transmission mère-enfant |   |  |
|---|---|--|
| <b>Indicateurs nationaux</b>  |   |  |
| MTCT.1  | Couverture du dépistage dans le cadre de la PTME  | % des femmes enceintes pour lesquelles le statut par rapport au VIH est connu  |
| MTCT.2  | Couverture du TAR dans le cadre de la PTME  | Nombre et % des femmes enceintes infectées par le VIH qui ont reçu un TAR au cours de la grossesse   |
| MTCT.3  | Rétention sous TAR  | % des femmes enceintes ou allaitant au sein infectées par le VIH en rétention sous TAR (6 et) 12 mois après la mise en route de ce traitement  |
| MTCT.4  | Couverture de la prophylaxie par ARV chez le nourrisson   | % des nourrissons exposés au VIH qui ont commencé une prophylaxie par ARV  |
| MTCT.5  | Couverture par des ARV chez le nourrisson allaité au sein   | % des nourrissons allaités au sein et exposés au VIH dont la mère reçoit un TAR 3 mois (et 12 mois) après l'accouchement   |
| MTCT.6  | Couverture du diagnostic précoce chez le nourrisson   | % des nourrissons exposés au VIH chez lesquels un test virologique recherchant une infection à VIH a été réalisé au cours des 2 mois suivant la naissance                                  |
| MTCT.7  | Taux de TME final   | % des nourrissons infectés par le VIH parmi les nourrissons exposés au VIH nés au cours des 12 derniers mois   |
| MTCT.8  | Statut par rapport à l'issue finale   | Distribution en % des nourrissons exposés au VIH, en fonction de leur statut par rapport à l'issue finale  |
| MTCT.9  | Couverture de la prophylaxie au cotrimoxazole   | % des nourrissons exposés au VIH qui ont commencé une prophylaxie au cotrimoxazole dans les 2 mois suivant leur naissance  |
| MTCT.10   | Besoins non satisfaits en matière de planification familiale  | % des femmes infectées par le VIH vues dans les services de soins et de traitement de l'infection à VIH et qui présentent des besoins non satisfaits en matière de planification familiale |
| <b>Indicateurs supplémentaires</b>                                  |   |  |
| MTCT.11   | Séroconversion chez les femmes enceintes  | % des femmes enceintes séronégatives pour le VIH qui refont un dépistage du VIH, en fonction de leur statut par rapport à la séroconversion  |
| MTCT.12   | Couverture du dépistage chez les partenaires des femmes enceintes   | % des femmes enceintes vues dans les soins prénatals pour lesquelles les partenaires de sexe masculin ont réalisé un dépistage du VIH au cours de la grossesse                             |
| MTCT.13   | Temps mis pour obtenir les résultats du dépistage précoce chez le nourrisson  | % des résultats du diagnostic précoce chez le nourrisson rendus en temps opportun  |
| MTCT.14   | Taux de TME à 6 semaines  | % des nourrissons nés de femmes infectées par le VIH qui sont infectés par le VIH à 6 semaines   |
| MTCT.15   | Mise en route du TAR chez le nourrisson   | % des nourrissons identifiés comme étant infectés par le VIH chez lesquels un TAR a été mis en route au plus tard à l'âge de 12 mois   |
| MTCT.16   | Intégration du TAR dans les sites de SMI  | % des structures de SMI qui fournissent le TAR   |
| MTCT.17   | Taux de rétention précoce   | % des femmes enceintes ou allaitant au sein sous TAR 1 mois et 3 mois après la mise en route de ce traitement  |
| MTCT.18   | Couverture de la réalisation d'un test de numération des CD4 ou d'une évaluation clinique de référence au cours des soins prénatals | % des femmes enceintes infectées par le VIH chez lesquelles une évaluation du nombre de CD4 ou du stade clinique a été réalisée au moment de la mise en route du TAR                       |
| MTCT.19   | Accouchements dans un établissement de santé  | % des femmes enceintes infectées par le VIH qui accouchent dans un établissement de santé  |

|   |  |  |
|---|--|--|
| MTCT.20   | Accouchements prématurés liés à une toxicité des ARV   | % des accouchements prématurés chez les femmes enceintes infectées par le VIH sous TAR   |
| MTCT.21   | Taux des cas pour l'ETME   | Taux des cas de nouvelles infections par le VIH chez l'enfant en raison de la TME pour 100 000 naissances vivantes   |
| Indicateurs relatifs à la mortalité liée au VIH   |  |  |
| Indicateur national   |  |  |
| IMP.1   |  Décès liés au sida   | Estimation du nombre de personnes décédées de causes liées au sida et taux de décès liés au sida pour 100 000 habitants  |
| Indicateurs relatifs à l'incidence et à la prévalence de l'infection à VIH                        |  |  |
| Indicateur national   |  |  |
| IMP.2   |  Nouvelles infections | Nombre et % des nouvelles infections à VIH   |
| Indicateurs supplémentaires   |  |  |
| IMP.3   | Taux d'incidence/an  |  |
| IMP.4   | Prévalence   | % des personnes infectées par le VIH   |
| IMP.5   | Prévalence de l'infection à VIH dans les populations clés  | % des personnes appartenant aux populations clés qui sont infectées par le VIH   |
| Indicateur relatif à l'équité   |  |  |
| Indicateur national   |  |  |
| IMP.6   | Accès équitable au TAR   | Ratio entre le % d'une sous-population recevant un TAR et le taux de couverture du TAR dans la population générale   |
| Indicateurs d'impacts sanitaires de l'infection à VIH et du TAR : nutrition                       |  |  |
| Indicateurs supplémentaires   |  |  |
| IMP.7   | Dénutrition chez les personnes vivant avec le VIH  | Nombre et % des personnes dans les soins et sous traitement de l'infection à VIH qui présentent une dénutrition  |
| IMP.8   | Malnutrition/ insuffisance pondérale   | Prévalence de la malnutrition/de l'insuffisance pondérale chez les orphelins et les enfants vulnérables par rapport aux autres enfants                                 |
| Indicateurs de réalisations ou d'impacts non sanitaires du TAR : stigmatisation et discrimination |  |  |
| Indicateurs supplémentaires   |  |  |
| IMP.9   | Attitudes envers les personnes vivant avec le VIH  | % des femmes et des hommes âgés de 15 à 49 ans ayant une attitude positive envers les personnes vivant avec le VIH   |
| IMP.10  | Stigmatisation et discrimination   | % des personnes vivant avec le VIH qui déclarent avoir été victimes de stigmatisation ou de discrimination   |
| IMP.11  | Accès des personnes vivant avec le VIH à la nourriture   | Nombre et % des personnes recevant des services de soins et de traitement de l'infection à VIH vivant dans un ménage où l'accès à la nourriture est limité             |
| IMP.12  | Dépenses des ménages par personne  | % de variation moyenne des dépenses des ménages par personne dans les ménages affectés par le VIH  |
| IMP.13  | Soutien économique extérieur aux ménages particulièrement démunis                                      | Proportion des ménages particulièrement démunis qui ont reçu un soutien économique extérieur au cours des 3 derniers mois  |
| IMP.14  | Fréquentation scolaire   | Fréquentation scolaire actuelle des enfants orphelins et des enfants non orphelins (10-14 ans, âge pour aller à l'école primaire, âge pour aller à l'école secondaire) |

# RÉFÉRENCES

Enhancing results by applying the Paris Declaration at sector level: progress update and lessons learnt from aid effectiveness in AIDS responses. Geneva, United Nations Joint Programme on HIV/AIDS, 2008 ([http://data.unaids.org/pub/Report/2008/20081023\\_accraprogressupdate\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2008/20081023_accraprogressupdate_en.pdf), consulté le 19 septembre 2015).

Evaluating HIV/AIDS prevention projects: a manual for nongovernmental organizations. Calverton, MD, MEASURE Evaluation, 2000 (<http://www.cpc.unc.edu/measure/tools/hiv-aids/evaluating-hiv-aids-prevention-projects>, consulté le 19 septembre 2015).

La stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/sida 2011-2015. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 ([http://www.who.int/hiv/pub/hiv\\_strategy/fr/](http://www.who.int/hiv/pub/hiv_strategy/fr/), consulté le 19 septembre 2015).

Guidance on evaluation and review for DFID staff. London, Department for International Development, 2005 ([https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/67851/guidance-evaluation.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/67851/guidance-evaluation.pdf), consulté le 19 septembre 2015).

Guidelines for conducting a review of a national tuberculosis programme. Geneva, World Health Organization, 1998 (<http://www.who.int/tb/publications/1998/en/index.html>, consulté le 19 septembre 2015).

Guidelines for conducting a review of the health sector response to HIV/AIDS. Manila, WHO Regional Office for South-East Asia, 2008 (<http://www.who.int/management/programme/aids/GuidelinesConductingReviewHealthSectorResponseHIVAIDS.pdf>, consulté le 19 septembre 2015).

Guidelines for conducting focused programme review. Geneva, World Health Organization, 1997 ([https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/63668/1/WHO\\_CHD\\_97.5.pdf](https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/63668/1/WHO_CHD_97.5.pdf), consulté le 19 septembre 2015).

International Health Partnership [site web]. International Health Partnership (<http://www.internationalhealthpartnership.net/en>, consulté le 19 septembre 2015).

Joint reviews of national AIDS responses: a guidance paper. Geneva, United Nations Joint Programme on HIV/AIDS, 2008 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/jc1627\\_joint\\_reviews\\_en\\_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1627_joint_reviews_en_0.pdf), consulté le 19 septembre 2015).

Malaria programme reviews: a manual for reviewing the performance of malaria control and elimination programmes. Trial edition. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/malaria/publications/atoz/whomprmalariaprogramperformancemanual/en/>, consulté le 19 septembre 2015).

Monitoring and evaluation of health systems strengthening: an operational framework. Geneva, World Health Organization, 2009 ([http://www.who.int/healthinfo/HSS\\_MandE\\_framework\\_Nov\\_2009.pdf](http://www.who.int/healthinfo/HSS_MandE_framework_Nov_2009.pdf), consulté le 19 septembre 2015).

Monitoring, evaluation and review of national health strategies. Geneva, International Health Partnership and related initiatives, 2011 ([http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Upcoming\\_events/Session4MonitoringEvaluationReview\\_of\\_NationalHealthStrategies2011.pdf](http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Upcoming_events/Session4MonitoringEvaluationReview_of_NationalHealthStrategies2011.pdf), consulté le 19 septembre 2015).

Planning guide for the health sector response to HIV. Geneva, World Health Organization, 2011 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241502535/en/>, consulté le 19 septembre 2015).

Primary health care reviews: guidelines and methods. Geneva, World Health Organization, 1992 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39118/1/9241544376\\_%28part1%29.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39118/1/9241544376_%28part1%29.pdf), consulté le 19 septembre 2015).

Schwartzlander B, Stover J, Hallet T et al. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *Lancet* 2011; 377:2031-41

UNAIDS, WHO and MEASURE. National AIDS programmes: a guide to monitoring and evaluation. Geneva, World Health Organization, 2000 (<http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/unaids0017e.pdf>, consulté le 19 septembre 2015).

Déclaration politique sur le VIH/sida : Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida. New York, Assemblée générale des Nations Unies, 2011 (<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/N11/367/85/PDF/N1136785.pdf?OpenElement>, consulté le 19 septembre 2015).

OMS, ONUSIDA, le Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, USAID, CDC, HHS, UNICEF et la Banque mondiale. Guide pour le suivi et l'évaluation des programmes de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43148/1/9292240056.pdf>, consulté le 19 septembre 2015).





**For more information, contact:**

World Health Organization  
Department of HIV/AIDS  
20, avenue Appia  
1211 Geneva 27  
Switzerland

E-mail: [hiv-aids@who.int](mailto:hiv-aids@who.int)

[www.who.int/hiv](http://www.who.int/hiv)

ISBN 978 92 4 250875 8



9 789242 508758