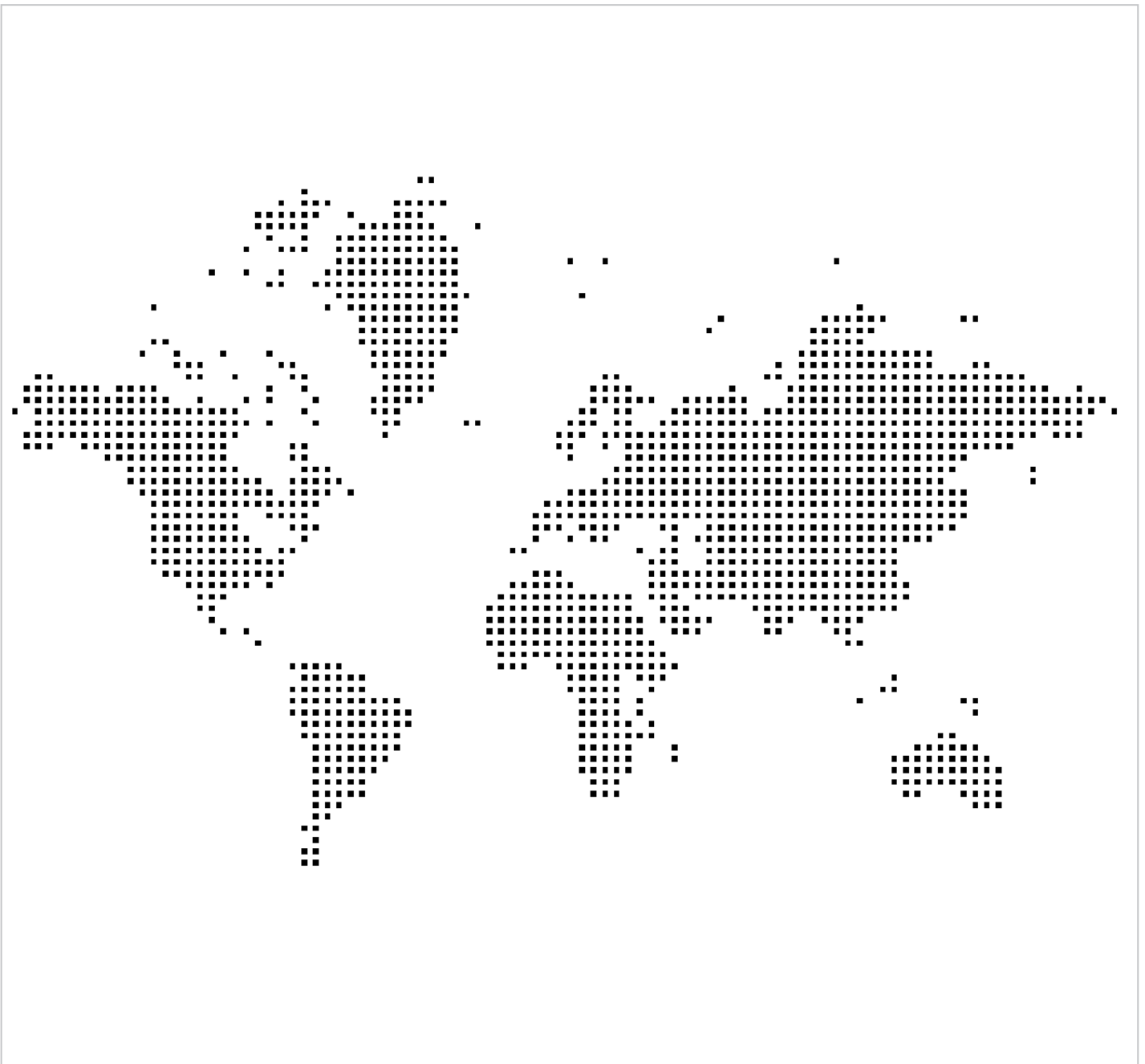


Procédé de suivi et d'évaluation des programmes de prévention du VIH destinés aux groupes de population les plus exposés au risque d'infection



ONUSIDA/08.23F / JC1519F (version française, novembre 2008)

Version originale anglaise, UNAIDS/07.15E / JC1338E, avril 2007 :
A framework for monitoring and evaluating HIV prevention programmes for most-at-risk populations.
Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) 2008.

Tous droits de reproduction réservés. Les publications produites par l'ONUSIDA peuvent être obtenues auprès de l'Equipe Gestion du contenu de l'ONUSIDA. Les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction des publications de l'ONUSIDA – qu'elles concernent la vente ou une distribution non commerciale – doivent être adressées à l'Equipe Gestion du contenu à l'adresse ci-dessous ou par fax, au numéro +41 22 791 48 35 ou par courriel : publicationpermissions@unaids.org.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent

de la part de l'ONUSIDA 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.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'ONUSIDA, de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'ONUSIDA ne garantit pas que l'information contenue dans la présente publication est complète et correcte et ne pourra être tenu pour responsable des dommages éventuels résultant de son utilisation.

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Procédé de suivi et d'évaluation des programmes de prévention du VIH destinés aux groupes de population les plus exposés au risque d'infection.

« ONUSIDA/08.23F / JC1519F ».

1. Infection à VIH – prévention et contrôle. 2. Syndrome d'immunodéficience acquise – prévention et contrôle. 3. Évaluation programme. I. ONUSIDA.

ISBN 978 92 9 173 706 2

(Classification NLM : WC 503.6)

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Genève 27 – Suisse
Téléphone : (+41) 22 791 36 66 – Fax : (+41) 22 791 48 35
Courrier électronique : distribution@unaids.org – Internet : <http://www.unaids.org>

Procédé de suivi et d'évaluation des programmes de prévention du VIH destinés aux groupes de population les plus exposés au risque d'infection

Table des matières

Avant-propos	4
Remerciements	5
Acronymes	6
Glossaire	7
Chapitre 1. Introduction	9
Chapitre 2. Éléments d'information	19
Chapitre 3. Estimation de l'ampleur et définition de la nature du problème	27
Chapitre 4. Caractérisation des facteurs associés	35
Chapitre 5. Suivi et évaluation de processus – Estimation de la qualité de la mise en œuvre du programme	43
Chapitre 6. Contrôle de l'adhésion au programme et de la couverture assurée	49
Chapitre 7. Délimitation de l'utilité des initiatives engagées – Evaluation des résultats obtenus	57
Chapitre 8. Suivi des résultats du programme et des indicateurs d'impact – Le rôle des enquêtes et de la surveillance	66
Chapitre 9. Estimation de l'utilité collective – Le recours à la triangulation et à l'analyse intégrée	75
Annexe. Indicateurs de l'UNGASS	83

Avant-propos

Le procédé organisationnel décrit dans le présent document est le résultat de plus de deux ans de travail d'élaboration et témoigne de la contribution de nombreuses personnes et organisations nationales et internationales dans la planification, le suivi et l'évaluation des programmes de prévention destinés aux personnes et aux groupes de population les plus exposés au risque d'infection par le VIH. Il a été conçu à l'intention des responsables de programmes nationaux et sous-nationaux et des différentes personnes intervenant dans le cadre (1) de la planification et de la mise en œuvre des programmes ; (2) du suivi et de l'évaluation ; et (3) de l'utilisation de données et d'informations susceptibles de contribuer à l'élaboration de nouvelles directives et à l'amélioration des programmes existants.

Il ne s'agit pas d'un guide supplémentaire sur les indicateurs de suivi. A titre informatif, les indicateurs établis en 2007 lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS) au sujet des groupes de population les plus exposés au risque d'infection figurent néanmoins en annexe. S'agissant d'un domaine de travail relativement nouveau, il est tout d'abord apparu nécessaire d'en concevoir des principes directeurs clés, des concepts associés, et d'établir un procédé organisationnel qui permettrait de synthétiser le travail effectué et servirait d'étape initiale au renforcement de fondements conceptuels et à l'ordonnancement de l'ensemble disparate des méthodes, références et matériels existants en un document unique. Le procédé dont il est ici question sera testé sur le terrain et des directives pratiques et opérationnelles seront développées en conséquence. Ce document n'est cependant pas conçu pour servir de manuel opérationnel. Un tel manuel, dont l'élaboration future est prévue, devra tenir compte de critères régionaux, géographiques, contextuels et démographiques, et s'y adapter.

Ce procédé organisationnel constitue un cadre de travail initial dont l'utilisation sur le terrain au cours des prochaines années contribuera à déterminer la faisabilité et l'applicabilité. L'expérience acquise et les enseignements tirés dans le cadre de l'utilisation du présent document seront compilés et serviront de fondement à l'élaboration de futures directives. Dans ce sens, tous les commentaires et suggestions sont les bienvenus et seront adressés au Département Suivi et Evaluation (EVA) de l'ONUSIDA.

Remerciements

Ce document résulte des efforts conjoints de nombreuses personnes et organismes concernés par l'amélioration de la situation des populations les plus affectées par le VIH. Les organismes en question comprennent l'USAID, le CDC, l'OMS, l'ONUSIDA, l'UNICEF, la Banque mondiale et *Family Health International*. Ce travail a été coordonné par *MEASURE Evaluation*.

David Wilson, son concepteur, a bénéficié de l'assistance et de l'enthousiasme de Cameron Wolf pour en concrétiser la forme. Ruth Bessinger, Paul DeLay, Hilary Homans, Mary Mahy, Greet Peersman, Cyril Pervilhac, Dimitri Prybylski, Deborah Rugg, Patchara Rumakom, Keith Sabin et Cameron Wolf comptent parmi les membres du Groupe de travail technique assurant le suivi et l'évaluation (S&E) des populations les plus à risque ayant également contribué au développement du procédé dont il est ici question.

Les personnes ayant apporté un concours significatif à la rédaction du document comptent Mike Merrigan qui s'est chargé de la version préliminaire du chapitre consacré au suivi de processus ; Keith Sabin qui a contribué aux chapitres relatifs à l'estimation de l'ampleur du problème, à la caractérisation des facteurs associés et au suivi des résultats et de l'impact ; Greet Peersman, Deborah Rugg, Roger Myrik et Sara Melillo qui se sont chargés du chapitre sur la délimitation de l'utilité des initiatives engagées ; et Dimitri Prybylski à qui l'on doit le chapitre consacré à la triangulation. Les chapitres 1 et 2 (Introduction et Eléments d'information) et les paragraphes relatifs aux indicateurs ont bénéficié de la contribution de Hillary Homans et de Mary Mahy, s'agissant plus précisément de la situation des adolescents et des jeunes gens exposés au risque d'infection, de Clif Cortez qui a contribué à définir les groupes de population les plus exposés, de Matt Friedman et de Patchara Rumakom qui se sont chargés de documenter le concept d'ensemble minimum d'activités, de Deborah Rugg qui a établi l'échelle de l'évaluation et enfin de Sharon Weir qui a fourni des exemples où le mécanisme de *Priorities for Local AIDS Control Efforts (PLACE)* avait été mis en place. Le guide a été préparé par Ruth Bessinger.

Une première ébauche du document a fait l'objet d'une discussion entre les membres du Groupe de travail technique réunis à Genève, en août 2005. Une version révisée a par la suite été largement diffusée afin d'en recueillir des commentaires. Outre les membres du Groupe de travail technique mentionnés plus haut, d'autres personnes sont intervenues au cours de la réunion organisée à Genève ou au fil des versions ultérieures du document, notamment Eddy Beck, Tim Brown, Karl Dehne, Catherine Hankins, Lori Hieber-Girardet, José Izazola, Rob Lyerla, Serigne Ndiaye, Kevin O'Reilly, Jessica Rose, Andy Seale, Jackie Tate et Kate Thomson. En juillet 2006, une version quasi-finale a été mise en circulation par l'ONUSIDA sous la forme d'un document de travail.

Diffusé sur le terrain, le document de travail de juillet 2006 a par la suite fait l'objet de révisions effectuées par des intervenants d'Europe de l'Est, d'Amérique latine et des Caraïbes, d'Afrique subsaharienne et d'Asie. A cette version finale ont contribué : Abu Abdul-Quader, Alimou Barry, Alexei Bobrik, Michel Carael, Mohammed Dahoma, Theresa Diaz, Sergiy Dvoryak, Ksenia Eroshina, Laurel Fain, Peter Figueroa, Samuel Grigorian, Gabriela de la Iglesia, Elizabeth Lloyd, Salil Panakadan, Caroline Ryan, Zoya Shabarova et Joachim Theis.

Acronymes

BSS	Enquête de surveillance comportementale
CDC	United States Centers for Disease Control and Prevention
CDI	Consommateurs de drogues injectables
CTV	Conseil et test volontaires
FHI	Family Health International
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
IST	Infections sexuellement transmissibles
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PLACE	Priorities for Local AIDS Control Efforts
PTME	Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
PVV	Personnes vivant avec le VIH
S&E	Suivi et évaluation
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
UNGASS	Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Glossaire

L'évaluation procède d'une rigoureuse collecte scientifique d'informations relatives aux activités, caractéristiques et résultats d'un programme qui en déterminent l'intérêt ou la valeur. Les études d'évaluation servent à améliorer les programmes et à éclairer les futures décisions d'attribution de ressources.

L'évaluation de l'impact examine les variations de l'incidence et de la prévalence de la maladie comme résultante des programmes de lutte contre le sida. L'effet (l'impact) sur l'ensemble de la population peut rarement être attribué à un programme unique ou même à plusieurs d'entre eux ; c'est pourquoi l'évaluation de l'impact exige une conception rigoureuse qui inclut les effets combinés de plusieurs programmes destinés aux populations les plus exposées.

L'initiative comporte un ensemble spécifique d'activités mises en œuvre dans le cadre d'un projet ou par des prestataires et se concentre généralement sur des niveaux de populations distincts, à savoir individuel, de groupe plus ou moins important, communautaire ou national.

Le suivi consiste à assurer le contrôle régulier des éléments clés d'un programme ou d'un projet et à en examiner les résultats escomptés. Il comporte généralement des informations réunies dans des comptes rendus ou rassemblées dans le cadre d'enquêtes conduites auprès de l'ensemble de la population ou de groupes plus spécifiques.

L'évaluation des résultats consiste à déterminer si les activités engagées ou services fournis ont abouti aux résultats escomptés et dans quelle mesure. Là où le suivi des résultats est, lui, utile et nécessaire pour déterminer si les résultats ont été atteints, l'évaluation des résultats tente d'attribuer les changements observés aux initiatives engagées, de décrire le degré ou l'ampleur des résultats et d'indiquer ce qui pourrait survenir en l'absence d'un tel programme. Elle repose sur une méthode rigoureuse et exige un élément de comparaison comme par exemple un groupe témoin.

Le suivi des résultats réside dans la surveillance des variables utilisées comme mesures ou indicateurs des résultats escomptés. Il arrive qu'il consiste également à contrôler les informations directement associées aux groupes de population cibles, concernant notamment une évolution des connaissances, des attitudes, des convictions, des compétences, des comportements, l'accès aux services, les directives en vigueur, et le contexte environnemental.

Les prestations délivrées sont considérées comme le résultat des activités du programme, les éléments ou services directement consécutifs aux activités engagées, notamment le nombre de séances d'accompagnement psychologique ayant abouti, le nombre de personnes approchées, et la quantité de matériels mis à disposition.

Les services de proximité sont chargés de véhiculer informations et services de santé auprès des communautés où vivent les groupes de population les plus exposés au risque d'infection ou dans leurs lieux de rassemblement (lieux d'injection de drogues, lieux de rencontres sexuelles). Les informations, services et matériels dont il est ici question relèvent généralement de la responsabilité d'agents de santé qui interviennent dans de multiples endroits, au nombre desquels l'entrée d'un magasin, l'angle de deux rues, et l'habacle d'un autobus.

L'éducation par les pairs consiste à ce que des personnes formées à cet effet se chargent de fournir un enseignement à leurs pairs et contribuent ainsi au développement de connaissances, d'attitudes et de compétences susceptibles de les responsabiliser en matière de santé, et de se prémunir du risque de contamination par le VIH.

Les pairs éducateurs de proximité appartiennent ou ont appartenu à un groupe exposé au risque d'infection auxquels on confie la tâche de fournir des préservatifs, des aiguilles stériles et des informations, et d'expliquer comment accéder aux services de santé. Il arrive que le pair éducateur de proximité se rende dans le service en question aux côtés du client et qu'il lui prodigue un accompagnement psychologique.

L'évaluation du processus se concentre sur la mise en œuvre d'un programme et recourt surtout à des méthodes qualitatives pour décrire les activités et les perceptions du programme, plus particulièrement au cours de son élaboration et au début de sa mise en œuvre. Il arrive également qu'elle comporte des approches quantitatives telles que des enquêtes de satisfaction menées auprès de clients ou des enquêtes sur leur perception des besoins et des services. Elle favorise en outre une meilleure compréhension des paramètres culturels, sociopolitiques, juridiques et économiques ayant une incidence sur la conduite du programme.

Le suivi de processus consiste à ce que des informations soient régulièrement recueillies au sujet de l'ensemble des caractéristiques d'un projet ou d'un programme et contribuent ainsi à en évaluer les progrès. Il fournit des données utiles à la planification du programme et participe à informer les donateurs, les responsables et les bénéficiaires des activités engagées au sujet des progrès enregistrés.

Un programme, dans le domaine du sida, se réfère à une riposte systématique nationale ou sous-nationale globale à l'épidémie qui peut comprendre plusieurs projets ou initiatives.

La surveillance consiste à collecter, analyser, interpréter et diffuser de manière systématique et continue des données sanitaires spécifiques utilisées dans le cadre d'actions de santé publique articulées autour du recul de la morbidité et de la mortalité, et d'une meilleure santé.

Les media ciblés se réfèrent à la somme d'informations susceptibles d'être diffusées auprès de groupes de population spécifiques par l'intermédiaire de supports médiatiques (vidéos, émissions de radio, matériels écrits, panneaux d'affichage et sites Internet) dans le cadre de la lutte contre le sida.

La triangulation se réfère à l'analyse et à l'utilisation de données issues de multiples sources et obtenues par l'intermédiaire de méthodes distinctes. Les constatations peuvent être corroborées, et les lacunes (ou les informations biaisées) d'une des méthodes ou d'une des sources de données compensées par les atouts d'une autre, augmentant ainsi la validité et la fiabilité des résultats obtenus.

La vulnérabilité se réfère aux facteurs contribuant à l'adoption de comportements à risque. Une personne que l'on considère vulnérable au VIH se caractérise par l'absence de résolution ou l'incapacité à se protéger contre toute forme majeure de danger ou d'exploitation associés à l'infection.

Introduction

A qui est destiné le procédé dont il est ici question ?

Cette publication fournit aux gouvernements, aux organismes internationaux, aux organisations non gouvernementales (ONG) et aux autres représentants de la société civile une forme d'orientation en matière de suivi et d'évaluation des programmes de prévention du VIH destinés aux groupes de population les plus exposés. Elle est avant tout conçue pour les responsables de programme et les différents intervenants impliqués dans la planification et la mise en œuvre des programmes et des projets nationaux ou sous-nationaux destinés aux groupes de population les plus exposés au risque d'infection.

Ce procédé comporte un ensemble de méthodes et d'outils susceptibles d'être utilisés au niveau national, et de façon vraisemblablement plus appropriée encore, au niveau sous-national. Contrairement aux initiatives destinées à l'ensemble de la population, celles qui se circonscrivent aux groupes de population les plus exposés sont souvent mises en œuvre au niveau sous-national, ces derniers étant géographiquement dispersés. Elles se polarisent habituellement sur les grands centres urbains, les zones frontalières et les villes où se concentrent migrants ou touristes. La planification et la mise en œuvre de telles initiatives étant fréquemment conduites au niveau local, il importe que les activités de suivi et d'évaluation soient, elles, menées tant à ce niveau qu'au niveau national.

La complexité des méthodes et des approches présentées dans ce document est variable. Si certaines relèvent du champ d'action de personnes ou d'organisations intervenant sur le terrain, d'autres exigent de solides compétences analytiques et la contribution d'une personne ou d'un organisme chargé(e) de superviser la collecte et l'analyse de données, et d'en assurer la diffusion.

Le fondement d'un tel guide

- Les guides de suivi et d'évaluation existants, s'agissant en particulier des programmes de prévention, ont pour la plupart été élaborés dans la perspective d'épidémies généralisées et accordent peu d'attention aux besoins spécifiques des zones où la propagation du VIH se concentre parmi des groupes de population tout particulièrement exposés au risque d'infection.
- Des méthodes et des approches ont été élaborées et utilisées pour le suivi et l'évaluation des groupes de population les plus exposés et une grande partie de ce travail a été diversement documentée. Il était cependant nécessaire de rassembler ces documents pour offrir une vue globale des activités de suivi et d'évaluation menées parmi ces groupes de population.
- La collecte de données effectuée auprès des groupes de population les plus exposés ayant jusque-là été conduite de façon peu systématique, ce document insiste sur l'importance des activités de suivi et d'évaluation conduites au niveau sous-national ou d'un projet, dans le cadre plus large d'un système national.

Contenu de ce guide

Le procédé appliqué consiste à fournir une vue d'ensemble des méthodes et approches de suivi et d'évaluation utilisées auprès des groupes de population les plus exposés au risque d'infection. Il rend également compte de l'utilisation de données stratégiques dans la planification, le suivi et l'évaluation d'un programme. Il ne s'agit pas ici de fournir des orientations programmatiques spécifiques, mais de se concentrer sur le suivi et l'évaluation de programmes de prévention ciblés. Le suivi et l'évaluation de la thérapie antirétrovirale et d'autres services thérapeutiques sont en conséquence écartés. Les lecteurs du présent document sont invités à consulter le site Internet de l'OMS à l'adresse <http://www.who.int/HIV/pub/guidelines/en> pour obtenir davantage d'informations dans ces domaines distincts.

Ce procédé s'inspire de sources existantes lorsque disponibles et tient compte des réflexions les plus récemment conduites auprès des groupes de population particulièrement exposés au risque d'infection en matière de suivi et d'évaluation. Il n'entre pas dans des détails spécifiquement techniques mais dirige le lecteur vers des manuels complémentaires appropriés, des matériels de formation et d'autres sources d'informations techniques, lorsque nécessaire.

Mise en pratique du présent guide à un stade généralisé de l'épidémie

Les initiatives engagées auprès des groupes de population les plus exposés possèdent le même caractère essentiel à un stade généralisé de l'épidémie que lors d'épidémies de bas niveau ou concentrées. Faute d'initiatives efficaces auprès des réseaux du commerce du sexe et des consommateurs de drogues injectables, une incidence élevée du VIH peut alimenter la transmission quel que soit le stade de l'épidémie. Dans le cas d'épidémies de bas niveau et concentrées, il est important de privilégier l'octroi de ressources aux populations particulièrement infectées et affectées. Les épidémies généralisées justifient une riposte plus large qui doit néanmoins comporter des efforts particuliers de réduction de la transmission parmi les populations davantage vulnérables. Des raisons humanitaires justifient également d'articuler les initiatives pressenties autour des groupes de population les plus vulnérables. Ce guide s'appliquera donc à tous les pays où les programmes de prévention ciblent les groupes de population les plus exposés, quel que soit le stade de l'épidémie.

Base de l'engagement

Dans de nombreux pays, la société civile a souvent assumé la responsabilité directe de mettre en place et de faire fonctionner les services associés au VIH et destinés aux populations les plus exposées, et elle a quelquefois joué un rôle de pionnier dans ce domaine. Le terme de société civile comprend les ONG et les groupes informels au niveau international, national et local, y compris les associations représentant les personnes vivant avec le VIH, les personnes hautement susceptibles d'y être exposées et les femmes, et également les organisations confessionnelles. On y inclut en outre les personnes marginalisées, qu'elles appartiennent ou non à une association, comme les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les migrants, les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables (CDI) et les détenus. Les organisations de la société civile représentent souvent des personnes marginalisées, s'agissant notamment de celles les plus exposées à l'infection et faisant souvent l'objet d'une stigmatisation particulièrement aiguë. C'est pourquoi il importe d'impliquer les différents représentants de la société civile dans les activités de suivi et d'évaluation, et de s'assurer leur concours s'agissant de déterminer à quel point les services mis en place répondent opportunément aux besoins des personnes qui présentent un risque de contamination et de celles vivant avec le VIH. La participation de la société civile dans la planification et la mise en œuvre d'un système commun de suivi et d'évaluation est également soutenue par les « Trois principes ».

Considérations éthiques

Toutes les activités de suivi, d'évaluation, de surveillance et de recherche justifient une protection des personnes sollicitées, mais cette protection s'avère plus importante encore lorsqu'il s'agit de groupes de population particulièrement exposés à l'infection, que leur comportement rend souvent socialement vulnérables ou marginalise, et que toute collecte de données les concernant risque de placer dans une situation plus délicate encore. Chaque personne doit être respectée et traitée comme un individu autonome qui prend librement la décision de participer à des activités de suivi et d'évaluation. Il importe que les responsables de ces activités optimisent les bénéfices d'une telle contribution et réduisent tout risque de nuire à quelqu'un.

Les responsables de la planification et de la mise en œuvre des activités de suivi et d'évaluation ont en outre une obligation éthique et juridique de protéger la vie privée des personnes sollicitées. Ils doivent leur expliquer clairement comment les informations confidentielles seront utilisées et protégées. Dans ce contexte, le respect de la vie privée signifie que chaque individu peut en toute autonomie contrôler l'usage de l'information qui le concerne. Les procédures qui assurent habituellement le respect de ces principes comprennent : le consentement éclairé, la protection des informations personnelles et l'examen des données impliquant des sujets humains par une institution désignée.

Éléments que suppose un consentement éclairé

- une explication au sujet des objectifs fixés dans le cadre d'un projet ou d'une étude et une description de la procédure utilisée
- le détail des risques ou de la gêne prévisibles
- une description de compensations éventuelles
- des informations sur la personne à qui adresser des questions supplémentaires
- un rappel de l'intérêt que présente l'activité en question pour les personnes sollicitées
- un compte rendu sur la confidentialité des données rassemblées
- une explication relative au choix délibéré de participer et sur la possibilité de se retirer à tout moment.

Il importe de mettre la procédure décrite en pratique pour garantir la confidentialité et la sauvegarde des informations personnelles. Celle-ci peut supposer de conduire les entretiens dans des espaces privés, d'utiliser des numéros d'identification plutôt que des noms et de garder en lieu sûr toutes les informations permettant d'identifier une personne.

Certaines activités de suivi et d'évaluation ne nécessitent pas forcément d'examen des données impliquant des sujets humains si elles ne sont pas considérées comme relevant de la recherche, mais peuvent néanmoins exiger un contrôle formel. En revanche, la collecte de données considérées comme intégrant le domaine de la recherche exige un examen approprié et continu effectué par des personnes ou des institutions compétentes, afin de garantir la protection des droits de sujets humains dans le cadre du protocole d'étude et des procédures utilisées. Il importe également de mentionner que certains groupes de population, au nombre desquels les jeunes gens et les détenus, requièrent des mesures de protection particulières plus draconiennes.

Choix d'indicateurs appropriés

Il importe que le choix des indicateurs reflète les priorités du programme et l'affectation des ressources allouées, lesquelles devraient elles-mêmes tenir compte des groupes de population les plus exposés, dans le pays ou le contexte géographique considéré. Une évaluation des fonds octroyés au niveau national par rapport aux nouveaux cas d'infection enregistrés parmi les groupes de population les plus exposés peut s'avérer nécessaire pour déterminer les domaines prioritaires du programme. Celle-ci contribuerait alors à orienter le choix des indicateurs.

Ce document tient compte des indicateurs de l'UNGASS établis en 2007 au sujet de la couverture des programmes, des connaissances et des comportements et des données relatives à la prévalence du VIH parmi les groupes de population les plus exposés (se reporter à l'adresse www.unaids.org pour consulter les mises à jour de cette liste). Cette liste devrait être considérée comme un point de départ au choix d'indicateurs. La plupart des programmes destinés aux groupes de population les plus exposés souhaiteront en ajouter d'autres. Les pays présentant des épidémies concentrées ou à faible prévalence sont également susceptibles de vouloir ajouter des indicateurs de couverture de services et de comportement à risque associés au VIH dans d'autres groupes de population prioritaires et dans l'ensemble de la population, surtout si l'épidémie tend à s'installer en dehors des groupes à risque. Des informations complémentaires sur les indicateurs appropriés à l'ensemble de la population et aux jeunes gens sont disponibles dans des documents d'orientation, à l'adresse <http://www.unaids.org>, et figurent également en fin de chapitre.

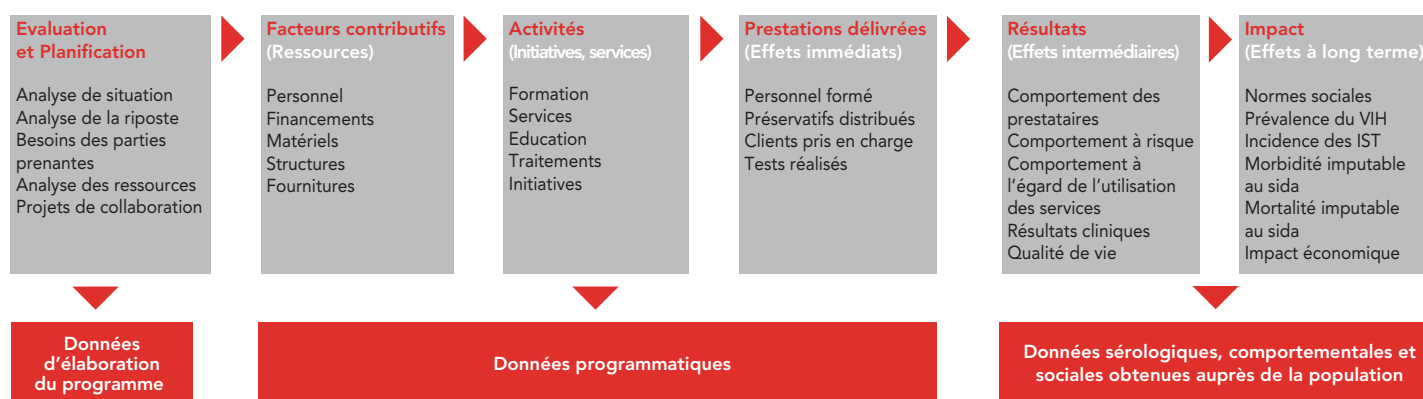
Il importe que tous les pays, quel que soit le stade de l'épidémie y étant observé, surveillent les indicateurs d'engagement national, s'agissant notamment des dépenses allouées dans le cadre de la lutte contre le VIH et des politiques nationales. Le document de l'UNGASS fournit des informations sur ces indicateurs. Le procédé dont il est ici question s'articulant autour des programmes de prévention du VIH, aucun indicateur relatif aux programmes de soins, d'appui et de traitement spécifiquement destinés aux groupes de population les plus exposés n'y est étudié. Une liste rassemblant un certain nombre de documents de référence sur les programmes thérapeutiques, de soins et d'appui, et sur les programmes de traitements antirétroviraux est fournie en fin de chapitre à l'intention des lecteurs intéressés par l'élaboration de systèmes de suivi et d'évaluation dans ces domaines.

Conformément aux « Trois principes », les pays s'emploient à mettre en place un système commun de suivi et d'évaluation à l'échelon national. L'application d'un tel principe au choix d'indicateurs implique en conséquence d'adhérer pour autant que possible aux options déjà privilégiées à l'échelon gouvernemental et par les donateurs. Il est également important de maintenir les indicateurs dans le temps, de recueillir exclusivement les informations utiles au fonctionnement d'un programme donné et de limiter la charge de travail inhérente à la collecte des données effectuée par le personnel de terrain.

Procédé utilisé dans le choix des indicateurs

Le procédé le plus couramment utilisé en matière de choix d'indicateurs est le suivant « entrée-activités-sortie-résultats-impact » illustré par la Figure 1. Il facilite l'organisation des données requises pour suivre les progrès d'un programme donné et suggère un ordre logique de collecte et d'analyse des informations. L'étape initiale consiste à examiner les facteurs contributifs nécessaires (des ressources, par exemple) à la mise en œuvre des activités, puis successivement les activités elles-mêmes (le conseil et le dépistage, par exemple) et les prestations qui en résultent (effets immédiats, comme le nombre de personnes testées par exemple). Les prestations sont, elles, susceptibles de générer des résultats (effets intermédiaires, comme un changement de comportement à risque par exemple) qui à leur tour peuvent avoir un impact (effets à long terme, comme le recul de l'incidence du VIH). La Figure 1 illustre ce paradigme avec quelques exemples de données recueillies à chaque étape. Plus avant dans ce document est abordée la nécessité de compléter les données de suivi par des études d'évaluation pour être en mesure d'attester de l'intérêt ou de la valeur d'un programme donné.

Figure 1. Procédé global de suivi et d'évaluation utilisé dans le cadre de la lutte contre le sida et types de données l'illustrant



Outre le suivi de ce type de données illustratives, certains programmes réalisent des évaluations renforcées du processus et des résultats observés.

Source : Rugg et al. (2004). *Global advances in HIV/AIDS monitoring and evaluation. New Directions for Evaluation*. Hoboken, NJ, Wiley Periodicals, Inc.

Procédé organisationnel

L'analyse d'un éventuel problème débute par des interrogations pertinentes qui contribuent à amorcer puis à organiser l'action. De telles interrogations peuvent notamment concerner la nature du problème en question, celle de facteurs associés ou encore la manière d'y remédier. Une fois l'action engagée, les interrogations peuvent se porter sur son efficacité. Et une fois qu'un laps de temps raisonnable s'est écoulé, on peut s'interroger sur la capacité du programme à s'adresser à suffisamment de personnes pour faire la différence dans la résolution ou la gravité du problème. Ces questions de base fournissent un moyen simple et pragmatique d'organiser les ressources nécessaires à l'élaboration d'un système de suivi et d'évaluation. Le procédé illustré par la Figure 2 décrit les informations essentielles nécessaires à la prise de décision, à la conception et à l'amélioration du programme (Rugg et al. 2004). Dans ce document, le procédé exposé contribue à définir les données nécessaires à la planification, au suivi et à l'évaluation des programmes de prévention du VIH destinés aux groupes de population les plus exposés. Il constitue un outil propice à l'organisation d'une action collective, coordonnée et unifiée dans la collecte d'informations réalisée par les programmes nationaux et sous-nationaux et par l'ensemble de leurs partenaires et les donateurs. Il fournit le moyen d'envisager le déroulement progressif de la collecte des données et autant d'orientations que de repères grâce auxquels les interrogations soulevées à une étape du processus forment la base des questions et des informations que suppose l'étape suivante. Il permet également à toute personne impliquée de déterminer son rôle et la nature de sa contribution dans le système de suivi et d'évaluation mis en place.

Un procédé qui se répartit en huit étapes successives dont le contenu suit :

1. Définition de la nature du problème

La première étape du procédé consiste à définir le problème rencontré. Dans le cas du VIH, il faut initialement chercher à déterminer la nature, l'ampleur et l'évolution de l'épidémie et des sous-épidémies concomitantes. Ces informations trouvent généralement leur source dans des enquêtes spécifiques et des études épidémiologiques. A ce stade, il peut également être question des caractéristiques et de l'ampleur de la riposte programmatique observées jusque-là. L'analyse de situation, celle des lacunes et celle de la riposte sont caractéristiques du processus de collecte de données, contribuant à rendre compte de l'évolution d'un programme par l'intermédiaire de documents y afférents, d'entretiens menés auprès de personnes concernées et d'observations effectuées sur le terrain notamment. Les méthodes de surveillance utilisées à ce stade le sont également au stade ultime du procédé lorsque l'on analyse l'impact global et l'utilité collective des activités programmatiques combinées, parachevant ainsi le processus itératif de planification, de mise en œuvre et d'évaluation du programme.

2. Définition des facteurs associés au risque d'infection

A ce stade, on cherche à déterminer tant les facteurs associés au risque d'infection que ses facteurs déterminants. L'examen d'évaluations rapides, d'enquêtes de CACP (connaissances, attitudes, croyances et pratiques), d'études des facteurs de risque épidémiologiques et de recherches sur les facteurs déterminants fournit généralement ce type d'informations. Les résultats obtenus à ce stade contribuent à la conception d'initiatives opportunes.

3. Définition des initiatives susceptibles d'aboutir dans des conditions idéales

La troisième étape consiste à déterminer le type d'initiatives susceptibles d'aboutir dans des conditions idéales et suppose pour cela l'examen d'éléments probants obtenus dans le cadre de protocoles de recherche (essais d'efficacité) ou d'évaluations d'initiatives engagées dans des conditions de terrain spécifiques (études d'efficacité). Quand on ne dispose pas d'assez d'éléments probants, on peut être amené à mettre en œuvre des évaluations afin de justifier les prises de décisions. Quoique souvent négligée dans les financements alloués et dans le laps de temps accordé à l'obtention puis à l'analyse de résultats pour privilégier l'urgence de l'action, cette étape est jugée importante.

4. Caractérisation des initiatives à engager et des ressources nécessaires

Il importe d'envisager la quatrième étape comme étroitement liée aux constatations effectuées au stade précédent et d'y associer la caractérisation des initiatives à engager et des ressources nécessaires. Cette question est généralement examinée dans le cadre de l'analyse des besoins, des ressources et de la réponse à apporter et suppose notamment une évaluation des programmes existants et de la couverture estimée. L'utilisation de telles informations dans la planification stratégique et la gestion des programmes nécessite d'être significativement renforcée et plusieurs donateurs se sont d'ores et déjà engagés à y affecter davantage de ressources.

5. Evaluation de la qualité des initiatives engagées

La cinquième étape consiste à évaluer la qualité des initiatives engagées en posant des questions relatives à leur mise en œuvre. Le suivi de processus, les évaluations et les autres formes d'évaluation de la qualité sont généralement conduits à ce stade, en particulier lorsque de nouveaux programmes démarrent.

6. Examen de l'étendue des prestations délivrées dans le cadre du programme considéré

A l'identique, la sixième étape consiste à examiner l'étendue des prestations résultant du programme considéré en répondant à des questions de type « combien ? » et à déterminer si le programme est mis en œuvre comme prévu et s'il atteint effectivement sa population cible. Ces données sont ordinairement rassemblées dans le cadre de comptes rendus effectués sur une base régulière.

7. Examen des résultats obtenus dans le cadre du programme considéré

La septième étape consiste à examiner les résultats obtenus dans le cadre du programme considéré et répond aux questions concernant l'utilité des initiatives engagées. Les méthodes d'évaluation habituellement utilisées comprennent notamment des études de résultats conduites auprès de groupes témoins, des travaux de recherche opérationnelle, des travaux de recherche liés aux services de santé, des travaux de recherche formative, et d'autres types d'enquêtes spécifiques.

8. Analyse de l'incidence globale du programme considéré

L'ultime étape se concentre sur l'analyse de l'incidence globale du programme considéré et sur celle de son utilité collective. Basées sur les réponses obtenues aux stades précédents, les informations recueillies ici dans le cadre d'enquêtes de population et d'autres activités de surveillance sont à leur tour utilisées afin de répondre aux questions se posant à ce stade final. La collecte systématique de données qualitatives relatives au programme contribue en outre à l'interprétation des résultats et de l'impact du programme et à notre compréhension de ce qui fonctionne plus ou moins bien. Ces informations peuvent également contribuer à identifier des effets inattendus et des perceptions communautaires susceptibles d'influencer les résultats du programme considéré et ne peuvent être analysées uniquement avec des données tendanciennes.

Organisation des chapitres

Les chapitres qui suivent illustrent des méthodes et des approches qui permettent de répondre à la majorité des questions posées dans le cadre de ce procédé organisationnel. Le présent document s'articulant plus particulièrement sur les méthodes et les approches relatives au suivi et à l'évaluation plutôt que sur la planification d'une riposte globale, l'accent y est placé sur les étapes y afférant plus spécifiquement.

Suivant l'introduction et les éléments d'information,

- Le Chapitre 3 décrit les méthodes d'estimation démographique, un élément majeur dans l'analyse de situation et la définition du problème, première question posée dans le cadre du procédé établi ;
- Le Chapitre 4 examine l'analyse des facteurs considérés comme associés ;
- Le Chapitre 5 présente le processus de suivi et d'évaluation ;
- Le Chapitre 6 envisage l'analyse des méthodes dont on dispose pour surveiller l'adhésion au programme considéré et la couverture assurée ;
- Le Chapitre 7 concerne la délimitation de l'utilité des initiatives engagées, que contribuent à établir des études d'évaluation des résultats ;
- Le Chapitre 8 considère le suivi des résultats obtenus et des indicateurs d'impact et le rôle des enquêtes et de la surveillance ;
- Le Chapitre 9 concerne l'évaluation de l'utilité collective par le biais de méthodes de triangulation.

Enfin, les méthodes et exemples présentés dans les deux derniers chapitres concernent également la première étape du procédé établi, c'est-à-dire la définition du problème rencontré, ce procédé reflétant un cycle continu de rétro information relative à la nature et à l'ampleur de l'épidémie et de la riposte.

Figure 2. Une approche articulée autour de questions de santé publique pour l'uniformisation du suivi et de l'évaluation de l'infection à VIH



Source : Rugg et al. (2004). *Global advances in HIV/AIDS monitoring and evaluation. New Directions for Evaluation*. Hoboken, NJ, Wiley Periodicals, Inc.

Principe directeur : importance d'une approche stratégique et progressive

Le principe directeur essentiel à la mise en œuvre d'un système de suivi et d'évaluation complet réside dans la nécessité de recourir à une approche stratégique et progressive tenant compte de deux réalités :

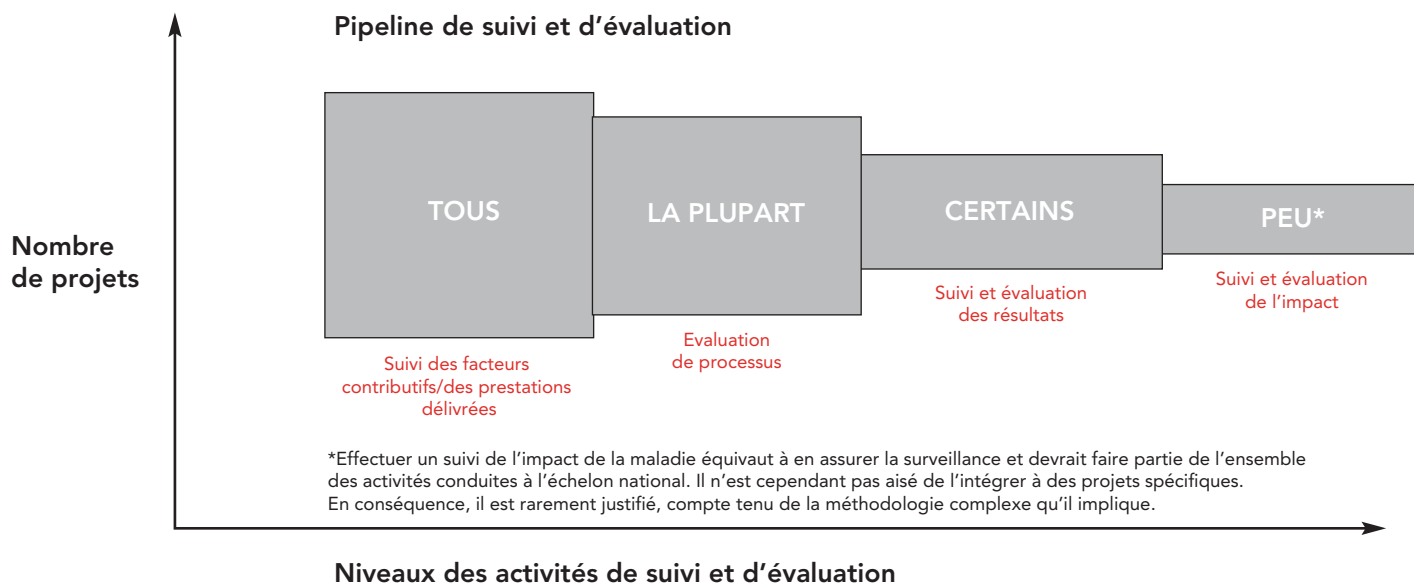
- la mise en œuvre des différents composants d'un système exhaustif suppose de disposer au préalable de structures et de compétences appropriées – tout ne peut pas être envisagé simultanément ; et
- les programmes ne nécessitent pas tous que soient considérés l'ensemble des éléments de suivi et d'évaluation.

Un diagramme fréquemment utilisé pour décrire cette seconde réalité est le « pipeline du suivi et de l'évaluation » présenté dans la Figure 3 (Rugg et al. 2004). Ce pipeline est basé sur le procédé simple d'entrée-activités-sortie-résultats-impact présenté plus haut. Dans le diagramme, il est suggéré à l'ensemble des programmes de conduire un suivi de base des facteurs contributifs et des prestations délivrées pour garantir une gestion programmatique correcte, par exemple :

- le nombre de personnes ayant subi un test de dépistage ;
- le nombre de clients approchés ;
- le nombre de personnes formées ; ou
- le nombre de préservatifs distribués.

Il importe en outre pour la majorité des programmes de réaliser des évaluations fondamentales de processus. Dans la plupart des cas, il s'agit notamment d'en estimer la mise en œuvre, d'effectuer des examens de qualité, des travaux de recherche opérationnelle simple, des études de cas et une analyse des coûts. Il est essentiel de systématiquement peser la justification du suivi et de l'évaluation des résultats par rapport au coût supplémentaire en termes de temps, d'expertise et de ressources que ces méthodes exigent. D'une manière générale, le suivi des résultats devrait être envisagé une fois les programmes engagés et leur évaluation conduite après introduction d'une nouvelle initiative ou lorsque l'efficacité de l'une d'entre elles est inconnue ou discutable. Enfin, l'évaluation de l'impact n'est justifiée que dans quelques cas, lorsque l'on cherche à définir les potentiels effets à long terme (impact) d'un programme spécifique. Un suivi de l'impact distal non corrélé peut néanmoins être réalisé grâce aux systèmes de surveillance existants et dans le cadre d'enquêtes sérologiques et comportementales menées ponctuellement auprès de la population. Tous les programmes devraient être tenus informés de ces données nationales et sous-nationales et savoir dans quelle mesure elles les concernent. Elles constituent généralement un élément de comparaison des activités de suivi des prestations délivrées et des résultats obtenus, conduites à l'échelon national et local. En d'autres termes, lorsque l'on détermine le succès global ou l'utilité collective de l'ensemble des programmes qui constituent la riposte nationale au sida, il est nécessaire d'interpréter les effets à long terme en tenant compte des conclusions des évaluations de processus et de résultats et des données issues d'enquêtes et du suivi des prestations délivrées. Le principe stratégique majeur ici établi est simple : tout le monde n'a pas besoin de tout faire.

Figure 3. Planification stratégique des activités de suivi et d'évaluation : se fixer des perspectives réalistes



Source : Rugg et al. (2004). *Global advances in HIV/AIDS monitoring and evaluation. New Directions for Evaluation*. Hoboken, NJ, Wiley Periodicals, Inc.

Références bibliographiques complémentaires

Rugg D, Carael M, Boerma J and Novak J (2004). *Global advances in monitoring and evaluation of HIV/AIDS: From AIDS case reporting to programme improvement*. In: Rugg D, Peersman G and Carael M (Eds.). *Global advances in HIV/AIDS monitoring and evaluation. New Directions for Evaluation* 103, pp.33-48.

ONUSIDA (2000). *Programmes SIDA nationaux. Guide de suivi et d'évaluation*. ONUSIDA, Genève.

ONUSIDA (2004). *Coordination of National Responses to HIV/AIDS. Guiding principles for national authorities and their partners*. ONUSIDA, Genève.

ONUSIDA (2007). *Suivi de la Déclaration d'engagement sur la VIH/sida. Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base*. ONUSIDA, Genève.

OMS (2004). *National AIDS programmes. A guide indicators for monitoring and evaluating national HIV/AIDS prevention programmes for young people*. OMS, Genève.

Éléments d'information

Que sont les épidémies de bas niveau et les épidémies concentrées ?

L'OMS et l'ONUSIDA classent les épidémies en trois catégories : de bas niveau, concentrées et généralisées¹.

En cas d'**épidémie de bas niveau**, l'infection à VIH n'a atteint de niveau significatif dans aucune sous-population bien qu'elle ait pu exister pendant de nombreuses années. Les infections se limitent à des personnes dont le comportement s'accompagne d'un risque élevé, au nombre desquelles les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Le niveau de l'épidémie suggère que les réseaux de risque sont plutôt diffus et que la fréquence de changement de partenaires sexuels ou l'utilisation de matériel d'injection non stérile reste peu élevées ou encore que le virus a été introduit plus récemment. En chiffres, la prévalence du VIH ne dépasse généralement 5 % dans aucun groupe de population défini.

Dans le cas d'une **épidémie concentrée**, le VIH s'est propagé de manière significative dans une ou plusieurs sous-populations, mais il n'est pas encore installé dans l'ensemble de la population. Cette situation suggère l'existence de réseaux de risque actifs dans ces sous-populations. L'évolution ultérieure de l'épidémie dépend de la fréquence et de la nature des liens entre ces populations très infectées et l'ensemble de la population. En termes de chiffres, la prévalence du VIH est régulièrement supérieure à 5 % dans au moins une de ces populations. Elle reste par contre inférieure à 1 % parmi les femmes enceintes en zone urbaine.

Dans le cas d'**épidémies généralisées**, le VIH est bien installé dans l'ensemble de la population. Même si les groupes de population particulièrement exposés au risque d'infection contribuent toujours de manière disproportionnée à la propagation du VIH, les maillages sexuels dans l'ensemble de la population suffisent à entretenir le cours de l'épidémie. En termes numériques, la prévalence du VIH est constamment supérieure à 1 % parmi les femmes enceintes.

Quels sont les groupes de population les plus exposés ?

Ce document procure un procédé de suivi et d'évaluation adapté aux endroits où se concentrent des comportements à risque propices à une forte propagation du VIH qui peut aller jusqu'à être responsable de la majorité des nouveaux cas d'infection. Ces comportements qui accroissent les risques d'infection sont les rapports sexuels non protégés avec des partenaires multiples, les pratiques anales avec des partenaires multiples et la consommation de drogues injectables au cours de laquelle matériel et préparation sont partagés. Ces comportements correspondent aux groupes de population suivants :

- professionnel(le)s du sexe ;
- clients des professionnel(le)s du sexe ;
- consommateurs de drogues injectables ; et
- hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

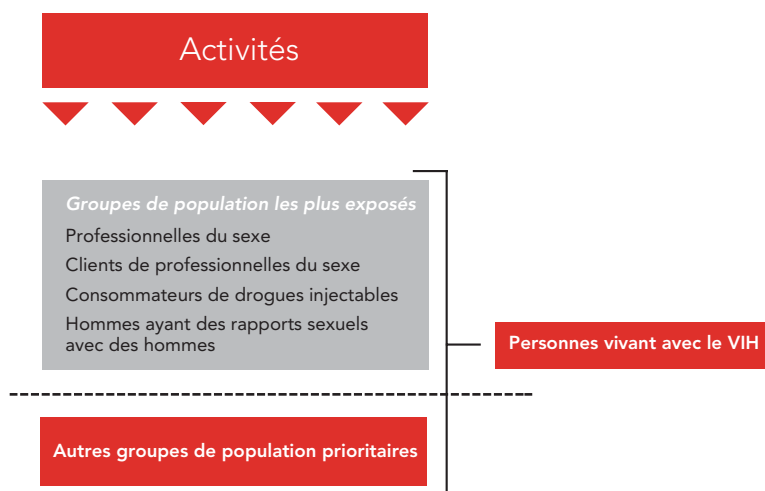
¹ Sur la base de documents de l'OMS et de l'ONUSIDA (2000). Directives de surveillance de deuxième génération. Genève, OMS et ONUSIDA (2000).

Ces comportements guident les priorités des initiatives destinées à ces groupes de population, au demeurant les plus exposés au risque de contamination par le VIH et de propagation du virus, et contribuent à définir les groupes de population sur lesquels devraient se focaliser les activités de suivi et d'évaluation des programmes nationaux et sous-nationaux. Même si l'on se focalise sur les endroits où l'on observe des épidémies de bas niveau ou concentrées, il a été amplement démontré que, même dans des pays où l'épidémie est généralisée, la nécessité existe de mettre en œuvre des activités de prévention, de suivi et d'évaluation auprès des personnes concernées par ces comportements à haut risque.

La Figure 4 montre les groupes de population les plus exposés dans un contexte d'épidémie de bas niveau ou concentré, qui sont souvent les cibles des initiatives engagées. Ces différentes catégories ne sont toutefois pas distinctes car il existe souvent des chevauchements des pratiques dangereuses : les consommateurs de drogues injectables peuvent faire commerce du sexe et avoir des pratiques sexuelles à haut risque de même que les professionnelles du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent s'injecter des drogues.

Le choix des groupes de population concernés par les initiatives engagées, et donc des activités de suivi et d'évaluation mises en œuvre, devrait tenir compte de l'évaluation du niveau de prévalence du VIH, de la densité de population, des facteurs de risque et des ripostes potentielles.

Figure 4. Populations auxquelles s'adressent en priorité les activités de prévention du VIH mises en œuvre à un stade épidémique de bas niveau ou concentré



Professionnelles du sexe

Des rapports sexuels non protégés avec un grand nombre de partenaires augmentent le risque de contracter et de propager le VIH. Les professionnelles du sexe poussées à avoir un grand nombre de partenaires pour des raisons matérielles sont une cible majeure des actions de prévention du VIH. Les contacts qu'elles entretiennent avec de nombreux hommes dans l'ensemble de la population constituent un pont pour le virus qui peut par ce biais se diffuser dans une population moins exposée. Les professionnelles du sexe peuvent travailler de manière officielle, dans un établissement ou dans la rue ou de manière plus informelle, si bien qu'elles ne se considèrent pas elles-mêmes comme des professionnelles du sexe et sont donc plus difficiles à identifier comme telles. On peut inclure dans cette catégorie les femmes qui échangent des rapports sexuels contre des présents, la prise en charge de frais de scolarité ou de la nourriture.

Clients des professionnelles du sexe

Chaque fois qu'une activité de prévention du VIH cible les professionnelles du sexe, elle devrait également cibler leurs clients. En effet, ne pas se préoccuper des clients et de leurs comportements limite le succès des activités. Ces clients qui ont souvent des rapports non protégés avec d'autres partenaires – leurs épouses ou leurs partenaires régulières – constituent également un pont pour la transmission du VIH des populations à haut risque vers des personnes moins exposées dans l'ensemble de la population. Compte tenu du nombre de rapports sexuels rémunérés relativement élevé dans certaines populations, les clients des professionnelles du sexe sont donc susceptibles d'avoir un impact significatif sur la propagation du VIH dans l'ensemble de la population. Ces clients peuvent être ciblés grâce à des activités développées dans des lieux spécifiques (« quartiers chauds ») ou identifiés grâce à des enquêtes comportementales locales qui contribuent à identifier les hommes les plus susceptibles de payer pour obtenir des rapports sexuels. Les groupes les plus vulnérables à cet égard sont les hommes mobiles qui passent beaucoup de temps loin de chez eux et de leurs partenaires régulières (les routiers, les militaires et les travailleurs migrants, par exemple).

Consommateurs de drogues injectables

L'utilisation de matériel d'injection contaminé est la manière la plus efficace de contracter le VIH. En l'absence d'activités de prévention ciblant les consommateurs de drogues injectables, la prévalence du VIH peut augmenter très rapidement après son introduction dans ce groupe de population. La transmission imputable à l'utilisation de matériel d'injection non stérile s'ajoute à la transmission sexuelle entre consommateurs de drogues injectables et entre consommateurs de drogues injectables et partenaires non-consommateurs. La consommation de drogues injectables constitue un comportement bien spécifique qui doit faire l'objet d'activités de prévention destinées à éviter la propagation rapide du VIH parmi les représentants de ce groupe de population et parmi leurs partenaires sexuels, en luttant contre les pratiques d'injection à risque.

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

La recherche a montré qu'une pénétration anale non protégée était statistiquement beaucoup plus dangereuse qu'une pénétration vaginale non protégée. Comme beaucoup d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes pratiquent la pénétration anale et ont également souvent de nombreux partenaires, la transmission sexuelle entre hommes est une question importante en matière de prévention. Selon la culture et le contexte, il peut exister plusieurs catégories d'hommes ayant des relations homosexuelles, quelle que soit leur inclination sexuelle (homo, bi ou hétérosexuelle). Ce comportement à risque est également le fait des professionnels du sexe. Certains d'entre eux ont des rapports sexuels rémunérés avec des femmes, mais le comportement le plus dangereux est la pénétration anale avec un autre homme. Dans certaines cultures, les hommes qui ont des rapports homosexuels professionnels sont plus faciles à atteindre dans le cadre d'activités de prévention destinées aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes plutôt que dans le cadre de celles s'adressant aux professionnels du sexe, davantage focalisées sur les femmes. S'agissant des transsexuels par contre, il est parfois plus aisé de s'adresser à eux dans le cadre d'activités destinées aux professionnelles du sexe.

Cependant, même si ces regroupements par type de comportement sont utiles pour cibler les activités de prévention, toutes les personnes exposées ne rentrent pas dans ces catégories et inversement, tous les individus d'une même catégorie ne sont pas exposés à un risque majeur. Par exemple, un homme adepte de rapports sexuels entre hommes ayant une relation monogame stable avec un partenaire séronégatif au VIH ou encore un consommateur de drogues injectables utilisant exclusivement du matériel stérile et réduisant sa consommation de drogues courent très peu de risques. Il existe

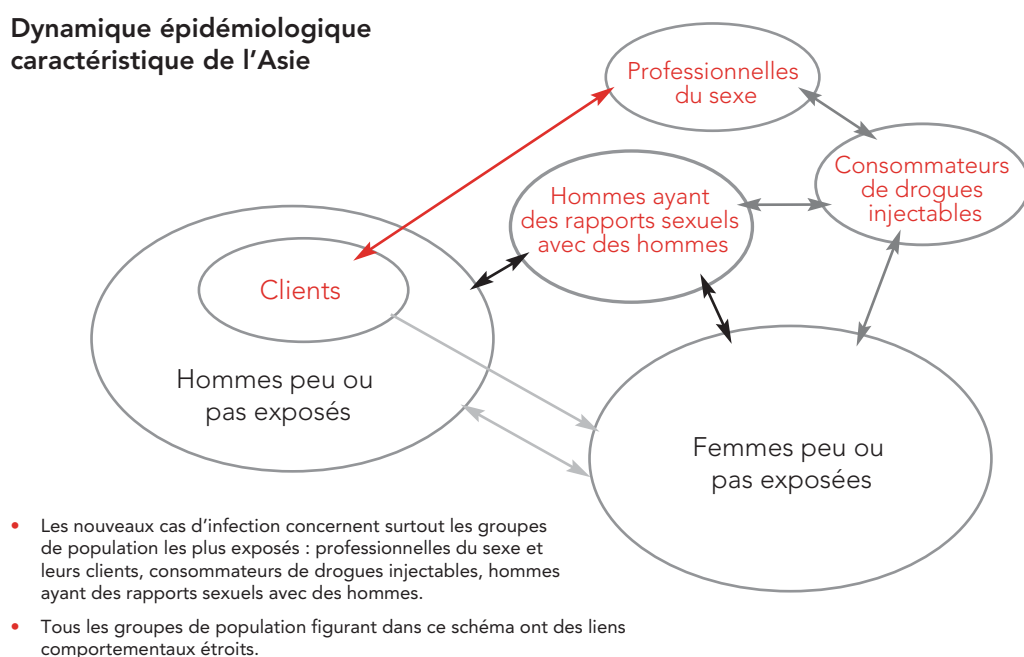
en outre des chevauchements entre catégories, et certaines personnes peuvent adopter plusieurs comportements dangereux ; les professionnelles du sexe, par exemple consomment souvent des drogues injectables et peuvent échanger des faveurs sexuelles contre de la drogue. Les consommateurs de drogues injectables peuvent faire de même. La planification et les rapports de suivi et d'évaluation doivent tenir compte de ces chevauchements des catégories exposées.

Autres groupes de population prioritaires

Une communauté ou un pays peuvent compter d'autres catégories de personnes exposées à l'infection. Les efforts engagés pour les atteindre dépendent du niveau de l'épidémie et des ressources disponibles. Ces personnes sont généralement rendues vulnérables par le comportement dangereux de leurs partenaires. Les partenaires sexuels des consommateurs de drogues injectables, les femmes partenaires d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les partenaires des clients de professionnelles du sexe sont davantage exposés à cause des risques pris par leurs partenaires. Dans certains endroits, ces personnes constituent une large proportion des nouveaux cas d'infection. La Figure 5 met en évidence les liens comportementaux étroits entre les groupes de population les plus exposés et entre ces derniers et l'ensemble de la population. Cette figure montre les liens comportementaux entre populations, dans le contexte d'une épidémie caractéristique de l'Asie. Un schéma similaire avec davantage d'accent sur les liens entre consommateurs de drogues injectables et population dans son ensemble pourrait illustrer la situation qui prévaut dans d'autres régions, notamment en Asie Centrale. Il faut cependant observer que, quelle que soit la force des liens entre ces populations, il y a souvent un chevauchement des risques entre elles.

Malheureusement, les partenaires sexuels de ces personnes exposées ne sont pas forcément conscients du risque encouru et prennent rarement des mesures de prévention. Ces populations sont difficiles à suivre en termes de prévalence du VIH ou de comportement sexuel à risque car elles sont moins susceptibles de s'identifier en tant que catégorie ou de se rassembler dans des endroits où on pourrait les atteindre grâce à des méthodes de collecte de données standard.

Figure 5. Dynamique de l'épidémie en Asie : liens comportementaux entre groupes de population



D'autres populations sont également considérées comme vulnérables au VIH et devraient faire l'objet d'actions de prévention et donc d'activités de suivi et d'évaluation dans certains contextes. Il peut s'agir par exemple d'hommes et de femmes hétérosexuels ayant des partenaires multiples, de femmes employées à des tâches subalternes et souvent victimes d'agressions sexuelles, de jeunes hommes et de jeunes filles victimes de trafic et d'exploitation sexuelle et enfin, de groupes de population confrontés à des conflits armés et susceptibles de subir des violences sexuelles. Les enfants de la rue qui sont généralement démunis ou dépendants de substances toxiques, sont davantage exposés à l'infection à VIH en l'absence d'une présence parentale et faute de compétences et de ressources susceptibles d'assurer leur protection. Les détenus masculins sont également très concernés parce qu'ils ont fréquemment des rapports sexuels non protégés ou forcés et partagent leur matériel d'injection. Toutes ces sous-populations varient d'un pays à l'autre et doivent être prises en considération lors de l'élaboration d'un plan national ou sous-national de suivi et évaluation.

Personnes vivant avec le VIH

Les populations les plus exposées comprennent les personnes vivant avec le VIH (PVV). Consacrer une partie des efforts de prévention à ces personnes, ce qu'on appelle « prévention positive », favorise une vie constructive et réduit le risque de transmission à d'autres personnes. La prévention positive inclut le conseil – faut-il poursuivre sa vie sexuelle et comment, surtout en ce qui concerne les couples sérodiscordants qui ont néanmoins besoin d'intimité – le soutien de pairs lorsque l'on est confronté à des décisions difficiles, et la mise à disposition de préservatifs pour ceux qui souhaitent rester sexuellement actifs. Ces interventions peuvent être intégrées à d'autres activités de santé comme le traitement des infections opportunistes et la thérapie antirétrovirale.

La disponibilité croissante d'antirétroviraux peut motiver les gens à connaître leur statut sérologique. Au fil du temps, de plus nombreuses personnes se sauront vraisemblablement séropositives au VIH avant-même d'avoir besoin d'un traitement médical. Les groupes de population les plus exposés sont souvent ceux qui ont le moins accès aux initiatives de santé, en particulier lorsque les services de santé ont la réputation d'être peu accueillants. C'est pourquoi il est crucial de leur offrir des stratégies de proximité, notamment grâce à des pairs éducateurs, et des services spéciaux afin de s'assurer qu'ils ont accès à la prévention ainsi qu'aux soins et au traitement.

Adolescents ayant des comportements à risque

L'adolescence est une période de développement rapide et d'expériences au cours de laquelle les jeunes font face à de nombreuses situations nouvelles, l'influence de leurs pairs s'accroissant dans un même temps, tandis que celle de leurs parents, elle, décroît. C'est l'époque où de nombreux jeunes deviennent sexuellement actifs, testent des produits psychotropes (alcools, drogues et tabacs) et adoptent des comportements qui peuvent se poursuivre durablement à l'âge adulte. Dans de nombreux pays où l'épidémie demeure à un bas niveau ou concentrée, une forte proportion des comportements à risque est observée parmi les jeunes et il est de plus en plus évident que la plupart d'entre eux sont des adolescents (voir la Figure 6)².

Ces adolescents présentent les mêmes besoins que les adultes en termes de prévention du VIH. Toutefois, à cause de leur manque d'expérience en matière d'utilisation des services disponibles et, dans certains cas, de barrières juridiques à cette utilisation, les prestations délivrées doivent être légèrement différentes. Il faut d'abord reconnaître que les adolescents les plus exposés ne viendront pas nécessairement spontanément dans des lieux fixes de prestation de services et qu'il conviendra le cas échéant d'en adapter l'accès, le plus souvent sous forme mobile ou avancée, c'est-à-dire de faire

² Dans le vocabulaire des Nations Unies, le terme « jeunes gens » désigne les personnes âgées de 10 à 24 ans, le terme « adolescents » désigne celles âgées de 10 à 19 ans, et le terme « jeunes » celles âgées de 15 à 24 ans.

en sorte que les services de santé, l'information et le matériel nécessaires se déplacent vers eux. C'est pourquoi le paquet essentiel d'interventions ciblées de prévention du VIH dans les groupes de population les plus exposés devrait être convivial et accessible quel que soit leur âge et leur statut juridique et socio-économique. Les responsables politiques nationaux et les prestataires de soins de santé doivent en outre déterminer si un adolescent est capable de donner un consentement éclairé à des interventions médicales ou à des traitements ou si d'autres personnes devraient être impliquées et répondre en son nom³.

Il est crucial que les données de suivi et d'évaluation soient recueillies et ventilées par âge et sexe de façon que la réponse du programme vis-à-vis des adolescents particulièrement exposés puisse être suivie et évaluée. Les adolescents sont souvent négligés en termes de surveillance, soit en raison de problèmes juridiques soit parce qu'ils sont à tort perçus comme non concernés par les comportements à risque. Il faut donc s'efforcer de les inclure dans la collecte de données tout en tenant compte des problèmes éthiques et juridiques relatifs aux enfants de moins de 18 ans dans la majorité des pays (se reporter au document *Ethical Approaches to Gathering Information from Children and Adolescents in International Settings: Guidelines and Resources*, Population Council 2005, pour davantage d'informations dans ce domaine).

³ En général, les parents ou les responsables légaux ont le droit de prendre des décisions médicales au nom d'enfants incapables de le faire eux-mêmes. La convention des droits de l'enfant reconnaît implicitement (Article 5) la capacité évolutive des adolescents de moins de 18 ans à prendre des décisions eux-mêmes, notamment à consentir à un traitement médical. En la matière cependant, la loi varie d'un pays à l'autre. Certains pays définissent un âge à partir duquel un adolescent est jugé capable et cet âge varie de 10 à 18 ans. Quand la loi est muette, les prestataires de services de santé ont souvent élaboré leurs propres règles.

Figure 6. Beaucoup de ceux qui ont des comportements à risque sont des adolescents ou des jeunes gens

L'usage de drogues commence souvent à l'adolescence et de nombreux consommateurs de drogues injectables sont des adolescents ou des jeunes.

- Au Kazakhstan, 54 % des consommateurs de drogues injectables ont moins de 25 ans.
- A Saint-Petersbourg, Fédération de Russie, près d'un tiers des consommateurs de drogues injectables a moins de 19 ans.
- En Ukraine, 20 % des consommateurs de drogues injectables sont des adolescents.
- A Santos, Brésil, 56 % des consommateurs de drogues injectables ont moins de 25 ans.

L'âge moyen des professionnel(le)s du sexe diminue à cause de la demande pour des femmes plus jeunes, souvent considérées comme moins susceptibles d'avoir contracté le VIH ou d'autres infections sexuellement transmissibles.

- Au Cambodge, en Chine, en République démocratique lao, au Myanmar, au sein de la Fédération de Russie et au Viet Nam, 60 à 70 % des professionnel(le)s du sexe ont moins de 25 ans.
- En Europe et en Asie Centrale, on estime que 80 % des jeunes filles pratiquant des rapports sexuels rémunérés ont moins de 25 ans.

Une large proportion d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes a moins de 25 ans.

- En Amérique Centrale, 20 % des HSH interrogés dans le cadre d'une enquête étaient âgés de moins de 20 ans, et 34 % avaient entre 20 et 24 ans.
- A Lima, Pérou, 50 % des HSH interrogés dans le cadre d'une enquête étaient âgés de moins de 25 ans.

Sources :

Monasch R et Mahy M (2006). *Young people: the centre of the HIV epidemic*. In: Ross D, Dick B et Ferguson J (Eds). *Preventing HIV/AIDS in young people. A systematic review of the evidence from developing countries*. Genève, OMS.

Références bibliographiques complémentaires

Ross D, Dick B and Ferguson J (2006). *Preventing HIV/AIDS In Young People. A Systematic Review Of The Evidence From Developing Countries*. OMS, Genève.

ONUSIDA (2004). *Coordination of national responses to HIV/AIDS. Guiding principles for national authorities and their partners*. ONUSIDA, Genève.

ONUSIDA (2005). *Suivi de la Déclaration d'engagement sur la VIH/sida. Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base*. ONUSIDA, Genève.

OMS (2004). *Guide to monitoring and evaluating national HIV/AIDS prevention programmes for young people*. OMS, Genève.

Estimation de l'ampleur et définition de la nature du problème

Quelles sont les interrogations auxquelles on trouve une réponse en estimant l'ampleur d'un problème donné et en en définissant la nature ?

Les concepteurs de programmes doivent connaître l'ampleur et la nature du problème observé, et également les réponses programmatiques utilisées jusque-là pour planifier des actions et allouer opportunément les ressources. Les informations nécessaires à la description du problème doivent être recueillies dans le cadre d'une évaluation exhaustive des besoins qui inclut les facteurs de risque comportementaux, les facteurs considérés comme associés, les estimations démographiques et la prévalence du VIH. Les chapitres qui suivent rendent compte d'approches destinées à évaluer les facteurs associés (Chapitre 4), les comportements exposant au risque d'infection et la prévalence du VIH (Chapitre 8), et la triangulation des données (Chapitre 9). Le présent chapitre se focalise, lui, sur les méthodes d'estimation de taille.

Les estimations démographiques sont nécessaires à la planification des programmes, au suivi et à l'évaluation, aux options politiques et aux actes de sensibilisation. L'une des motivations majeures aux estimations démographiques consiste à déterminer la portée du problème et le degré de riposte requis. Cette information permet aux responsables de programme d'évaluer les ressources et les compétences nécessaires pour planifier une riposte appropriée avec une couverture suffisante. En matière de suivi et d'évaluation, les estimations démographiques servent de dénominateur dans les calculs de couverture de programme (élément exposé au Chapitre 6). Elles servent également à projeter l'évolution vraisemblable de l'épidémie (en association avec les données comportementales et de séroprévalence). Ceci constitue un outil très utile pour convaincre les décideurs politiques et les autres intervenants de la nécessité d'initiatives appropriées et de ressources suffisantes.

L'utilisation des estimations démographiques au sein de la Fédération de Russie

L'Institut *Open Health* a jusque-là régulièrement utilisé la méthode du multiplicateur pour évaluer le nombre de consommateurs de drogues injectables dans l'ensemble des régions de la Fédération de Russie où il met en œuvre des projets. L'Institut juge utile de réaliser des estimations démographiques tous les deux ans au moins parce que la nature des drogues utilisées et le nombre de consommateurs peut évoluer très rapidement. Des estimations démographiques actualisées et précises sont nécessaires pour plusieurs raisons. En matière de gestion, des données mises à jour sont nécessaires à la planification des activités, de telle sorte que soient prises en compte les réalités changeantes du terrain. Elles sont également requises comme dénominateur pour les estimations de couverture, information importante pour les rapports remis aux bailleurs de fonds et lorsqu'il s'agit de sensibiliser les responsables politiques.

Source :
Alexei Babrik, *The Open Health Institute*

Quand est-il nécessaire de réaliser des estimations de taille?

Au stade de la planification programmatique, des estimations relatives à la densité des groupes de population les plus exposés au risque d'infection doivent être conduites dans le cadre de l'analyse de situation initiale. Ces populations étant en outre dynamiques et susceptibles d'entrer et de sortir de la zone de captation du programme, il est crucial de renouveler ces estimations à intervalles réguliers pour s'assurer de l'adéquation du degré de riposte et garantir que les calculs effectués sont suffisamment précis pour évaluer la couverture nécessaire. Il est également utile d'estimer le renouvellement des groupes de population les plus exposés, car même si leur densité reste constante, leurs représentants peuvent changer.

Qui devrait réaliser ces estimations ?

Les estimations de taille sont nécessaires tant au niveau national, s'agissant de fixer des choix politiques, d'établir des priorités et de décider de l'octroi de ressources, qu'au niveau local pour la planification, la gestion, le suivi et l'évaluation. Au niveau national, l'autorité en charge des activités de surveillance peut vouloir faire des recommandations en matière de définitions et de méthodologies d'estimation de taille de façon à pouvoir utiliser les données locales au niveau national. Cependant, en matière de suivi et d'évaluation, il est important de recueillir les données les plus pertinentes en termes d'évaluation de programme ou de besoins. A cet égard, les données nationales peuvent ne pas être très utiles car elles servent surtout un intérêt politique.

Une meilleure manière de procéder consisterait à recueillir les données et les estimations au niveau sous-national, de préférence au niveau de la planification et de la mise en œuvre du programme. Les épidémies n'ont généralement pas une répartition uniforme dans un pays et les programmes de prévention devraient idéalement être mis en œuvre là où ils peuvent avoir l'impact le plus net sur l'épidémie. Au niveau local, les responsables de programme devraient être chargés de planifier des estimations de taille dans le cadre des activités de planification, et de suivi et d'évaluation. Il arrive que ces responsables sollicitent une assistance technique auprès d'une université ou d'un institut de recherche locaux ayant de l'expérience dans ce domaine. Il arrive également qu'ils souhaitent utiliser des estimations de taille réalisées par d'autres organisations, autorités policières ou de santé locales par exemple, pour autant que leur validité ait été attestée.

De quelles méthodes dispose-t-on pour réaliser des estimations de taille ?

Estimer la densité d'une population peut s'avérer difficile surtout lorsqu'il s'agit d'une population qui se dissimule. Il existe cependant des méthodes permettant d'obtenir une estimation convenable et utilisable pour la planification et l'évaluation d'un programme donné. Des informations plus détaillées sur ces méthodes sont disponibles dans un rapport émis conjointement par l'ONUSIDA et *Family Health International* à la suite d'un séminaire y afférent (se reporter aux références bibliographiques fournies). Voici les méthodes les plus fréquemment utilisées :

Recensement/énumération

Synopsis : Comptabilisation de tous les représentants d'un groupe de population cible ou d'un échantillon de ce groupe de population.

Caractéristiques principales : Le recensement consiste à compter tous les représentants d'un groupe de population. L'énumération a recours à un échantillonnage (par exemple, une liste de maisons closes ou de lieux d'injection de drogues) suivi d'une comptabilisation exhaustive dans les endroits sélectionnés. Le résultat est ensuite extrapolé pour obtenir une estimation de la taille de l'ensemble du groupe de population concerné.

Hypothèses : Ces méthodes supposent de pouvoir se rendre dans les lieux que fréquentent ces groupes de population particulièrement exposés pour les comptabiliser. Il arrive cependant que leurs représentants se dissimulent. Il arrive également parfois que l'on écarte la possibilité d'effectuer un recensement, compte tenu de son coût et de la charge logistique qu'il implique, en particulier lorsque les groupes de population concernés se déplacent fréquemment.

Multiplicateur

Synopsis : Utilisation de données de deux sources qui se recoupent.

Caractéristiques principales : Le premier ensemble de données émane d'un service que le groupe de population concerné utilise ou d'une institution avec laquelle il est en contact : par exemple, nombre de professionnel(le)s du sexe traités au centre de prise en charge des infections sexuellement transmissibles ou nombre de consommateurs de drogues injectables arrêtés par la police. Le deuxième ensemble de données provient généralement d'une enquête menée auprès du groupe de population cible dans le cadre de laquelle les personnes sont interrogées au sujet de leur fréquentation du service ou de l'institution en question. Le nombre de personnes en contact avec l'institution ou le service est alors multiplié par l'inverse du pourcentage du groupe de population cible servi par ce service ou en contact avec lui.

Hypothèses : La méthode est relativement simple, mais il faut cependant s'assurer que les personnes concernées par les deux sources correspondent, de telle sorte que celles ayant été sollicitées dans le cadre de l'enquête puissent se retrouver dans les données du service ou de l'institution.

Enquêtes de population

Synopsis : La prévalence des comportements à risque d'exposition au VIH est estimée à partir d'enquêtes menées auprès de l'ensemble de la population ou dans un de ses sous-ensembles.

Caractéristiques principales : On demande aux personnes sollicitées dans le cadre de l'enquête menée soit auprès de l'ensemble de la population soit auprès d'un de ses sous-ensembles (militaires, jeunes gens, etc.) si elles ont déjà eu des comportements à risque, comme par exemple un rapport non protégé avec un(e) professionnel(le) du sexe. Le pourcentage obtenu est ensuite rapporté aux données du recensement ou aux estimations démographiques globales afin d'aboutir à une estimation du nombre total d'individus ayant de telles tendances comportementales.

Hypothèses : Ces enquêtes sont généralement réalisées auprès des ménages et fournissent des résultats fiables en matière de comportements relativement communs. Mais les comportements exposant au risque d'infection à VIH n'étant généralement pas très répandus dans l'ensemble de la population, ils peuvent être ignorés et les résultats manquer de fiabilité. En outre, les enquêtes menées auprès des ménages n'incluent pas les personnes qui vivent dans des maisons closes, dans la rue ou ailleurs, hors d'un foyer. Elles sont très utiles pour estimer le nombre d'hommes fréquentant des professionnel(le)s du sexe mais perdent de leur intérêt s'agissant de comportements moins courants et générant une forte stigmatisation.

Capture/recapture

Synopsis : Utilise deux ou plusieurs échantillons indépendants et se recoupant pour calculer la densité de population concernée.

Caractéristiques principales : Les chercheurs « marquent » un échantillon aléatoire du groupe de population cible dans le cadre d'un entretien ou par l'intermédiaire d'autres moyens. Ils prennent ensuite un deuxième échantillon et calculent le nombre de personnes déjà « marquées » dans le premier échantillon. On peut faire de même avec un troisième échantillon et le nombre de personnes « marquées » une fois, deux fois ou pas du tout, permet d'estimer la densité totale du groupe de population concerné.

Hypothèses : Cette méthode repose sur l'hypothèse d'une population fermée dont les représentants demeurent statiques entre les phases successives de l'enquête, et sur l'hypothèse que tous présentent la même probabilité d'être « marqués ».

Enfin, la méthode de Delphi, qui a été utilisée avec un succès variable, consiste à demander à un groupe d'experts connus le nombre de représentants que compte un groupe donné.

Comment choisir la méthode d'estimation de taille la plus appropriée ?

Le choix de la méthode dépend de plusieurs facteurs, au nombre desquels la manière dont seront utilisées les données, les sources d'information disponibles, les ressources mises à disposition, les caractéristiques du groupe de population considéré et sa visibilité. Dans un endroit donné, on choisira par exemple une méthode différente selon que l'on veut réaliser une estimation relative aux consommateurs de drogues injectables ou aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Le choix doit donc être laissé aux responsables de programmes nationaux et locaux, en tenant soigneusement compte de leurs besoins en matière d'information et du groupe de population concerné. Parfois, lorsque les ressources le permettent, on peut utiliser plusieurs méthodes pour pallier les lacunes de chacune. En outre, si la densité du groupe de population concerné doit être suivie dans le temps, il importera de tenir compte des ressources disponibles dans la durée.

Dans ce cas – à l'inverse d'un acte unique conduit dans le cadre d'une évaluation rapide destinée à la planification d'un programme – la méthode doit être suffisamment rigoureuse et les ressources suffisantes pour être en mesure de la reconduire.

Estimation du nombre de professionnelles du sexe en Indonésie par la méthode du multiplicateur

La principale source de données relatives aux professionnelles du sexe était jusque-là une liste établie dans chaque province par le Ministère des Affaires sociales. Cette liste n'incluait toutefois que les professionnelles du sexe basées dans des établissements bas de gamme – maisons closes et complexes de professionnelles du sexe. Elle n'incluait ni les personnes travaillant dans des endroits plus huppés – leurs propres maisons ou de grands hôtels – ni celles travaillant comme hôtesse dans des boîtes de nuit ou comme masseuses également susceptibles de faire commerce de leur corps. Il importe donc d'ajuster les résultats obtenus par le Ministère des Affaires sociales et d'inclure ces personnes non enregistrées jusque-là.

Un recensement des professionnelles du sexe réalisé par une ONG à Bali a permis de fixer le nombre de celles travaillant en établissement à 1062, dont 671 relevant des catégories dénombrées par le Ministère des Affaires sociales. Les données rassemblées ont en outre montré que 235 ne travaillaient pas dans une maison close. Ceci suggère que les données du Ministère devraient être accrues de 58 % pour tenir compte de celles travaillant dans des établissements de plus haut niveau et encore de 35 % pour tenir compte de celles n'entrant dans aucune de ces catégories. A Djakarta, le Ministère du Tourisme estime que 80 % des 17 000 femmes qui travaillent dans des bars, karaoké, salons de massage et saunas, ont également des rapports sexuels rémunérés, ce qui signifie qu'il y a à Djakarta 13 600 professionnelles du sexe qui ne travaillent pas en maison close. Le Ministère des Affaires sociales estime à 9300 le nombre de femmes travaillant dans des établissements bas de gamme. Le nombre figurant sur la liste doit donc être accru de près de 150 % pour en tenir compte.

Les multiplicateurs varient considérablement d'un endroit à l'autre. Il a été décidé d'utiliser les multiplicateurs pour obtenir une estimation haute et basse du nombre de professionnelles du sexe dans chaque province. Cette méthode a abouti à une estimation basse de 193 000 et haute de 273 000 professionnelles du sexe dans tout le pays.

Source : Sur la base de documents obtenus auprès du Ministère de la Santé, Indonésie (2002). *National estimates of adult HIV infection, Indonesia 2002*. Workshop report. Ministry of Health, Indonesia.

Quels sont les défis spécifiques associés aux groupes de population les plus exposés ?

Quand on planifie des estimations démographiques pour un groupe de population donné (ou toute autre activité de suivi et d'évaluation dans ce domaine), il est primordial de s'entendre sur la définition qu'on lui attribue dans le pays concerné. Un consommateur de drogues injectables par exemple, peut être défini comme quelqu'un qui a utilisé des drogues injectables au moins une fois ou bien pendant une période de temps déterminée ; on peut également utiliser la fréquence de l'utilisation comme critère d'inclusion. Sans critères de ce type définis au préalable, il peut s'avérer difficile d'établir des comparaisons de taille entre régions ou dans le temps.

Comme la plupart des groupes de population les plus exposés au risque d'infection ont des comportements illicites ou stigmatisés, toute collecte de données, s'agissant notamment d'une estimation démographique, présente un défi. Faire de cette estimation un processus qui inclut le gouvernement, les ONG et les communautés oblige les gens à confronter informations biaisées et hypothèses soulevées ; ce qui permet au processus de progresser plus efficacement.

L'un des défis consiste à s'assurer du bon usage des données recueillies. Il est toujours possible que des estimations fiables relatives au nombre de consommateurs de drogues injectables, de professionnel(le)s du sexe travaillant dans la rue ou d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, induise non pas une réponse de santé publique mais un raffermissement des lois. La probabilité que ceci se produise dépend évidemment du contexte national, mais elle doit toujours être prise en considération lorsque l'on entreprend, et surtout lorsque l'on rend publics les résultats des ces estimations démographiques. Une autre éventualité moins préjudiciable, mais néanmoins source de problèmes, est que les autorités politiques ignorent ces estimations rigoureuses et transparentes et préfèrent des données moins fiables mais mieux adaptées à leur programme politique. Les autorités de santé publique doivent peser le coût de l'obtention de résultats fiables vis-à-vis de la probabilité qu'ils ne soient pas utilisés de manière constructive.

De nombreuses méthodes d'estimation démographique sont basées sur des calculs mathématiques et ne nécessitent pas d'entrer en contact avec les personnes concernées. Ces méthodes ne sont pas conçues pour identifier des individus susceptibles d'appartenir à des groupes exposés à l'infection à VIH ni pour faciliter l'accès à ces groupes dans un but programmatique. Cependant, pour des raisons éthiques, la collecte de données et les estimations démographiques devraient aller de pair avec une prestation de services.

Estimation du nombre de consommateurs de drogues injectables réunis dans des lieux particuliers, au Kirghizstan, par la méthode d'énumération

La méthode *PLACE* qui permet d'estimer la densité d'un groupe de population sur un lieu de rencontre donné a recours au nombre de personnes qui se retrouvent à cet endroit aux moments de plus grande affluence et à la fréquence à laquelle ils se rendent dans cet endroit, pour obtenir une estimation grossière du nombre de personnes qui s'y retrouvent dans un laps de temps déterminé.

En 2003, une étude *PLACE* a été réalisée à Osh, Kirghizstan, où ont été identifiés 237 lieux de rencontre de nouveaux partenaires sexuels et/ou de rassemblement de consommateurs de drogues injectables et 74 d'entre eux ont été sélectionnés au hasard pour y conduire des entretiens avec les personnes en question. Le nombre de personnes interrogées dans chaque endroit était proportionnel au nombre de personnes présentes aux moments d'affluence. On a estimé le nombre de consommateurs de drogues injectables venus dans des endroits déterminés pendant une période de quatre semaines (28 jours) afin d'estimer à combien d'entre eux pourrait s'adresser un programme de prévention basé à cet endroit. A Osh, on a estimé à 21 289 (IC à 95 % : 5133 – 37 445) le nombre de consommateurs de drogues injectables ayant fréquenté l'un de ces endroits pendant les quatre semaines antérieures à l'estimation. L'absence d'informations sur les habitudes de rassemblement dans ces endroits, en dehors du lieu d'entretien, et la probabilité que ces mêmes personnes se rendent en de nombreux endroits pendant la période d'étude induisent une surestimation de leur nombre. On peut donc considérer ce nombre comme la limite supérieure de la fourchette. Cette approche produit donc une estimation du nombre de consommateurs de drogues injectables qui fréquentent ces lieux mais pas du nombre de consommateurs de drogues injectables de la région.

Source : Jackie Tate (2005). Non publié. Chapel Hill, Université de Caroline du Nord.

Comment peut-on utiliser les résultats d'estimations de taille ?

Les estimations démographiques sont utiles au choix d'options politiques, aux actes de sensibilisation, à la planification de programmes, et aux activités de suivi et d'évaluation. Les estimations relatives à la densité des groupes de population les plus exposés, combinées à celle de la prévalence du VIH obtenue à partir des données de surveillance enregistrées auprès de ces mêmes groupes de population, permettent d'obtenir des estimations nationales de la prévalence du VIH et du nombre de personnes séropositives. Combinées aux données comportementales, elles peuvent également permettre de projeter les tendances futures de l'épidémie avec ou sans interventions spécifiques – technique particulièrement utile pour influencer les choix politiques en la matière. Elles permettent également d'estimer la répartition des nouveaux cas d'infection au sein des groupes de population les plus exposés, information essentielle au ciblage des actions pressenties. Ces différentes méthodes dépassant le cadre de ce guide, de plus amples informations et d'autres outils peuvent être obtenus en la matière auprès du Groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, la modélisation et les projections. S'agissant des activités de suivi et d'évaluation, les estimations servent de dénominateur au calcul de la couverture (voir le Chapitre 6 pour plus de détails).

Références bibliographiques complémentaires

- MEASURE Evaluation (2005). *Priorities for local AIDS control efforts (PLACE)*. Université de Caroline du Nord, Chapel Hill, USA. <http://cpc.unc.edu/leadership/place.html>
- Ministry of Health, Indonesia (2003). *National estimates of adult HIV infection, Indonésie*. Rapport de séminaire. Ministère de la santé, Indonésie.
- Pisani E, Garnett GP, Grassly NC et al. (2003). *Back to basics in HIV prevention: focus on exposure*. British Medical Journal 2003, 326 (7403):138884-7.
- ONUSIDA et FHI (2003). *Estimating the size of populations at risk for HIV. Workshop report*. <http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/pub/guide/popsizedcontent.htm>. Research Triangle Park, NC, FHI.
- ONUSIDA (2005). *Development of the software packages, EPP v2 and Spectrum, and measuring and tracking the epidemic in countries where HIV is concentrated among populations at high risk of HIV*. Technical report and recommendations. Genève, ONUSIDA.
- ONUSIDA et OMS. *Back to Basics: A resource manual for planning and tracking effective HIV prevention efforts*. Groupe de travail ONUSIDA/OMS sur la surveillance.
- Groupe de référence ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections. <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/Epidemiology/>
- Walker NJ, Stover K, Stanecki K et al. (2004) *The workbook approach to making estimates and projecting future scenarios of HIV/AIDS in countries with low-level and concentrated epidemics*. Sexually Transmitted Infections, August 2004; 80: i10 - i13.
- OMS (2004). *Etude de cas sur l'estimation de l'infection à VIH dans une épidémie concentrée : Leçons tirées de l'exemple indonésien*. Groupe de travail ONUSIDA/OMS sur la surveillance mondiale du VIH/SIDA et des IST. Genève, OMS.

Caractérisation des facteurs associés

A quelles interrogations répond une évaluation des facteurs associés ?

Dans chaque communauté existent un certain nombre de facteurs qui contribuent à induire et à pérenniser des comportements à risque. Une riposte appropriée doit donc se baser sur une évaluation des facteurs environnementaux et structurels, communautaires et individuels (Figure 7).

Les facteurs environnementaux et structurels doivent être pris en compte lorsque l'on planifie des programmes destinés à intervenir directement sur ces facteurs ou à définir l'environnement au sein duquel des initiatives appropriées peuvent être mise en œuvre. En matière de planification de la prévention, plusieurs politiques ont une importance majeure, notamment le caractère légalisé ou pas du commerce du sexe, de l'échange de seringues, de la sodomie et de la publicité pour les préservatifs. D'autres politiques comme les lois relatives aux lieux et matériels d'injection sûrs (interdiction de la délivrance de seringues sans ordonnance) peuvent avoir un impact majeur sur les comportements des consommateurs de drogues injectables.

Les facteurs communautaires jouent un rôle important en créant un environnement qui concourt à la propagation du VIH. La pauvreté par exemple, conduit souvent des personnes à des choix de vie qu'elles n'auraient pas faits dans un autre contexte, comme de monnayer des rapports sexuels ou de vendre et de consommer des drogues. Le manque d'opportunités en matière d'éducation peut également conduire les jeunes à la conclusion qu'ils ne peuvent pas augmenter leurs revenus ou même subsister.

Figure 7. Facteurs associés

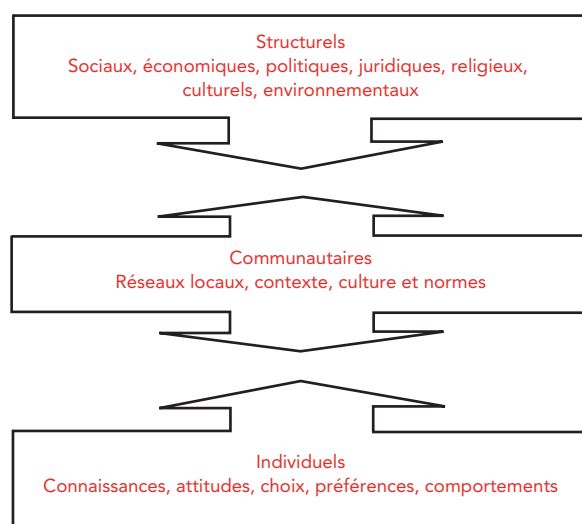


Figure 8. Les professionnelles du sexe et leurs clients : Exemple d'informations nécessaires à la planification d'une action

Contexte dans lequel s'opère le commerce du sexe

- Différents types de professionnelles du sexe et de clients
- Besoins, perceptions et priorités des professionnelles du sexe
- Perceptions et priorités des autres acteurs impliqués dans le commerce du sexe
- Lois et politiques encadrant le commerce du sexe (et les mouvements migratoires, s'ils constituent un problème local)
- Politiques et priorités des bailleurs de fonds
- Partenaires clés
- Partenaires, alliés ou opposants à l'action pressentie
- Données démographiques
- Structures, relations et modes de vie locaux professionnels et communautaires
- Facteurs susceptibles de favoriser ou d'entraver l'action pressentie

Connaissances et comportements

- Profil et niveau des comportements à risque des professionnelles du sexe, de leurs clients et partenaires réguliers, et contextes dans lesquels ils sont adoptés
- Profil de demande de soins
- Niveau d'utilisation et connaissances relatives aux préservatifs ou à d'autres pratiques sexuelles à moindre risque
- Connaissances et attitudes en matière de VIH et d'infections sexuellement transmissibles
- Canaux, méthodes, matériels et messages potentiels destinés aux groupes de population cibles
- Consommation de drogues et d'alcool par les professionnelles du sexe et leurs clients

Services

- Services existants (officiels, informels, situés dans des structures de santé, communautaires, biomédicaux ou traditionnels)
- Potentiel de coopération avec les actions pressenties
- Qualité
- Attitude des prestataires de service
- Perceptions locales et profil d'utilisation

Adapté sur la base de : OMS (2005). Boîte à outils destinée à la prévention et aux soins du VIH/sida ciblant le commerce du sexe. OMS, Genève.

Figure 9. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : Exemple de questions à explorer lors d'une évaluation rapide

- Stigmatisation et préjugés affectant la vie et l'activité sexuelle des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- Violence et harcèlement et inter-connections avec les options politiques en vigueur
- Bien-être mental et affectif des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et leur impact sur le comportement sexuel et le mode de vie
- Contraintes économiques auxquelles sont confrontés les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- Expériences vécues par les hommes ayant des rapports sexuels rémunérés avec d'autres hommes
- Connaissances en matière de sexe à moindre risque, d'infections sexuellement transmissibles et de VIH
- Niveau et profil de comportement à risque, notamment en termes de comportement sexuel et de consommation de drogues
- Prévalence des symptômes d'infections sexuellement transmissibles
- Convictions culturelles relatives à la sexualité, à la santé sexuelle et au VIH
- Compréhension des notions de risque et de sécurité par les hommes et relation à la perception du VIH
- Attitudes et pratiques en matière de drogue et d'alcool et incidence potentielle sur les pratiques sexuelles et l'infection à VIH

Adapté sur la base de : OMS (2004). Guide d'évaluation rapide et d'adaptation de la réponse en matière de VIH et d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. OMS, Genève.

Figure 10. Les Consommateurs de drogues injectables : Exemple de questions à examiner préalablement à l'élaboration d'initiatives

- Quel est le nombre de consommateurs de drogues injectables ? Qui sont-ils ? Leur comportement en matière de consommation de drogue a-t-il changé récemment ?
- Pourquoi l'utilisation de drogues injectables se répand-elle ou est-elle sur le point de se répandre ? Comment affecte-t-elle la santé des CDI et quel est le contexte politique et social ?
- Quelles sont les prises de risque des consommateurs de drogues injectables en matière d'injection et d'activité sexuelle ?
- Quelle est la prévalence des virus à transmission sanguine (VIH, hépatite B et C), des surdoses et autres effets secondaires des drogues injectables ?
- Existe-t-il une réponse politique du gouvernement à la consommation de drogues injectables ? Existe-t-il des programmes ciblant les besoins des consommateurs de drogues injectables en matière de santé ?
- Dispose-t-on de ressources financières et humaines et a-t-on la capacité et la volonté d'intervenir ?
- quelles sortes d'actions pourraient aboutir et seraient acceptables, abordables et durables ?

Adapté sur la base de : OMS (2005). Guide de politique et de programmation pour la prévention et les soins du VIH/sida chez les UDI. OMS, Genève.

Les Figures 8, 9 et 10 extraites de guides de planification de programmes récemment publiés par l'OMS (voir les références bibliographiques en fin de chapitre) fournissent des exemples d'informations à recueillir lors d'une évaluation des besoins des professionnelles du sexe, des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des consommateurs de drogues injectables. Même si ces listes ne sont fournies qu'à titre d'illustration, elles reflètent de nombreux facteurs environnementaux, communautaires et individuels qui doivent être pris en compte en plus des questions spécifiques à chacun de ces groupes de population.

Quand faut-il conduire une recherche formative et une évaluation rapide ?

L'évaluation des facteurs associés et des déterminants du risque doit être réalisée lors de la conception du programme, donc avant la mise en œuvre ou l'intensification des actions. La recherche formative doit être faite seulement après avoir contrôlé les informations existantes, de manière à éviter toute duplication de données similaires et à s'assurer que les travaux conduits sont conçus pour combler les informations manquantes.

Qui devrait réaliser la recherche formative et les évaluations de besoins ?

Les responsables de programme et autres intervenants impliqués dans la conception des programmes doivent également être impliqués dans la planification de la recherche formative et des évaluations de besoins. La portée de l'évaluation, et l'expertise technique qu'elle suppose, dépendent de la disponibilité des ressources destinées à la planification et à la mise en œuvre du programme ainsi que de ce qui est déjà connu. En cas d'évaluation plus approfondie ou d'analyse de situation, il est souhaitable de consulter des chercheurs ayant l'expérience de la conception des instruments d'évaluation, de l'échantillonnage et des méthodes de travail de terrain pour superviser la conception et la mise en œuvre de ces activités. Ces chercheurs travaillent généralement dans des établissements universitaires locaux ayant une expérience dans ce domaine ou peuvent être contactés auprès d'autres organisations travaillant avec des populations similaires.

Le succès de l'évaluation des besoins repose également sur un large soutien et une implication de la communauté, dès ses premières étapes. Les personnes impliquées doivent inclure des représentants des groupes de population cibles, des représentants des autorités locales et d'autres intervenants influents directement impliqués dans les services dispensés aux groupes de population en question.

Quelles sont les méthodes de recherche formative et d'évaluation des besoins ?

La recherche formative et l'évaluation des besoins recourent généralement à une combinaison de méthodes qualitatives et quantitatives. Les évaluations rapides favorisent la collecte d'informations de base sur une courte période de temps, souvent grâce à des méthodes participatives. En cas de besoin, une analyse de situation plus détaillée peut être réalisée ensuite.

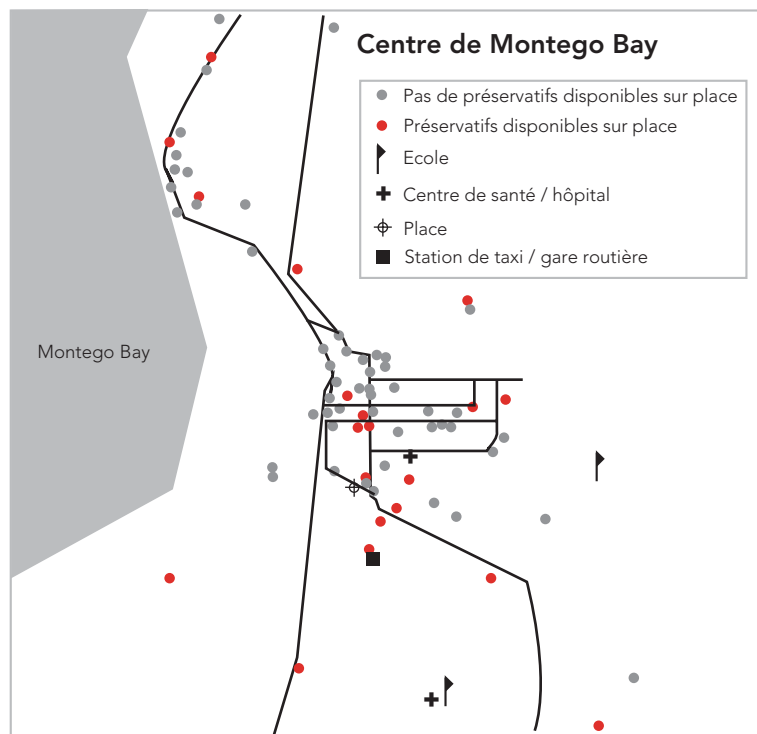
Une évaluation rapide suppose généralement un travail d'observation de la communauté, des visites sur les lieux de commerce de la drogue et du sexe et des entretiens avec les informateurs clés de la communauté. Parmi les méthodes plus spécifiques, on peut citer la cartographie des lieux où sont observés les comportements à risque, la cartographie des services de prévention afin d'en établir la disponibilité et les obstacles géographiques, des entretiens approfondis et l'organisation de groupes de discussions dirigées au cours desquelles se réunissent des représentants de la communauté et des informateurs clés afin de comprendre l'impact de la communauté et de l'environnement sur les comportements à risque.

Il existe un certain nombre d'outils d'évaluation rapide destinés aux groupes de population les plus exposés (voir les références en fin de chapitre). Des outils d'évaluation de l'environnement dans lequel surviennent les comportements à risque liés au VIH sont disponibles auprès de l'OMS. L'approche d'évaluation et de riposte rapide permet par exemple d'entreprendre l'évaluation approfondie d'un problème, d'en établir une définition, de définir les sous-groupes de population affectés, les lieux et le contexte, les comportements à risque et l'impact sur la santé, et enfin les conséquences sociales. La méthode *PLACE*, qui est également une méthode d'évaluation rapide, consiste en une cartographie des lieux de rencontre des partenaires sexuels (notamment les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) et des consommateurs de drogues injectables et en une collecte d'informations sur place. La Figure 11 est une carte des lieux de rencontre de nouveaux partenaires sexuels à la Jamaïque qui a contribué à cibler des activités de prévention.

Quels sont les défis spécifiques des évaluations de besoins dans les groupes de populations les plus exposés ?

Les évaluations de besoins ne seront utiles en termes d'information que si elles sont planifiées et mises en œuvre en présence des membres des communautés et des représentants des groupes de population étudiés. Les personnes réalisant ces recherches doivent faire preuve de sensibilité vis-à-vis des cultures concernées, avoir une attitude dénuée de jugement et comprendre les normes et comportements locaux. L'engagement des communautés est essentiel à toutes les étapes du processus. Il importe en outre de veiller à éviter de nuire à ces groupes de population dont les comportements sont souvent très stigmatisés et quelquefois illégaux. Il est parfois nécessaire de garder confidentielles les informations et cartographies des lieux détaillant les types de comportements à risque, ceci pour éviter d'éventuelles représailles de la part des autorités locales. Il peut également être nécessaire de prévoir une formation et une supervision spécifiques du travail de terrain pour assurer le respect des bonnes pratiques en matière de recherche, notamment le consentement éclairé, le caractère volontaire de la participation, la confidentialité et l'anonymat.

Figure 11. Cartographie des lieux de rencontre de nouveaux partenaires sexuels, Montego Bay, Jamaïque.



Source : Centre de la population de Caroline. PLACE en Jamaïque. Suivi de la prévention du sida dans les paroisses. Rapport technique de l'évaluation MEASURE. Chapel Hill, Université de Caroline du Nord, 2004.

Comment peut-on utiliser les résultats ?

Une évaluation solide des facteurs associés inclut les politiques publiques qui ont un impact sur les groupes de population les plus exposés, la mise en œuvre de ces politiques, les organisations du secteur public et privé qui travaillent avec les groupes de population concernés, la structure socioéconomique des communautés et l'environnement naturel et humain. Une fois présentées les structures de base, on peut analyser l'environnement et déterminer ses effets potentiels sur les comportements à risque. Les interventions peuvent alors être planifiées en gardant à l'esprit ces différents facteurs associés.

Même en l'absence d'analyses de situation plus précises, des évaluations rapides peuvent contribuer à définir les zones géographiques où se concentrent les comportements à haut risque, les caractéristiques et pratiques des représentants de ces groupes de population, les lieux où les actions peuvent être mises en place et les obstacles potentiels à leur efficacité. La Figure 11 illustre les résultats d'une activité de cartographie réalisée dans le cadre d'une évaluation PLACE à Montego Bay, Jamaïque, ayant contribué à déterminer les endroits où les gens trouvent de nouveaux partenaires sexuels. L'intervention a donc permis de définir un certain nombre d'endroits appropriés pour des programmes de prévention du VIH, s'agissant notamment de la promotion des préservatifs.

Références bibliographiques complémentaires

MEASURE Evaluation (2005). *Priorities for local AIDS control efforts (PLACE)*. University of North Carolina at Chapel Hill, USA. <http://cpc.unc.edu/leadership/place.html>

PLACE in Jamaica (2004). *Monitoring AIDS prevention at the parish level. MEASURE Evaluation Technical report*. Carolina Population Center. Chapel Hill, University of North Carolina at Chapel Hill.

Stimson GV, Donoghoe MC, Fitch C, et al (2003). *Rapid Assessment and Response Technical Guide*. OMS, Genève.

Weir SS, Pailman C, Mahlalela X et al. (2003). *From people to places: focusing AIDS prevention efforts where it matters most*. AIDS. 17(6):895-903.

OMS (2002). *The rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and sexual risk behaviour*. OMS, Genève.

OMS (2004). *Rapid Assessment and response adaptation guide on HIV and men who have sex with men*. OMS, Genève.

OMS (2005). *Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users*. OMS, Genève.

OMS (2005). *Toolkit for targeted HIV/AIDS prevention and care in sex work settings*. OMS, Genève.

Suivi et évaluation de processus – Estimation de la qualité de la mise en œuvre du programme

A quelles interrogations répondent le suivi et l'évaluation de processus ?

Tout projet ou programme, aussi petit soit-il, requiert une stratégie simple de suivi et d'évaluation qui doit être mise en place dès le stade de sa conception. Le suivi et l'évaluation de processus constituent une partie importante de cette stratégie. Ils consistent à recueillir ponctuellement (quotidiennement) des informations sur les aspects principaux du projet ou du programme et ainsi de pouvoir interpréter l'évolution des activités engagées. Ces informations sont utiles à la planification et à la rétro information des donateurs, des concepteurs et des bénéficiaires du projet ou du programme. Il s'agit d'une évaluation périodique de la valeur de ce qu'a réussi le projet ou le programme par rapport aux activités prévues et aux objectifs d'ensemble. Elle contribue à déterminer les contraintes qui entravent la réalisation des objectifs et à fournir des solutions qui peuvent ensuite être appliquées.

Quels que soient le groupe de population cible et le type d'actions envisagées, tous les programmes doivent effectuer un suivi et une évaluation de processus, mais les programmes ciblant les groupes de population les plus exposés doivent être particulièrement attentifs à certaines questions :

- *L'acceptabilité des services* – elle peut être influencée par des phénomènes de stigmatisation et de discrimination préalablement vécus, des problèmes de confidentialité et de respect de la vie privée, la pertinence et l'adaptation de la communication interpersonnelle et du matériel imprimé, l'implication dans la planification et la mise en œuvre du programme, différentes expériences positives et négatives, et la satisfaction globale.
- *L'accès aux services* – la localisation des sites du projet et la distance par rapport aux groupes de population cibles, les horaires d'ouverture, le temps d'attente, le coût et l'éventuelle présence de la police.
- *Le ciblage des programmes* – atteignent-ils les réseaux des groupes de population les plus exposés ? Laissent-ils de côté des groupes de population moins visibles ou davantage affectés par le sida ?
- *Les liens avec les autres services* – aucun programme ne peut répondre à tous les besoins des groupes de population les plus exposés. Les organisations responsables doivent donc établir des liens avec d'autres organisations dispensant des services complémentaires : prévention, traitement, soins, appui, conseils sur les droits humains, et formation professionnelle ou formation aux compétences de vie.
- *L'implication des différents intervenants communautaires* – les programmes destinés aux personnes les plus exposées ont peu de chances d'aboutir sans l'implication simultanée des personnes qui influencent leur vulnérabilité au VIH. Celles-ci dépendent du contexte local et comptent notamment les intermédiaires dans le commerce du sexe (proxénètes, « Madames »), les partenaires sexuels, la police et les autorités locales ou d'autres personnes influentes. Ces personnes influencent directement le succès des actions engagées et les évaluations de processus explorent généralement leur attitude vis-à-vis des programmes et leur interaction avec eux.

Quand est-il nécessaire de réaliser un suivi et une évaluation de processus ?

Le suivi de processus devrait démarrer dès la conception du programme, et des données régulièrement recueillies et exploitées pour contrôler les services fournis. Ces données qui comprennent les principaux indicateurs des prestations délivrées doivent être régulièrement analysées pour fournir des informations sur les progrès du programme et une rétro information au personnel et aux principaux partenaires.

Ces évaluations sont souvent réalisées à des intervalles stratégiques – une fois par an ou tous les deux ans pendant la durée du projet – de façon que les données descriptives et analytiques soient disponibles assez souvent pour effectuer des corrections à mi-parcours. Ces évaluations servent également parfois à améliorer la conception des évaluations de résultats (discutée au Chapitre 7) et dans d'autres cas à donner davantage de signification aux données quantitatives.

Le suivi et l'évaluation de processus sont souvent considérés comme l'activité de suivi et d'évaluation la plus importante pour les responsables de programme car ils permettent de déterminer dans un même temps les aspects positifs qu'il importe de pérenniser ou d'étendre et les lacunes à rectifier, ainsi que les moyens d'y remédier. Ces informations doivent être régulièrement communiquées au personnel pour le tenir au courant des succès enregistrés, des lacunes et des changements d'orientation. Le suivi et l'évaluation de processus offrent également une opportunité aux groupes de population les plus exposés de contribuer à l'élaboration de programmes et renforce les relations et la communication entre les représentants des communautés affectées et les partenaires de projets.

Qui devrait réaliser le suivi et l'évaluation de processus ?

Contrairement à l'évaluation de processus, son suivi peut nécessiter différents types de personnel et de niveaux de ressources. S'agissant d'une activité permanente, elle devrait être intégrée dans le fonctionnement routinier du programme et réalisée par le personnel de terrain. Les évaluations de processus, quant à elles, peuvent nécessiter des ressources supplémentaires, une perspective extérieure et/ou une expertise en suivi et en évaluation.

Quelles sont les méthodes de suivi et d'évaluation dont on dispose ?

Données ponctuelles pour le suivi de processus

Il faut au minimum mettre en œuvre un système d'information pour la gestion afin de recueillir les informations de base relatives aux activités du projet et aux services fournis. Ces informations sont analogues à celles recueillies dans les programmes de prévention du VIH auprès des autres populations et peuvent comprendre les indicateurs suivants :

- Nombre d'activités de proximité réalisées (séminaires, réunions de groupes de soutien, représentations théâtrales ou spectacles de rue)
- Nombre de produits distribués (préservatifs, lubrifiants)
- Nombre d'intervenants participant à ces activités
- Nombre de personnels formés (en stratégies avancées, en conseil pour les couples sérodiscordants, en traitement des IST)
- Nombre de contacts à la recherche d'information (appels à un numéro vert, connexions sur un site Internet, brochures distribuées)
- Nombre d'interventions dans les media (émissions de radio, annonces télévisées, etc.)

- Nombre de services fournis (tests de dépistage du VIH, doses de méthadone mises à disposition)
- Nombre de sites de projet (dispensaires IST, centres de désintoxication, centres d'accueil)
- Nombre de clients contactés (grâce à des stratégies avancées, dans des lieux d'accueil, etc.)
- Nombre de clients auxquels des services sont fournis (consommateurs de drogues injectables bénéficiant d'une thérapie, professionnelles du sexe auprès desquelles sont conduits des tests de dépistage d'IST)
- Nombre de clients auxquels s'adressent les services fournis (conseil et test de dépistage du VIH, traitement du VIH, soutien psychosocial).

Ces indicateurs doivent être ventilés par groupes de population (consommateurs de drogues injectables, professionnelles du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes), par sexe et par âge, si cela est pertinent et utile.

Evaluation de processus

Les évaluations de processus prennent en compte un ensemble de sources de données existantes et nouvelles. Les données existantes incluent l'analyse dans le temps et dans différents sites des indicateurs mentionnés ci-dessus, les documents de programme, notamment les plans stratégiques, les directives, les procédés de suivi et d'évaluation établis, des rapports descriptifs et des évaluations à mi-parcours. On peut compléter ces sources par les rapports de surveillance nationale du VIH, les plans stratégiques nationaux, les rapports d'évaluation de situation et d'évaluation formative, les documents politiques et les études particulières liées directement ou indirectement aux groupes de population les plus exposés.

Etudes spécifiques destinées à déterminer la qualité de la mise en œuvre

Les activités visant à déterminer la qualité de la mise en œuvre d'un programme dans le cadre de l'évaluation de processus vont des évaluations rapides qui peuvent être réalisées à moindre coût et en peu de temps, à la collecte de données spécifiques qui nécessitent des méthodes de recherche précises, des outils particuliers et une analyse approfondie du programme. Les méthodes de collecte de données conçues pour établir la qualité de la mise en œuvre d'un programme comprennent :

- *Des entretiens avec des clients*

Ces entretiens fournissent des informations relatives aux expériences, perceptions et satisfactions des clients par rapport aux services reçus. Il s'agit de l'interaction avec le personnel du projet et les organismes de référence, de l'accès aux sites et de leur acceptabilité et enfin, du caractère approprié des services. Dans le cadre de ces entretiens, on peut également évaluer le degré d'accessibilité aux actions engagées (voir la Figure 12) et voir si les systèmes de référence censés offrir une continuité des soins fonctionnent effectivement.

- *Entretiens avec le personnel*

Les entretiens conduits en présence du personnel et des responsables du projet renseignent sur les perceptions des atouts, des lacunes et des besoins associés à la prestation de services, au processus du programme, aux structures de personnel et de gestion, aux capacités et aux méthodes de communication.

- *Observation*

L'observation de l'interaction entre clients et personnel permet d'apprécier l'exhaustivité et la précision de l'information fournie aux clients, l'adhésion aux protocoles et les compétences du personnel en matière de communication inter personnelle ainsi que le recours aux références appropriées.

- **Audit des établissements**

Les audits d'établissements ou de services fournissent des informations sur la disponibilité du personnel nécessaire (nombre et qualification, adéquation de l'infrastructure, de l'équipement, des matériels d'appui, des directives techniques et opérationnelles, etc.). Ils permettent également d'apprécier les capacités logistiques du programme, telles que l'approvisionnement et le stockage des matériels, leur disponibilité, la tenue des registres et l'émission de documents y afférents.

- **Entretiens avec des prestataires de services complémentaires**

Ils permettent de vérifier si les circuits de transfert sont suffisants en se focalisant sur la collaboration avec les organismes qui fournissent des services complémentaires. Ils peuvent inclure une évaluation des circuits de transfert vers d'autres services, basée notamment sur le suivi des clients et sur leurs impressions au sujet des transferts.

- **Entretiens approfondis et formation de groupes de discussions dirigées avec des non-utilisateurs**

Des méthodes de recherche qualitative comme des entretiens approfondis ou des groupes de discussions dirigées mis en place auprès de personnes qui n'utilisent pas les services en question peuvent contribuer à définir les obstacles et les manques dans l'accès aux services et les lacunes dans la prestation de services.

Comment sélectionner les méthodes les plus appropriées ?

Le choix de la méthode de collecte de données complémentaires doit être guidé par les questions à résoudre et par les ressources disponibles. Si le problème réside dans l'utilisation des services, le personnel peut vouloir analyser les données de suivi relatives à l'utilisation des services et aux transferts, puis constituer des groupes de discussions dirigées et conduire des entretiens approfondis avec les prestataires de services et les non-utilisateurs afin d'évaluer les obstacles à l'accès et les lacunes des services. Si peu de clients reviennent après un premier contact, on peut examiner les conditions matérielles du site, les interactions entre clients et personnel, et s'entretenir avec les clients à propos de leurs motifs d'insatisfaction et des lacunes dans la prestation de services.

Quels sont les défis spécifiques au suivi et à l'évaluation de processus au sein des groupes de population les plus exposés ?

Les considérations éthiques relatives à la recherche impliquant des êtres humains s'appliquent aux évaluations de processus dans des communautés de clients. La collecte de données, leur analyse et la publication des résultats doivent obéir aux mêmes valeurs de respect de l'intimité, de confidentialité, d'anonymat et au principe de ne pas nuire. L'accès aux dossiers du projet doit être guidé par les principes de recherche éthique afin de garantir la confidentialité des informations relatives aux clients.

L'accès aux clients des projets afin de recueillir des données supplémentaires nécessite une coopération étroite avec le personnel du projet et avec les intermédiaires communautaires si la collecte a lieu en dehors de la structure initiale. Ce peut être le cas des contacts avec des clients des lieux de commerce du sexe, des bars ou d'autres endroits où le contact est établi. S'assurer la coopération des autorités locales permet d'éviter qu'elles ne harcèlent le personnel chargé de la collecte des données en imaginant qu'il est à la recherche de sexe ou de drogues. L'accès aux clients se fait généralement par l'intermédiaire du personnel du projet. Par contre, les entretiens relatifs à la qualité des services doivent être conduits en dehors de la présence du personnel pour éviter tout risque d'information biaisée dans les réponses fournies.

Comment utiliser les résultats de ces activités ?

L'analyse et l'utilisation des données sont un point important de l'évaluation de processus. La participation des différents intervenants à l'analyse et à l'interprétation des résultats, s'agissant notamment de formuler des conclusions et d'établir des liens avec les plans à venir, est cruciale pour l'acceptation et l'utilisation des résultats. Leur participation a d'autres effets bénéfiques comme de favoriser une compréhension commune des priorités du moment, de renforcer l'engagement dans les activités du projet, et de communiquer des informations essentielles aux décideurs politiques. Ces bénéfices seront moindres si les évaluateurs ne sollicitent pas activement une large implication dans les phases de conception et d'analyse.

L'utilité des résultats sera majorée s'ils sont intégrés dans la gestion régulière du programme et si les résultats les plus importants sont régulièrement mis à la disposition des intervenants. Ceci favorisera également les ajustements opportuns du programme aux dynamiques et priorités changeantes de l'épidémie. Les résultats doivent pour cela être diffusés sous forme d'informations faciles à comprendre par les intervenants et en mettant l'accent sur leur utilisation pour l'amélioration du programme.

Utilisation de modèles d'évaluation de processus participatifs et reposant sur un ensemble de méthodes : exemple du Bangladesh

En 2005, une équipe indépendante a réalisé une évaluation de processus et de résultats du programme de prévention du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes mis en œuvre par la *Bandhu Social Welfare Society*. L'évaluation s'est penchée sur les activités, la couverture du programme et la qualité des services fournis. La collecte de données a inclus un examen des données de suivi (comme le nombre de contacts avec des pairs éducateurs), des entretiens approfondis, individuels ou en groupe avec le personnel et les bénéficiaires du projet et enfin, l'observation des services. L'équipe a également utilisé une approche participative en impliquant le personnel de la *BSWS* et les bénéficiaires du programme dans la conception de l'évaluation, dans la collecte de données et dans l'exploitation des résultats pour l'élaboration de plans d'action visant à mettre en œuvre les recommandations.

Deux grandes leçons ont émergé de cet exercice. La première a été l'importance du recours aux méthodes participatives avec des groupes de population très stigmatisés. L'implication simultanée du personnel et des bénéficiaires aux différentes étapes de l'évaluation a facilité l'accès des équipes aux personnes interrogées et a fourni des données de meilleure qualité. De plus, comme les participants contribuaient à décider ce qui devait être évalué, les résultats ont été réellement utilisés par les partenaires du programme. Enfin, il y a eu un transfert de compétences grâce auquel le personnel a appris comment planifier et mettre en œuvre ses propres évaluations. La deuxième leçon a été l'intérêt de combiner l'évaluation de processus et des résultats dans le cadre d'un modèle multi-méthodes exhaustif. Grâce à l'association délibérée de méthodes quantitatives et qualitatives évaluant parallèlement le processus et les résultats, l'équipe d'évaluation et les partenaires du programme ont eu une meilleure perception des actions engagées. L'équipe d'évaluation a en outre pu mieux montrer que les changements mesurés étaient attribuables aux programmes de la *BSWS*.

Source : Ann Coghlan, ACTion Consulting,

Références bibliographiques complémentaires

Bertrand J, Solis M (2000). *Evaluating HIV/AIDS prevention projects: A manual for nongovernmental organizations. MEASURE Evaluation Manual Series*. Carolina Population Center. Chapel Hill, Université de Caroline du Nord, Chapel Hill.

FHI (2004). Suivi des programmes VIH/SIDA – Guide du formateur : Une ressource de l'USAID pour la prévention, les soins, et le traitement. Research Triangle Park, NC, FHI.

Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (2006). Guide de suivi et d'évaluation VIH/SIDA, tuberculose et paludisme. Deuxième édition. Janvier 2006, Genève, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.
http://www.theglobalfund.org/pdf/guidelines/pp_me_toolkit_fr.pdf

Rehle T, Saidel T, et al. *Evaluating programmes for HIV/AIDS prevention and care programmes in developing countries. A handbook for programme managers and decision-makers*. Research Triangle Park, NC, FHI.

Contrôle de l'adhésion au programme et de la couverture assurée

A quelles interrogations répond le suivi de l'adhésion et de la couverture ?

Les données relatives à l'adhésion aux services fournis constituent un élément de base du système d'information pour la gestion de la planification et de l'attribution des ressources. Elles sont également essentielles au suivi des progrès des prestations délivrées et à la communication d'informations auprès des différents intervenants. L'utilisation des informations relatives à l'adhésion aux services pour la gestion du programme a été en partie couverte au chapitre précédent. Leur utilisation dans l'estimation de la couverture assurée est abordée dans le présent chapitre.

La couverture montre si le programme intervient aux bons endroits (Les services sont-ils disponibles pour les groupes de population les plus exposés dans les zones où ils sont concentrés ?) et atteint les groupes de population cibles (Une proportion suffisante des groupes de population ciblés par les actions engagées bénéficie-t-elle réellement de ces services ?). Pour qu'un programme ait un impact optimal sur la prévention du VIH au sein des groupes de population les plus exposés, il doit faire les deux. Atteindre une couverture suffisante est une étape intermédiaire vers le changement de comportement et le recul du nombre de nouveaux cas d'infection.

Dans les pays où l'épidémie est concentrée dans les groupes de population les plus exposés, les programmes sont généralement ciblés. Un ciblage géographique permet de s'assurer que les initiatives sont engagées dans des endroits où existe une convergence de comportements à risque. Plutôt que de rechercher une couverture nationale, un programme qui veut exploiter au mieux des ressources limitées en matière de prévention peut au contraire tenter d'atteindre une bonne couverture dans ces sites. Le suivi de la couverture géographique autant que la couverture individuelle est donc important pour les programmes ciblant les groupes de population les plus exposés.

Quand est-il nécessaire de contrôler l'adhésion au programme et la couverture assurée ?

Il est important d'évaluer la couverture géographique des services de prévention du VIH pendant la phase initiale d'intensification du programme afin de s'assurer que ces programmes atteignent les personnes ayant besoin de ces services et ceci devrait être fait au moins une fois par an. Une fois que la couverture géographique est bonne et que les ressources paraissent stables pour quelques temps, le suivi de la couverture géographique devient moins important et peut se faire tous les deux ans par exemple.

Les données relatives aux clients servis ou approchés servent à contrôler l'adhésion aux services de prévention du VIH. Elles doivent être recueillies dans le cadre du système de suivi de routine au niveau du projet – et ce dès son démarrage – et analysées chaque mois. La compilation des données destinées au suivi d'ensemble du programme peut se faire tous les trois, six ou 12 mois. Les données relatives à l'adhésion au programme peuvent être combinées avec les estimations démographiques (exposées au Chapitre 3) pour en déterminer la couverture une ou deux fois par an, selon la disponibilité des estimations démographiques actualisées.

A qui convient-il de confier le contrôle de l'adhésion au programme et de la couverture assurée ?

Le suivi du nombre de clients servis est un élément essentiel du suivi de processus d'un programme. Son personnel peut également utiliser ces données pour en évaluer la couverture individuelle afin de vérifier que les actions engagées atteignent une proportion suffisante de la population cible ou s'il est nécessaire de réorienter les stratégies ou d'y consacrer davantage de ressources.

Le personnel du programme de suivi et d'évaluation au niveau national ou sous-national doit être responsable de la compilation des données relatives à l'adhésion aux services ciblant les groupes de population les plus exposés pour en évaluer la couverture globale. C'est également à ce niveau que devrait être évaluée la couverture géographique afin de déterminer les lacunes de la programmation et allouer les ressources de façon plus stratégique. Ces deux activités exigent des capacités au niveau national ou sous-national en termes de compilation et d'analyse des données et s'agissant également d'établir un panorama précis de l'accès et du recours aux activités engagées.

Suivi de la mise en œuvre d'un paquet minimum de services de prévention du VIH destinés aux groupes de population les plus exposés dans la région du Mékong, en Asie du Sud-est

Dans la région du Mékong, la stratégie de l'USAID et de ses partenaires consiste à soutenir la mise en œuvre d'initiatives de prévention du VIH efficaces dans des endroits « chauds » de la région. La plupart de ces sites sont des villes, souvent importantes ou des zones frontalières où existe une convergence de comportements à risque et de prévalence élevée d'infection à VIH dans les groupes de population les plus exposés. On met en œuvre dans ces sites un paquet minimum d'activités de prévention du VIH, de manière coordonnée et avec le soutien de donateurs, d'ONG et du gouvernement. Les services inclus dans le paquet minimum comprennent : l'éducation par les pairs/éducation en stratégies de proximité, des services de conseil et de test VIH, le traitement des IST, la distribution de préservatifs, l'implication de media ciblés, et le traitement de l'addiction et l'éducation à des pratiques d'injection plus sûres pour les consommateurs de drogues injectables. Ces services ont en outre des liens avec les services de traitement et de soins destinés aux personnes vivant avec le VIH. La disponibilité de ce paquet est suivie dans des sites clés de la région tous les deux ans. Les entretiens conduits auprès de responsables de projet et d'informateurs clés contribuent, eux, à établir l'ensemble des actions gouvernementales et non-gouvernementales fournissant des services aux professionnelles du sexe, aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ou aux consommateurs de drogues injectables dans chacun de ces sites. Le nombre de sites où tous les composants sont en place est ensuite évalué. Les données obtenues contribuent non seulement à contrôler l'intensification du paquet minimum de services de prévention du VIH, mais également à améliorer la coordination entre partenaires et à assurer une planification efficace des activités.

Source : Patchara Rumakon, *USAID Regional Development Mission, Asie*.

Quelles méthodes utilise-t-on pour contrôler l'adhésion au programme et la couverture assurée ?

Suivi de la couverture géographique

La cartographie peut servir à identifier les zones ou les sites d'un pays pour lesquels les données comportementales et épidémiologiques indiquent des niveaux plus élevés de comportement à risque et un potentiel d'augmentation du niveau d'infection à VIH. Combinées aux estimations de la densité des groupes de population les plus exposés, elles permettent d'identifier les sites ou les « points chauds » où des actions de prévention devraient être engagées. L'accès aux services fournis dans le cadre de ces activités peut ensuite être évalué lors d'entretiens menés auprès d'informateurs communautaires clés, de membres d'organisations dispensant des services de prévention du VIH et de représentants du gouvernement ou de donateurs. Le nombre de sites bénéficiant de services de prévention du VIH peut alors être suivi dans le temps.

Le choix des activités à évaluer en termes de couverture géographique devrait être basé sur des données probantes et suivre les directives internationales établies en termes de bonnes pratiques. La Déclaration d'engagement sur le VIH/sida adoptée par l'UNGASS en 2001 a défini un certain nombre de domaines d'intervention. On peut trouver dans les publications de l'OMS référencées en fin de chapitre des informations plus détaillées sur les initiatives spécifiquement destinées aux professionnelles du sexe et aux consommateurs de drogues injectables.

Contrôle de l'adhésion au programme et de la couverture individuelle

La couverture géographique renseigne sur l'accès mais pas sur l'adhésion aux services fournis. Or, les groupes de population les plus exposés sont souvent marginalisés et confrontés à la stigmatisation et à la discrimination si bien qu'ils n'utilisent pas forcément les services mis à disposition. Le suivi de l'adhésion à ces services est donc un point clé de l'évaluation de la couverture.

Tous les projets devraient enregistrer le nombre de clients bénéficiant de leurs services ou approchés dans le cadre de stratégies de proximité. Ces informations peuvent être rassemblées dans des registres tenus dans les dispensaires et les centres d'accueil ou des livres de bord tenus par les responsables de stratégies de proximité. Ces données doivent ensuite être compilées à intervalles réguliers (chaque mois, par exemple) afin d'évaluer le nombre total de clients servis et le nombre par type de service. Enregistrer le nombre de clients plutôt que le nombre de contacts peut se révéler difficile. Il faut donc mettre en place un système permettant de suivre chaque client. Certains registres peuvent comporter des informations permettant d'identifier la personne, mais d'autres peuvent se limiter à un numéro d'identification. Un centre d'accueil destiné aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peut par exemple fournir à ses clients une carte de membre ne comportant qu'un numéro d'identification. Cela leur permet de s'inscrire dans différents services sans divulguer d'informations personnelles. Dans le cadre des activités de proximité organisées notamment dans des bars ou des lieux de « drague », les travailleurs de proximité peuvent demander à leurs clients s'ils ont déjà été contactés par d'autres travailleurs de proximité et en prendre note dans leur livre de bord après leur avoir fourni un service donné.

Là où de multiples projets mettent en œuvre des activités destinées aux groupes de population les plus exposés, la couverture peut être estimée grâce aux données compilées des différents projets et aux enquêtes menées auprès d'eux. Un récapitulatif de ces méthodes est fourni ci-dessous :

Registres des projets et estimations démographiques

Synopsis : Les données relatives à l'adhésion aux services fournis émanent des registres des projets combinés aux estimations démographiques.

Caractéristiques principales : La plupart des projets possèdent des registres de clients bénéficiaires des services ou contactés dans le cadre de stratégies de proximité. La compilation de ces données permet d'estimer le nombre de clients servis pendant une période déterminée. Les résultats sont d'autant meilleurs que la collecte de données est faite de manière identique dans le cadre d'un système unifié de suivi et d'évaluation et que les projets ne se chevauchent pas. La combinaison aux estimations démographiques permet d'estimer la couverture assurée (voir le Chapitre 3).

Hypothèses : Ce système repose sur la capacité des programmes à suivre le nombre de clients approchés dans et à travers différents projets. Mais s'il est relativement facile de connaître le nombre de contacts, il est plus difficile de savoir combien de clients ont bénéficié des services. Ceci est d'autant plus vrai dans le cas des groupes de population les plus exposés qui peuvent être réticents à utiliser des services qui exigent leur identification. Quand plusieurs projets offrent des services similaires au même groupe de population ou quand on compile les estimations de clients servis par plusieurs projets, on peut compter plusieurs fois des clients bénéficiaires de plusieurs projets. Ce risque peut être diminué si tous les projets utilisent un code unique de suivi de leurs clients. Cette méthode suppose également que l'on dispose d'estimations fiables au sujet de la densité du groupe de population cible, laquelle constitue le dénominateur dans les calculs effectués.

Utilisation de deux méthodes distinctes destinées à contrôler le nombre de personnes approchées dans le cadre de services mis en place : exemples de la Fédération de Russie et du Viet Nam

Le suivi de la prestation de services à des clients peut être réalisé grâce à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un système de codage qui identifie le client tout en préservant son anonymat. Les clients d'un programme destiné aux consommateurs de drogues injectables au sein de la Fédération de Russie par exemple, sont identifiés par un code aisément reproductible par cette personne quel que soit son état : la première lettre est l'initiale de son nom, puis celle du nom de sa mère, puis les chiffres de son année de naissance et ainsi de suite. Il suffit donc aux clients sollicitant un service de reproduire ce code sans livrer d'informations personnelles ni produire une carte de membre.

Source : Alexei Bobrik, *Open Health Institute*, Fédération de Russie.

L'estimation du nombre de personnes approchées dans une période de temps déterminée est particulièrement difficile en cas de stratégies de proximité dans un contexte communautaire où l'on peut toucher les mêmes personnes à plusieurs reprises pendant la période considérée, ce qui aboutit à une surestimation du nombre réel de personnes servies. Un système d'identification unique peut être utile dans un lieu fixe comme un centre d'accueil ou un dispensaire IST ; il l'est beaucoup moins dans un site de stratégie de proximité comme un bar, un parc ou un coin de rue. La « méthode de mémoire » consiste à demander aux bénéficiaires au cours de quel mois et de quelle année ils ont été contactés la dernière fois par le personnel du projet dans le cadre d'activités de prévention du VIH. Cette simple question permet de distinguer le nombre de contacts ou de prestations de services du nombre de bénéficiaires servis pendant la période de référence. Quand cette méthode a été testée au Viet Nam dans des programmes destinés aux professionnelles du sexe et aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les données obtenues pendant les trois mois de la phase pilote – comparées à celles des trois mois précédents – ont montré que si le nombre de prestations ne changeait guère, le nombre de professionnelles du sexe approchées avait chuté de près de 50 %. Par contre, on ne notait pas de recul significatif dans le cas des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes pour lesquels les contacts répétés étaient peu fréquents. La plupart des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes contactés étaient de nouveaux bénéficiaires et n'avaient été contactés qu'une seule fois au cours du trimestre.

Source : Mike Merrigan. *Family health International*, Thaïlande.

Enquêtes menées auprès des groupes de population les plus exposés

Synopsis : On inclut des questions sur l'accès aux services fournis dans les enquêtes comportementales menées auprès des groupes de population les plus exposés.

Caractéristiques principales : On pose aux personnes sollicitées dans le cadre des enquêtes une série de questions sur l'accès et l'adhésion aux services fournis. Ceci permet surtout d'apprécier la couverture globale du programme plutôt que celle d'un service en particulier, les personnes interrogées étant souvent incapables d'identifier la source du service en question.

Hypothèses : On suppose que les personnes sollicitées seront capables de se souvenir de l'accès aux différentes activités mises en œuvre dans une période de temps donné. En cas de population mobile, comme par exemple les professionnel(le)s du sexe dans certains contextes, une estimation de couverture à un moment donné ne reflète pas forcément la couverture sur une durée plus longue puisque la population entre et sort de la zone d'intervention. Les représentants des groupes de population les plus exposés concernés par l'enquête étant en outre davantage susceptibles d'avoir été approchés dans le cadre des activités engagées, la couverture peut être surestimée.

Les indicateurs UNGASS de couverture de programme

- Pourcentage des groupes de population les plus exposés approchés dans le cadre des programmes de prévention du VIH
- Pourcentage des groupes de population les plus exposés ayant subi un test de dépistage du VIH et en connaissant le résultat.

Comment choisir la méthode la plus appropriée au contrôle de l'adhésion au programme et de la couverture assurée ?

La couverture et l'adhésion devraient idéalement être suivies grâce aux registres des programmes et aux estimations démographiques. Ceci exige cependant que les programmes engagés aient la capacité de recueillir et d'enregistrer les données relatives à l'adhésion aux services fournis et qu'il existe des systèmes d'ajustement des résultats à cause des doubles comptages. En l'absence d'un bon système d'enregistrement, il faudra recueillir ces données grâce à des enquêtes.

Quels sont les défis spécifiques au contrôle de l'adhésion au programme et de la couverture assurée parmi les groupes de population les plus exposés ?

Les représentants des groupes de population les plus exposés étant susceptibles de vouloir préserver leur anonymat quand ils accèdent à des services ou quand ils sont contactés par des travailleurs de proximité, il peut se révéler difficile pour les projets de garder la trace des clients approchés. Les clients peuvent être réticents à l'idée de divulguer des informations relatives à leur identité qui pourraient être utilisées lors des contacts suivants. Les activités de proximité étant souvent conduites dans des endroits comme des bars, des lieux d'injection de drogue ou de drague, il est rarement possible aux travailleurs de proximité d'enregistrer des informations concernant un client juste après le contact établi.

Comment utiliser les résultats ?

De nombreux pays intensifient actuellement les initiatives engagées auprès des groupes de population les plus exposés dans le cadre de la lutte contre le VIH. Assurer le suivi de ces initiatives contribue à garantir la mise à disposition d'un large éventail de services auprès des groupes en question, d'une portée suffisante pour répondre aux besoins observés.

A mesure que davantage de ressources sont mises à leur disposition, les programmes doivent rendre des comptes et prouver qu'ils fournissent effectivement ces services. Ils sont souvent obligés de rapporter aux gouvernements, aux donateurs et à la communauté internationale le nombre de clients approchés, dans le cadre de la production d'estimations de couverture. Rendre compte des progrès réalisés en matière de couverture assurée contribue à attester des résultats obtenus et facilite l'obtention de ressources supplémentaires, le cas échéant.

En plus du suivi de l'intensification, une bonne évaluation exige des informations relatives aux activités et à leurs bénéficiaires. Les évaluations de processus (exposées au Chapitre 5) qui contribuent à établir l'efficacité du programme peuvent comparer les prestations délivrées, telles que le nombre de clients servis par exemple, avec les facteurs contributifs du programme. Les évaluations de résultats et d'impact (exposées au Chapitre 7) tirent également profit de ces données. En effet, si l'on ne tient pas compte de la couverture, les résultats d'une évaluation de résultats ou d'impact peuvent être trompeurs. L'évaluation peut par exemple conclure à un impact mineur ou absent, non pas parce que l'activité engagée est inefficace mais parce qu'elle ne touche pas une proportion suffisante de la population cible.

Références bibliographiques complémentaires

Bertrand JT, Solis M (2000). *Evaluating HIV/AIDS prevention projects: A manual for non-governmental organizations*. MEASURE Evaluation Manual Series, No 10. Carolina Population Center. Chapel Hill, Université de Caroline du Nord, Chapel Hill.

Chapman S, Capo-Chichi V, Longfield K, Piot P (2005). *Project MAP: Measuring access and performance (lessons learned and recommendations)*. Washington, DC, PSI, Research Division.

Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (2006). *Guide de suivi et d'évaluation VIH/SIDA, tuberculose et paludisme*. Deuxième édition. Janvier 2006, Genève, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.
http://www.theglobalfund.org/pdf/guidelines/pp_me_toolkit_fr.pdf

Rehle T, Saidel T, et al. *Evaluating programmes for HIV/AIDS prevention and care programmes in developing countries. A handbook for programme managers and decision-makers*. Research Triangle Park, NC, FHI.

ONUSIDA (2006). *Intensification de la prévention du VIH – ONUSIDA document d'orientation politique*. ONUSIDA, Genève.
http://data.unaids.org/publications/irc-pub07/JC1165-Intensif_HIV-NewStyle_fr.pdf

Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (2001). *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*. Nations Unies, New York.

OMS (2005). *Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users*. OMS, Genève.

OMS (2005). *Toolkit for targeted HIV/AIDS prevention and care in sex worker settings*. OMS, Genève.

Délimitation de l'utilité des initiatives engagées – Evaluation des résultats obtenus

A quelles questions répond une évaluation des résultats ?

Une évaluation de résultats détermine si les activités du projet atteignent l'effet recherché dans la population cible et dans quelle mesure. Elle répond à deux questions :

- Observe-t-on les effets escomptés dans la population cible ?
- Ces changements sont-ils susceptibles de résulter de l'activité engagée ?

La première question implique une collecte de données sur les différents résultats sélectionnés tels que l'évolution des connaissances en matière de VIH et des comportements à risque dans le temps⁴. La deuxième question nécessite de recourir à des méthodes qui fournissent suffisamment d'éléments probants pour soutenir le lien de causalité entre les changements observés et l'activité engagée. Les destinataires des résultats d'une évaluation de résultats, tels que les concepteurs de programme, doivent déterminer à l'avance l'ampleur de l'effet attendu et le niveau d'éléments probants requis pour conclure à l'efficacité de l'action engagée. Ces facteurs auront une incidence sur les décisions relatives au programme, s'agissant par exemple de décider s'il faut en poursuivre le financement et étendre ou répliquer l'activité en question.

Quand est-il nécessaire de réaliser une évaluation de résultats ?

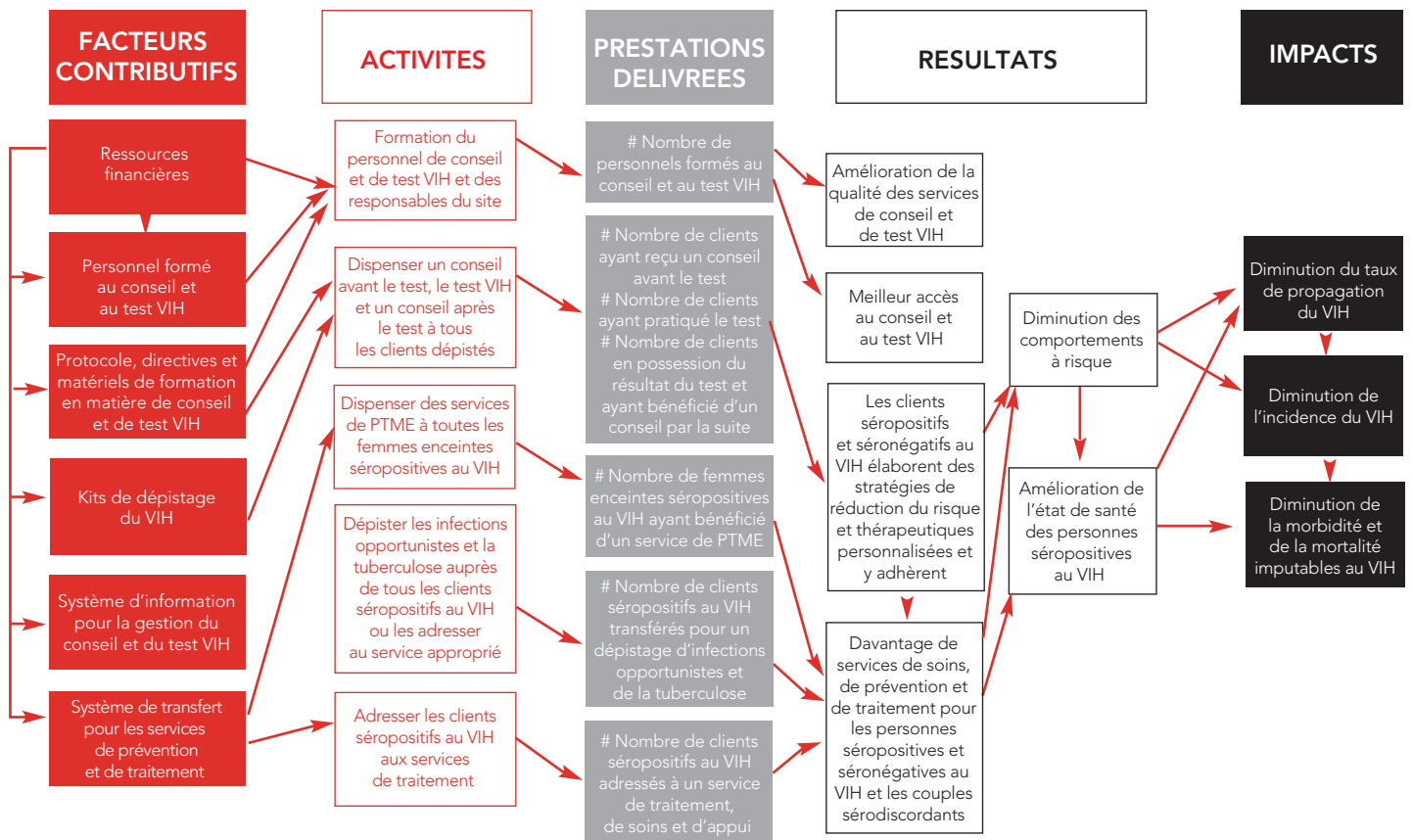
La justification de l'évaluation et les méthodes à utiliser varient selon l'initiative engagée et le contexte. Comme cela a déjà été expliqué dans l'introduction, l'ampleur et le coût des activités de suivi et d'évaluation devraient être en rapport avec la taille, la portée et le coût des programmes. De plus, toutes les activités de suivi et d'évaluation ne sont pas appropriées pour un programme donné ni pour le stade de développement auquel il se trouve. D'une manière générale, on devrait envisager une évaluation de résultats au terme de la phase d'introduction d'une nouvelle initiative ou lorsque son efficacité n'est pas connue, afin de l'établir. Évaluer l'efficacité consiste généralement à déterminer si une initiative pourrait fonctionner si elle était mise en œuvre de façon optimale (une approche davantage basée sur la recherche pour laquelle on utilise généralement les méthodes les plus précises). Évaluer l'efficacité consiste en général à établir si une initiative fonctionne telle que mise en œuvre, ordinairement dans des conditions sub-optimales ou dans les conditions du monde réel (une approche plus pragmatique) (Coyle et al, 1991).

La planification de l'évaluation des résultats devrait débiter aux premières étapes de la formulation du programme. Une méthode efficace de planification d'une évaluation consiste à élaborer un modèle logique (voir le modèle de programme de conseil et de test VIH illustré par la Figure 12. Noter que seuls quelques liens logiques entre les éléments du programme sont indiqués). Un modèle logique sert de plan de mise en œuvre au programme, mettant en lumière les activités prioritaires et la manière d'aboutir aux résultats souhaités. En établissant des connexions explicites entre les résultats à court terme, intermédiaires et à long terme, il permet au personnel du programme de mieux évaluer les progrès et les succès et de localiser les lacunes des activités (W.K. Kellogg Foundation, 1998). Il

⁴ Une évaluation de résultats recueille en général des données sur les connaissances, attitudes et pratiques et/ou les comportements alors qu'une évaluation d'impact comporte des données relatives à la prévalence et/ou à l'incidence de la maladie en tant que résultat des activités du programme dans le temps (Rugg, Peersman et Carael, 2004).

peut également contribuer à décider quels éléments du programme étudier systématiquement afin de déterminer si les hypothèses initiales étaient correctes ou dans quelle mesure il échoue à fonctionner comme prévu. En d'autres termes, il contribue à lier les activités aux résultats escomptés et à focaliser l'évaluation sur les événements clés afin de voir ce qui se passe, ce qui fonctionne, ce qui ne fonctionne pas et pour qui.

Figure 12. Exemple d'un modèle logique de mise en œuvre d'un programme de conseil et de test VIH



Source : ORC Macro and the US Centers for Disease Control and Prevention
M&E capacity building for programme improvement, slide set for M&E training, Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2003.

En fait, avant de réaliser une évaluation de résultats, il est crucial de déterminer grâce au suivi et à l'évaluation de processus si les activités ont été mises en œuvre comme prévu et si elles atteignent les bénéficiaires désignés. De plus, un projet naissant doit établir ses capacités à servir un nombre de clients suffisant avec une intensité appropriée de services. (Un outil particulièrement utile destiné à évaluer l'opportunité d'une évaluation de résultats est fourni dans le document suivant : *Global AIDS Programme, 2003*). Si un programme n'est pas prêt à être évalué, on risque de gaspiller des fonds limités, du temps et d'autres ressources ainsi que de décourager le personnel de réaliser des évaluations ultérieures.

Jusqu'à présent, et surtout dans les pays en développement, peu d'évaluations des résultats de prévention du VIH ont été réalisées et encore moins documentées. Un examen récent des évaluations d'interventions de prévention du VIH a montré que celles ciblant les groupes de population les plus exposés faisaient l'objet de peu d'attention et que celles ciblant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes étaient encore moins étudiées. De plus, de nombreuses évaluations se concentraient sur les interventions au niveau individuel et se préoccupaient peu des interventions à visée sociale, politique ou structurelle⁵. Comme le montrent les résultats de cet examen et l'évolution actuelle de l'épidémie, il y a un besoin indéniable de faire davantage d'efforts en matière d'évaluation des groupes de population les plus exposés, s'agissant en particulier des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des consommateurs de drogues injectables.

De quelles méthodes d'évaluation de résultats dispose-t-on ? Comment sélectionner les méthodes appropriées à un contexte ou à des circonstances spécifiques ?

Une évaluation de résultats exige des méthodes systématiques qui ont fait leurs preuves. Le paragraphe qui suit présente succinctement les principales méthodes d'évaluation de résultats. Des éléments méthodologiques plus détaillés sont contenus dans les références bibliographiques complémentaires qui suivent.

Conception de l'étude

Le choix d'une conception appropriée de l'étude à mener doit commencer dès le début de la planification de l'évaluation car de nombreux facteurs influencent ce choix, comme par exemple le financement, les capacités du personnel et le temps alloué. Comme l'explique l'introduction de ce document, les études basées sur l'observation, l'analyse et l'expérience – ainsi que le suivi de routine et les évaluations de programmes – contribuent toutes à répondre à des questions majeures de santé publique (voir l'exemple de la Figure 4, et voir également Beck et al, 2006). Les différentes méthodes sont généralement utilisées successivement, chacune répondant à des questions distinctes. Les utilisateurs de l'information recueillie seront souvent satisfaits d'obtenir des éléments probants en nombre suffisant, c'est-à-dire qui étayent un lien plausible entre les activités menées dans le cadre du programme et les résultats escomptés. Des méthodes non expérimentales ont été utilisées régulièrement dans les évaluations de changement de comportement, mais elles n'apportent pas les informations nécessaires aux différents intervenants concernés pour prendre des décisions fondées. Quand il y a beaucoup d'incertitude ou que les enjeux sont très élevés, il peut être nécessaire de recourir à des méthodes plus précises pour attester que c'est avant toute chose l'intervention qui est à l'origine des résultats observés. La nécessité d'une méthode particulièrement précise doit cependant toujours être pesée en termes de coût et de faisabilité. Il faut également noter que si les méthodes expérimentales sont capables de démontrer l'efficacité d'une intervention dans des conditions contrôlées, elles ne peuvent généralement pas garantir la même efficacité une fois que l'intervention a été introduite dans le fonctionnement courant.

⁵ Peersman et al. (2005).

Utilisation d'un essai contrôlé et randomisé pour évaluer une intervention destinée aux professionnelles du sexe en Côte d'Ivoire

Cette évaluation a été réalisée auprès de 542 professionnelles du sexe qui ont bénéficié d'une intervention basique ou intensive (selon le nombre de visites) articulée autour d'informations délivrées et d'une éducation prodiguée, de la mise à disposition gratuite de préservatifs et du traitement des infections sexuellement transmissibles. Les résultats ont été mesurés chez 225 d'entre elles (42 %) grâce à un questionnaire de comportement auto administré et un dépistage des IST. La comparaison des données de départ et des données postérieures à l'intervention a montré que celle-ci était significativement associée à une augmentation de l'utilisation des préservatifs (de 40 à 82 %) et à une diminution de la prévalence de la gonorrhée (de 14 à 5 %) et de la trichomonase (de 24 à 11 %). En ce qui concerne l'incidence du VIH, elle était plus faible parmi les femmes ayant bénéficié de l'intervention intensive, mais la différence n'était pas statistiquement significative.

Source : Hoffman O, Boler T et Dick B. *Achieving global goals on HIV among young people most-at-risk in developing countries: young sex workers, injecting drug users and men who have sex with men* (2006). In: Ross D, Dick B et Ferguson J (Eds). *Preventing HIV/AIDS In Young People. A Systematic Review Of The Evidence From Developing Countries*. OMS, Genève.

Quand on planifie une évaluation de résultats, on peut recourir aux données quantitatives ou à une combinaison des données quantitatives et qualitatives pour obtenir le tableau le plus complet de l'efficacité de l'activité engagée.

- **Méthodes quantitatives :** Elles sont la plupart du temps essentielles pour apprécier le degré de réalisation des objectifs. Elles analysent les relations entre des variables comme les caractéristiques propres à une personne et un comportement associé à un risque de contamination par le VIH. Ce sont généralement des enquêtes ou des questionnaires qui recueillent de façon systématique des informations auprès d'un échantillon de personnes.
- **Méthodes qualitatives :** Elles permettent de mieux comprendre les comportements des groupes de population les plus exposés et les facteurs ayant une incidence sur le succès d'une activité et de mieux interpréter les résultats quantitatifs. Les méthodes qualitatives procèdent notamment d'entretiens, de groupes de discussions dirigées et d'observations directes.

Les données comportementales, qualitatives ou quantitatives, devraient, pour accroître leur fiabilité et leur validité, être triangulées avec les données biologiques, comportementales et de processus pertinentes de façon à obtenir une image plus complète du contexte dans lequel sont adoptés des comportements à risque. La triangulation recourt à des perspectives ou à des méthodes multiples pour interpréter un seul ensemble de données ou un programme. Sans essais contrôlés précis, la triangulation des données peut, dans certaines circonstances, servir à relier l'intervention en cours d'évaluation et les modifications comportementales observées. Davantage d'informations à ce sujet sont fournies au Chapitre 9.

Résultats

Une bonne évaluation de résultats les examine à de multiples niveaux :

- (a) résultats individuels pour chaque client (changement de circonstances, de statut, de qualité de vie, de fonctionnement, de connaissances, d'attitudes et de comportement) ;
- (b) résultats au niveau du programme et du système (meilleur accès à la prise en charge des cas, davantage d'alternatives d'emploi, renforcement des partenariats du projet) ;
- (c) résultats étendus à la famille et à la communauté (davantage de participation civique, moins de violence).

L'une des erreurs les plus fréquentes en termes d'évaluation de résultats est de ne pas donner le temps à l'activité engagée de générer un effet avant de l'évaluer. Les actions fondées sur une approche comportementale à l'égard du VIH exigent du temps pour avoir un impact sur les agissements individuels, sur les normes sociales communautaires et sur l'incidence du virus elle-même. Une évaluation prématurée peut ne mettre en évidence aucun changement ou bien des améliorations à court terme qui ne seront pas durables.

Outils de collecte de données et méthodes d'échantillonnage

L'une des principales méthodes d'évaluation de l'efficacité d'une intervention consiste à réaliser une enquête sur les perceptions, comportements, connaissances, attitudes et statut sérologique des groupes de population les plus exposés ciblés par un projet ou une activité de prévention du VIH. Une bonne enquête repose sur des outils testés et validés, appliqués à des échantillons représentatifs de la population cible. Elle doit recueillir des données relatives aux indicateurs internationaux recommandés (voir les détails au chapitre suivant) ainsi que les autres informations nécessaires à l'évaluation. Une enquête au sein de populations difficiles à atteindre est toujours un défi significatif. Une vue d'ensemble des approches d'échantillonnage systématiques destinées à définir les comportements à risque dans les groupes de population les plus exposés et les indicateurs recommandés sont présentés au Chapitre 8.

Qui doit réaliser les évaluations de résultats ?

Une bonne évaluation de résultats exige un personnel qualifié se consacrant à sa tâche. Les évaluateurs ne sont pas forcément des universitaires mais ils doivent comprendre les principes et l'exécution de plans de recherche de base. Ils doivent être impliqués dès le début du projet de façon à planifier et budgétiser un concept d'évaluation approprié en fonction de ce qui est connu du programme et des informations nécessaires. Les prestataires de services doivent comprendre l'importance de la recherche liée à l'évaluation pour l'amélioration du projet, sa pérennité et sa réplique ; les évaluateurs, eux, doivent admettre que la plupart des organisations doivent disposer d'informations pour répondre aux besoins de prévention du VIH. Une coopération accrue entre le personnel du programme et les évaluateurs améliorera la qualité et la pertinence de l'évaluation.

Un processus d'élaboration d'évaluation de résultats dans un cadre communautaire impliquant des partenaires pourvus d'expertise technique et programmatique en communauté est fourni ci-dessous :

(1) Etablir des questions d'évaluation et des objectifs communs : Dès le début, les intervenants doivent établir des objectifs communs et définir les questions qui guideront l'évaluation. Lors des discussions préliminaires, ils sont encouragés à travailler ensemble pour trouver un équilibre entre

l'intégrité technique de l'évaluation, l'opérationnalisation appliquée et l'utilisation des résultats pour le programme. Le plus important est que les questions de l'évaluation reflètent les priorités du programme évalué.

(2) Elaborer une méthodologie appliquée : Les questions de l'évaluation doivent guider le choix des méthodes les plus appropriées. Il est cependant primordial que ces méthodes restent assez souples pour s'adapter aux réalités du projet, notamment à la prestation de services et aux besoins des communautés servies. La méthode utilisée devrait soutenir les activités programmatiques, les prestations ou les services prodigués, sans interférer sur aucun. Une stratégie consiste, pendant la phase précédant l'évaluation, à réaliser une formation avec les personnes impliquées pour présenter, expliquer et créer des interactions autour des objectifs et des opérations de l'évaluation ainsi que sa contribution aux services prodigués.

(3) Etablir une communication régulière et une collaboration : Il faut établir parmi les différents intervenants (s'agissant en particulier du personnel chargé de fournir des services) des mécanismes de communication régulière destinés à garantir leur adhésion à l'évaluation. Cette communication repose notamment sur des discussions ouvertes relatives aux questions et problèmes à affronter et des séances de résolution de problèmes destinées à trouver la meilleure réponse.

(4) Etablir des mécanismes de rétro information régulière : Ces mécanismes doivent être mis en place dès le début afin de fournir des mises à jour continues sur l'évaluation et la prestation de services à tous les intervenants. Ces mises à jour devraient surtout se concentrer sur les orientations relatives à l'application et à l'utilisation des données tout au long de l'évaluation pour inspirer la prestation de services. Les intervenants devront souvent être préparés à faire des ajustements – de la méthode d'évaluation comme de la prestation de services – en fonction des problèmes soulevés pendant l'évaluation.

(5) Utiliser l'évaluation pour renforcer les capacités du programme : L'objectif global de l'évaluation de résultats et de la recherche au sein de la communauté devrait être de soutenir l'élaboration et la pérennisation de la prestation de services – s'assurer que les bons services sont offerts de la bonne manière aux bonnes populations. Il est tout aussi important que l'évaluation soit conçue de façon que les processus et les systèmes soient élaborés au sein de l'organisation communautaire et perdurent au-delà de l'évaluation pour pouvoir être appliqués à d'autres domaines de services.

Quels sont les défis spécifiques associés à la conduite d'évaluations des résultats ?

Une évaluation efficace de résultats d'activités de prévention du VIH est un défi en soi en raison des capacités et des ressources requises et elle l'est encore davantage au sein des groupes de population les plus exposés. Il est important d'accorder suffisamment d'attention aux contraintes spécifiques du processus de planification de l'évaluation. Le premier défi en matière d'évaluation dans les groupes de population les plus exposés consiste à vaincre la discrimination et la marginalisation dans les domaines de la recherche et de la politique. Certains décideurs politiques, et même des responsables de programme et des évaluateurs, considèrent les groupes de population à haut risque d'infection indignes des ressources nécessaires à la mise en œuvre et à l'évaluation des interventions. Ces groupes marginalisés, malgré les risques encourus, bénéficient d'une moindre attention en termes de prévention. Cette marginalisation est particulièrement dangereuse dans le climat actuel de financement qui consacre des fonds croissants au traitement du VIH, d'où un environnement encore plus compétitif en matière de financement de la prévention. Les concepteurs de programme, les évaluateurs et les personnes chargées de mener des actions de sensibilisation à l'égard du VIH, doivent

convaincre les autres intervenants du besoin continu d'interventions de prévention et d'évaluations ciblant les groupes de population les plus exposés.

Un autre défi réside dans la conception et la mise en œuvre de l'enquête. Les groupes de population les plus exposés sont souvent mobiles et difficiles à atteindre, ce qui crée des difficultés quand il faut conduire une évaluation de suivi. C'est pourquoi un échantillonnage et des enquêtes spécifiques devraient être appliqués pour obtenir les estimations comportementales les plus fiables après l'intervention. Ceci peut demander davantage de temps, d'efforts et de ressources, mais l'utilité de l'information compense son coût.

Un autre défi encore consiste à obtenir et à maintenir un changement de comportement. Concevoir des programmes efficaces de changement de comportement pour les groupes de population les plus exposés est difficile et de nombreux programmes échouent à avoir un impact dans ce domaine. Ceci ne signifie pas que les interventions devraient être arrêtées, mais que des évaluations pourraient montrer comment les améliorer.

Comment utiliser les données rassemblées dans le cadre des évaluations de résultats ?

L'étape vraisemblablement la plus importante du processus d'évaluation des résultats consiste à exploiter et diffuser les données. En effet, ces évaluations apportent des informations sur l'efficacité de l'activité engagée, et sont donc cruciales pour les décideurs politiques et les concepteurs de programme, non seulement localement mais ailleurs également. Parmi les nombreuses utilisations de ces résultats (voir la liste en page suivante), la plus importante consiste à affiner et à améliorer les activités de prévention du VIH. Les évaluations permettent aux concepteurs de mieux adapter les programmes aux besoins spécifiques des populations servies. De plus, le procédé établi et le contenu du programme peuvent être répliqués (avec certains ajustements) auprès d'autres groupes de population particulièrement exposés ou dans d'autres zones géographiques. Les résultats peuvent contribuer à la ventilation des ressources entre différents programmes et fournir les données requises pour convaincre les décideurs politiques de l'importance d'accélérer les programmes de prévention du VIH.

Projet Sonagachi, à Calcutta

Le projet Sonagachi de Calcutta, en Inde, a démontré son efficacité en termes d'augmentation de l'utilisation des préservatifs par les professionnel(le)s du sexe grâce à un essai randomisé dans de multiples groupes communautaires réalisé pendant 15 mois. Les résultats ont mis en évidence une augmentation de l'utilisation des préservatifs de 39 % dans le groupe d'intervention contre 11 % dans le groupe témoin. L'utilisation régulière des préservatifs a augmenté de 25 % dans le groupe d'intervention contre 16 % dans le groupe témoin. Ces résultats ont confirmé de façon empirique les données déjà bien connues et illustré l'utilité d'initiatives communautaires conçues en ayant la population cible à l'esprit.

Source : Basu, Jana et Rotheram-Bonus, 2004.

Utilisations potentielles des constatations établies au terme de l'évaluation de résultats

- Contribuer à la planification stratégique du programme dans l'avenir
- Inspirer les plans et activités de renforcement des compétences
- Guider les plans et décisions relatifs au recrutement de personnel
- Influencer les efforts et décisions de financement
- Influencer l'élaboration et les changements de la politique opérationnelle
- Fournir, grâce aux enseignements tirés, des informations utiles pour les organisations prévoyant de mettre en œuvre des programmes similaires
- Influencer la politique et les procédures gouvernementales.

Il est important que les résultats des évaluations soient interprétés et intégrés aux informations et enseignements tirés d'autres activités de suivi et d'évaluation, surtout des évaluations de processus. Les informations relatives au processus aident à comprendre pourquoi et comment les interventions ont abouti à ce résultat ou pas, et peuvent illustrer ce qui est exactement à l'origine du changement de comportement.

Pour s'assurer que les résultats seront exploités, les évaluateurs et les concepteurs de programme devraient inclure leur utilisation avant et pendant l'évaluation. Avant de décider de la conception de l'évaluation, les évaluateurs devraient produire une liste de tous les intervenants, tels que décideurs politiques, donateurs et personnel du programme, et déterminer qui est le plus susceptible d'utiliser les données recueillies lors de l'évaluation et comment les utiliser. A ce stade, il importe de définir toute contrainte susceptible d'en entraver l'exploitation et discuter des stratégies visant à la surmonter. Ceci peut consister à assurer l'adhésion précoce des intervenants et à élaborer des questions dont la réponse intéresse les destinataires potentiels.

Les résultats de l'évaluation doivent être mis à la disposition des populations cibles et celles-ci doivent être impliquées dans la diffusion plus large des données. Un éducateur peut par exemple se rendre dans un lieu de commerce du sexe et discuter du programme, de son efficacité et des lieux d'accès aux services. Les résultats doivent être diffusés de manière conviviale et rapide grâce à :

- des réseaux officiels et informels des communautés les plus exposées, par l'intermédiaire de réunions, bulletins et autres formes de rencontre ;
- des conférences professionnelles relatives à la prévention du VIH et aux activités de suivi et d'évaluation, à travers des articles ou des affiches ;
- des journaux professionnels ou grand public ;
- des media électroniques comme des sites Internet ou des emails.

Il est important, surtout quand les résultats sont diffusés auprès des groupes de population les plus exposés, de les adapter à l'audience. Il faut éviter un langage excessivement technique et scientifique et rendre les principaux concepts les plus concrets possibles, en les paraphrasant au besoin. Les présentations doivent mentionner les raisons pour lesquelles les auditeurs sont concernés et comment les résultats obtenus peuvent influencer leur vie et celle de toute la communauté.

Pour que les constatations de l'évaluation aient un véritable impact, il faut que les rapports écrits soient de grande qualité et comprennent :

- Des informations relatives au contexte afin de mettre l'évaluation en perspective ;
- Des éléments probants, pertinents et convaincants ;
- Des recommandations réalistes et spécifiques pour les décideurs politiques et les concepteurs de programme qui obtiendront ces résultats.

Références bibliographiques complémentaires

Basu I, Jana S and Rotheram-Borus M (2004). *HIV Prevention among Sex Workers in India*. *JAIDS*. 36(3):845-852.

Beck EJ and Mays N (2006). *Some Lessons Learned*. In: Beck EJ, Mays N, Whiteside A and Zugina J (Eds.). *The HIV Pandemic: local and global implications*. Oxford, Oxford University Press.

Coyle S, Boruch R and Turner C (Eds.) (1991). *Evaluating AIDS Prevention Programmes*. Washington DC, National Academy Press.

FHI (2000). *Enquêtes de surveillance comportementale: Guide pour enquêtes répétées de surveillance comportementale au sein de populations exposées au VIH*. Bangkok, FHI.

Gibney L, DiClemente R and Vermund S (Eds.) (1999). *Preventing HIV in Developing Countries: Biomedical and Behavioral Approaches*. New York, Kluwer/Plenum Publishers.

Global AIDS Programme. (2003). *Monitoring and Evaluation Capacity Building for Programme Improvement Field Guide, Version 1*. Atlanta, GA, U.S. Centers for Disease Control and Prevention.

Lamprey P and Gayle H (Eds.) (2001). *HIV/AIDS Prevention and Care in Resource Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programmes*. Arlington, VA, FHI.

Rehle T, Saidel T, Mills S and Magnani R (Eds.). (2001). *Evaluating Programmes for HIV/AIDS Prevention and Care in Developing Countries*, Arlington, VA, FHI.

Rugg D, Peersman G and Carael M (Eds.). (2004). *Global Advances in HIV/AIDS Monitoring and Evaluation. New Directions for Evaluation*, 103. Wiley Periodicals, Inc.

ONUSIDA et OMS (2000). *Directives pour la surveillance de deuxième génération du VIH*. Genève, Groupe de travail sur la surveillance mondiale du VIH/SIDA et des IST: 48.

W.K. Kellogg Foundation (1998). *Evaluation Handbook*. Battle Creek, MI, W.K. Kellogg Foundation.

Suivi des résultats du programme et des indicateurs d'impact – Le rôle des enquêtes et de la surveillance

A quelles questions répond le suivi des résultats et de l'impact du programme ?

Les résultats du programme et les indicateurs d'impact sont des mesures de l'effet attendu du programme sur la population cible de l'action engagée. Encourager des pratiques sans ou à moindre risque constitue un élément important des programmes de prévention du VIH destinés aux groupes de population les plus exposés ; et la mesure des changements dans ce domaine est au centre du suivi et de l'évaluation. Les changements de comportement qui réduisent l'exposition d'une population au VIH incluent la réduction du nombre de partenaires sexuels, l'utilisation de préservatifs lors de rapports sexuels à risque, la réduction de la consommation de drogues injectables ou l'adoption de pratiques d'injection plus sûres. Suivre les changements de comportement en matière de rapports sexuels et d'injection de drogues à travers le temps donne une indication du succès du paquet d'activités visant à promouvoir un comportement plus sûr et à réduire la propagation du VIH dans les groupes de population les plus exposés.

Les programmes de prévention du VIH mettent souvent de grands efforts dans les activités de communication visant au changement de comportement ; celles-ci fournissent des informations sur la manière de se prémunir du VIH et de dissiper les idées erronées relatives à la maladie et à sa transmission. Le suivi du niveau de connaissances parmi les groupes de population les plus exposés peut être utile, surtout parmi ceux où ces connaissances ne sont pas encore suffisamment disséminées et cohabitent avec des idées erronées.

L'objectif ultime des programmes est de diminuer le nombre de cas d'infection à VIH. La prévalence du VIH dans les groupes de population les plus exposés – mesure indirecte de l'impact du programme – est un élément majeur d'appréciation du succès du programme leur étant destiné. La prévalence est un indicateur recommandé mais elle a quelques limites. En effet, c'est une mesure dont le changement est lent dans une épidémie mature et elle ne reflète souvent les changements d'incidence (c'est-à-dire de nouveaux cas d'infection) qu'avec un décalage de cinq ans ou plus. Au contraire, dans une épidémie jeune en croissance rapide, l'incidence se traduit presque immédiatement en prévalence. Par ailleurs, la prévalence perd un peu de son utilité, en tant que mesure de l'impact des programmes de prévention, quand le traitement antirétroviral devient largement disponible : le nombre de personnes vivant avec le VIH augmente puisqu'elles survivent grâce au traitement, et cette augmentation masque l'éventuelle diminution du nombre de nouveaux cas d'infection. En dépit de ces limites, en l'absence de mesures de l'incidence du VIH, la prévalence reste l'élément essentiel de suivi des tendances de l'épidémie.

Quand est-il nécessaire de suivre les résultats du programme et les indicateurs d'impact ?

Les enquêtes comportementales qui évaluent les connaissances et les comportements à risque et la surveillance épidémiologique qui renseigne sur les taux d'infection à VIH sont deux éléments importants de l'analyse de situation et de la caractérisation des problèmes. Cette information doit servir à guider la riposte nationale et la conception du programme à tous les niveaux. Il y a donc des activités

cruciales à mettre en œuvre avant de concevoir des programmes et d'allouer des ressources. Quand les données sont recueillies avant la mise en œuvre des programmes, elles peuvent également servir de données de base pour les activités de suivi et d'évaluation.

Une fois les programmes mis en œuvre, il est recommandé de réaliser des enquêtes comportementales régulières surtout lorsque d'importants programmes de prévention sont mis en place. Leur fréquence dépendra du degré de changement de comportement attendu dans la population suivie, de la disponibilité des ressources et de la volonté d'exploiter les résultats pour améliorer les efforts de prévention. Idéalement, ce devrait être une fois par an ou tous les deux ans.

La fréquence des activités de surveillance dépendra également des ressources et des méthodes de surveillance. Les enquêtes sentinelles de surveillance du VIH courent généralement sur un an, alors que la fréquence des études réalisées dans le cadre d'un système de surveillance biologique et comportementale intégré est, elle, plus espacée, à savoir au-delà de un an, voire tous les deux ans.

Qui devrait suivre les résultats et les indicateurs d'impact ?

La surveillance comportementale et épidémiologique peut se faire sous l'égide du programme national de lutte contre le sida ou d'un centre national de suivi épidémiologique. Dans certains pays où les épidémies sont concentrées, la surveillance peut être assurée par des ONG et d'autres organisations de la société civile et n'a pas forcément besoin d'être coordonnée par le gouvernement national ou sous-national. Comme de nombreux programmes ciblant les groupes de population les plus exposés sont gérés par des ONG, ces organisations prennent une large part dans la planification des activités. Elles sont également susceptibles de vouloir utiliser les données générées par ces activités pour améliorer leurs propres services de prévention et sont donc susceptibles d'avoir de bonnes idées sur les questions à inclure dans les enquêtes. Elles sont en outre généralement bien intégrées auprès des différents groupes communautaires, que d'autres ont parfois plus de mal à approcher.

Il existe très souvent une tension entre les autorités nationales et locales s'agissant de la collecte de données comportementales et biologiques et du niveau auquel envisager l'application des données obtenues. Les autorités nationales qui doivent rendre compte à leur parlement peuvent par exemple vouloir citer le taux de prévalence du VIH. C'est pourquoi ces autorités pourraient planifier des enquêtes nationales conçues pour estimer un taux national grâce à de petits échantillons provenant de chaque localité et compilés pour obtenir un échantillon de taille suffisante.

Les autorités locales sont par contre plus intéressées par le taux de leur province, là où elles sont responsables de la mise en œuvre des programmes de prévention. En général, dans des épidémies concentrées, les besoins d'information des autorités locales sont plus importants que ceux du niveau national. Il faut également tenir compte du niveau administratif auquel les programmes sont généralement planifiés et mis en œuvre et recueillir des données à ce niveau.

Quelles sont les méthodes de surveillance comportementale et épidémiologique dont on dispose ?

Quand on évalue l'efficacité d'une intervention, les enquêtes de population s'appuyant sur les services fournis peuvent suffire. Mais pour comprendre les changements en matière de connaissances, comportements et état sérologique vis-à-vis du VIH dans des populations ciblées par le programme de prévention, les enquêtes doivent également inclure les personnes théoriquement ciblées par l'intervention, mais qui n'en utilisent pas les services. Ce chapitre va revoir certaines des méthodes de suivi des indicateurs de connaissances, comportement et prévalence du VIH dans ces populations.

Les enquêtes servent à évaluer les perceptions, comportements, connaissances, attitudes et, de plus en plus, le statut sérologique des groupes de population les plus exposés. De bonnes enquêtes reposent sur des outils fiables et validés administrés à des échantillons représentatifs des populations concernées. Un échantillon peut être choisi de façon à représenter plusieurs sous-populations au sein d'une population très exposée. Un échantillon obtenu dans un bar, un club ou un lieu de drague où les hommes sont par exemple à la recherche de partenaires masculins, ne sera représentatif que des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Cette représentativité limitée est acceptable si elle est comprise, et si les conclusions de l'enquête sont limitées à la population concernée. Le type d'échantillonnage et les outils utilisés avec une population donnée devraient former la base de toutes les enquêtes futures évaluant des informations similaires pour assurer une certaine cohérence et une capacité à suivre l'évolution d'une situation donnée.

Méthodes d'échantillonnage pour les enquêtes menées auprès des groupes de population les plus exposés

Les enquêtes menées dans les foyers ne sont pas adaptées au suivi des comportements à risque – qui ne sont pas répandus dans l'ensemble de la population mais qui contribuent de manière disproportionnée à la propagation de l'épidémie – comme l'utilisation de drogues injectables, les rapports sexuels entre hommes ou le commerce du sexe. Pour recueillir des données auprès de personnes ayant des comportements hasardeux, il faut réaliser des enquêtes particulières. Les enquêtes menées dans les foyers n'atteignent pas non plus les personnes mobiles, ni celles qui passent la majorité de leur temps hors de chez elles, comme les militaires, les travailleurs migrants et les routiers. Ces populations courent généralement un risque élevé d'infection à VIH, souvent parce qu'au contact de professionnelles du sexe ou de partenaires multiples. On les qualifie souvent de « groupes-pont » car ils risquent de transmettre le VIH à leurs femmes ou à leurs partenaires régulières, qui font partie de l'ensemble de la population et n'ont pas de comportement à risque. En dépit des limites déjà mentionnées en matière d'accès à ces populations, les enquêtes à domicile permettent cependant d'obtenir des informations relatives à des comportements plus répandus et moins stigmatisés comme les rapports entre hommes et professionnelles du sexe. Un bref rappel des différentes méthodes d'échantillonnage adaptées aux populations qui se dissimulent ou difficiles à atteindre est fourni ci-dessous. A ce sujet, davantage d'informations sont contenues dans les directives établies par *FHI* sur les enquêtes de surveillance comportementale.

Méthodes mises en place dans des lieux publics

Synopsis : Estimer les comportements à risque et les autres caractéristiques de différents groupes (consommateurs de drogues injectables, professionnelles du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) fréquentant des lieux comme des bars, des maisons de passe, des lieux de drague, des zones de stationnement de camions et des lieux d'injection de drogue.

Caractéristiques principales : Tous les endroits connus que fréquentent les groupes à risque sont cartographiés et leurs horaires de fonctionnement notés. Il existe un certain nombre de techniques d'évaluation rapide qui contribuent à cartographier et à localiser des populations qui se dissimulent, comme les *International Rapid Assessment Response and Evaluation (I-RARE)*. La cartographie fournit un modèle d'échantillonnage de temps et de lieu où les lieux ouverts plus longtemps ont une probabilité supérieure d'être sélectionnés. Un échantillon aléatoire est tiré de la liste, avec une probabilité d'être choisi proportionnelle à la durée d'ouverture. Les différents lieux sont ensuite visités pendant la période de temps déterminée et des entretiens sont réalisés.

Hypothèses : Cette méthode repose sur l'hypothèse que tous les lieux fréquentés par les représentants d'un groupe à risque donné sont inclus dans la cartographie et qu'ils peuvent être identifiés et interrogés dans ce lieu. Ceci peut exiger beaucoup de temps et de travail et risque de focaliser l'attention sur les seuls représentants visibles du groupe de population. Les consommateurs de drogues injectables et les hommes non identifiés comme homosexuels évitent les lieux de rassemblement publics qui pourraient les identifier comme appartenant à ces groupes.

Méthodes basées sur un système de réseaux

Synopsis : Estimer les caractéristiques des représentants d'un groupe à risque qui appartiennent aux mêmes réseaux.

Caractéristiques principales : Les membres des groupes à risque sont identifiés grâce à des méthodes telles que l'échantillonnage en boule de neige, la marche au hasard, la référence en chaîne ou l'échantillonnage guidé par le répondant. Dans les trois premières méthodes, les personnes sollicitées au sein d'un groupe à haut risque identifient les autres représentants de leur groupe pour échantillonnage. Ces personnes en identifient d'autres à leur tour, créant ainsi une chaîne de personnes auprès desquelles on obtient des informations. Ces trois méthodes sont essentiellement pratiques mais elles comportent des lacunes liées au besoin pour les investigateurs de trouver les différents représentants du groupe concerné. La méthode d'échantillonnage guidé par le répondant utilise l'échantillonnage en boule de neige et le combine avec un modèle statistique qui intègre une pondération pour créer un échantillon de probabilité.

Hypothèses : Toutes les méthodes basées sur un système de réseaux fonctionnent sur le principe que les personnes interrogées seront représentatives de la population ciblée ; mais il peut arriver que ces dernières ne constituent qu'un échantillon partiel. La méthode d'échantillonnage guidé par le répondant a des caractéristiques qui contribuent à dépasser les limites des méthodes pratiques en créant un échantillon représentatif. Mais elle repose sur des hypothèses supplémentaires, à savoir que tous les membres du groupe à risque sont « connectés » aux autres par au moins un lien social réciproque, que les personnes concernées viendront au bureau pour un entretien et qu'elles n'affirmeront pas appartenir au groupe uniquement pour percevoir un bénéfice matériel.

Méthodes mises en place au sein de structures particulières

Synopsis : Estimer les caractéristiques d'un groupe identifié au sein d'une structure particulière.

Caractéristiques principales : Les représentants des groupes à risque sont identifiés dans des structures comme des centres de traitement des IST ou des dispensaires anti-tuberculeux, des programmes d'échange de seringues, des prisons ou des centres de distribution de méthadone.

Hypothèses : Ces populations ne sont représentatives que des représentants du groupe qui sollicitent des services ou de ceux interpellés et détenus, s'agissant de l'exemple des prisons. Néanmoins, cette méthode permet de rencontrer un grand nombre de représentants des groupes particulièrement exposés au risque d'infection et d'en apprendre beaucoup sur les programmes qui ne sont pas basés dans ces structures. De tels échantillons, qui sont par nature des échantillons commodes à obtenir, peuvent être calibrés contre un échantillon plus complet dans une enquête ad hoc à condition que l'échantillon institutionnel soit réellement recueilli de façon systématique dans une population stable.

Méthodes de surveillance sérologique appliquées auprès des groupes de population les plus exposés

La surveillance sérologique est la base des mesures d'impact de tous les programmes visant à réduire la transmission du VIH dans une population. Le mélange de populations inclus dans un système de surveillance dépend généralement du stade de l'épidémie et des groupes de population les plus exposés. Quand le VIH est concentré dans des populations ayant des comportements à haut risque, ces populations devraient être incluses en priorité dans le système de surveillance. Cependant, comme cela a été discuté précédemment, la prévalence du VIH a des limites en tant que mesure d'impact du programme. Il n'est pas possible d'estimer l'incidence à partir des données de prévalence, sauf si les tendances de l'infection à VIH restent stables dans le temps au sein de cette population et il est très difficile d'avoir des populations stables parmi les plus exposées. Il est nécessaire d'améliorer les systèmes de surveillance actuels si l'on veut que la prévalence du VIH soit une mesure valide de l'impact du programme.

Pour mieux comprendre les tendances de la prévalence du VIH, l'ONUSIDA et ses partenaires font la promotion de la surveillance de deuxième génération où les données comportementales sont intégrées dans les systèmes de surveillance sérologique (voir ONUSIDA, 2000). Ces nouveaux systèmes se concentrent également davantage sur les populations dans lesquelles surviennent les nouveaux cas d'infection, comme les groupes de population les plus exposés qui sont l'objet de ce guide. Les données sérologiques et comportementales peuvent être recueillies dans la même population mais lors de travaux de collecte séparés ou combinés en une seule activité. Un résumé des deux principales approches du suivi de la prévalence du VIH dans les groupes de population les plus exposés est fourni ci-dessous :

Systèmes de surveillance sentinelle du VIH

Synopsis : Les groupes de population particulièrement exposés au risque d'infection à VIH sont testés de façon régulière, généralement une fois par an.

Caractéristiques principales : Les groupes de population testés peuvent comprendre les clients des dispensaires traitant les IST, les consommateurs de drogues injectables, les professionnelles du sexe, les recrues militaires, les femmes enceintes, etc. Dans les dispensaires, on peut recourir à des tests anonymes, non corrélés, c'est-à-dire que l'on recherche des anticorps anti-VIH sur des échantillons de sang provenant d'exams systématiques, par exemple le test de la syphilis, et sur lesquels toute identification a été retirée. Les membres identifiables de groupes à risque, hors institutions, comme par exemple les consommateurs de drogues injectables, doivent être surveillés grâce à des méthodes d'échantillonnage de probabilité. Les enquêtes comportementales se font théoriquement sur les mêmes populations mais n'incluent pas forcément les mêmes individus. Les tests anonymes non corrélés ne sont faits que dans des dispensaires où un service de conseil et de test est disponible, soit sur place, soit à proximité. Il existe une seule exception, lorsque les données de prévalence sont nécessaires afin d'agir en faveur d'une plus grande disponibilité en service de conseil et de test dans un endroit donné. Les tests anonymes non corrélés restent un outil majeur de mesure de la prévalence du VIH. C'est le seul moyen d'obtenir des données non biaisées. En effet, les autres méthodes sont sujettes au refus des participants qui peut être massif dans les endroits où la stigmatisation est élevée.

Hypothèses : On présume que la même population sera testée tout au long de l'investigation. La majorité des systèmes de surveillance sentinelle recueillent des informations comme l'âge, le sexe et le groupe à risque – défini par le lieu de l'entretien – mais pas grand-chose de plus. Ces informations sont souvent insuffisantes pour juger du succès ou de l'échec d'un programme.

Systèmes de surveillance comportementale et sérologique intégrés

Synopsis : Ce sont des enquêtes comportementales qui incluent un test VIH.

Caractéristiques principales : Les échantillons de sang et les données comportementales sont recueillis en même temps. Ces enquêtes recourent aux méthodes d'échantillonnage discutées précédemment. Comme la surveillance sentinelle, des systèmes de surveillance comportementale et sérologique intégrés devraient être mis en œuvre périodiquement avec des méthodes similaires, dans des populations similaires (voir *FHI*, 2000).

Hypothèses : On suppose que l'inclusion du test VIH ne va pas entraîner de refus de participer. Cependant, tout refus du questionnaire et du test doit faire l'objet d'un suivi afin de vérifier s'il introduit un biais. Les enquêtes intégrées sont plus complexes que les enquêtes comportementales mais elles sont moins onéreuses que deux enquêtes séparées et permettent d'analyser les comportements et les taux d'infection plus facilement.

Une plus grande validité des données de surveillance devrait permettre des décisions plus fondées en matière d'attribution de ressources. Pour que les données générées soient les plus utiles possible, les systèmes de surveillance devraient faire l'objet d'une évaluation régulière afin d'examiner les enseignements tirés, les lacunes et les obstacles rencontrés et d'y remédier.

Indicateurs de résultats et d'impact recommandés

Lorsque les principaux groupes de population les plus exposés sont identifiés et définis, on peut fixer des indicateurs correspondants. Ceux-ci doivent refléter les comportements censés être les plus impliqués dans la transmission du VIH et que le programme de prévention devrait contribuer à modifier. Dans les épidémies à faible prévalence et concentrées, on se focalise sur les relations à haut risque, comme les rapports sexuels avec des professionnel(le)s du sexe, les rapports non protégés avec des consommateurs de drogues injectables, les pratiques anales non protégées entre hommes et l'utilisation de matériels d'injection non stériles. Il peut être utile, en plus des indicateurs comportementaux, de suivre les niveaux de connaissances relatives à la prévention du VIH dans ces populations. Les indicateurs présentés ci-dessous s'inspirent de ceux établis par l'UNGASS. Des descriptions y afférentes plus détaillées sont fournies en annexe. Ils constituent un ensemble minimum d'indicateurs pour les programmes ciblant les groupes de population les plus exposés, mais les programmes sont encouragés à en suivre davantage s'ils le souhaitent.

Certains programmes peuvent également choisir de surveiller la prévalence des IST comme indicateur d'impact, s'agissant en particulier des hommes qui sont clients de professionnel(le)s du sexe. Quand les programmes tentent d'améliorer l'accès aux services de traitement des IST et leur qualité (particulièrement pour les professionnelles du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes), il est difficile d'interpréter les changements de prévalence des IST car une augmentation pourrait refléter un accroissement de l'utilisation des services ou un meilleur diagnostic plutôt qu'une majoration des comportements à risque. Cependant si l'accès aux services d'IST reste constant, la prévalence des IST peut être un indicateur indirect de comportement sexuel à risque et un signe d'alerte précédant l'augmentation de l'incidence du VIH.

Indicateurs de résultats et d'impact de l'UNGASS, 2007*

Résultat : Connaissances

- Pourcentage des [groupes de population les plus exposés] capables à la fois de correctement définir comment prévenir la transmission sexuelle du VIH et de rejeter les principales idées fausses dans ce domaine

Résultat : Comportement

- Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client
- Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin
- Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel
- Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection de drogue

Impact

- Pourcentage de personnes infectées au sein des [groupes de population les plus exposés]

* Consulter le site Internet de l'ONUSIDA (www.unaids.org) pour les mises à jour de ces indicateurs dans les groupes de population les plus exposés.

Comment sélectionner les méthodes les plus appropriées ?

Cette sélection va dépendre des caractéristiques du groupe de population particulièrement exposé – comme par exemple le fait qu'il soit visible ou se dissimule, si ses représentants se rassemblent dans des lieux identifiables, si les liens sociaux sont étroits et s'il est dispersé géographiquement – ainsi que de la manière dont les données doivent être utilisées et de la disponibilité de ressources.

Quels sont les défis spécifiques aux groupes de population les plus exposés ?

Le défi principal des enquêtes comportementales et des activités de surveillance réside dans la méthode d'échantillonnage pour les populations difficiles à atteindre – comme en particulier les professionnelles du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes – et les populations mobiles et migrantes. Bien qu'il soit difficile de recourir à un échantillonnage aléatoire de ces « cibles mobiles », il faut utiliser des méthodes d'échantillonnage fondées et systématiques qui peuvent être mises en place dans la plupart des cas. Si ces approches sont utilisées de façon cohérente, d'un cycle au suivant, les estimations des indicateurs obtenus ont plus de chances d'être fiables.

Une incitation financière peut augmenter la participation à l'étude dans certaines communautés, mais il faut éviter de recourir à des sommes élevées qui peuvent devenir coercitives. De plus, cette démarche pose d'autres problèmes. A mesure que le nombre d'études offrant des incitations financières augmente, les participants vont s'attendre à des rémunérations de plus en plus importantes. Ils peuvent également participer à plusieurs études et troubler en conséquence les résultats obtenus au niveau de l'une ou de l'autre.

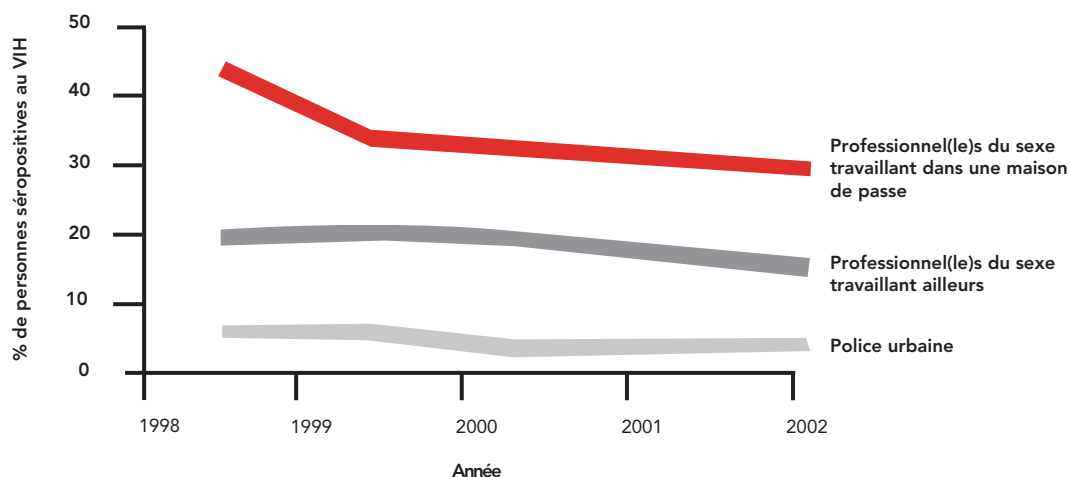
Comme dans toutes les autres collectes de données, celles réalisées auprès des groupes de population les plus exposés doivent respecter les mêmes principes éthiques de recherche, à savoir le respect de l'intimité, de la confidentialité, de l'anonymat et de l'innocuité. Il faut être particulièrement attentif aux enjeux éthiques mondiaux et nationaux (voir *Ethical Approaches to Gathering Information from Children and Adolescents in International Settings: Guidelines and Resources*, Population Council, 2005) quand la collecte concerne des adolescents à risque n'ayant pas encore atteint l'âge de la majorité.

Quelle que soit la méthode de suivi des indicateurs choisie, les outils utilisés devraient être standardisés en fonction de la population concernée et du contexte géographique. Les méthodes permettant d'affirmer l'appartenance au groupe de toutes les personnes sollicitées doivent être cohérentes d'une enquête à l'autre, surtout quand les participants reçoivent une incitation financière. Les personnes réalisant les entretiens doivent être formées, faire preuve d'empathie et s'abstenir de tout jugement. Les membres des communautés sont souvent les plus qualifiés pour assurer les entretiens, mais dans les petites communautés, il faut choisir des personnes extérieures pour garantir la confidentialité. Les représentants des groupes de population les plus exposés qui répondent peuvent également courir des risques qui posent des problèmes éthiques, notamment en matière d'emploi. Si on engage par exemple d'anciens consommateurs de drogues injectables en leur demandant de retourner dans des lieux de vente de drogue, ils risquent de se retrouver dans des situations qui les ont fait rechuter dans le passé. Dans certains endroits, le personnel court également un réel danger, pour sa vie et son bien-être, en recueillant des informations relatives à des comportements illicites. Un certain nombre de mesures innovantes, discrètes et efficaces ont été mises au point afin de faciliter l'obtention de résultats et les mesures d'impact, sans pour autant exposer le personnel à des risques en lui demandant une interaction ou une observation (voir notamment Des Jarlais et al.).

Comment utiliser les résultats de la surveillance sérologique et comportementale ?

Les données de surveillance sont utiles en termes de caractérisation des problèmes et elles éclairent la riposte nationale et sous-nationale. Elles indiquent également si les efforts collectifs sont mis en œuvre à une échelle suffisante pour avoir un impact sur l'épidémie et peuvent démontrer le succès d'un paquet d'activités de prévention du VIH (voir la Figure 13). Cependant, des analyses intégrées sont nécessaires pour évaluer et démontrer les liens entre les activités engagées et les résultats obtenus. L'analyse intégrée des données sérologiques et comportementales est utilisée aux deux extrémités du procédé d'approche des problèmes de santé publique présenté au Chapitre 1. La combinaison de l'analyse intégrée aux données du programme destinées à l'évaluation est discutée en détail au chapitre suivant.

Figure 13. Utilisation des estimations de prévalence du VIH réalisées auprès de professionnel(le)s du sexe et d'hommes susceptibles d'être leurs clients pour suivre les tendances de l'épidémie dans les groupes de population les plus exposés



Source : Unité de surveillance du Cambodge, Centre national pour le VIH/sida, la dermatologie et les IST (NCHADS), 2004.

Références bibliographiques complémentaires

Des Jarlais D, Dehne KL and Casabona J (2001). *HIV surveillance among injecting drug users*. AIDS 15 (suppl 3): S13-22.

FHI (1998). *Rencontrer les besoins des programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA : la collecte de données sur les comportements. Rapport et conclusions d'un atelier conjoint IMPACT/FHI/ONUSIDA*. Research Triangle Park, NC, FHI.

FHI (2000). *Enquêtes de surveillance comportementale : Guide pour enquêtes répétées de surveillance comportementale au sein de populations exposées au VIH*. Bangkok, FHI.

Heckathorn D (nd). *What is respondent driven sampling?* Retrieved Dec 2, 2006 from <http://www.respondentdrivensampling.org>

MacLachlan EW, Baganizi E, Bougoudogo F, et al. (2002). *The feasibility of integrated STI prevalence and behavioral surveys in developing countries*. Sexually Transmitted Infections 2002; 78:187-189.

Magnani R et al. (2005). *Review of sampling hard to reach and hidden populations for HIV surveillance*, AIDS 2005, 19 (suppl 2):S67-S72.

Pervilhac C, Stover J, Pisani E, et al. *Using surveillance data: recent experiences and avenues for the future*. AIDS 2005, 19 (suppl. 2): S53-S58.

ONUSIDA et OMS (2000). *Directives pour la surveillance de deuxième génération du VIH*. Genève, Groupe de travail sur la surveillance mondiale du VIH/SIDA et des IST : 48.

United States Centers for Disease Control (2001). *Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems*. MMWR 2001;50(RR-13): 1-35. Atlanta, GA, CDC.

Estimation de l'utilité collective – Le recours à la triangulation et à l'analyse intégrée

A quelles interrogations répondent la triangulation et l'analyse intégrée ?

Le but de la triangulation est d'augmenter la validité et la fiabilité des évaluations de programme en utilisant et en analysant les données de multiples sources, souvent obtenues par différentes méthodes. De cette façon, les constatations peuvent être corroborées et les atouts d'une méthode ou d'une source de données compenser les lacunes ou les informations biaisées d'une autre, que l'analyse de l'efficacité soit faite individuellement ou collectivement. S'agissant du procédé organisationnel de suivi et d'évaluation (voir le Chapitre 1, Figure 2), la triangulation peut servir à répondre aux questions suivantes sur l'efficacité au niveau des résultats ou de l'impact :

- Les activités fonctionnent-elles et ont-elles une influence ?
- Quels changements ont été constatés en termes d'indicateurs de résultats et d'impact au niveau du groupe de population concerné et que signifient-ils ?
- Peut-on attribuer ces changements aux prestations délivrées dans le cadre du programme ? Les efforts collectifs mis en œuvre le sont-ils à suffisamment grande échelle pour infléchir la courbe de l'épidémie ?

Pour la plupart des activités programmatiques habituellement conduites dans le cadre de la lutte contre le VIH, les données proviennent de tout un éventail de sources. Comme cela a été décrit en introduction au sujet du procédé organisationnel établi, une approche complète de suivi et d'évaluation comprend un processus séquentiel et cyclique dans lequel différentes méthodes permettent de répondre à différentes interrogations.

- Des études d'observation qualitatives et quantitatives, de type transversal ou transversal longitudinal, répondent à des questions comme « Y a-t-il un problème particulier ? » et dans l'affirmative, « Quelle est l'ampleur de ce problème ? » et « Qui affecte-t-il ? » ;
- Les études analytiques, soit études de cas témoins soit suivi de cohorte, répondent à la question « Quelle est la cause du problème identifié ? » ;
- les études expérimentales répondent à la question « Une action est-elle conduite ? » et dans l'affirmative « Est-elle efficace ? » ;
- Le suivi des prestations délivrées, des résultats et de l'impact, et l'évaluation du processus et des résultats sont alors focalisés en premier lieu sur l'évaluation de la mise en œuvre, de l'utilité, de l'efficacité, de l'équité et de l'acceptabilité des activités engagées ou des programmes mis en œuvre au fil du temps.

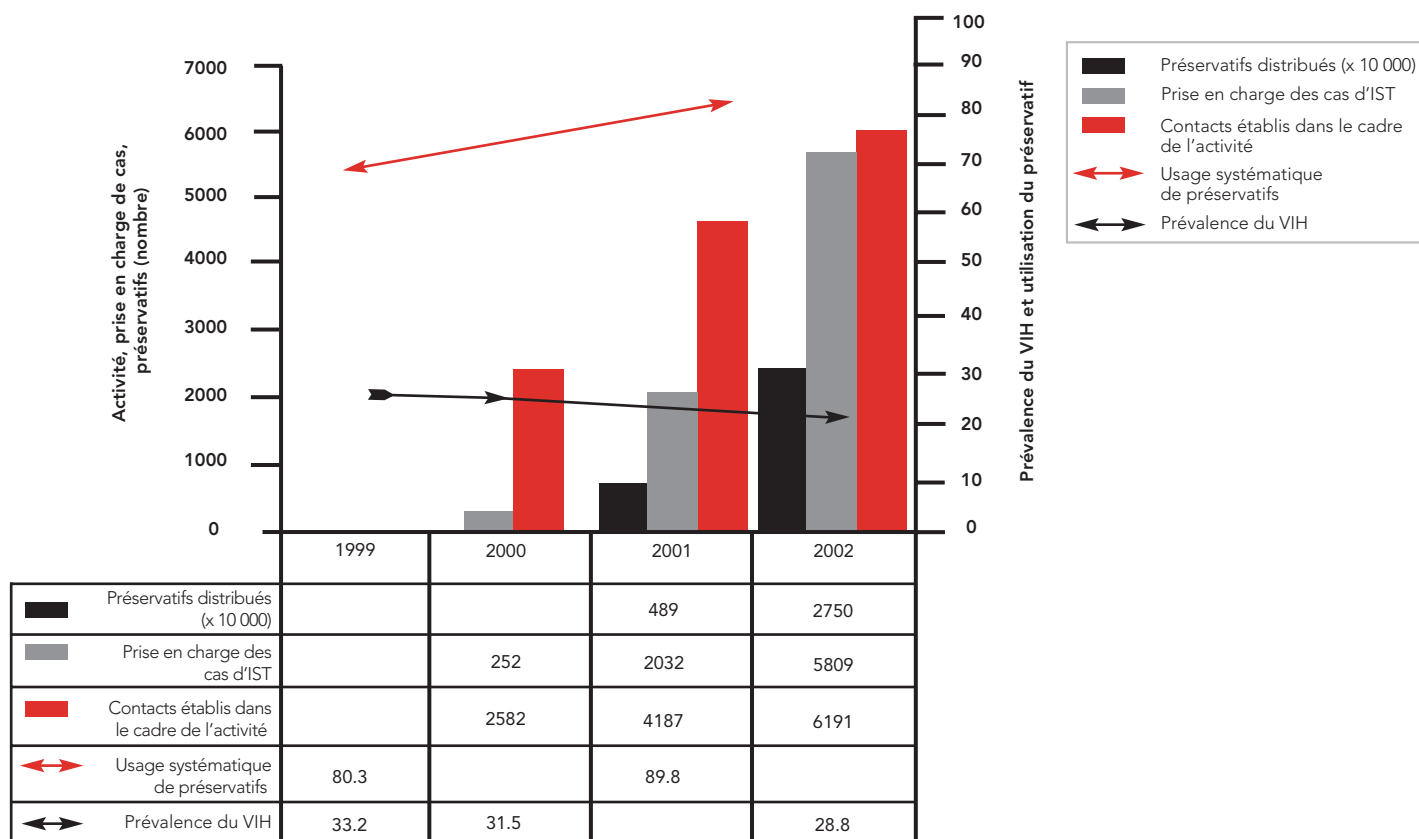
Si chaque méthode de collecte de données a ses propres limites, leur utilisation combinée et complémentaire contribue à surmonter les limites de chacune. Sous cet angle, il n'y a pas de hiérarchie des méthodes de recherche, et les connaissances s'améliorent grâce à une utilisation successive de méthodes complémentaires (Beck et al., 2006).

L'analyse triangulée est un outil particulièrement important dans un contexte de programme de routine. La triangulation des données émanant de plusieurs sources permet d'évaluer et de démontrer les liens entre les activités engagées et les résultats attendus dans la population cible. Dans ce processus de triangulation, l'évaluation des résultats (exposée au Chapitre 7) est fortement connectée à l'évaluation de processus (exposée au Chapitre 5). En fait, examiner les changements des indicateurs de

résultats et d'impact sans évaluer d'abord les résultats des programmes de prévention peut conduire à des conclusions erronées sur l'efficacité d'une activité spécifique ou de la riposte collective. La Figure 14 montre comment les données de processus, de résultats et d'impact doivent être évaluées ensemble pour attester d'une relation de cause à effet plausible entre la riposte nationale collective au Cambodge et l'augmentation de l'utilisation des préservatifs et le recul de la prévalence du VIH.

Figure 14. Triangulation des données de processus sur les ventes de préservatifs, le nombre de contacts avec des pairs éducateurs et les prises en charge d'IST combinées aux données de surveillance relatives aux comportements et à la prévalence du VIH.

La prévalence du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe travaillant en maison de passe a diminué au Cambodge et l'utilisation des préservatifs a augmenté. Dans la même période, les activités engagées auprès de professionnel(le)s du sexe ont triplé et obtenu une couverture élevée.



Source : Enquêtes de surveillance comportementale et sérologique au Cambodge, 1999-2001. Projet de FHI au Cambodge suivant les données des interventions pour la santé des femmes ; Family Health International, Thaïlande.

Quand est-il nécessaire de réaliser une analyse triangulée ?

L'analyse triangulée de l'évaluation de l'efficacité ne doit être réalisée que dans des circonstances spécifiques et limitées. Voici quelques critères pour déterminer la pertinence de cette analyse :

- Quand les interventions ont été en place suffisamment longtemps pour s'attendre raisonnablement à ce que les changements dans la population leur soient attribuables. En ce qui concerne les changements de comportement, cette durée devrait être de deux à trois ans. En ce qui concerne la prévalence du VIH, il faut idéalement cinq à sept ans pour attribuer les changements de prévalence à un programme de prévention.
- Quand les interventions ont été mises en œuvre avec suffisamment d'intensité et avec une couverture assez élevée pour espérer raisonnablement observer des effets dans la population cible.
- Quand les données de processus, notamment les résultats du programme, les estimations de couverture, la qualité de mise en œuvre, sont disponibles, complètes, de bonne qualité et accessibles.
- Si les résultats de l'évaluation de processus montrent que les activités sont réalisées conformément aux plans. Dans le cas contraire, une analyse triangulée n'a pas de sens.

De quelles méthodes d'analyse triangulée dispose-t-on ?

Les données comportementales et sérologiques transversales de résultats et d'impact sont généralement la première source d'intérêt pour les analyses triangulées. Ces sources ont l'avantage d'être généralisables à la population ciblée par le programme de prévention et l'on peut donc en extrapoler les résultats. Quand elles sont combinées à des données émanant d'autres programmes ciblant les mêmes populations, elles peuvent contribuer à relier les changements des mesures réalisées dans la population aux efforts du programme. En plus de ces données quantitatives, l'incorporation de données qualitatives à ces analyses peut fournir des informations contextuelles et contribuer à l'interprétation des résultats.

Sources habituelles de données de triangulation pour l'évaluation d'un programme

- Enquêtes répétées de prévalence du VIH et des IST et comportementales
- Résultats de processus de prestation de services de programme de routine
- Assurance de qualité de services et évaluation de l'amélioration de la qualité
- Recherche qualitative (entretiens approfondis, discussions de groupe dirigées, entretiens avec des informateurs clés ou recherche ethnographique rapide)

Des données d'enquête transversale émanant de la surveillance ou d'enquêtes de CACP (connaissances, attitudes, croyances et pratiques) devraient être disponibles au moins au démarrage du programme (données de base) et après l'intervention. Idéalement, de nombreuses données séquentielles devraient en résulter. De plus, les questionnaires d'enquête standardisés devraient comprendre des questions relatives à l'exposition aux activités engagées de manière à évaluer le type, le degré et la durée de l'exposition aux programmes de prévention du VIH. Ces données peuvent servir à valider celles émanant du programme.

La triangulation sert généralement à déterminer l'efficacité d'un programme spécifique ou l'efficacité collective de multiples programmes. Elle ne produira pas, par contre, d'estimations quantitatives précises de l'effet du programme, celles-ci exigeant des approches contrôlées expérimentales plus précises. En l'absence de telles approches, caractéristiques des programmes de lutte contre le VIH ordinairement mis en œuvre, la triangulation est néanmoins utile pour exploiter les données disponibles afin d'évaluer l'efficacité du programme dans la mesure du possible.

Comment sélectionner les méthodes les plus appropriées ?

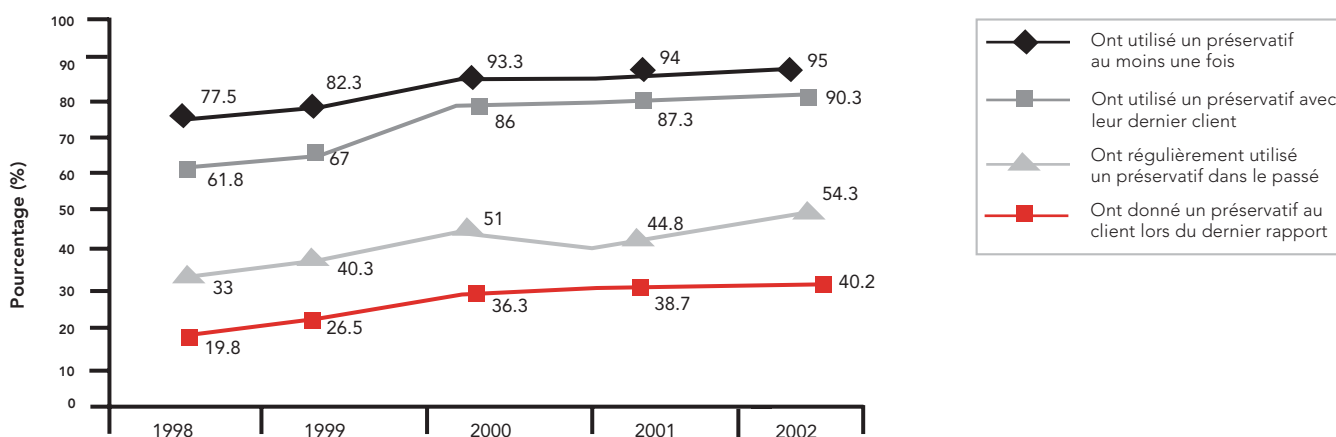
Il n'existe pas de méthode standardisée de triangulation qui peut être appliquée à l'analyse triangulée et il ne doit pas y en avoir. Les approches utilisées doivent être adaptées au contexte de la mise en œuvre et aux sources, et à la qualité des données disponibles. Le cadre d'analyse suivant peut néanmoins constituer un guide utile :

1. Examiner les tendances dans le temps des indicateurs de population comportementaux (voir la Figure 15) et les mesures d'impact comme la prévalence des IST et du VIH dans la zone d'implantation du programme. Avant d'utiliser ces données, il est cependant important d'évaluer leur fiabilité en se posant les questions suivantes : Les critères d'inclusion des enquêtes menées auprès des groupes de population les plus exposés correspondent-ils suffisamment à la population cible de l'activité engagée ? Dispose-t-on de données représentatives sur des échantillons suffisamment grands dans la zone géographique concernée ?

Les données de résultats sont généralement mieux adaptées à la triangulation des données du programme que ne le sont les données de prévalence du VIH (souvent utilisées comme témoin indirect de l'incidence du VIH). Les modifications de la prévalence du VIH peuvent soit refléter l'évolution naturelle de l'épidémie soit être influencées par d'autres facteurs tels que la mortalité et les migrations. L'interprétation des données devient encore plus délicate à mesure de la mise à disposition des traitements antirétroviraux : en effet, ils augmentent la durée de vie des personnes ayant contracté l'infection – entre autres effets potentiels sur l'épidémiologie – ce qui augmente la prévalence du VIH. Même l'interprétation des tendances des données comportementales peut se révéler complexe car les changements peuvent refléter des changements sociétaux spontanés indépendants des efforts du programme ou de la diffusion des informations, donc pas directement attribuables aux interventions.

2. Examiner les tendances dans le temps de la couverture et de l'intensité du programme pendant toute sa durée (voir la Figure 15). Ces tendances peuvent ensuite être comparées à celles des indicateurs de résultats et d'impact émanant d'enquêtes de population pertinentes. Noter cependant qu'il y aura un délai entre les premières et les deuxièmes et que celui-ci devra être pris en compte lors de la juxtaposition des données. En plus des résultats du programme et des données d'enquêtes, il faut également examiner les données de qualité des services afin de vérifier si elle est suffisante.

Figure 15. Les indicateurs d'utilisation des préservatifs parmi les professionnelles du sexe progressent régulièrement dans le temps, districts de l'autoroute du Terai, Népal, 1998-2002.

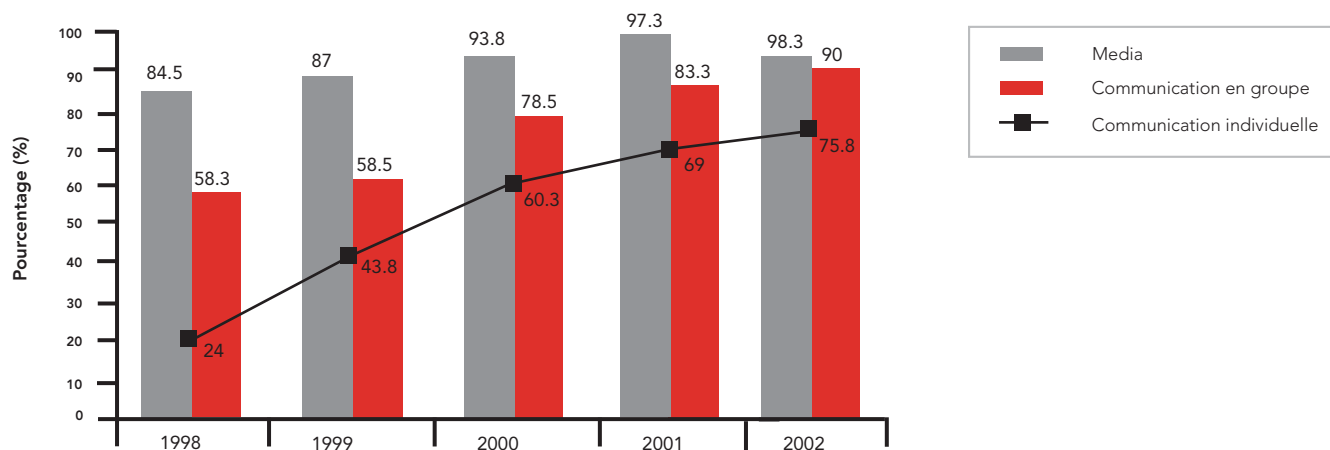


Source : New Era and FHI. Behavioural surveillance surveys along the Terai highway routes of Nepal, Rounds 1-5, 1998-2002.

3. Examiner l'association entre (a) les variables relatives aux connaissances, attitudes et croyances dans la population et (b) les variables spécifiques « d'exposition à l'activité engagée » relatives aux types d'exposition du programme (contacts avec des pairs éducateurs, actions de proximité, distribution de préservatifs, implication de media ciblés, tests VIH, accès aux services de prise en charge des IST, etc.) et à la durée et à l'intensité de cette exposition. Les personnes exposées à ce programme sont-elles différentes en termes de connaissances, attitudes et croyances des personnes non exposées ? Si oui, de quelle manière ? Ces différences reflètent-elles la logique du programme ? La mise en évidence de relations de type dose-réponse entre le type, l'intensité et la durée de l'exposition au programme et les indicateurs de comportement est utile pour évaluer la contribution du programme (voir les Figures 16 et 17).

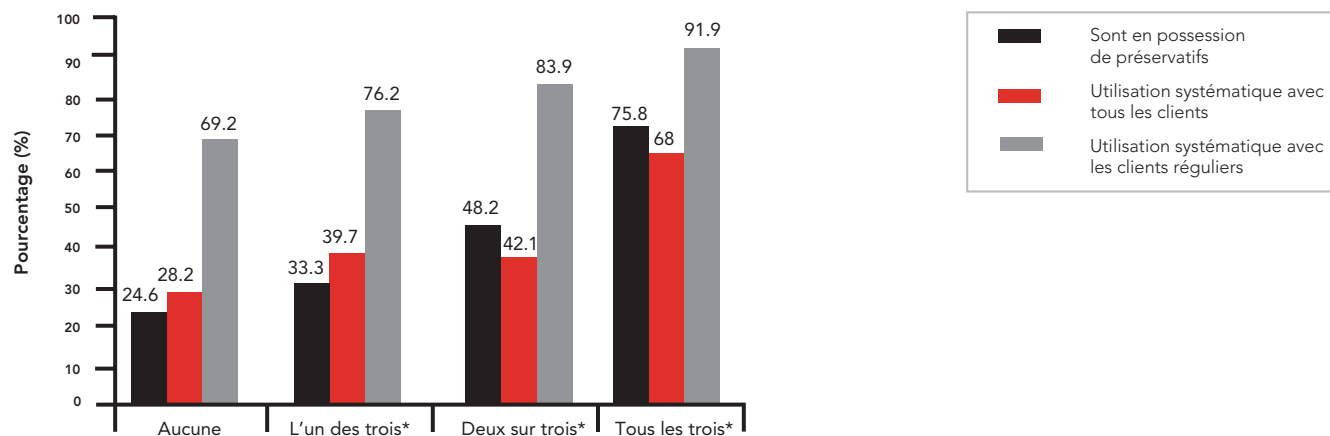
Pour contribuer à mieux comprendre les relations entre le programme et les données de résultats et d'impact mesurées dans la population décrites dans les étapes 1 à 3, la recherche qualitative réalisée parmi les bénéficiaires et les représentants de la population cible est très utile. Elle contribue à fournir davantage de détails et de données relatives au contexte pour contribuer à établir les effets potentiels du programme et les interrogations relatives à ce qui fonctionne bien ou pas et répondre aux « pourquoi » et aux « comment ».

Figure 16. L'exposition à différentes sources d'information émanant d'ONG au sujet du VIH parmi des professionnel(le)s du sexe est importante et augmente avec le temps, Districts de l'autoroute du Terai, Népal, 1998-2002



Source : New Era et FHI. Behavioural surveillance surveys along the Terai highway routes of Nepal, Rounds 1-5, 1998-2002.

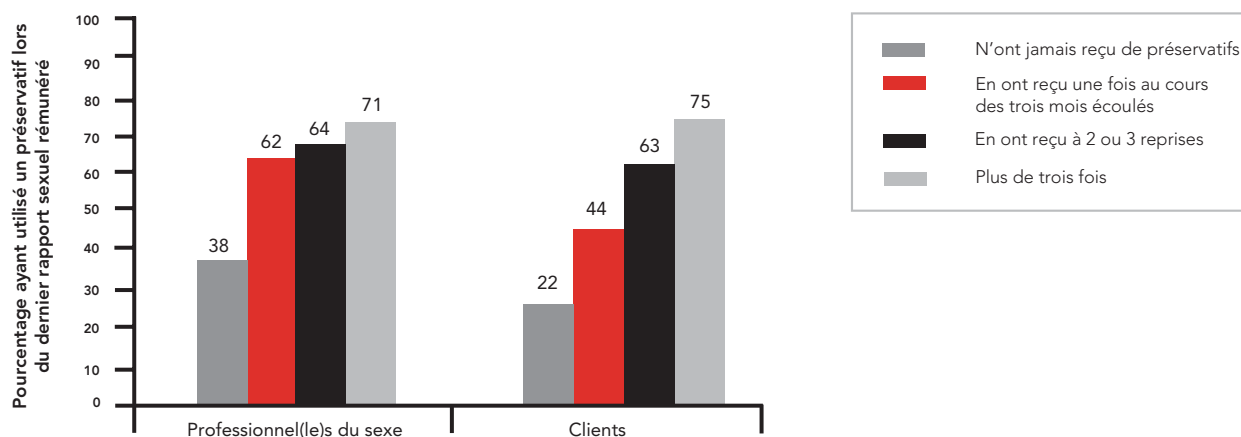
Figure 17. Une exposition plus importante à de multiples activités organisées par des ONG parmi les professionnel(le)s du sexe est associée à une meilleure utilisation des préservatifs, Districts de l'autoroute du Terai, Népal, 2002



*1) a reçu des préservatifs, 2) a reçu du matériel d'information/des brochures, 3) a reçu de l'information IPC sur le VIH

Source : New Era et FHI. Behavioural surveillance surveys along the Terai highway routes of Nepal, Rounds 1-5, 1998-2002.

Figure 18. Il existe une forte relation dose-réponse suggérant qu'un contact plus « intense » aura davantage d'impact sur l'utilisation des préservatifs, surtout parmi les clients masculins, Manado, Indonésie



Source : Directorate of Communicable Disease Control and Environmental Health, Ministry of Health and Central Bureau of Statistics, Behavioural Surveillance Surveys, 2003.

Qui devrait réaliser une analyse triangulée ?

Étant donné la diversité des méthodes et sources de données impliquées dans une analyse triangulée, il est fortement recommandé de la réaliser en équipe avec une approche participative. L'un des atouts de la triangulation réside dans l'implication de nombreux investigateurs, ce qui minimise les données biaisées imputables à l'expérience et à la capacité technique de chacun d'entre eux. Il importe d'impliquer des chercheurs ayant une solide expérience qualitative et quantitative pour évaluer la disponibilité et la qualité des données ainsi que les méthodes et approches de l'intégration et de la synthèse des données. Les responsables de programme, les différents intervenants et les représentants des groupes de population les plus exposés devraient être impliqués dans l'élaboration et la définition des questions auxquelles répondre et l'ampleur de l'évaluation d'efficacité de façon à ce que les constatations soient exploitées au mieux. Pour éviter tout risque d'information biaisée associé à une élaboration des résultats selon une manière « désirable », il est également recommandé que les investigateurs principaux ne soient pas impliqués directement dans la conception ou la mise en œuvre du programme. Bien qu'elle ne soit pas toujours possible, cette mesure contribue à garantir l'objectivité.

Quels sont les défis associés aux groupes de population les plus exposés ?

Il est crucial que des représentants des groupes de population les plus exposés participent au processus d'évaluation pour s'assurer que ces communautés reçoivent une rétro information sur les résultats et les comportements qui ont changé et ceux qui n'ont pas changé. Leur participation est également requise afin de vérifier que les résultats n'auront pas de répercussion négative sur les populations ciblées. Ils devraient au contraire être utilisés de façon constructive pour mieux guider la conception et la mise en œuvre des activités à venir dans ces populations. Au niveau collectif, déterminer l'efficacité de la riposte nationale à l'épidémie est essentiel aux options politiques à privilégier, aux actes de sensibilisation, à la planification du programme et aux activités de suivi et d'évaluation.

Références bibliographiques complémentaires

Beck EJ and Mays N (2006). *Some Lessons Learned*. In: Beck EJ Mays N, Whiteside A and Zugina J (Eds.). *The HIV pandemic: local and global implications*. Oxford, Oxford University Press.

FHI (2003). *Evaluation des programmes de lutte contre le VIH/sida (prévention, soins, assistance) dans les pays en développement: Guide à l'intention des directeurs de programme et des décisionnaires*. Research Triangle Park, NC, FHI.

Greene JC and Caracelli VJ (Eds.) (1997). *Advances in mixed-method evaluation: The challenges and benefits of integrating diverse paradigms*. *New Directions for Evaluation*, No. 74, 1997.

Patton MQ (Ed.) (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. 2nd edition. Newbury Park, CA, Sage Publications, p.11-12.

Indicateurs de l'UNGASS

Note importante :

Ce guide ne fournit pas un inventaire exhaustif des indicateurs de suivi des programmes destinés aux groupes de population les plus exposés. Les indicateurs relatifs aux groupes de population les plus exposés présentés ci-dessous sont ceux inclus dans les exigences de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida (voir le *Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida – Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base*. ONUSIDA, 2007). Consulter le site Internet de l'ONUSIDA (www.unaids.org) pour les mises à jour de ce guide, s'agissant notamment de toutes les révisions relatives aux groupes de population les plus exposés.

Indicateur	Méthode de mesure
Couverture	
1. Pourcentage des [groupes de population les plus exposés] approchés par les programmes de prévention	Surveillance comportementale ou autres enquêtes spécifiques
2. Pourcentage des [groupes de population les plus exposés] qui ont bénéficié d'un test VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Surveillance comportementale ou autres enquêtes spécifiques
Résultat : Connaissances	
3. Pourcentage des [groupes de population les plus exposés] capables à la fois de correctement définir comment prévenir la transmission sexuelle du VIH et de rejeter les principales idées fausses dans ce domaine	Enquêtes spécifiques, notamment l'enquête comportementale de <i>FHI</i>
Résultat : Comportement	
4. Pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui indiquent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	Enquêtes spécifiques, y compris l'enquête de surveillance comportementale conduite par <i>FHI</i> auprès de professionnel(le)s du sexe
5. Pourcentage d'hommes qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin	Enquêtes spécifiques, y compris l'enquête de surveillance comportementale conduite par <i>FHI</i> auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
6. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	Enquêtes spécifiques, y compris l'enquête de surveillance comportementale conduite par <i>FHI</i> auprès de consommateurs de drogues injectables
7. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui indiquent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection de drogue	Enquêtes spécifiques, y compris l'enquête de surveillance comportementale conduite par <i>FHI</i> auprès de consommateurs de drogues injectables
Impact	
8. Pourcentage de personnes infectées par le VIH au sein des [groupes de population les plus exposés]	Directives annuelles ONUSIDA/OMS pour une surveillance de deuxième génération du VIH ; directives de <i>FHI</i> pour l'échantillonnage dans les groupes de population

1. Programmes de prévention destinés aux groupes de population les plus exposés au risque d'infection à VIH

Définition	Pourcentage des [groupes de population les plus exposés] approchés par les programmes de prévention du VIH
Objet	Évaluer les progrès réalisés dans la mise en œuvre des programmes de prévention du VIH destinés aux groupes de population les plus exposés
Applicabilité	Pays où l'on observe des épidémies concentrées ou à faible prévalence, y compris les pays présentant des situations sub-épidémiques concentrées internes à une épidémie généralisée
Outils d'évaluation	Enquêtes spécifiques telles que les enquêtes de surveillance comportementale
Méthodes d'évaluation	<p>On pose aux personnes sollicitées les questions suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Savez-vous où aller pour le dépistage du VIH ? 2. Avez-vous obtenu des préservatifs au cours des 12 derniers mois ? (par exemple auprès d'un service de proximité, d'un centre d'accueil, d'un dispensaire de santé sexuelle) <p>Les consommateurs de drogues injectables doivent répondre à la question supplémentaire suivante :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous obtenu des aiguilles et des seringues stériles ? (par exemple auprès d'un agent des services de proximité, d'un éducateur pour ses pairs ou auprès d'un programme d'échange de seringues) <p>Numérateur : Nombre de personnes parmi les groupes de population les plus exposés ayant répondu « oui » aux deux questions (ou aux trois pour les consommateurs de drogues injectables)</p> <p>Dénominateur : Nombre total des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête</p> <p>Des scores correspondant à chacune des questions – fondés sur le même dénominateur – sont requis en plus de ceux qui entrent dans l'indicateur composite.</p> <p>Les données recueillies pour cet indicateur doivent être transmises séparément pour chacun des groupes de population les plus exposés et ventilées par sexe et par âge (moins de 25 ans/25 ans et plus).</p> <p>Dans la mesure du possible, les données relatives aux groupes de population les plus exposés doivent être recueillies par les organisations de la société civile qui travaillent sur le terrain en étroite collaboration avec les populations concernées.</p> <p>Il importe que l'identité des répondants et les informations recueillies auprès d'eux demeurent confidentielles.</p>
Interprétation	<ul style="list-style-type: none"> ● Il peut s'avérer difficile d'établir un contact avec les groupes de population les plus exposés et/ou de mener une enquête auprès d'eux. Il est donc possible que les données obtenues ne constituent pas un échantillon représentatif de ces groupes de population au niveau national. Si l'on craint que les données ne soient pas fondées sur un échantillon représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de leur interprétation. S'il existe différentes sources de données, il convient d'utiliser la meilleure estimation disponible. Il faut également inclure dans le rapport remis avec cet indicateur des informations sur la taille de l'échantillon, la qualité et la fiabilité des données, et toutes autres questions annexes. ● Le fait d'inclure ces indicateurs à des fins de transmission de données ne doit pas être interprété comme signifiant que seuls les services mentionnés suffiraient aux programmes de prévention du VIH destinés à ces populations. La série d'interventions essentielles qui sont décrites ci-dessus doivent faire partie d'un programme exhaustif de prévention comprenant également d'autres éléments tels que la diffusion de messages de prévention du VIH (ex : par le biais des programmes de proximité et l'éducation par les pairs) ou la thérapie de substitution médicamenteuse pour l'addiction aux opiacés des consommateurs de drogues injectables.

	<ul style="list-style-type: none"> ● Depuis la parution du Rapport sur l'épidémie mondiale de sida – 2006, il est recommandé que la question de la qualité et de l'efficacité des services dispensés aux populations les plus à risque soit abordée de façon plus explicite du point de vue des critères d'évaluation des composantes des services fournis. Dès lors que l'on tient compte de la complexité de l'élément d'évaluation, en particulier lorsqu'il s'agit des groupes de population les plus exposés, l'élaboration de ces critères nécessite un processus intensif de collecte de l'information, de synthèse et de formulation des recommandations. Il a été difficile d'y parvenir entre 2005 et 2007, mais le processus est lancé et l'on espère qu'il aboutira à des recommandations pour le prochain cycle d'établissement des rapports. Dans l'intervalle, il est recommandé que les directives mentionnées ci-dessous servent de documents de référence pouvant faciliter l'interprétation des données recueillies dans une optique de qualité et d'efficacité. ● ONUSIDA (2006). A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-at-Risk Populations. ● ONUSIDA (2006). Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: Towards Universal Access. ● OMS (2006). Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users.
--	---

2. Dépistage du VIH parmi les groupes de population les plus exposés au risque d'infection

Définition	Pourcentage, parmi les [groupes de population les plus exposés], de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH
Objet	Evaluer les progrès réalisés dans la mise en place de services de conseil et de dépistage du VIH parmi les groupes de population les plus exposés
Applicabilité	Pays où l'on observe des épidémies concentrées ou à faible prévalence, y compris les pays présentant des situations sub-épidémiques concentrées internes à une épidémie généralisée
Outils d'évaluation	Enquêtes spécifiques telles que les enquêtes de surveillance comportementale
Méthodes d'évaluation	<p>On pose aux personnes sollicitées les questions suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Avez-vous fait l'objet d'un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois ? Si la réponse est oui : 2. Je ne veux pas connaître vos résultats, mais avez-vous reçu les résultats de votre test ? <p>Numérateur : Nombre de personnes faisant partie des groupes de population les plus exposés ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.</p> <p>Dénominateur : Nombre de personnes faisant partie des groupes de population les plus exposés incluses dans l'échantillon.</p> <p>Les données relatives à cet indicateur doivent être ventilées par sexe et par âge (moins de 25 ans/25 ans et plus).</p> <p>Dans la mesure du possible, les données relatives aux groupes de population les plus exposés doivent être recueillies par les organisations de la société civile qui travaillent sur le terrain en étroite collaboration avec les populations concernées.</p> <p>Il importe que l'identité des répondants et les informations recueillies auprès d'eux demeurent confidentielles.</p>

Interprétation	<ul style="list-style-type: none"> ● Il peut s'avérer difficile d'établir un contact avec les groupes de population les plus exposés au risque d'infection et/ou de mener une enquête auprès d'eux. Il est donc possible que les données obtenues ne constituent pas un échantillon représentatif de ces populations au plan national. Si l'on craint que les données ne soient pas fondées sur un échantillon représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de leur interprétation. S'il existe des sources de données différentes, il convient d'utiliser la meilleure estimation disponible. Il faut également inclure dans le rapport remis avec cet indicateur des informations sur la taille de l'échantillon, la qualité et la fiabilité des données, et toutes autres questions annexes. ● Il peut s'avérer difficile de maintenir sur le long terme un suivi des groupes de population les plus exposés, car ils se déplacent souvent et ne se laissent pas approcher aisément ou encore se dissimulent. Par conséquent, il convient de donner dans le rapport descriptif des informations concernant la nature de l'échantillon pour en faciliter l'interprétation et l'analyse.
-----------------------	--

3. Connaissances des groupes de population les plus exposés en matière de prévention du VIH

Définition	Pourcentage des [groupes de populations les plus exposés au risque d'infection] capables à la fois de correctement définir comment prévenir la transmission sexuelle du VIH et de rejeter les principales idées fausses dans ce domaine
Objet	Evaluer les progrès réalisés dans la connaissance des principaux éléments relatifs à la transmission du VIH parmi les groupes de population les plus exposés
Applicabilité	Pays où l'on observe des épidémies concentrées ou à faible prévalence, y compris les pays présentant des situations sub-épidémiques concentrées internes à une épidémie généralisée
Outils d'évaluation	Enquêtes spécifiques, y compris l'enquête de surveillance comportementale conduite par <i>Family Health International</i> auprès des groupes de population les plus exposés
Méthodes d'évaluation	<p>On pose aux personnes sollicitées les questions suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et séronégatif au VIH réduit-il le risque de transmission du virus ? 2. L'utilisation de préservatifs contribue-t-elle à réduire le risque d'infection à VIH ? 3. Une personne qui paraît en bonne santé peut-elle avoir contracté le VIH ? 4. Une piqûre de moustique peut-elle transmettre le VIH ? 5. Peut-on contracter le VIH en partageant le repas d'une personne séropositive ? <p>Numérateur : Nombre de personnes interrogées ayant répondu correctement aux cinq questions.</p> <p>Dénominateur : Nombre de personnes ayant donné une réponse à l'ensemble des cinq questions, y compris « je ne sais pas »</p> <p>Les données relatives à cet indicateur doivent être ventilées par sexe et par âge (moins de 25 ans/25 ans et plus).</p> <p>Il importe que le libellé des trois premières questions soit formulé tel que. Les questions 4 et 5 peuvent, quant à elles, être remplacées par toute autre question évoquant l'une des idées erronées les plus répandues dans le pays.</p> <p>Les personnes n'ayant jamais entendu parler ni du VIH ni du sida doivent être exclues du numérateur, mais incluses dans le dénominateur.</p> <p>Des scores correspondant à chacune des questions – fondés sur le même dénominateur – sont requis en plus de ceux qui entrent dans l'indicateur composite.</p> <p>Dans la mesure du possible, les données relatives aux groupes de population les plus exposés doivent être recueillies par les organisations de la société civile qui travaillent sur le terrain en étroite collaboration avec les populations concernées.</p> <p>Il importe que l'identité des répondants et les informations recueillies auprès d'eux demeurent confidentielles.</p>

Interprétation	<ul style="list-style-type: none"> ● Le fait de croire qu'une apparente bonne santé est incompatible avec la séropositivité au VIH fait partie des idées erronées les plus répandues susceptibles d'entraîner des rapports non protégés avec une personne infectée. Savoir ce qu'il en est des idées erronées en matière de transmission du VIH est aussi important que d'en connaître les modes avérés. Le fait de croire par exemple que le VIH peut être transmis par une piqûre de moustique peut nuire à l'adoption de pratiques sexuelles dépourvues de risque, et le fait de croire que le VIH peut être transmis en partageant le même repas qu'une personne séropositive ne peut que contribuer à renforcer la stigmatisation dont les personnes qui vivent avec le VIH font déjà l'objet. ● L'indicateur est particulièrement utile dans le cas des pays où les connaissances relatives au VIH et au sida demeurent limitées. Il facilite en effet l'évaluation d'améliorations progressives en la matière. Il est également important s'agissant de l'ensemble des autres pays, car il permet de contrôler que le haut niveau des connaissances acquises y reste constant. ● Il peut s'avérer difficile d'établir un contact avec les groupes de population les plus exposés et/ou de mener une enquête auprès d'eux. Il est donc possible que les données obtenues ne constituent pas un échantillon représentatif de ces groupes de population au niveau national. Si l'on craint que les données ne soient pas basées sur un échantillon représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de leur interprétation. S'il existe différentes sources de données, il convient d'utiliser la meilleure estimation disponible. Il faut également inclure dans le rapport remis avec cet indicateur des informations sur la taille de l'échantillon, la qualité et la fiabilité des données, et toutes autres questions annexes.
-----------------------	---

4. Utilisation des préservatifs par les professionnel(le)s du sexe

Définition	Pourcentage de professionnel(le)s du sexe indiquant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client
Objet	Evaluer les progrès réalisés à l'égard des professionnel(le)s du sexe s'agissant de prévenir les risques de contamination lors de rapports sexuels avec leurs clients
Applicabilité	Pays où l'on observe des épidémies concentrées ou à faible prévalence, y compris les pays présentant des situations sub-épidémiques concentrées internes à une épidémie généralisée
Outils d'évaluation	Enquêtes spécifiques, y compris l'enquête de surveillance comportementale conduite par <i>Family Health International</i> auprès de professionnel(le)s du sexe
Méthodes d'évaluation	<p>On pose aux personnes sollicitées les questions suivantes :</p> <p>Avez-vous utilisé un préservatif avec votre client le plus récent, au cours des 12 mois écoulés ?</p> <p>Numérateur :</p> <p>Nombre de personnes interrogées indiquant avoir utilisé un préservatif avec leur client le plus récent, au cours des 12 mois écoulés</p> <p>Dénominateur :</p> <p>Nombre de personnes interrogées indiquant avoir eu des rapports rémunérés au cours des 12 mois écoulés</p> <p>Les données recueillies pour cet indicateur doivent être ventilées par sexe et par âge (moins de 25 ans/25 ans et plus).</p> <p>Dans la mesure du possible, les données relatives aux professionnel(le)s du sexe doivent être recueillies par les organisations de la société civile qui travaillent sur le terrain en étroite collaboration avec la population concernée.</p> <p>Il importe que l'identité des répondants et les informations recueillies auprès d'eux demeurent confidentielles.</p>

Interprétation	<ul style="list-style-type: none"> ● L'effet protecteur maximal des préservatifs est atteint lorsque leur utilisation est régulière plutôt qu'occasionnelle. L'indicateur actuel fournira une surestimation du niveau d'utilisation régulière du préservatif. Toutefois, la méthode alternative qui consiste à demander si le préservatif a toujours/parfois/jamais été utilisé lors de rapports sexuels avec des clients pendant une période précise est sujette à un biais de rappel (distorsion de mémoire). En outre, la tendance à utiliser un préservatif lors d'un rapport sexuel, en l'occurrence le plus récent, reflète généralement une tendance à l'utiliser de manière régulière. ● Il peut s'avérer difficile de mener une enquête auprès de professionnel(le)s du sexe. Il est donc possible que les données obtenues ne soient pas basées sur un échantillon représentatif de professionnel(le)s du sexe au niveau national. Si l'on craint que les données ne soient pas basées sur un échantillon représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de leur interprétation. S'il existe différentes sources de données, il convient d'utiliser la meilleure estimation disponible. Il faut également inclure dans le rapport remis avec cet indicateur des informations sur la taille de l'échantillon, la qualité et la fiabilité des données, et toutes autres questions annexes.
-----------------------	---

5. Utilisation du préservatif par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Définition	Pourcentage d'hommes interrogés indiquant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin
Objet	Evaluer les progrès réalisés à l'égard des hommes ayant des rapports sexuels anaux non protégés avec un partenaire masculin s'agissant de prévenir les risques de contamination par le VIH
Applicabilité	Pays où l'on observe des épidémies concentrées ou à faible prévalence, y compris les pays présentant des situations sub-épidémiques concentrées internes à une épidémie généralisée
Outils d'évaluation	Enquêtes spécifiques, y compris l'enquête de surveillance comportementale conduite par <i>Family Health International</i> auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
Méthodes d'évaluation	<p>Dans le cadre d'une enquête comportementale sur un échantillon d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, il est demandé aux personnes interrogées de répondre à des questions sur leurs rapports sexuels des six derniers mois, sur les rapports anaux et sur l'utilisation du préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal.</p> <p>Numérateur : Nombre de personnes interrogées indiquant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal.</p> <p>Dénominateur : Nombre de personnes interrogées indiquant avoir eu des rapports sexuels anaux avec un partenaire masculin au cours des six derniers mois.</p> <p>Les données recueillies pour cet indicateur doivent être ventilées par âge (moins de 25 ans/25 ans et plus).</p> <p>Dans la mesure du possible, les données concernant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doivent être collectées par les organisations de la société civile qui travaillent sur le terrain en collaboration étroite avec cette population.</p> <p>Il importe que l'identité des répondants et les informations recueillies auprès d'eux demeurent confidentielles.</p>

Interprétation	<ul style="list-style-type: none"> ● L'utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel anal avec un partenaire (quel qu'il soit) fournit une bonne indication des niveaux et des tendances générales des rapports sexuels protégés et non protégés parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Cet indicateur ne fournit aucune indication sur d'éventuels comportements à risque avec des partenaires féminines parmi les hommes ayant des rapports homosexuels et hétérosexuels. Dans les pays où les hommes appartenant au groupe de population faisant l'objet de l'enquête sont susceptibles d'avoir des partenaires des deux sexes, il convient de les interroger sur l'utilisation d'un préservatif avec leurs partenaires féminines et leurs partenaires masculins. Dans ce cas, les données relatives aux préservatifs doivent toujours être présentées séparément selon le sexe du partenaire. ● Il peut s'avérer difficile de mener une enquête auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Il est donc possible que les données obtenues ne soient pas basées sur un échantillon représentatif des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au niveau national. Si l'on craint que les données ne soient pas basées sur un échantillon représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de leur interprétation. S'il existe différentes sources de données, il convient d'utiliser la meilleure estimation disponible. Il faut également inclure dans le rapport remis avec cet indicateur des informations sur la taille de l'échantillon, la qualité et la fiabilité des données, et toutes autres questions annexes.
-----------------------	--

6. Utilisation des préservatifs par les consommateurs de drogues injectables

Définition	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables interrogés indiquant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel
Objet	Evaluer les progrès réalisés dans la prévention de la transmission du VIH
Applicabilité	Pays dans lesquels la consommation de drogues injectables constitue un mode avéré de transmission du virus
Outils d'évaluation	Enquêtes spécifiques, y compris l'enquête de surveillance comportementale conduite par <i>Family Health International</i> auprès de consommateurs de drogues injectables
Méthodes d'évaluation	<p>On pose aux personnes sollicitées les questions suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vous êtes-vous injecté des drogues à un moment quelconque au cours du mois dernier ? 2. Si oui, avez-vous eu des rapports sexuels au cours du mois dernier ? 3. Si les réponses aux questions 1 et 2 sont toutes les deux affirmatives, la question suivante est : Avez-vous utilisé un préservatif lors de votre dernier rapport sexuel ? <p>Numérateur : Nombre de personnes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel</p> <p>Dénominateur : Nombre de personnes interrogées déclarant avoir eu un rapport sexuel au cours du mois précédent</p> <p>Les scores relatifs à cet indicateur doivent être indiqués pour toutes les personnes interrogées et doivent être ventilés par sexe et par âge (moins de 25 ans/25 ans et plus).</p> <p>Dans la mesure du possible, les données relatives aux consommateurs de drogues injectables doivent être recueillies par les organisations de la société civile qui travaillent sur le terrain en collaboration étroite avec cette population.</p> <p>Il importe que l'identité des répondants et les informations recueillies auprès d'eux demeurent confidentielles.</p>

Interprétation	<ul style="list-style-type: none"> ● Il peut s'avérer difficile de mener une enquête auprès de consommateurs de drogues injectables. Il est donc possible que les données obtenues ne soient pas basées sur un échantillon représentatif de ce groupe de population au niveau national. Si l'on craint que les données ne soient pas basées sur un échantillon représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de leur interprétation. S'il existe différentes sources de données, il convient d'utiliser la meilleure estimation disponible. Il faut également inclure dans le rapport remis avec cet indicateur des informations sur la taille de l'échantillon, la qualité et la fiabilité des données, et toutes autres questions annexes. ● L'importance de la transmission du VIH liée à la consommation de drogues injectables au sein d'un pays dépend de quatre facteurs : i) l'étendue, le stade et les caractéristiques de propagation de l'épidémie nationale de sida, ii) l'ampleur du phénomène de consommation de drogues injectables, iii) le degré d'utilisation de matériels d'injection contaminés par les consommateurs de drogues injectables, iv) le comportement habituel en matière de promiscuité sexuelle et d'utilisation du préservatif parmi les consommateurs de drogues injectables d'une part, et entre ceux-ci et l'ensemble de la population d'autre part. Cet indicateur fournit des informations partielles sur le quatrième de ces facteurs.
-----------------------	---

7. Pratiques d'injection sans risque parmi les consommateurs de drogues injectables

Définition	Pourcentage de consommateurs de drogues injectables interrogés indiquant avoir utilisé du matériel d'injection stérile la dernière fois qu'ils se sont injecté de la drogue
Objet	Evaluer les progrès réalisés dans la prévention de la transmission du VIH liée à la consommation de drogues injectables
Applicabilité	Pays dans lesquels la consommation de drogues injectables constitue un mode avéré de transmission du virus
Outils d'évaluation	Enquêtes spécifiques, y compris l'enquête de surveillance comportementale conduite par <i>Family Health International</i> auprès de consommateurs de drogues injectables
Méthodes d'évaluation	<p>On pose aux personnes sollicitées les questions suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vous êtes-vous injecté de la drogue à un moment quelconque au cours du mois dernier ? 2. Si oui : Avez-vous utilisé une seringue et une aiguille stériles la dernière fois que vous vous êtes injecté de la drogue ? <p>Numérateur : Nombre de personnes interrogées indiquant avoir utilisé un matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection de drogue</p> <p>Dénominateur : Nombre de personnes interrogées indiquant s'être injecté de la drogue au cours du mois dernier</p> <p>Les scores de l'indicateur sont requis pour toutes les personnes ayant répondu aux questions et doivent être ventilés par sexe et par âge (moins de 25 ans/25 ans et plus).</p> <p>Dans la mesure du possible, les données relatives aux consommateurs de drogues injectables doivent être collectées par les organisations de la société civile qui travaillent sur le terrain en étroite collaboration avec cette population.</p> <p>Il importe que l'identité des répondants et les informations recueillies auprès d'eux demeurent confidentielles.</p>

Interprétation	<ul style="list-style-type: none"> ● Il peut s'avérer difficile de mener une enquête auprès de consommateurs de drogues injectables. Il est donc possible que les données obtenues ne soient pas basées sur un échantillon représentatif de ce groupe de population au niveau national. Si l'on craint que les données ne soient pas basées sur un échantillon représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de leur interprétation. S'il existe différentes sources de données, il convient d'utiliser la meilleure estimation disponible. Il faut également inclure dans le rapport remis avec cet indicateur des informations sur la taille de l'échantillon, la qualité et la fiabilité des données, et toutes autres questions annexes. ● L'importance de la transmission du VIH liée à la consommation de drogues injectables au sein d'un pays dépend de quatre facteurs : i) l'étendue, le stade et les caractéristiques de propagation de l'épidémie nationale de sida, ii) l'ampleur du phénomène de consommation de drogues injectables, iii) le degré d'utilisation de matériels d'injection contaminés par les consommateurs de drogues injectables, iv) les comportements habituels en matière de promiscuité sexuelle et d'utilisation du préservatif parmi les consommateurs de drogues injectables d'une part, et entre ceux-ci et l'ensemble de la population d'autre part. Cet indicateur fournit des informations sur le troisième de ces facteurs.
-----------------------	---

8. Réduction de la prévalence du VIH parmi les groupes de population les plus exposés au risque d'infection

Définition	Pourcentage de personnes séropositives au VIH parmi les [groupes de population les plus exposés]
Objet	Evaluer les progrès réalisés dans la réduction de la prévalence du VIH parmi les groupes de population les plus exposés
Applicabilité	Pays présentant des épidémies concentrées ou à faible prévalence, lorsqu'il n'est pas recommandé de réaliser une surveillance de routine parmi les femmes enceintes. Inclure également les pays présentant des situations sub-épidémiques concentrées internes à une épidémie généralisée.
Outils d'évaluation	ONUSIDA/OMS Directives de surveillance de seconde génération ; Directives de <i>Family Health International</i> sur l'échantillonnage des groupes de population
Méthodes d'évaluation	<p>Cet indicateur est calculé en utilisant les données rassemblées lors de tests de dépistage du VIH pratiqués parmi des représentants des groupes de population les plus exposés dans la capitale</p> <p>Numérateur : Nombre de personnes parmi les groupes de population les plus exposés ayant subi un test de dépistage du VIH et dont le résultat est positif</p> <p>Dénominateur : Nombre de personnes parmi les groupes de population les plus exposés ayant subi un test de dépistage du VIH</p> <p>Les estimations de la prévalence doivent être ventilées par sexe et par âge (moins de 25 ans/25 ans et plus).</p> <p>Les tendances obtenues pouvant être biaisées au fil du temps, il serait souhaitable que cet indicateur soit calculé pour la capitale uniquement. Ces dernières années, de nombreux pays ont multiplié le nombre de sites sentinelle pour y inclure des sites choisis en milieu rural, ce qui a introduit des distorsions des tendances établies, du fait de l'accumulation de données provenant de ces sites.</p>

	<p>Théoriquement, pour évaluer les progrès réalisés dans la diminution des nouveaux cas d'infection, il est préférable de suivre l'évolution de l'incidence dans le temps. Toutefois, on dispose dans la pratique de données relatives à la prévalence plutôt qu'à l'incidence. Lorsqu'on analyse les données de prévalence parmi les groupes de population les plus exposés en vue d'évaluer l'impact d'un programme de prévention, il vaut mieux éviter de se cantonner dans les analyses concernant les jeunes, mais plutôt transmettre des données sur toutes les personnes ayant adopté récemment des comportements leur faisant courir des risques d'infection (par exemple, en limitant l'analyse aux personnes qui ont commencé à s'injecter de la drogue au cours de l'année précédente ou ont commencé à avoir une vie sexuelle depuis moins d'un an, etc.). Ce type d'analyse restreinte présente également l'avantage de ne pas être affecté par l'impact du traitement antirétroviral, lequel prolonge l'espérance de vie et par là même accroît la prévalence. Le Rapport de situation national doit impérativement indiquer si c'est ce type d'analyse qui est utilisé afin de permettre une analyse mondiale plus significative.</p>
Interprétation	<ul style="list-style-type: none">● En raison des difficultés rencontrées pour établir le contact avec les populations les plus à risque, le nombre de distorsions relatives aux données de sérosurveillance est susceptible d'être beaucoup plus élevé que pour les données concernant un ensemble plus large de la population, telles que les femmes fréquentant les dispensaires prénatals. Si l'on doute de la représentativité des données, il est nécessaire d'en tenir compte lors de leur interprétation.● Pour interpréter cet indicateur, il est essentiel de bien connaître la relation entre les populations échantillonnées et les populations plus larges qui ont des comportements à risque similaires. La période au cours de laquelle des personnes font partie de l'un des groupes de population les plus exposés est plus étroitement associée au risque de contracter le VIH que l'âge. Il est donc souhaitable de ne pas limiter l'analyse aux jeunes mais de s'intéresser à d'autres groupes d'âge également.● Les tendances de la prévalence du VIH obtenues parmi ces groupes de population, dans une capitale donnée, fourniront des indications utiles sur l'impact des programmes de prévention du VIH présents sur place mais ne seront pas représentatives de la situation du pays dans son ensemble.

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) unit dans un même effort les activités de lutte contre l'épidémie de dix organismes des Nations Unies : le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Programme alimentaire mondial (PAM), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC), l'Organisation internationale du Travail (OIT), l'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale.

L'ONUSIDA, en tant que programme coparrainé, rassemble les ripostes à l'épidémie de ses dix organismes coparrainants, tout en ajoutant à ces efforts des initiatives spéciales. Son but est de conduire et de soutenir l'élargissement de l'action internationale contre le VIH sur tous les fronts. L'ONUSIDA travaille avec un large éventail de partenaires – gouvernements et ONG, monde des affaires, scientifiques et non spécialistes – en vue de l'échange de connaissances, de compétences et des meilleures pratiques à travers les frontières.

Unir le monde contre le sida



ONUSIDA
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GENÈVE 27
SUISSE

T (+41) 22 791 36 66
F (+41) 22 791 48 35

www.unaids.org