

09

Session extraordinaire de l'Assemblée
générale des Nations Unies sur le VIH/sida

Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida

DIRECTIVES POUR L'ÉLABORATION D'INDICATEURS DE BASE

Etablissement des rapports 2010



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA

ONU DC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

ONUSIDA/09.10F / JC1676F (version française, juin 2009)

Version originale anglaise, UNAIDS/09.10E / JC1676E, mars 2009 :
*Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS – Guidelines on
Construction of Core Indicators : 2010 reporting.*
Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
(ONUSIDA) 2009.

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 de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

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

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

« ONUSIDA/09.10F / JC1676F »

Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida : directives pour l'élaboration d'indicateurs de base : établissement des rapports 2010.

1. Infection à VIH – statistique 2. sida – statistique 3. Collecte données 4. Indicateur état sanitaire 5. Indicateurs qualité santé 6. Ligne directrice I. Nations Unies. Assemblée Générale. Session Extraordinaire sur le VIH/sida II. Titre.

ISBN 978 92 9173 765 9

(Classification NLM: WC 503.2)

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>

Session extraordinaire de l'Assemblée
générale des Nations Unies sur le VIH/sida

Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida

**DIRECTIVES POUR L'ÉLABORATION
D'INDICATEURS DE BASE**

Etablissement des rapports 2010

Prière de soumettre d'ici au 31 mars 2010 le Rapport national de situation, au moyen de CRIS3 ou du site Web de l'UNGASS (www.unaids.org/UNGASS2010).

Au cas où vous n'utiliseriez ni le site Web UNGASS ni CRIS3, veuillez nous envoyer votre rapport avant le 15 mars 2010 afin de nous donner le temps d'entrer manuellement les informations à Genève.

Tous les rapports doivent être soumis par voie électronique. Les copies imprimées que vous souhaiteriez nous faire parvenir doivent être envoyées par courrier postal à l'adresse suivante :

Dr Deborah Rugg
Chef de la Division Suivi et Évaluation
ONUSIDA
20 Avenue Appia
CH-1211 Genève 27
Suisse

Table des matières

Remerciements	5
Avant-propos	7
Acronymes	8
Introduction	9
Objet	9
Contexte	9
Période actuelle d'établissement des rapports : 2008-2009	10
Format des rapports sur la situation des ripostes nationales	10
Indicateurs : vue d'ensemble	11
Indicateurs nationaux pour les pays à revenu élevé	11
Mise au point des objectifs de l'initiative Accès universel	12
Application au niveau national	12
Elaboration des indicateurs	12
Outils d'évaluation et sources des données	12
Numérateurs et dénominateurs	13
La ventilation des données par sexe et par âge est essentielle	13
Les données issues des enquêtes sont récentes et représentatives	14
Interprétation et analyse	15
Sélection des indicateurs	15
Rôle de la société civile	16
Directives concernant l'établissement des rapports	16
Rôle des indicateurs de suivi dans le plaidoyer fondé sur des données probantes	18
Rôle des indicateurs de suivi dans un système national global de suivi et évaluation	19
Indicateurs de base pour la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida	20
Indicateurs de l'engagement et des actions au plan national	23
1. Fonds alloués à la lutte contre le sida	24
2. Politiques gouvernementales concernant la lutte contre le VIH et le sida	27
Indicateurs programmatiques nationaux	29
3. Sécurité transfusionnelle	30
4. Traitement du VIH : thérapie antirétrovirale	32
5. Prévention de la transmission mère-enfant	34
6. Prise en charge conjointe de la tuberculose et de l'infection à VIH	37
7. Dépistage du VIH parmi la population dans son ensemble	39
8. Dépistage du VIH parmi les populations les plus à risque	40
9. Programmes de prévention destinés aux populations les plus à risque	42
10. Soutien destiné aux enfants affectés par le VIH et le sida	44
11. Enseignement relatif au VIH dans le cadre des programmes scolaires de préparation à la vie active	46
Indicateurs des connaissances et des comportements	49
12. Scolarisation des orphelins	50
13. Connaissances des jeunes en matière de prévention du VIH	52
14. Connaissances des populations les plus à risque en matière de prévention de la transmission du VIH	54
15. Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	56

16. Rapports sexuels à haut risque	57
17. Utilisation du préservatif lors de rapports sexuels à haut risque	58
18. Utilisation du préservatif par les professionnel(le)s du sexe	60
19. Utilisation du préservatif par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	62
20. Utilisation du préservatif par les consommateurs de drogues injectables	64
21. Pratiques d'injection sans risque parmi les consommateurs de drogues injectables	66
Indicateurs de l'impact	69
22. Réduction de la prévalence du VIH	70
23. Réduction de la prévalence du VIH parmi les populations les plus à risque	72
24. Traitement du VIH : personnes encore en vie après 12 mois de thérapie antirétrovirale	74
25. Réduction de la transmission mère-enfant	77
Annexes	79
Annexe 1 : Modèle de Rapport de situation national	81
Annexe 2. Processus de consultation/préparation du Rapport national de surveillance du suivi de la <i>Déclaration d'engagement sur le VIH/sida</i>	83
Annexe 3. Grille nationale de financement	84
Annexe 4. Indice composite des politiques nationales 2010	89
Annexe 5. Modèle de liste de points à vérifier pour l'élaboration du rapport de situation national	136
Annexe 6. Bibliographie succincte	137

Remerciements

Sans l'aide d'un grand nombre de personnes, d'institutions, d'organisations et de pays, l'élaboration de ces directives n'aurait pas été possible.

Nous tenons donc à remercier tout particulièrement le Groupe de référence pour le suivi et l'évaluation de l'ONUSIDA (notamment les experts en évaluation des comités nationaux de lutte contre le sida, des organismes coparrainants, des institutions partenaires, des établissements d'enseignement et des organisations non gouvernementales) pour les précieux conseils et les informations en retour qu'il nous a régulièrement fournies, ainsi que les points focaux des Coparrainants et du Secrétariat pour leur contribution et le soutien qu'ils nous ont prodigué tout au long du processus.

Nous sommes reconnaissants aux personnes ci-après pour leur aide inestimable dans la préparation des directives révisées 2010 :

- Greet Peersman, Tulane University, Nouvelle-Orléans
- Sofia Gruskin, Harvard School of Public Health, Boston
- Laura Ferguson, Harvard School of Public Health, Boston
- Sally Smith, ONUSIDA, Genève
- Le Groupe de travail ukrainien de suivi et évaluation
- Chika Hayashi, VIH OMS, Genève
- Christian Gunneberg, Halte à la tuberculose OMS, Genève
- Karen Stanecki, ONUSIDA, Genève
- Peter Ghys, ONUSIDA, Genève
- Alasdair Reid, ONUSIDA, Genève
- Christain Aran, ONUSIDA, Genève

Les membres du personnel de la Division Suivi et Évaluation du Secrétariat de l'ONUSIDA, à savoir Eva Kiwango, Teiji Takei, Igor Toskin, Taavi Erkkola, Ju Yang, Ali Safarnejad, Lucy Braun et Luisa Frescura, se sont chargés de la révision et du processus rédactionnel d'ensemble.

La gestion générale du processus était assumée par Matthew Warner-Smith sous la houlette de Deborah Rugg, Chef de la Division Suivi et Évaluation, Secrétariat de l'ONUSIDA, Genève, et de Paul de Lay, Directeur du Département Évidence, Suivi et Politiques

Pour tous commentaires ou questions veuillez nous contacter par courriel : ungassindicators@unaids.org

Avant-propos

La *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de 2001* et la *Déclaration politique sur le VIH/sida de 2006* adoptées par l'Assemblée générale des Nations Unies sont les principes directeurs de la riposte mondiale au sida. Nous devons centrer tous nos efforts sur l'objectif de l'accès universel à des services complets de prévention, de traitement, de soins et de soutien du VIH d'ici 2010 ainsi que sur celui de stopper l'épidémie et d'en inverser le cours d'ici 2015.

Les présentes directives permettront de suivre les progrès réalisés à ces fins et de préparer les rapports nationaux de situation devant être soumis à l'Assemblée générale des Nations Unies en 2010.

La préparation du rapport de situation national doit se faire avec la collaboration de tous les partenaires qui participent à la lutte contre le sida et donner l'occasion de réfléchir à la manière dont la riposte nationale est menée, à ses succès ainsi qu'aux obstacles qu'il convient de surmonter pour atteindre les objectifs de l'accès universel.

Pour s'assurer que les investissements dans la lutte contre le sida donnent les résultats escomptés, il est essentiel de soumettre la riposte à l'épidémie à un examen suivi.

M. Michel Sidibe
Directeur exécutif
ONUSIDA

Acronymes

CNLS	Comité(s) national(aux) de lutte contre le sida
CNUCED	Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement
CRIS	Système d'information sur la riposte des pays
IST	Infection(s) sexuellement transmissible(s)
NASA	Estimation nationale des dépenses relatives au sida
NCPI	National Composite Policy Index
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PNLS	Programme(s) national(aux) de lutte contre le sida
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
S/O	Sans objet
UE	Union européenne
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNGASS	Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

Objet

Le présent document a pour objet de fournir aux principales parties prenantes, qui participent activement à la riposte du pays au sida, des informations essentielles sur les indicateurs de base qui permettent d'évaluer l'efficacité de cette riposte. Ces directives contribueront également à assurer la transparence et la cohérence du processus suivi par les gouvernements nationaux. En outre, cette information servira à l'ONUSIDA pour préparer les rapports régionaux et mondial sur l'application de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida* de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS).

Les pays sont vivement encouragés à intégrer les indicateurs de base dans leurs activités de suivi et d'évaluation actuellement en place. Ces indicateurs sont conçus pour aider les pays à évaluer l'état actuel de leur riposte nationale et les progrès accomplis en vue d'atteindre les cibles nationales de l'accès universel tout en contribuant à une meilleure connaissance de la riposte mondiale à la pandémie de sida, y compris les progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs mondiaux qui figurent dans la *Déclaration d'engagement*. Étant donné le double usage des indicateurs, les directives proposées dans le présent document ont pour but d'améliorer la qualité et la cohérence des données collectées à l'échelon des pays, ce qui permettra d'affiner les conclusions tirées des données au niveau mondial et au plan national.

Contexte

En juin 2001, lors de la clôture d'une Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida révolutionnaire à bien des égards, les gouvernements de 189 États Membres ont adopté la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida* qui reflète un consensus mondial sur un cadre de travail complet pour atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement, à savoir stopper la propagation du VIH et commencer à inverser le cours de l'épidémie d'ici 2015.

Consciente de la nécessité de mettre en place une action multisectorielle sur de nombreux fronts, la *Déclaration d'engagement* appuie les ripostes aux niveaux mondial, régional et national afin de prévenir les nouvelles infections à VIH, élargir l'accès aux soins et atténuer l'impact de l'épidémie. Bien que la Déclaration ait initialement été approuvée par les gouvernements, sa perspective s'étend bien au-delà du secteur public, et s'adresse également au secteur privé et aux syndicats, aux organisations confessionnelles, aux organisations non gouvernementales et autres entités de la société civile, y compris les organisations de personnes vivant avec le VIH. En 2006, les États Membres de l'Organisation des Nations Unies ont réitéré, dans une *Déclaration politique sur le VIH/sida*, leur engagement relatif à l'instauration de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien du VIH d'ici 2010.

En vertu des dispositions de la *Déclaration d'engagement*, les progrès de la riposte au sida sont évalués par la réalisation d'objectifs concrets dans des délais prescrits. La Déclaration invite à un suivi attentif des progrès réalisés dans la mise en œuvre des engagements convenus et prie le Secrétaire général des Nations Unies de publier un rapport d'activité annuel. Ces rapports sont destinés à exposer la nature des problèmes et des obstacles rencontrés et à recommander des actions visant à accélérer la réalisation des objectifs de la Déclaration.

Afin de remplir ces missions, le Secrétariat de l'ONUSIDA a collaboré en 2002 avec les comités nationaux de lutte contre le sida, les Coparrainants du Programme commun et d'autres partenaires pour élaborer une série d'indicateurs de base destinés à évaluer les progrès de l'application de la Déclaration d'engagement. Les indicateurs de base ont été regroupés en quatre grandes catégories : i) actions et engagements nationaux ; ii) connaissances et comportements nationaux ; iii) impact national ; iv) actions et engagements mondiaux. Une fois ces indicateurs élaborés, la division Suivi et Évaluation de l'ONUSIDA a établi des définitions claires pour chaque indicateur et des mécanismes permettant une collecte régulière des informations.

Pour la période 2002 à 2003, 103 États membres (55%) ont remis à l'ONUSIDA des rapports nationaux articulés autour des indicateurs de base. Dans la plupart des cas, les conseils nationaux de lutte contre le sida ou les organes équivalents avaient supervisé la compilation du rapport national et plus des trois quarts intégraient des données provenant de trois ministères publics, voire plus. La société civile était impliquée dans la préparation d'environ deux tiers des rapports et les personnes vivant avec le VIH et le sida avaient participé à l'élaboration d'un peu plus de la moitié de ces rapports.

Pour la période 2004 à 2005, 137 États membres (72%) ont présenté des rapports nationaux, ce qui représente une augmentation de 33% par rapport à 2003. Sur ces rapports, 40 émanaient d'Afrique subsaharienne, 21 de la région

Asie et Pacifique, 32 d'Amérique latine et des Caraïbes, 21 d'Europe de l'Est et d'Asie centrale, 5 d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient et 18 de pays à revenu élevé.

Pour la période 2006 à 2007, 153 États membres (80%) ont présenté des rapports nationaux, ce qui représente une augmentation de 12% du nombre de pays par rapport au cycle précédent. Sur ces rapports, 45 émanaient d'Afrique subsaharienne, 20 de la région Asie et Pacifique, 32 d'Amérique latine et des Caraïbes, 18 d'Europe de l'Est et d'Asie centrale, 9 d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient et 29 de pays à revenu élevé.

Les informations fournies par les rapports nationaux représentent l'ensemble de données normalisées le plus complet sur la situation de l'épidémie et les progrès enregistrés par la riposte dont on ait jamais disposé. Toutefois, les données soumises à ce jour au cours des trois cycles présentaient des lacunes importantes. Ainsi en 2008, alors que la plupart des pays avaient rempli le questionnaire de l'Indice composite des politiques nationales, moins de la moitié de ceux qui avaient déclaré que les indicateurs concernant les populations les plus vulnérables s'appliquaient à leur épidémie et à leur riposte ont été capables de fournir des données sur ces indicateurs. En outre, le degré de détail des données étant insuffisant, il a été difficile d'en tirer un bilan plus large et plus rigoureux (*Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008*).

Période actuelle d'établissement des rapports : 2008-2009

Afin de réduire au minimum la charge de l'établissement des rapports par les États membres et de préserver les données conjoncturelles, seules des modifications mineures ont été apportées à certains indicateurs pour l'établissement des rapports 2010¹. Sur la base des informations obtenues d'un grand nombre de partenaires et d'une analyse de l'utilité des indicateurs pour la collecte des données lors du cycle 2006 à 2007, nous avons fourni de nouvelles directives et davantage d'éclaircissements sur ces indicateurs.

L'ONUSIDA recommande fortement aux pays d'utiliser les indicateurs de l'UNGASS en tant que base de leurs systèmes nationaux de suivi et d'évaluation. Selon leurs besoins spécifiques, et si leurs ressources le leur permettent, les pays pourraient souhaiter inclure des indicateurs supplémentaires dans leurs plans nationaux d'évaluation.

Utilisation des indicateurs supplémentaires recommandés à des fins d'évaluation des situations nationales

Les donateurs, les organisations multilatérales et le système des Nations Unies travaillent étroitement avec les gouvernements nationaux à l'harmonisation des indicateurs d'évaluation et à l'allègement du fardeau que la préparation des rapports représente pour les pays. Ainsi, le Groupe de référence de l'ONUSIDA pour le suivi et l'évaluation a examiné les indicateurs recommandés par les partenaires internationaux pour l'établissement des rapports nationaux et a obtenu carte blanche pour limiter leur nombre à une série de 15 indicateurs normalisés qui complètent les indicateurs de l'UNGASS. Ils viennent s'ajouter à ceux des directives présentes et antérieures et peuvent être téléchargés sur le site Web de l'ONUSIDA. Ces nouveaux indicateurs sont censés être utilisés à l'échelon national, mais il n'est pas requis d'en faire rapport à l'UNGASS. Toutefois, si les pays disposent de données les concernant, ils peuvent en faire état dans la partie descriptive de leur rapport de situation nationale.

Format des rapports sur la situation des ripostes nationales

En réponse aux observations qui nous ont été faites, nous avons mis au point un format de rapport de situation afin de recevoir des pays une information uniforme et les inciter à utiliser davantage les données de l'UNGASS. Ce format et ces directives visent à rendre plus facile l'analyse approfondie des données que reçoit l'UNGASS en provenance des pays avant de les présenter à l'échelle mondiale. Les données relatives aux indicateurs sont considérées comme partie intégrante du rapport sur la situation nationale que chaque pays remet à l'UNGASS. C'est pourquoi la partie descriptive des rapports et les données sur les indicateurs de l'UNGASS doivent être examinées au cours du processus de consultation et de préparation du rapport, comme l'indique la section intitulée « Directives concernant l'établissement des rapports » à la page 16 et suivantes des présentes directives.

L'annexe 1 propose un modèle exhaustif de rapport de situation nationale ainsi que des instructions détaillées pour compléter les différentes sections du rapport. Nous ne saurions trop recommander que les informations relatives aux indicateurs de l'UNGASS soient acheminées par le biais du site Web de l'UNGASS (www.unaids.org/UNGASS2010)

¹ Les quatre indicateurs mondiaux ont été retirés de la présente publication qui a pour objet de servir de guide à l'établissement des rapports nationaux. Les indicateurs mondiaux n'ont pas lieu d'être inclus dans les rapports de situation nationale ; les références à ces indicateurs dans les directives précédentes ont prêté à confusion.

afin d'améliorer l'exhaustivité et la qualité des données et d'en faciliter le traitement et l'analyse tant à l'échelle mondiale qu'à l'échelon des pays. La date limite de soumission du rapport par le biais du site Web de l'UNGASS est le 31 mars 2010. Au cas où le site Web ou CRIS3 ne seraient pas utilisés, le rapport doit être soumis avant le 15 mars 2010 afin de permettre l'entrée manuelle des données dans la Base de données informatique sur la riposte mondiale.

Indicateurs : vue d'ensemble

Les indicateurs sont essentiels, et ce, pour deux raisons. Premièrement, ils peuvent aider chaque pays à évaluer l'efficacité de sa riposte nationale, ce qui conforte le bien-fondé de l'intégration de ces indicateurs dans les cadres nationaux de suivi et d'évaluation. Deuxièmement, lorsque les données de nombreux pays sont analysées collectivement, les indicateurs peuvent fournir des informations cruciales sur l'efficacité de la riposte au plan régional et au plan mondial tout en offrant simultanément aux pays un aperçu des activités d'autres ripostes nationales.

Les pays doivent examiner chaque indicateur à la lumière des facteurs particuliers de leur épidémie. Dans les cas où tel ou tel indicateur ne fait pas l'objet d'un rapport, les pays doivent en donner la raison. Ainsi, il sera possible d'analyser les informations en distinguant l'absence de données de l'inapplicabilité de certains indicateurs à certaines situations nationales.

Les indicateurs de base nationaux sont répartis en trois catégories :

1. **Engagement et actions menées au niveau national.** Ces indicateurs s'articulent autour des contributions politiques, stratégiques et financières destinées à la prévention de la propagation de l'infection à VIH, au traitement, aux soins et au soutien des personnes séropositives, et à l'atténuation des conséquences socioéconomiques de niveaux élevés de morbidité et de mortalité dus au sida. Ils permettent également d'apprécier les retombées, la couverture et les résultats des programmes, notamment en matière de prévention du risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant, de distribution de traitements antirétroviraux à ceux qui en ont besoin, et de services en faveur des orphelins et des enfants vulnérables.
2. **Connaissances et comportements nationaux.** Ces indicateurs couvrent un éventail de résultats spécifiques relatifs aux connaissances et aux comportements, y compris des connaissances précises sur la transmission du VIH, les comportements sexuels et la scolarisation des enfants rendus orphelins.
3. **Impact des programmes au niveau national.** Ces indicateurs, tel le pourcentage de jeunes infectés par le VIH, évaluent la mesure dans laquelle les autres activités du programme national sont parvenues à réduire les taux d'infection à VIH et la morbidité et mortalité y afférentes.

La plupart des indicateurs nationaux sont applicables à tous les pays. Par exemple, les indicateurs portant sur les connaissances et les comportements concernant les populations les plus à risque sont également pertinents dans les pays où les épidémies sont concentrées comme dans ceux où elles sont généralisées, pour autant que ces derniers soient conscients de l'existence sur leur territoire d'épidémies concentrées parmi des groupes particuliers. De même, les pays où sévit une épidémie concentrée devraient rassembler des données sur des activités plus générales telles que l'enseignement aux jeunes d'aptitudes utiles à la vie quotidienne et de comportements sexuels sans risque, comme moyen de suivre les tendances susceptibles d'influencer la nature de la riposte nationale.

Cinq des indicateurs nationaux sont également des indicateurs relatifs aux objectifs du Millénaire pour le développement et analysent la situation par rapport à ces objectifs. On sait que ceux-ci font partie intégrante de la *Déclaration du Millénaire*, adoptée par l'ensemble des 189 États Membres de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2000. Ces indicateurs concernent la couverture thérapeutique par les antirétroviraux, les connaissances des jeunes sur le VIH, l'utilisation du préservatif, la scolarisation des orphelins et le pourcentage de jeunes infectés par le VIH.

Indicateurs nationaux pour les pays à revenu élevé

En adoptant la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*, les pays à revenu élevé se sont engagés à envoyer des rapports de situation concernant leurs propres ripostes au VIH (mais non au titre de l'aide au développement international ou de leurs programmes d'assistance). On connaît bien les nombreux systèmes d'information relativement complexes que ces pays mettent en œuvre ainsi que le grand nombre de leurs sources de données qui ne facilitent pas la tâche lorsqu'il s'agit de calculer un indicateur national. Toutefois, cet état de fait ne supprime pas la nécessité de disposer de données en provenance de ces pays si l'on veut évaluer correctement les progrès réalisés à l'échelle mondiale dans l'accomplissement de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*. Au cas où ils auraient besoin de conseils techniques concernant la mise au point de leurs rapports, ces pays peuvent à tout moment adresser leurs demandes à la Division Suivi et Évaluation de l'ONUSIDA (ungassindicators@unaids.org).

Suivi de la Déclaration de Dublin sur le Partenariat pour lutter contre le VIH/sida en Europe et en Asie centrale

Pendant la présidence du Conseil de l'Union européenne par l'Irlande (premier semestre de 2004), les États membres de l'UE et les pays avoisinants d'Europe de l'Est et d'Asie centrale ont réaffirmé les engagements pris en 2001 lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida. Du fait des tiraillements créés par la nécessité d'une part de réduire la charge d'établissement des rapports et d'autre part d'harmoniser ceux-ci tout en respectant les spécificités de la Région européenne, on prévoit que le suivi de la *Déclaration de Dublin* sera principalement fondé sur un sous-ensemble d'indicateurs UNGASS. Le Centre européen de lutte contre la maladie coordonne les rapports concernant cette déclaration. La collecte des données se fera en 2009. Pour de plus amples informations sur le suivi de la *Déclaration de Dublin*, prière de prendre contact avec M. Teymur Noori (teymur.noori@ecdc.europa.eu).

Mise au point des objectifs de l'initiative Accès universel

L'initiative « Accès universel » est complémentaire à la *Déclaration d'engagement* de l'UNGASS. L'ONUSIDA préconise, dans la mesure du possible, l'utilisation des indicateurs UNGASS dans le processus de définition des objectifs d'accès universel. Les rapports nationaux de situation présentés au titre du processus de suivi de l'UNGASS peuvent donc être utilisés pour suivre les progrès en vue d'atteindre l'accès universel. D'autres orientations concernant l'accès universel ont été fournies dans *Définir des objectifs nationaux en vue d'avancer vers l'accès universel* (ONUSIDA, 2007) et *Scaling Up Towards Universal Access : Considerations for Countries to Set their Own National Targets for HIV Prevention, Treatment and Care* (ONUSIDA, 2006). Ces deux documents sont disponibles sur le site de l'ONUSIDA : <http://www.unaids.org/en/Coordination/Initiatives/Setting+national+targets.asp>

Application au niveau national

Cette section du manuel traite des questions liées à la collecte, à l'analyse, à l'interprétation et à la transmission des données utilisées dans le cadre de l'élaboration des indicateurs de base nationaux. Les pays ayant besoin d'informations complémentaires sur cette application peuvent solliciter une assistance technique auprès de leurs conseillers ONUSIDA en matière de suivi et évaluation et des groupes de travail dans le pays sur le suivi et l'évaluation du VIH. Une assistance est en outre disponible auprès de la Division Suivi et Évaluation du Secrétariat de l'ONUSIDA à l'adresse suivante : ungassindicators@unaids.org

Elaboration des indicateurs

Le présent manuel contient des directives détaillées pour l'élaboration de chaque indicateur national. Celles-ci indiquent l'objet de l'indicateur, son applicabilité dans un pays donné, la fréquence à laquelle il convient de rassembler les données, les outils et les méthodes d'évaluation recommandés, et une interprétation succincte de l'indicateur.

Outils d'évaluation et sources des données

Les principaux outils d'évaluation sont les suivants : i) enquêtes menées au niveau national auprès d'un échantillon de population représentatif, telles que les enquêtes démographiques et sanitaires, les enquêtes en grappe à indicateurs multiples et enquêtes sur les indicateurs du sida ; ii) enquêtes menées en milieu scolaire ; iii) enquêtes de surveillance comportementale ; iv) études et questionnaires conçus spécialement, portant notamment sur des groupes spécifiques de population (p. ex., enquêtes sur la couverture de certains services) ; v) systèmes de suivi des patients ; vi) systèmes d'information sur la santé ; vii) questionnaire de l'Indice composite des politiques nationales figurant dans le présent manuel.

Les sources de données existantes, y compris les dossiers et les comptes rendus des programmes provenant des établissements de santé et des écoles ainsi que les informations provenant des programmes et des activités de surveillance du VIH, devraient compléter les principaux outils d'évaluation. Les organismes de la société civile sont des sources précieuses de données pour de nombreux indicateurs, notamment les interventions dans lesquelles les organisations non gouvernementales, confessionnelles et communautaires jouent un rôle actif, comme s'occuper des jeunes, des populations les plus à risque et des femmes enceintes.

Dans la plupart des pays, il peut arriver que les sources existantes ne fournissent pas l'essentiel des données nécessaires au calcul des indicateurs de base nationaux et qu'il faille adapter les outils de suivi existants ou mener des enquêtes supplémentaires. Les pays qui réalisent régulièrement des enquêtes auprès d'un échantillon représentatif de population, telles que les enquêtes démographiques et sanitaires, recueillent des informations importantes, y compris des données comportementales sur les jeunes. Dans les pays où des enquêtes de population d'un autre type sont réalisées, notamment à des fins autres que la riposte au VIH et au sida, il est possible d'adapter ces enquêtes pour collecter des données destinées à certains indicateurs de base. Dans les pays qui obtiennent déjà des informations auprès des écoles, des centres de santé et des employeurs, les besoins en matière de données nécessaires sur le VIH peuvent être intégrés au processus de collecte des données déjà en place.

Pour les pays présentant des épidémies concentrées ou des situations sub-épidémiques parmi les populations les plus à risque (ex : les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes), il importe d'entreprendre des actions ciblées pour collecter des données propres à chacun de ces groupes. On reconnaît que suivre les tendances comportementales et la prévalence du VIH chez les populations les plus à risque s'avérera difficile, et qu'il faudra consentir des efforts importants pour collecter les données essentielles. Dans de nombreux cas, le plus efficace – pour collecter les données – sera de collaborer avec des organisations de la société civile qui travaillent au contact direct de ces populations.

Étant donné que certains comportements des groupes les plus à risque peuvent être illégaux ou fortement stigmatisés, les populations qui les composent sont le plus souvent marginalisées et rarement fixes. Il est donc extrêmement difficile d'en évaluer exactement la taille. C'est pourquoi l'élaboration des indicateurs UNGASS concernant les populations les plus à risque ne stipule pas l'estimation de la taille de ces populations. Par ailleurs, les prestataires de services auprès des populations les plus vulnérables sont enclins à protéger l'anonymat de leurs clients en ne collectant pas de données à leur sujet. Ainsi, les données des programmes comportent souvent un double comptage. C'est pour ces deux raisons que les indicateurs sont élaborés à l'aide d'enquêtes transversales.

Numérateurs et dénominateurs

Les directives comprennent des instructions détaillées sur la manière d'évaluer la riposte nationale par rapport à chaque indicateur de base. Les indicateurs de base nationaux utilisent pour la plupart des numérateurs et des dénominateurs pour calculer les pourcentages qui permettent d'évaluer l'état actuel de la riposte nationale.

S'agissant d'un indicateur donné, il importe que la période de collecte des données soit cohérente pour l'ensemble des informations concernant les numérateurs et les dénominateurs dudit indicateur. Si les données sont collectées à des périodes différentes pour les numérateurs et les dénominateurs, l'exactitude et la validité de ces informations seront compromises. Il est vivement recommandé aux pays d'accorder une attention toute particulière aux dates associées aux données prises en compte pour le calcul d'un indicateur.

Les méthodes décrites ont été conçues de façon à faciliter l'élaboration des estimations mondiales à partir des données nationales. Si ces méthodes peuvent s'appliquer à l'échelon infranational, des approches plus simples et plus souples, spécifiquement conçues pour les conditions locales, peuvent se révéler mieux adaptées à la prise des décisions à ce niveau. Une exception majeure demeure : elle concerne les pays à très forte densité de population tels que la Chine, l'Indonésie ou le Nigeria, lesquels rencontrent de nombreuses difficultés dans la collecte des données à l'échelon national et où il serait approprié d'employer une approche infranationale utilisant les directives du présent manuel.

La ventilation des données par sexe et par âge est essentielle

Une des grandes leçons tirées des précédents cycles d'établissement des rapports est qu'il est important d'obtenir des données ventilées, par exemple par sexe et par âge. En 2008, près de 80% des pays avaient effectué un certain niveau de ventilation des données qu'ils ont soumises. Bien que cela représente un grand progrès par rapport aux cycles précédents, il semblerait qu'un certain nombre de pays ne sont toujours pas à même d'effectuer convenablement une ventilation par sexe et par âge de leurs indicateurs clés. Il est donc crucial que les pays collectent les données en éléments constitutifs et ne se bornent pas à fournir des synthèses. Sans données ventilées, il est difficile de contrôler l'ampleur et la portée de la riposte à l'épidémie, tant à l'échelon des pays qu'à l'échelle mondiale. Il est tout aussi difficile d'évaluer l'accès aux services, l'égalité de l'accès, l'utilité de cibler des populations précises et les évolutions significatives dans le temps.

La principale difficulté concernant les données ventilées se situe au niveau de la collecte d'informations. Il est indéniable que la collecte de données au niveau des différentes composantes en présence demande davantage d'effort. Mais il importe de souligner qu'une grande partie des données recueillies à l'échelon infranational sont ventilées lorsqu'elles sont initialement relevées. On sait à ce moment-là si ces informations concernent des hommes ou des femmes. Le problème se situe donc au moment de la transmission des données au niveau national. Les comités nationaux de lutte contre le sida ou les organes équivalents doivent donc s'assurer que les données *restent* ventilées et sont conservées sous cette forme lorsqu'elles remontent du niveau local au niveau national et enfin au niveau mondial. Si l'on ne dispose que de données partiellement ventilées, il faut s'interroger sur la représentativité de ce type d'information. Ainsi, des données ne représentant que la population masculine peuvent ne pas être représentatives de la population dans son ensemble dans l'indicateur pour lequel elles sont utilisées, comme ce serait par exemple le cas pour le dépistage du VIH ou l'accès aux antirétroviraux.

Il est vivement recommandé aux pays de faire de la collecte de données ventilées, notamment par sexe et par âge, l'un des pivots des activités de suivi et d'évaluation. Les principaux ministères devraient également revoir leurs systèmes d'information sanitaire, enquêtes et autres instruments de collecte de données pour s'assurer qu'ils obtiennent des données ventilées aux niveaux infranationaux, y compris au niveau des centres et des projets. En outre, les organisations du secteur privé et/ou de la société civile impliquées dans la riposte nationale au VIH et au sida doivent prendre conscience de l'importance des données ventilées, et dans le cadre de leurs activités en cours, la collecte et la diffusion de ces données devrait constituer une priorité.

La ventilation par sexe et âge permettra un suivi plus efficace des ressources et de la réactivité des programmes. Elle permettra par ailleurs d'améliorer la capacité des programmes nationaux de lutte contre le sida ainsi que les efforts réalisés au plan mondial pour connaître le taux de succès de la riposte au VIH auprès de certaines populations comme les femmes et les jeunes, lesquelles sont parmi les plus touchées de la pandémie.

Le site Web d'établissement des rapports UNGASS (www.unaids.org/UNGASS2010) recense clairement les données ventilées qui sont nécessaires pour pouvoir mettre au point le numérateur et le dénominateur de chaque indicateur (pour plus d'informations, voir la section précédente consacrée aux numérateurs et dénominateurs). D'une manière générale, les données qui s'y prêtent doivent toutes être ventilées par âge et par sexe. En vue de pallier les difficultés qui peuvent être rencontrées lors de la collecte de données ventilées, l'entrée de données partielles est possible, le cas échéant. Cette innovation fournira le temps nécessaire pour créer des capacités dans le domaine de la qualité des données et faire comprendre l'importance de consigner les informations relatives au sexe et à l'âge aux points de collecte des données.

Dans les cas où les comités nationaux de lutte contre le sida ou les organes équivalents peinent à obtenir des données ventilées, il est possible d'extraire l'information nécessaire à la formulation des indicateurs de base d'ensembles plus vastes de données, même si les sources d'information varient d'un pays à l'autre. Lorsque la collecte des données ventilées nécessaires à la finalisation du calcul des indicateurs de base se révèle problématique, les pays sont invités à solliciter une assistance technique auprès des organisations du système des Nations Unies, à savoir les bureaux pays de l'ONUSIDA, de l'OMS et de l'UNICEF, et de ses partenaires. Il est vivement conseillé aux gouvernements de ne pas oublier de puiser des informations ailleurs que dans leurs sources internes pour collecter et valider les données. Dans bien des cas, les organisations de la société civile sont à même de fournir des données primaires ou secondaires tout à fait précieuses.

Les données issues des enquêtes sont récentes et représentatives

Les indicateurs relatifs à la population générale devraient être fondés sur les enquêtes nationales les plus représentatives du pays et les plus récentes. Il est clair que, dans certains cas, cela signifiera que les informations livrées au titre du cycle actuel, seront les mêmes que celles du cycle précédent, puisque ces enquêtes sont généralement réalisées tous les cinq ans. **Il est néanmoins important de présenter à nouveau ces données dans le présent cycle, car cela signifie qu'il s'agit des meilleures données dont on dispose actuellement.**

S'assurer de la représentativité des échantillons pour les enquêtes sur les populations les plus à risque présente de grandes difficultés techniques. On recherche des méthodes qui permettraient d'arriver à un échantillonnage représentatif de ces populations (p. ex., échantillonnage déterminé par les répondants). En attendant leur mise au point, les pays pourraient ne pas être en mesure d'attester la représentativité des échantillons utilisés. C'est pourquoi, on conseille aux pays de communiquer les données provenant des enquêtes les plus récentes sur les populations les plus à risque qui ont été examinées et approuvées par les experts techniques du pays, comme les groupes de travail technique sur le suivi et l'évaluation ou les conseils nationaux de la recherche.

Interprétation et analyse

Les directives du présent manuel comportent une section sur l'interprétation de chacun des indicateurs de base nationaux. Les pays sont invités à étudier attentivement cette section avant de commencer à collecter et à analyser les informations afin de mieux comprendre et d'interpréter l'indicateur concerné et les questions qui lui sont associées. Il leur est également conseillé d'examiner les points abordés dans la section relative à l'interprétation avant de finaliser leur rapport national, de manière à confirmer le caractère approprié de leurs conclusions pour chaque indicateur.

Grand nombre des questions abordées dans la section relative à l'interprétation des directives ont pour but d'améliorer la précision et la cohérence des données communiquées à l'ONUSIDA dans les rapports de situation nationaux. D'autres points de cette section fournissent des informations complémentaires sur l'utilité de tel ou tel indicateur. Certains points mettent également en évidence les différences susceptibles d'apparaître entre pays sur des questions aussi diverses que le rapport entre les coûts et le revenu local, les normes de qualité et les différences entre schémas thérapeutiques.

Une fois compilé leur rapport de situation national, les pays sont vivement encouragés à poursuivre l'analyse de leurs conclusions, lesquelles sont susceptibles de favoriser une meilleure compréhension de la riposte nationale et de permettre de définir les moyens qui en garantiront la progression. Il serait souhaitable que les pays étudient attentivement les liens existant entre les éléments suivants : politiques, mise en œuvre des programmes de riposte au VIH, changements vérifiables du comportement et prévalence du VIH. Par exemple, si un pays s'est doté d'une politique destinée à entraîner une réduction de la transmission du virus de la mère à l'enfant, a-t-il aussi mis en place des programmes sur le terrain qui proposent la prévention de la transmission aux femmes enceintes ? Et si de tels programmes sont effectivement en place, les femmes y participent-elles en nombre suffisant pour que cela ait un impact sur le nombre de nourrissons infectés par le VIH nés dans ce pays ?

Des liens de ce type existent dans toutes les facettes d'une riposte nationale et bon nombre des plus importants sont recensés dans les indicateurs de base nationaux inclus dans le présent manuel. Pour analyser efficacement ces liens, les pays doivent puiser dans l'éventail le plus large possible de données disponibles, y compris en utilisant les informations quantitatives et qualitatives fournies par les secteurs public et privé. Selon toute vraisemblance, privilégier un seul type ou une seule source de données diminue les possibilités d'avoir le point de vue et les éclaircissements nécessaires à la compréhension des liens constatés et des tendances existantes ou émergentes.

Sélection des indicateurs

On part du principe que les pays connaissent bien leur épidémie et qu'ils en tiennent compte pour déterminer l'option qui s'applique à leur situation. Par exemple, un pays qui constate que l'épidémie n'est concentrée que parmi les professionnel(le)s du sexe ne doit pas obligatoirement faire figurer dans son rapport les données concernant les consommateurs de drogues injectables. En revanche, le même pays ferait bien de calculer d'une part les indicateurs relatifs aux professionnel(le)s du sexe et d'autre part un certain nombre de catégories plus vastes (telles que les connaissances des jeunes en matière de VIH, les rapports sexuels à haut risque pour les femmes et les hommes, ou encore l'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels à risque), qui tous jouent un rôle dans la propagation de l'épidémie parmi la population dans son ensemble.

De même, les pays où l'épidémie est généralisée auraient avantage à étudier chacun des indicateurs relatifs aux groupes les plus à risque de manière à déterminer si l'un ou l'autre de ces indicateurs peut s'appliquer à leur situation. Ainsi, un pays où l'épidémie accuse une forte prévalence peut aussi constater une situation sub-épidémique concentrée parmi les consommateurs de drogues injectables.

Pour chaque indicateur ne figurant pas dans un rapport national, les pays sont invités à faire savoir i) si les données relatives à cet indicateur ne sont pas disponibles, ou ii) si l'indicateur n'est pas jugé applicable à la situation de l'épidémie dans le pays.

Si tel ou tel pays estime que la question est pertinente pour ce qui est de l'épidémie et de la riposte mais que l'indicateur UNGASS n'est ni utile ni approprié pour le suivi, il convient de le mentionner dans la partie descriptive du rapport. Si un autre indicateur est utilisé dans le pays pour suivre la question en jeu, cet indicateur devrait être décrit dans le rapport descriptif (y compris une définition complète et la méthode utilisée pour le mesurer), ainsi que toutes autres données disponibles pour l'indicateur.

Rôle de la société civile

Partout dans le monde, la société civile joue un rôle clé dans la riposte nationale à l'épidémie de sida. Le large éventail de compétences stratégiques et tactiques des organisations de la société civile fait d'elles des partenaires idéaux dans le processus de préparation des rapports d'activité nationaux. Les organisations de la société civile sont ainsi particulièrement bien placées pour fournir des informations quantitatives et qualitatives complémentaires des données collectées par les gouvernements. Elles sont en mesure d'apporter un éclairage intéressant sur les questions incluses dans l'Indice composite des politiques nationales et sont également bien placées pour participer à l'examen et à la vérification des rapports de situation.

Les comités nationaux de lutte contre le sida ou les organes équivalents doivent chercher à obtenir la contribution de l'ensemble des entités présentes dans la société civile, à savoir organisations non gouvernementales, organisations confessionnelles, syndicats, organisations communautaires, pour leurs rapports sur les indicateurs de base nationaux qui sous-tendent la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida* de l'UNGASS. L'importance qu'il y a à obtenir des données auprès de l'ensemble des représentants de la société civile, notamment des personnes vivant avec le VIH et le sida, ne doit pas être sous-estimée. En effet, la société civile fait entendre de nombreuses voix et représente un grand nombre de points de vue *différents*, tous aussi précieux pour suivre et évaluer la riposte d'un pays au sida.

Pour instaurer une relation fructueuse avec la société civile pendant la préparation des rapports sur les indicateurs de base, il importe que les comités nationaux de lutte contre le sida ou les organes apparentés facilitent l'accès des organisations de la société civile à leurs plans de collecte de données et de dénominateurs de données ainsi qu'à un mécanisme direct de transmission et d'évaluation des informations destinées au rapport national de situation. Les rapports nationaux de situation doivent inclure des données provenant de prestataires de la société civile (y compris du secteur des organisations confessionnelles) et faire état des contributions quantitatives et qualitatives de la société civile à la riposte nationale au VIH. Dans le cadre de cet effort, les organisations de la société civile devraient également être invitées à participer à des ateliers nationaux pour déterminer comment elles peuvent soutenir de manière optimale le processus d'établissement du rapport national. En outre, la société civile devrait avoir la possibilité d'examiner et de commenter le rapport national avant qu'il ne soit finalisé et soumis. De plus, le rapport adressé à l'ONUSIDA devrait être largement diffusé afin que l'ensemble des représentants de la société civile y ait facilement accès.

Les membres du personnel de l'ONUSIDA présents au niveau des pays peuvent faciliter la contribution de la société civile tout au long du processus. Le personnel en question peut en particulier informer les organisations de la société civile sur les indicateurs et le processus de transmission des informations, fournir une assistance technique en matière de collecte, d'analyse et de transmission des données, y compris un appui ciblé aux personnes vivant avec le VIH et le sida, et garantir la diffusion des rapports, y compris dans la mesure du possible, dans les langues nationales.

Comme pour les rapports 2003, 2005 et 2007, l'ONUSIDA acceptera les rapports non officiels présentés par la société civile en marge du cycle 2009 d'établissement des rapports. L'ONUSIDA organisera une consultation afin de définir la participation de la société civile aux rapports soumis à l'UNGASS et se penchera sur les questions de participation de la société civile à la préparation et à la présentation des rapports officiels nationaux ainsi que des rapports non officiels.

Les rapports non officiels ne sont pas censés être un processus parallèle d'établissement de rapport mené par la société civile. L'ONUSIDA encourage plutôt, dans la mesure du possible, l'intégration de la société civile au sein des processus nationaux de transmission de l'information comme on a pu le voir plus haut. Les rapports non officiels ont pour but de fournir une perspective différente si l'on estime à juste titre que la société civile n'a *pas* été suffisamment représentée au sein du processus d'établissement du rapport national, ou pour suppléer au manque de rapport national, ou lorsque les données fournies par le gouvernement sont très différentes de celles recueillies par la société civile concernant la prestation de services publics. En acceptant ces rapports non officiels, l'ONUSIDA reconnaît le rôle de «surveillant» que grand nombre d'organisations de la société civile jouent dans leur pays.

Directives concernant l'établissement des rapports

Il incombe aux gouvernements nationaux de faire rapport sur les indicateurs nationaux, par le biais de leurs comités nationaux de lutte contre le sida ou d'instances équivalentes, avec le soutien de la société civile et de ses partenaires de développement. Ils doivent suivre la procédure décrite dans le présent manuel lors de la collecte et du calcul des données nécessaires à la formulation des indicateurs. Le format proposé à l'annexe 1 doit être utilisé pour le rapport qu'ils présenteront à l'ONUSIDA.

Les rapports de situation doivent être soumis à la Division Suivi et Évaluation de l'ONUSIDA à Genève d'ici au 31 mars 2010. Ils doivent inclure une section descriptive (sous forme d'un fichier au format Microsoft Word ou PDF) et des fichiers comportant les données relatives aux 25 indicateurs UNGASS.

Le rapport descriptif au format Word ou PDF doit être directement transféré au site Web de l'UNGASS (www.unaids.org/UNGASS2010) accélérant ainsi sa publication sur le site de l'ONUSIDA.

Il convient, dans la mesure du possible, d'entrer les données directement par le biais du site Web de l'UNGASS (www.unaids.org/UNGASS2010), ce qui facilitera grandement le traitement des données et réduira au minimum le risque d'erreur associé à l'entrée de données secondaires à Genève. Vous recevrez en temps utile des instructions détaillées sur la manière d'utiliser ce procédé.

Pour les pays qui prévoient d'utiliser la version 3 du Système d'information sur la riposte des pays (CRIS3), les données peuvent être exportées de CRIS3 en format Excel. Vous êtes priés de transférer le rapport Excel au site Web d'établissement des rapports UNGASS (www.unaids.org/UNGASS2010). Veuillez noter que CRIS3 n'est pas pareil au logiciel d'entrée des données UNGASS qui a été distribué pour le cycle d'établissement des rapports de 2008. Le logiciel de 2008 ne peut être utilisé pour l'établissement des rapports de 2010.

Il n'est pas nécessaire d'utiliser à la fois CRIS3 et l'entrée directe en ligne des données par le site Web de l'UNGASS.

Veuillez noter que les pays qui ne soumettraient pas leur données par le site Web de l'UNGASS (www.unaids.org/UNGASS2010) ou CRIS3 doivent nous envoyer leur rapport d'ici au 15 mars 2010 pour nous donner le temps d'introduire les données manuellement dans la Base de données informatique sur la riposte mondiale au sida à l'ONUSIDA à Genève.

Afin de faciliter un éventuel suivi, les pays sont invités à fournir le nom et les coordonnées de la personne responsable de la présentation du rapport de situation. Veuillez noter qu'aucune signature officielle n'est requise sur ce formulaire ni sur le rapport de situation.

Adresse à laquelle envoyer les exemplaires papier du rapport :

Dr Deborah Rugg
Chef de la Division Suivi et Évaluation
ONUSIDA
20 avenue Appia
CH-1211 Genève 27
Suisse

Le rapport devra signaler les succès enregistrés ainsi que les difficultés rencontrées, et les plans nationaux futurs envisagés pour améliorer la performance, en particulier dans les domaines où les données indiquent que la riposte nationale laisse à désirer. Le rapport doit également inclure une brève notice explicative pour chaque indicateur, signalant comment le numérateur et le dénominateur ont été calculés et évaluant la précision des données composites et des données ventilées. Comme mentionné plus haut, lorsque les pays omettent des données qui devraient figurer dans un indicateur, ils doivent s'en expliquer et dire si cela est dû à l'absence de données appropriées ou parce qu'ils estiment que l'indicateur n'est pas pertinent pour l'épidémie concernée. Les rapports de situation nationaux devraient donc mentionner chacun des indicateurs figurant dans les présentes directives, qu'il soit ou non accompagné de données.

Comme il a déjà été dit, et en conformité avec la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*, la société civile, notamment les personnes vivant avec le VIH et le sida, doit pouvoir participer à la préparation du rapport de situation national. Le secteur privé au sens large doit également avoir l'occasion de participer au processus. L'ONUSIDA recommande vivement aux gouvernements nationaux d'organiser un atelier/ forum pour présenter les conclusions du rapport de situation national et en débattre publiquement avant qu'il ne lui soit soumis. Le rapport final devrait, le cas échéant, rendre compte des débats auxquels cet événement aura donné lieu. Des Équipes de pays des Nations Unies pour le sida existent dans la plupart des pays et peuvent apporter leur aide à ce processus d'échange d'idées. Dès qu'ils auront été présentés, tous les rapports de situation nationaux seront rendus publics sur le site de l'ONUSIDA. En soumettant les rapports de situation nationaux au travers du site Web de l'UNGASS (www.unaids.org/UNGASS2010), on fait en sorte que les rapports descriptifs sont automatiquement diffusés sur le site dans les 48 heures suivant leur soumission. Il est donc essentiel que ces rapports aient été préalablement dûment révisés et approuvés par une instance officielle. Les données transmises doivent être vérifiées à la lumière du rapport descriptif et la qualité de toutes les données doit

être contrôlée et les corrections nécessaires insérées avant la présentation du rapport. Outre la diffusion du rapport de situation sur le site Web de l'ONUSIDA, les données des indicateurs des rapports seront également diffusées après avoir été nettoyées, vérifiées et harmonisées.

Processus de transmission des données au plan national : interventions nécessaires

La communication de toutes les informations relatives aux indicateurs de base au niveau national est essentielle si l'on veut que le rapport de situation national contribue à la riposte mondiale à l'épidémie. Il est vivement recommandé aux pays d'établir un calendrier et des dates butoir pour finaliser les tâches nécessaires. Vous trouverez ci-dessous un cadre simple récapitulatif des actions à entreprendre dans la plupart des pays pour finaliser le rapport national. Sous la direction du comité national de lutte contre le sida ou d'un organe équivalent, les pays devront s'acquitter de ce qui suit :

- Recenser les besoins en matière de données, conformément aux exigences du plan stratégique national et aux présentes directives UNGASS.
- Élaborer et diffuser un plan pour la collecte des données, leur analyse et la rédaction d'un rapport, y compris la chronologie des actes et la nature du rôle joué par le comité national de lutte contre le sida ou l'organe apparenté, par les autres agences gouvernementales et par les représentants de la société civile.
- Recenser les outils nécessaires à la collecte des données.
- Obtenir les financements essentiels à l'ensemble du processus de collecte, d'analyse et de communication des données.
- Recueillir et compiler les données de concert avec les organisations gouvernementales partenaires, les représentants de la société civile et ceux de la communauté internationale.
- Analyser les données de concert avec les organisations gouvernementales partenaires, les représentants de la société civile et ceux de la communauté internationale.
- Rédiger le projet de rapport descriptif.
- Permettre aux différentes parties intéressées, y compris les institutions gouvernementales et les représentants de la société civile, de commenter le projet de rapport.
- Vérifier les données à la lumière de la partie descriptive du rapport et les entrer sur le site Web de l'UNGASS (www.unaids.org/UNGASS2010).
- Soumettre i) le rapport descriptif et ii) les indicateurs à l'ONUSIDA à Genève avant le **31 mars 2010** ou avant le **15 mars 2010** pour les pays qui ne transmettront pas le rapport au moyen du site Web de l'UNGASS ou de CRIS3.

Il est important que les données soumises aient été vérifiées et harmonisées par tous les partenaires dans le pays. Les années précédentes, il est arrivé que de multiples valeurs différentes soient signalées pour le même indicateur au moyen de diverses méthodes internationales de notification. Il a donc fallu déployer des efforts considérables aux niveaux national et mondial pour définir et corriger les données contradictoires.

On trouvera à l'annexe 5 une liste de contrôle relative aux différents points de la préparation et de la soumission du rapport de situation national.

Rôle des indicateurs de suivi dans le plaidoyer fondé sur des données probantes

Faire rapport sur les indicateurs de base est un moyen de se faire une idée des progrès d'un pays dans la réalisation des objectifs de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*. C'est également l'occasion pour les pays d'évaluer les efforts de sensibilisation engagés jusqu'alors et – il s'agit sans doute là d'un élément plus important – de définir le calendrier des prochaines actions de sensibilisation aux niveaux mondial et national. Le rôle majeur du plaidoyer en faveur de l'élaboration de politiques, de l'allocation de ressources et de la mise en œuvre des programmes aux deux niveaux renforce l'importance de l'ensemble des informations transmises au niveau national, notamment des données ventilées et de celles rassemblées par les organisations du secteur public et du secteur privé engagées dans la riposte au VIH.

L'acte de sensibilisation est un processus stratégique visant à susciter les changements politiques, sociaux, économiques et culturels nécessaires pour améliorer la riposte au sida. Un bon plaidoyer se sert de données crédibles pour influencer les décideurs et les guides d'opinion, et fait évoluer le statu quo. Les pays qui s'engagent à collecter, analyser et faire

rapport sur les indicateurs de base énumérés dans ce manuel disposeront d'une multitude de données susceptibles d'être utilisées dans le cadre d'une sensibilisation nationale et mondiale, et notamment des réponses aux questions suivantes :

- Quelle est la situation de l'épidémie dans le pays ?
- Quelles sont les tendances de base de la transmission du VIH et de la couverture des services proposés ?
- Quels sont les principaux obstacles à l'accès aux services de prévention, de soins et de traitement du VIH ?
- Quels sont les facteurs qui amplifient les obstacles à l'accès aux services (p. ex., règles d'action, lois, ressources, politique, us et coutumes, organisations, particuliers) ?
- Quel est le niveau de qualité des services fournis ?
- Les services sont-ils fournis de manière équitable et efficace ?
- Qui peut faire évoluer cette situation (p. ex., représentants élus, bureaucrates, chefs religieux, dirigeants communautaires, chefs traditionnels, donateurs, organisations internationales, organisations non gouvernementales) ?
- Que font actuellement ces personnes pour résoudre les problèmes ?

Si les données requises pour les indicateurs de base ne sont pas faciles à obtenir, il est évident que des actions de sensibilisation visant à amener les systèmes de suivi et d'évaluation à améliorer leurs propres capacités s'imposent.

Rôle des indicateurs de suivi dans un système national global de suivi et évaluation

En dernière analyse, le rôle du système national de suivi et évaluation est de se pencher sur trois questions clés relatives à la riposte au niveau national :

- Faisons-nous ce qu'il faut faire ?
- Le faisons-nous bien ?
- Le faisons-nous sur une échelle assez grande pour avoir des effets réels ?

Le suivi systématique d'indicateurs normalisés est un élément fondamental d'un système national de suivi car il permet des comparaisons dans le temps et par régions géographiques. Cependant, les indicateurs ne fournissent forcément qu'une parcelle d'information sur des questions potentiellement très complexes. Les indicateurs, en tant que tels, sont censés uniquement servir de signes superficiels et ne peuvent jamais fournir toutes les informations nécessaires pour pouvoir répondre pleinement à chacune de ces trois questions. Pour une gestion efficace du programme, il est nécessaire d'obtenir des informations supplémentaires d'autres sources en utilisant diverses méthodes. Afin de garantir l'efficacité et l'efficience de la riposte à l'épidémie de VIH, un système national de suivi et évaluation pleinement opérationnel doit ventiler les données provenant des systèmes d'information sectoriels et les interpréter à la lumière d'informations supplémentaires provenant d'évaluations, de recherches opérationnelles et d'autres études spécialisées.

Pour de plus amples informations sur les éléments critiques d'un système national de suivi et évaluation pleinement opérationnel pour la riposte au VIH, se référer à la publication *Organizing Framework for a Functional National HIV Monitoring and Evaluation System* (ONUSIDA, 2008).

Tendre vers l'accès universel et les objectifs du Millénaire pour le développement

Le sida est considéré comme un problème critique pour le développement qui affecte la vie de millions de personnes. C'est pourquoi lutter contre le sida est l'un des objectifs du Millénaire pour le développement. La *Déclaration d'engagement* (UNGASS) de 2001 et la *Déclaration politique relative à l'accès universel* de 2006 sont l'expression de l'appui politique au plus haut niveau pour les efforts que nous déployons conjointement pour inverser la pandémie de sida.

Les États membres s'acquittent de leurs obligations en vertu de la *Déclaration d'engagement* en assurant le suivi des efforts visant à instaurer l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH et en les notifiant. Plus important encore, c'est au travers de ces efforts que nous serons à même de déterminer si nous pouvons nous montrer à la hauteur des défis posés par la pandémie et atteindre ensemble cet objectif ambitieux.

Indicateurs de base pour la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida

Indicateurs

Fréquence de la collecte des données

Instrument d'évaluation

Engagement et actions au plan national

Dépenses

1. Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le sida par catégories et sources de financement	Occasionnellement selon la demande et la budgétisation du pays, par année civile ou exercice financier	Evaluation des dépenses nationales pour la lutte contre le sida, dépenses nationales de santé ou enquête sur le flux des ressources financières
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Élaboration des politiques et état de la mise en œuvre

2. Indice composite des politiques nationales (Domaines : prévention, traitement, soins et soutien, droits de la personne, participation de la société civile, sexospécificité, programmes sur les lieux de travail, stigmatisation et discrimination, suivi et évaluation)	Tous les deux ans	Examen sur dossier et entretiens avec les principaux répondants
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	-----------------------------------------------------------------

Programmes nationaux (sécurité transfusionnelle, couverture de la thérapie antirétrovirale, prévention de la transmission mère-enfant, prise en charge conjointe de la tuberculose et du VIH, dépistage du VIH, programmes de prévention, services en faveur des orphelins et des enfants vulnérables, éducation)

3. Pourcentage des dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH	Tous les ans	Suivi programmatique
4. Pourcentage d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviraux*	Tous les ans	Suivi et estimations programmatiques
5. Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant	Tous les ans	Suivi et estimations programmatiques
6. Pourcentage de cas estimés de tuberculose liée à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH	Tous les ans	Suivi programmatique
7. Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Tous les 4-5 ans	Enquête de population
8. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Tous les deux ans	Enquêtes comportementales
9. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre	Tous les deux ans	Enquêtes comportementales
10. Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables (0-17 ans) vivant dans des foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge	Tous les 4-5 ans	Enquête de population
11. Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire	Tous les deux ans	Enquête en milieu scolaire

Indicateurs

Fréquence de la collecte des données

Instrument d'évaluation

Connaissances et comportements

12. Scolarisation actuelle des orphelins et des non orphelins âgés de 10 à 14 ans*	Tous les 4-5 ans	Enquête de population
13. Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus*	Tous les 4-5 ans	Enquête de population
14. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus	Tous les deux ans	Enquêtes comportementales
15. Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	Tous les 4-5 ans	Enquête de population
16. Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 mois précédents	Tous les 4-5 ans	Enquête de population
17. Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel*	Tous les 4-5 ans	Enquête de population
18. Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client	Tous les deux ans	Enquêtes comportementales
19. Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin	Tous les deux ans	Enquêtes comportementales
20. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel	Tous les deux ans	Enquêtes comportementales
21. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérilisé la dernière fois qu'ils se sont injecté de la drogue	Tous les deux ans	Enquêtes comportementales

Impact

22. Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH*	Tous les ans	Surveillance sentinelle du VIH et enquête de population
23. Pourcentage de personnes séropositives parmi les populations les plus à risque	Tous les ans	Surveillance sentinelle du VIH
24. Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale	Tous les deux ans	Suivi programmatique
25. Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH	Tous les ans	Protocoles de traitement et études d'efficacité

* Indicateur des objectifs du Millénaire pour le développement

INDICATEURS DE L'ENGAGEMENT ET DES ACTIONS AU PLAN NATIONAL

1. Dépenses consacrées à la lutte contre le sida par catégories et sources de financement
2. Indice composite des politiques nationales
Partie A (à confier aux représentants de l'État) :
 - Plan stratégique
 - Soutien politique
 - Prévention
 - Traitement, soins et soutien
 - Suivi et évaluation
Partie B (à confier aux représentants des organisations de la société civile, des institutions bilatérales et des institutions des Nations Unies) :
 - Droits de la personne
 - Participation de la société civile
 - Prévention
 - Traitement, soins et soutien

1. Fonds alloués à la lutte contre le sida

Alors que les ripostes nationales et mondiale au sida continuent de s'intensifier, il est de plus en plus important de maintenir le cap dans les moindres détails et de s'intéresser notamment i) à la façon dont les pays dépensent les fonds disponibles et ii) à la provenance des fonds. On utilise les données pour évaluer l'engagement et les actions menées au plan national – composante importante de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida* de l'UNGASS. Les données aident également les décideurs nationaux à évaluer la portée et l'efficacité de leurs programmes. Lorsque les données d'un grand nombre de pays sont fusionnées, elles permettent aussi à la communauté internationale de se faire une idée de la situation de la riposte mondiale. Ces informations stratégiques apportent un soutien non négligeable au rôle de coordination assumé par l'Office national de lutte contre le sida de chaque pays et fournissent la base de l'affectation des ressources et de l'amélioration des processus de planification stratégique.

Etant donné que les pays peuvent choisir entre diverses méthodologies et instruments pour assurer le suivi des mouvements financiers relatifs à la lutte contre le sida – à savoir l'évaluation des dépenses nationales relatives au sida (NASA), le compte auxiliaire sida du budget national de la santé et les enquêtes sur les flux de ressources à affectation spéciale – la Grille nationale de financement comprend un tableur permettant d'entrer, de passer en revue et de transmettre les données financières présentées selon l'une quelconque des trois méthodes ci-dessus.

Dépenses intérieures et internationales pour la lutte contre le sida par catégories et sources de financement

OBJET	Recueillir des données fiables et cohérentes sur la manière dont les crédits sont dépensés au niveau national et sur la provenance de ces crédits
APPLICABILITÉ	Tous les pays
FRÉQUENCE DE LA COLLECTE DES DONNÉES	2007, 2008 et données relatives à l'année civile ou fiscale 2009
INSTRUMENTS D'ÉVALUATION	Instrument / méthode de base : estimation des dépenses nationales affectées à la lutte contre le sida (NASA) Autres instruments/méthodes : <ol style="list-style-type: none"> 1) Compte auxiliaire sida du budget national de la santé. Il ne devrait pas y avoir de différence entre les dépenses de santé relatives au sida que celles-ci soient mesurées par les NASA ou les comptes auxiliaires sida. Toutefois, certaines des activités réalisées hors du système de santé peuvent ne pas figurer dans les dépenses nationales de santé 2) Enquête sur les flux de ressources. Un processus d'alignement a été réalisé, et les pays sélectionnés pour participer aux essais concernant cette enquête et ayant répondu aux questionnaires peuvent entrer leurs informations dans la grille de financement, par activités principales au niveau des données agrégées. Un certain nombre d'activités réalisées en dehors du secteur de la santé peuvent ne pas figurer dans la présente enquête sur les flux de ressources. En outre, certaines des activités relatives à la population doivent être omises dans le total des dépenses affectées au sida. <p>Les données provenant de ces instruments de mesure doivent être utilisées pour remplir la grille nationale de financement qui sera présentée en tant que chapitre du rapport de situation national (voir annexe 3).</p>

MÉTHODE D'ÉVALUATION

Les dépenses effectives classées selon huit catégories de dépenses relatives à la lutte contre le sida et par source de financement, y compris les dépenses publiques provenant de sources propres (c'est-à-dire de recettes publiques comme les impôts) et de sources internationales :

1. Prévention
2. Soins et traitement
3. Orphelins et enfants vulnérables²
4. Gestion du programme et renforcement de l'administration
5. Mesures incitatives pour les ressources humaines
6. Protection sociale et services sociaux (à l'exclusion des orphelins et des enfants vulnérables)
7. Environnement favorable et développement communautaire
8. Recherche (à l'exclusion de la recherche opérationnelle comprise dans la gestion du programme).

(Chacune des catégories de dépenses affectées à la lutte contre le sida est fragmentée en de multiples sous-catégories ; voir annexe 3.)

Trois principaux groupes de sources de financement :

1. Publiques nationales
2. Internationales
3. Nationales privées (facultatif aux fins du rapport à l'UNGASS).

(Chacune des sources compte de multiples sous-catégories ; voir annexe 3.)

La grille nationale de financement est disponible sur le site Web d'établissement des rapports UNGASS 2010 : www.unaids.org/UNGASS2010.

INTERPRÉTATION

Ce sont les données relatives aux dépenses effectives qui doivent être saisies dans la Grille nationale de financement (disponible sur le site Web de l'UNGASS : www.unaids.org/UNGASS2010) et non celles concernant les budgets ou les engagements. Ces données doivent aussi inclure les dépenses concernant la lutte contre le sida faites dans le cadre de systèmes plus vastes de prestation de services. Par exemple, le diagnostic et le traitement des infections opportunistes devraient faire l'objet d'une estimation distincte des coûts pour contrôler le mouvement des ressources allouées au diagnostic et au traitement du sida. De même, les activités de prévention menées en milieu scolaire peuvent tirer avantage d'une estimation détaillée en vue de calculer les dépenses effectives découlant des activités de lutte contre le sida. Étant donné la nature des ripostes élargies au sida, il se peut que les dépenses relatives au sida soient effectuées en dehors du système de santé.

Grâce à la grille nationale de financement, on aura une description plus détaillée de la situation de chaque pays, sachant que cette information est très utile à la prise des décisions tant à l'échelon national que mondial.

ÉTABLISSEMENT DES RAPPORTS

L'indicateur concernant les dépenses gouvernementales et internationales est présenté en remplissant la grille nationale de financement. On trouvera d'autres instructions à ce sujet à l'annexe 3. La note d'envoi ainsi que les informations dont fait état l'annexe 3, doivent être soumises en même temps que le rapport de situation national.

² Dans le contexte des besoins en ressources et des estimations des dépenses affectées à la lutte contre le sida, on entend par enfants vulnérables ceux dont un des deux parents est vivant, mais gravement malade (principalement en raison du VIH) et n'est pas en mesure d'en prendre soin.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Pour de plus amples informations, prière de consulter les publications et sites Web suivants :

- Banque mondiale/OMS/USAID (2003). *Guide to Producing National Health Accounts*. Cette publication ainsi que d'autres outils relatifs aux enveloppes nationales pour la santé et les comptes sida sont disponibles sur : <http://www.who.int/nha>
- Health Systems 20/20/USAID (2004). *Methodological Guidelines for Conducting a National Health Accounts Sub-analysis for HIV/AIDS*. Publication disponible à l'adresse : <http://www.healthsystems2020.org>
- ONUSIDA (2009). *National AIDS Spending Assessment (NASA) : Classification taxonomy and Definitions*. Publication disponible à l'adresse : <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/Tracking/Nasa.asp>
- UNFPA/ONUSIDA/NIDI. On trouvera des précisions relatives aux enquêtes sur les flux de ressources, les instruments utilisés par les enquêtes, des échantillons et d'autres précisions sur cet outil de recherche sur : <http://www.resourceflows.org>

2. Politiques gouvernementales concernant la lutte contre le VIH et le sida

Indice composite des politiques nationales

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, stratégies et lois concernant le VIH et le sida au niveau national
APPLICABILITÉ	Tous les pays
FRÉQUENCE DE LA COLLECTE DES DONNÉES	Tous les deux ans. L'indice composite des politiques nationales devrait dans l'idéal être achevé au cours des six derniers mois de la période d'établissement des rapports (c.-à-d., entre juin et décembre 2009 pour le cycle 2010). Étant donné que diverses parties prenantes doivent être consultées, il est important de se donner suffisamment de temps pour la collecte et la compilation des données
INSTRUMENTS D'ÉVALUATION	Questionnaire relatif à l'indice composite des politiques nationales (voir annexe 4)
MÉTHODE D'ÉVALUATION	Le questionnaire de l'indice composite des politiques nationales est divisé en deux parties qui couvrent les domaines suivants : Partie A – à remplir par les responsables publics : I. Plan stratégique II. Appui politique III. Prévention IV. Traitement, soins et soutien V. Suivi et évaluation Partie B – à remplir par les représentants des organisations de la société civile, des organismes bilatéraux et des organisations du système des Nations Unies I. Droits de la personne II. Participation de la société civile III. Prévention IV. Traitement, soins et soutien Certaines questions dans les parties A et B sont posées pour s'assurer que les points de vue des répondants nationaux gouvernementaux et non gouvernementaux, qu'ils soient du même avis ou pas, ont bien été exprimés

Chacune des sections sera remplie en ayant recours aux deux moyens suivants : a) étude des documents pertinents, et b) entretiens avec les personnes clés qui connaissent le mieux la question. Il est important que l'indice composite des politiques nationales soit dûment et entièrement rempli, c'est-à-dire cocher les réponses standard qui s'appliquent et fournir des renseignements supplémentaires dans les cases prévues à cet effet. De cette manière, la situation actuelle du pays est plus facile à cerner, on obtient des exemples de bonne pratique susceptibles d'inspirer d'autres, et on fait apparaître les aspects qui doivent être améliorés. Les réponses donnent une idée globale de la situation politique, stratégique, juridique et de la mise en œuvre du programme concernant la riposte au VIH. Les cases libres permettent de s'exprimer sur des questions que l'on juge importantes mais insuffisamment cernées dans les questions telles que posées, à savoir variations infranationales importantes ; degré d'application des stratégies, politiques, lois et réglementations ; notes explicatives ; commentaires sur les sources de données, etc. En général, les *projets* de stratégies, politiques et lois ne sont pas considérés comme 'existants' (à savoir, il n'y a pas encore eu l'occasion de juger de leur effet sur la mise en œuvre du programme) par conséquent, il faut répondre 'non' à la question de savoir si un tel document existe. Il serait toutefois utile d'indiquer dans la case libre y afférente que ces documents existent sous forme de projets.

Bien que ce soit aux autorités nationales qu'il incombe de transmettre les données de l'indice composite des politiques nationales, il est fortement conseillé qu'elles aient recours à l'assistance de coordonnateurs techniques pour la collecte, la synthèse et la vérification des données. La participation de diverses parties prenantes y compris des représentants de la société civile est indispensable pour répondre correctement aux questions figurant dans l'indice composite des politiques nationales. Il est fortement conseillé : (a) d'organiser un atelier initial avec les principales parties prenantes pour décider du processus de collecte des données (y compris les documents utiles pour l'examen sur dossiers, les représentants d'organisations avec lesquels il convient de s'entretenir, les procédés à utiliser pour déterminer les réponses finales et le calendrier), et (b) d'organiser un atelier final avec les principales parties prenantes pour la présentation, discussion et vérification des résultats de l'indice avant qu'ils ne soient officiellement communiqués sous forme du rapport de situation national UNGASS. S'entendre sur les données finales ne signifie pas qu'il faille gommer les divergences possibles entre les réponses aux parties A et B, mais simplement que lorsqu'il y a différents points de vue, les répondants de la partie A soient d'accord sur leurs réponses et ceux de la partie B sur les leurs, et que le tout soit transmis.

Si cela n'a pas déjà été fait, il est utile de rassembler tous les documents clés relatifs à la riposte au VIH (à savoir, politiques, stratégies, lois, directives, rapports, etc.) dans un même lieu d'accès facile à toutes les parties prenantes, comme un site Web. Ainsi, on facilitera la vérification des réponses de l'indice, et plus important encore, on encouragera, en les faisant mieux connaître, le recours à ces documents importants pour faire progresser la riposte nationale au VIH.

INTERPRÉTATION

- L'indice composite des politiques nationales est le questionnaire normalisé le plus exhaustif qu'il y ait pour évaluer la situation politique, stratégique, juridique et la mise en œuvre du programme concernant la riposte au VIH. Bien qu'appelé le plus souvent 'indicateur' ou 'indice', ce n'est pas dans ce sens qu'il est utilisé. S'il est possible de calculer un résultat global en attribuant une valeur à chaque réponse, l'utilité de l'indice réside dans le processus de collecte et d'harmonisation des données, d'analyse minutieuse des réponses et dans l'utilisation que l'on en fait pour renforcer la riposte nationale au VIH. Le processus qu'il implique donne aux divers partenaires une occasion unique de prendre la mesure des progrès réalisés et d'examiner ce qui reste encore à faire pour appuyer une riposte efficace et judicieuse au VIH. S'il est mené en collaboration réelle, c'est-à-dire en invitant la participation de représentants compétents et en respectant les différents points de vue, le processus de l'indice composite peut jouer un rôle important en renforçant la collaboration au sein du pays ainsi que le sentiment de la population d'être partie prenante de la riposte au VIH.
- Il est important d'analyser les données contenues dans chacune des sections de l'indice composite des politiques nationales et de mentionner dans la partie descriptive du rapport de situation national les progrès réalisés dans (a) l'élaboration des politiques, stratégies et lois et (b) l'application de celles-ci à l'appui de la riposte nationale au VIH. Les commentaires concernant l'adéquation ou les divergences des réponses aux questions des parties A et B qui se recoupent devraient également être présentés, ainsi qu'une analyse, le cas échéant, des tendances concernant les données les plus importantes de l'indice composite des politiques nationales depuis 2003³.

³ Comparer l'indice composite des politiques nationales dans les *Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base*, ONUSIDA 2002, 2005 et 2007, respectivement, pour la sélection des questions dont les tendances peuvent être mesurées.

INDICATEURS PROGRAMMATIQUES NATIONAUX

Domaines programmatiques : sécurité transfusionnelle, couverture de la thérapie antirétrovirale, prévention de la transmission mère-enfant, prise en charge conjointe de la tuberculose et du VIH, dépistage du VIH, programmes de prévention, services en faveur des orphelins et des enfants vulnérables, et éducation

3. Pourcentage de dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH
4. Pourcentage de femmes et d'hommes atteints d'infection à VIH à un stade avancé sous antirétroviraux*
5. Pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH
6. Pourcentage de cas estimés de tuberculose liée à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH
7. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant subi un test de séropositivité au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat
8. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant subi un test de séropositivité au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat
9. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention du VIH parviennent à atteindre
10. Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables (0-17 ans) vivant dans des foyers ayant bénéficié d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge
11. Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire

* Indicateur des objectifs du Millénaire pour le développement

3. Sécurité transfusionnelle

Les programmes de sécurité transfusionnelle visent à faire en sorte que toutes les unités de sang soient testées pour les infections transmissibles, y compris le VIH, et que seules les unités n'ayant pas réagi au test soient utilisées dans la pratique clinique. Dans de nombreux pays, les unités de sang ne sont pas testées pour les principales infections qui se transmettent par transfusion sanguine. Il est en outre fréquent que, même si un test complet a été effectué, la sécurité transfusionnelle soit compromise par des inexactitudes dans les résultats en raison d'un stockage inadéquat des kits de diagnostic. Il se peut aussi que le personnel ne soit pas suffisamment qualifié ou qu'il n'existe pas de procédures normalisées, ce qui peut entraîner des erreurs de laboratoire. Dans de telles situations, des unités de sang contaminé peuvent être classées parmi les unités de sang sain, ce qui constitue un risque grave de transmission du VIH par voie sanguine.

Pour parvenir au test universel (à 100%) des dons de sang pour le VIH et d'autres infections transmissibles par voie sanguine, il faut disposer de mécanismes permettant d'assurer la qualité et la continuité du dépistage. Dans certains pays, des ruptures d'approvisionnement en kits de diagnostic et réactifs, ou encore des situations d'urgence, peuvent donner lieu à des transfusions sans que le sang ait été testé pour les infections transmissibles par voie transfusionnelle. La mise au point de systèmes assurant un approvisionnement régulier et fiable à un prix abordable de kits de diagnostic et de réactifs de haute qualité ainsi qu'une gestion efficace des stocks sont donc essentiels pour garantir la qualité universelle des unités de sang.

Il est donc crucial que tous les dons de sang soient testés pour le VIH selon une procédure d'assurance de la qualité. Les méthodologies ci-après sont deux composantes de l'assurance de la qualité lors du test :

1. L'utilisation de procédures attestées et normalisées (modes opératoires normalisés) chaque fois qu'une unité de sang est analysée.
2. La participation des laboratoires à un système d'assurance externe de la qualité du dépistage du VIH, dans le cadre duquel une évaluation externe de l'efficacité du laboratoire est effectuée sur la base d'échantillons dont le contenu est connu, mais non divulgué, afin d'évaluer son système d'assurance de la qualité et de l'assister dans l'amélioration de ses normes d'exécution.

Pourcentage de dons de sang soumis à un dépistage de qualité du VIH

OBJET	Evaluer les progrès réalisés en matière de tests de qualité des dons de sang
APPLICABILITÉ	Tous les pays
FRÉQUENCE DE LA COLLECTE DES DONNÉES	Tous les ans
INSTRUMENTS D'ÉVALUATION	L'outil FRAME (Cadre pour l'estimation, le suivi et l'évaluation des services de transfusion sanguine) est un outil rapide utilisé par la Base de données mondiale de l'OMS sur la sécurité transfusionnelle
MÉTHODE D'ÉVALUATION	L'information porte sur les données collectées au cours des 12 derniers mois (janvier-décembre). Cette information doit provenir du Service national de transfusion sanguine ou des responsables du Service national de transfusion sanguine auprès du Ministère de la santé

Les informations ci-après sont nécessaires pour mesurer cet indicateur :

1. Nombre total d'unités de sang recueillies dans le pays.
2. Pour tous les centres de transfusion et les laboratoires de dépistage sanguin qui recherchent le VIH sur les dons de sang :
 - i. Nombre de dons de sang reçus par les centres de transfusion/laboratoires de dépistage sanguin ;
 - ii. Nombre de dons de sang testés dans le centre de transfusion/laboratoire de dépistage sanguin ;

iii. Savoir si le centre de transfusion/laboratoire de dépistage sanguin suit les modes opératoires normalisés en matière de dépistage du VIH ;

iv. Savoir si le centre de transfusion/laboratoire de dépistage sanguin participe à un système d'assurance externe de la qualité du dépistage du VIH.

Ces informations permettent de calculer l'indicateur comme suit :

Numérateur :

Nombre d'unités de sang ayant fait l'objet d'un dépistage de qualité. Aux fins de la collecte des données, le dépistage de qualité est un dépistage réalisé dans des centres de transfusion/laboratoires de dépistage sanguin ayant : i) suivi des modes opératoires normalisés et ii) participé à un système d'assurance externe de la qualité.

Dénominateur :

Nombre total d'unités provenant de dons

Dans le cas présent, on entend par dons tout sang recueilli à des fins médicales de tous types de donateurs, rémunérés ou non.

Le tableau ci-dessous contient des exemples de données nécessaires au calcul de cet indicateur :

Nom du centre de transfusion ou du laboratoire de dépistage sanguin	Assurance qualité du dépistage VIH		Unités de sang		
	Modes opératoires normalisés	Système externe d'assurance de la qualité	Dons de sang	Dons analysés	Sang testé selon la procédure d'assurance de la qualité
A	Oui	Oui	1000	1000	1000
B	Oui	Non	800	450	0
C	Non	Oui	150	50	0
D	Non	Non	50	0	0
Total	2	2	2000	1500	1000
	[nombre de services]		[nombre d'unités de sang]		

Ainsi, le pourcentage des unités de sang testées pour le VIH selon une procédure d'assurance de la qualité au cours des 12 derniers mois est de : $1000 / 2000 = 50\%$.

INTERPRÉTATION

Si le laboratoire de dépistage sanguin suit des procédures normalisées attestées, c'est que le personnel formé aux modes opératoires normalisés effectue son travail de manière uniforme, fiable et cohérente. Si un laboratoire participe au système externe d'assurance de la qualité, cela suppose que la qualité des tests réalisés est systématiquement contrôlée. Il est important de tenir compte du pourcentage d'unités de sang testées dans l'optique de ces deux composantes essentielles de la qualité et de savoir que toutes deux sont nécessaires pour assurer la fiabilité des procédures.

Les pays communiquent tous les ans à la Base de données mondiale de l'OMS sur la sécurité transfusionnelle des données sur cet indicateur. Sur le plan local, ces données peuvent être obtenues auprès du Service national de transfusion sanguine, du Programme national de transfusion sanguine et/ou du Programme national de lutte contre le sida.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Pour tous renseignements complémentaires, veuillez consulter les sites Web suivants :

- www.who.int/bloodsafety
- www.who.int/diagnostics_laboratory
- www.who.int/worldblooddonorday

4. Traitement du VIH : thérapie antirétrovirale

A mesure que la pandémie de VIH arrive à maturité, un nombre croissant de personnes se retrouvent à des stades avancés de l'infection. La thérapie antirétrovirale a démontré sa capacité à réduire la mortalité chez les personnes séropositives et des efforts sont actuellement déployés par la rendre plus abordable financièrement dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Le traitement basé sur une association d'antirétroviraux devrait toujours être dispensé conjointement avec des services plus étendus de soins et de soutien, y compris de conseils pour les soignants qui s'occupent d'un membre de la famille.

Pourcentage d'adultes et d'enfants dont l'infection à VIH est parvenue à un stade avancé qui reçoivent des antirétroviraux

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans la mise à disposition d'un traitement basé sur une association d'antirétroviraux à toutes les personnes présentant une infection à VIH parvenue à un stade avancé
APPLICABILITÉ	Tous les pays
FRÉQUENCE DE LA COLLECTE DES DONNÉES	Les données devraient être recueillies continuellement au niveau des établissements de santé. Les données seront agrégées à intervalles réguliers, de préférence tous les mois ou tous les trimestres. Les données mensuelles ou trimestrielles les plus récentes seront utilisées pour le rapport annuel.
INSTRUMENTS D'ÉVALUATION	Pour le numérateur : les registres de thérapie antirétrovirale de l'établissement ou du système de gestion de l'approvisionnement pharmaceutique. Pour le dénominateur : les modèles d'estimation de la prévalence du VIH tels que Spectrum
MÉTHODE D'ÉVALUATION	Le suivi du programme et la surveillance du VIH
Numérateur :	Nombre d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH parvenue à un stade avancé et recevant actuellement une association d'antirétroviraux conformément au protocole de traitement approuvé au plan national (ou aux normes de l'OMS/ONUSIDA) à la fin de la période d'établissement des rapports
Dénominateur :	Nombre estimatif d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH parvenue à un stade avancé Cet indicateur doit être ventilé par sexe et par âge (moins de 15 ans, plus de 15 ans) ⁴ et les pourcentages pour 2008 et 2009 doivent être fournis pour pouvoir définir les tendances annuelles de la couverture
Le numérateur expliqué :	Le numérateur peut être déterminé en comptant le nombre d'adultes et d'enfants ayant reçu une association d'antirétroviraux à la fin de la période d'établissement des rapports. Le numérateur doit être égal au nombre d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH parvenue à un stade avancé ayant déjà entrepris un traitement antirétroviral, moins le nombre de patients qui n'étaient plus sous traitement avant la fin de la période d'établissement des rapports. Les patients qui ne sont plus actuellement sous traitement, autrement dit ceux qui ont été exclus du numérateur, sont les patients décédés, ceux qui ont arrêté le traitement ou ceux dont on a perdu la trace.

⁴ Dans la mesure du possible, l'indicateur pour les enfants doit être ventilé par âge plus avant <1, 1-4, 5-14 ans.

Lors de leur visite médicale, certains patients emportent des antirétroviraux pour les sept mois suivants. Ces médicaments peuvent donc correspondre à un traitement effectivement suivi pendant les derniers mois de la période d'établissement des rapports. En revanche, la visite ne sera pas nécessairement répertoriée au même moment. Il importe donc de tenir compte de ce décalage, car ces patients doivent être inclus dans le numérateur.

Les antirétroviraux administrés dans le but de prévenir la transmission mère-enfant et pour la prophylaxie post-exposition ne sont pas inclus dans cet indicateur. Par contre, les femmes enceintes séropositives, qui sont sous antirétroviraux pour leur propre traitement, sont incluses dans cet indicateur.

Le nombre d'adultes et d'enfants atteints d'infection à VIH parvenue à un stade avancé actuellement sous antirétroviraux s'obtient par le biais des données recueillies dans les registres de traitement antirétroviral des établissements de santé ou auprès des systèmes de gestion des approvisionnements en médicaments. Ces données sont ensuite décomptées puis transférées dans les différents rapports ponctuels mensuels ou trimestriels pour être ensuite agrégées dans les totaux nationaux.

Les patients sous antirétroviraux des secteurs privé ou public doivent tous être inclus dans le numérateur, pour autant que des données les concernant soient disponibles.

Le dénominateur expliqué : Le dénominateur est établi en estimant le nombre de personnes présentant une infection à VIH parvenue à un stade avancé ayant besoin/justiciables d'un traitement antirétroviral. Cette estimation doit tenir compte de divers facteurs dont, notamment mais pas uniquement, le nombre actuel de personnes vivant avec le VIH, le nombre actuel de patients sous antirétroviraux, et l'historique du VIH de l'infection à l'accès à la thérapie antirétrovirale.

Les estimations relatives au dénominateur sont le plus souvent fondées sur les dernières données fournies par les enquêtes de surveillance sentinelle à l'aide d'un modèle d'estimation de la prévalence du VIH tels que Spectrum. Pour de plus amples informations sur les estimations du VIH et l'utilisation de Spectrum, s'adresser au Groupe de référence ONUSIDA/OMS sur les estimations, modèles et projections⁵.

Le besoin ou le fait d'être justiciable du traitement antirétroviral doivent être conformes aux définitions que l'OMS donne de l'infection à VIH (y compris le sida) parvenue à un stade avancé chez les adultes et les enfants⁶.

INTERPRÉTATION

L'indicateur permet de suivre les tendances de la couverture, mais il ne cherche pas à faire de distinction entre les différentes formes de traitement antirétroviral ni à mesurer le coût, la qualité ou l'efficacité des traitements dispensés. Ceux-ci varieront au sein même d'un pays et d'un pays à l'autre, et sont susceptibles d'évoluer avec le temps.

La proportion de personnes ayant besoin d'antirétroviraux varie en fonction du stade de développement de l'épidémie elle-même et de l'effet cumulé de la couverture et de l'efficacité du traitement (association d'antirétroviraux) chez les adultes et les enfants.

Le degré d'utilisation d'un traitement antirétroviral dépendra de son coût par rapport aux revenus locaux, des infrastructures existantes pour la prestation des services et de leur qualité, de la disponibilité et de la fréquentation des services de conseil et test volontaires, des perceptions de l'efficacité et des éventuels effets secondaires du traitement.

⁵ http://www.unaids.org/fr/HIV_data/Methodology/default.asp

⁶ <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/HIVstaging.pdf>

5. Prévention de la transmission mère-enfant

En l'absence d'interventions préventives, les nourrissons nés de femmes séropositives et allaités par elles présentent globalement une probabilité sur trois de contracter l'infection à VIH. L'infection peut se produire durant la grossesse, le travail et l'accouchement, ou après l'accouchement lors de l'allaitement. Le risque de transmission mère-enfant peut être réduit considérablement grâce à des stratégies complémentaires de schéma thérapeutique antirétroviral pour la mère, avec ou sans traitement préventif du nourrisson, le respect de pratiques d'accouchement sans risque, et le recours à des pratiques d'alimentation du nourrisson plus sûres.

Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant.

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH
APPLICABILITÉ	Tous les pays
FRÉQUENCE DE LA COLLECTE DES DONNÉES	Les données doivent être recueillies continuellement dans les établissements de santé et agrégées périodiquement
INSTRUMENTS D'ÉVALUATION	<p>Pour le numérateur : instruments de suivi du programme, tels que dossiers des patients et formulaires de notification succincts</p> <p>Pour le dénominateur : enquêtes de surveillance des dispensaires prénatals associées à des données démographiques, ou modèles d'estimation tels que Spectrum</p>
MÉTHODE D'ÉVALUATION	Suivi du programme et surveillance du VIH
Numérateur :	Nombre de femmes enceintes infectées par le VIH ayant reçu des antirétroviraux au cours des 12 derniers mois dans le but de réduire le risque de transmission mère-enfant
Dénominateur :	<p>Nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH au cours des 12 derniers mois</p> <p>Les données 2008 et 2009 doivent être fournies pour cet indicateur afin de permettre de définir les tendances annuelles de la couverture</p> <p>Dans la mesure du possible, le numérateur de cet indicateur devrait être ventilé par type de schéma antirétroviral</p>

Le numérateur expliqué : Il existe quatre principales catégories de traitements antirétroviraux que les femmes séropositives peuvent recevoir à des fins de prévention de la transmission mère-enfant du VIH

Catégories	Précisions	Exemples
1) Dose unique de névirapine uniquement	Dose unique de névirapine administrée à la mère avant ou au moment de l'accouchement	Dose unique (DU) NVP
2) Schémas prophylactiques associant deux antirétroviraux	Schéma prophylactique associant plus d'un antirétroviral pour prévenir la transmission du VIH et débuté avant le travail et l'accouchement	-AZT+DU NVP -AZT+DU NVP+7 jours post-partum diminution graduelle AZT/3TC - AZT+3TC - AZT+3TC+DU NVP
3) Schémas prophylactiques associant trois antirétroviraux	Schéma hautement actif pour la prophylaxie de la transmission mère-enfant destiné à supprimer entièrement la réplication virale avant et pendant l'accouchement et pour une durée post-partum variable	-AZT/3TC+NNRTI ou - AZT+3TC+PI ou - AZT+3TC+NRTI
4) Thérapie antirétrovirale pour les femmes enceintes infectées par le VIH justiciables d'un traitement	Thérapie antirétrovirale administrée aux femmes séropositives enceintes justiciables d'un traitement	Schéma thérapeutique national habituel -AZT/3TC+NNRTI ou - AZT+3TC+PI ou - AZT+3TC+NRTI

Les femmes séropositives bénéficiant de l'une quelconque des thérapies antirétrovirales, y compris celle réservée à la prophylaxie, correspondent à la définition admise pour le numérateur. Le numérateur transmis par les pays sera le nombre total de femmes enceintes infectées par le VIH recevant l'un quelconque des schémas thérapeutiques indiqués ci-dessus. Celui-ci doit être ventilé par type de schéma thérapeutique. La ventilation doit se faire selon les catégories 1 à 4 ci-dessus (si d'autres schémas thérapeutiques sont dispensés, il convient de les décrire).

Dans la quatrième catégorie, les femmes enceintes séropositives justiciables du traitement antirétroviral et qui le suivent bénéficieront également des effets prophylactiques de la prévention de la transmission mère-enfant et sont donc incluses dans le numérateur.

Les antirétroviraux peuvent être administrés aux femmes enceintes séropositives au cours de la grossesse, du travail et peu après l'accouchement ; les médicaments sont proposés dans un certain nombre de centres médicaux. Les pays peuvent compiler les données à intégrer au numérateur à partir des dossiers des patientes fréquentant les dispensaires prénatals, les maternités prenant en charge les accouchements et les soins, ainsi que les services de soins postnatals et de soins VIH.

Les femmes qui reçoivent des antirétroviraux dispensés par les secteurs privé et public seront incluses dans le numérateur pour lequel les deux types de données sont disponibles.

- Le dénominateur expliqué :** On obtient le dénominateur en estimant le nombre de femmes séropositives qui étaient enceintes au cours des 12 derniers mois. L'estimation est établie lors d'enquêtes de surveillance sentinelle dans les dispensaires prénatals.
- Deux méthodes permettent de mettre au point les estimations sur lesquelles le dénominateur sera fondé :
1. Les estimations élaborées à partir d'un modèle de projection⁷ tel que Spectrum⁸ ; ou
 2. La multiplication :
 - a) du nombre total de femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois (ce chiffre peut être obtenu auprès du bureau central des statistiques ou dans les estimations de la Division des Nations Unies pour la Population), par
 - b) l'estimation nationale la plus récente de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes (estimations de la surveillance sentinelle dans les dispensaires prénatals.)

INTERPRÉTATION

Les pays sont encouragés à suivre et à communiquer les pourcentages réels ou estimés de la distribution des divers schémas thérapeutiques pour surveiller les tendances de leur utilisation et à transmettre ces informations, afin que l'impact des antirétroviraux sur la transmission mère-enfant puisse faire l'objet de modèles fondés sur l'efficacité des schémas correspondants. En 2006, les directives internationales actualisées préconisaient des schémas plus efficaces pour la prévention de la transmission mère-enfant et l'adoption des nouvelles recommandations en est actuellement à différents stades selon les pays. Certains d'entre eux ne disposent pas encore d'un système leur permettant de recueillir et de transmettre des informations concernant la portée exacte des antirétroviraux qu'ils fournissent pour la prévention de la transmission mère-enfant selon les différents schémas possibles, aussi l'objectif prioritaire en la matière est de mettre sur pied un tel système.

Cet indicateur permet de suivre les tendances de la prescription d'antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant. Il faut toutefois noter que les pays n'utilisant pas tous les mêmes schémas thérapeutiques pour prévenir la transmission du virus de la mère à l'enfant, il convient d'interpréter prudemment toutes comparaisons inter pays des estimations agrégées et de se référer aux types de schémas prescrits.

En plus des antirétroviraux prescrits à la mère, la thérapie antirétrovirale visant à lutter contre la transmission mère-enfant devrait s'accompagner d'un schéma thérapeutique approprié pour le nourrisson. C'est pourquoi les pays doivent chaque fois que possible déterminer si la dose réservée au nourrisson a bien été administrée, afin de pouvoir transmettre cette information.

Dans certains pays, de nombreuses femmes enceintes n'ont pas accès aux services prénatals ou décident de ne pas les utiliser. Les femmes enceintes infectées par le VIH sont plus ou moins enclines à faire appel à de tels services (ou à des services de dispensaires prénatals publics de préférence à des services privés) que les femmes qui ne sont pas séropositives, selon que ces services dispensent des antirétroviraux ou que la stigmatisation y est particulièrement forte. Les estimations nationales relatives aux femmes enceintes atteintes de l'infection à VIH devraient être définies en ajustant les données de surveillance sentinelle recueillies auprès des dispensaires prénatals et d'autres sources tout en tenant compte des caractéristiques telles que la distribution rurale/urbaine de la prévalence du VIH susceptibles d'influer sur les déclarations des sites de surveillance.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

La prévention de la transmission mère-enfant est un domaine programmatique qui évolue rapidement. C'est pourquoi les méthodes de suivi de la couverture offerte par ce service évoluent également. Vous trouverez les toutes dernières informations à ce sujet à l'adresse suivante :

- <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/pmtct/en/index.html>

⁷ Selon la méthodologie décrite par le Groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections : http://www.unaids.org/fr/HIV_data/Methodology/default.asp

⁸ http://www.unaids.org/fr/HIV_data/Epidemiology/episoftware.asp

6. Prise en charge conjointe de la tuberculose et de l'infection à VIH

La tuberculose est l'une des causes principales de la morbidité et de la mortalité chez les personnes vivant avec le VIH, même lorsque celles-ci suivent une thérapie antirétrovirale. Le dépistage intensifié des cas de tuberculose ainsi que l'accès à un diagnostic et à un traitement de qualité de cette maladie en conformité avec les directives nationales et internationales est un facteur essentiel de qualité de vie et de survie chez les personnes séropositives. Il est donc important de calculer le pourcentage de personnes séropositives atteintes de tuberculose qui ont accès à un traitement approprié.

Pourcentage de cas de tuberculose liés à une séropositivité concomitante auxquels ont été administrés un traitement antituberculeux et un traitement contre le VIH

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans le dépistage et le traitement de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH
APPLICABILITÉ	Tous les pays
FRÉQUENCE DE LA COLLECTE DES DONNÉES	Les données doivent être recueillies continuellement à l'échelon des établissements de santé. Les données doivent être agrégées périodiquement, de préférence tous les mois ou tous les trimestres et communiquées tous les ans. On communiquera ici les données et estimations les plus récentes
INSTRUMENTS D'ÉVALUATION	Registres et rapports des services de thérapie antirétrovirale ; instruments de suivi des programmes
MÉTHODE D'ÉVALUATION	Données et estimations programmatiques des cas de tuberculose liés à une séropositivité concomitante
Numérateur :	Nombre d'adultes présentant une infection à VIH parvenue à un stade avancé ayant reçu une association d'antirétroviraux conformément au protocole approuvé au plan national (ou aux normes OMS/ONUSIDA) et qui ont entrepris un traitement antituberculeux (conformément aux directives du programme national contre la tuberculose) au cours de l'année où le rapport est soumis
Dénominateur :	Nombre estimatif de cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH Les estimations annuelles relatives aux pays à charge élevée de tuberculose du nombre de cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH sont calculées par l'OMS et disponibles sur : http://www.who.int/tb/country/en Les données relatives à cet indicateur doivent être ventilées par sexe et par âge (adultes >15 ans et enfants <15 ans)

INTERPRÉTATION

Grâce au dépistage et à un traitement adéquat de la tuberculose, la durée de vie des personnes vivant avec le VIH sera prolongée et le fardeau que la tuberculose fait peser sur les communautés réduit. L'OMS établit des estimations annuelles de la charge de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH, fondées sur les meilleures estimations nationales de la prévalence du VIH et de l'incidence de la tuberculose. Tous les cas concomitants de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH devraient être placés sous traitement antituberculeux selon qu'ils remplissent les critères nationaux. Les cas concomitants sont définis comme cas nouveaux qui se sont produits pendant l'année, ce qui exclut les cas latents. Toutes ou la plupart des personnes vivant avec le VIH et souffrant de tuberculose devraient être mises sous antirétroviraux, conformément aux critères locaux d'admission au traitement. Le traitement antituberculeux ne devrait être entrepris que s'il correspond aux directives du programme national contre la tuberculose.

Cet indicateur sert à évaluer la mesure dans laquelle la collaboration entre les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et de lutte contre le VIH permet d'accéder à un traitement approprié des deux maladies. Toutefois, cet indicateur sera infléchi par un recours insuffisant au test de dépistage du VIH, et l'accès médiocre aux services de soins relatifs au VIH et au traitement antirétroviral, ainsi qu'au diagnostic et au traitement de la tuberculose. Des indicateurs séparés existent pour chacun de ces facteurs et il serait bon de s'y référer lors de l'interprétation des résultats du présent indicateur.

Il est essentiel que les personnes qui dispensent les soins relatifs au VIH et le traitement antirétroviral, répertorient le diagnostic et le traitement de la tuberculose, puisque ces informations ont des implications importantes eu égard aux critères d'admission au traitement antirétroviral et au choix du schéma thérapeutique. Il est donc recommandé d'inscrire la date du début du traitement antituberculeux dans le registre des traitements antirétroviraux.

Il convient, si possible, d'indiquer le nombre de patients bénéficiant de soins relatifs au VIH et placés sous traitement antituberculeux, mais qui ne sont pas encore sous traitement antirétroviral. Cela permettrait de faire apparaître des cas supplémentaires de personnes vivant avec le VIH chez qui la tuberculose a été dépistée et est traitée.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Vous trouverez de plus amples informations dans l'ouvrage et le site Web suivants :

- OMS (2009). *Global Tuberculosis Control : Surveillance, Planification, Financing*. Genève : Organisation mondiale de la santé. <http://www.who.int/tb/country/en>

7. Dépistage du VIH parmi la population dans son ensemble

Il est important que chacun de nous connaisse son état sérologique vis-à-vis du VIH pour se protéger et protéger les autres de l'infection. La connaissance de son état sérologique est également un facteur essentiel quand il s'agit de décider si l'on veut se faire soigner.

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans la mise en place de services de conseil et de dépistage du VIH
APPLICABILITÉ	Tous les pays
FRÉQUENCE DE LA COLLECTE DES DONNÉES	Tous les 4 à 5 ans
INSTRUMENTS D'ÉVALUATION	Enquêtes de population (enquête démographique et sanitaire, enquête sur les indicateurs du sida, enquête en grappe à indicateurs multiples ou toutes autres enquêtes représentatives)
MÉTHODE D'ÉVALUATION	On pose aux répondants les questions suivantes : <ol style="list-style-type: none"> 1. Je ne vous demande pas le résultat, mais j'aimerais savoir si vous avez fait l'objet d'un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois 2. Si la réponse est oui : Je ne veux pas le connaître, mais avez-vous reçu le résultat du test ?
Numérateur :	Nombre de répondants de 15 à 49 ans ayant subi le test VIH et qui en connaissent le résultat
Dénominateur :	Nombre total des répondants de 15 à 49 ans Cet indicateur doit être présenté sous forme de pourcentage pour les hommes et les femmes et doit être ventilé par groupes d'âge : 15 - 19 ans, 20 - 24 ans et 25 - 49 ans Le dénominateur inclut les répondants qui n'ont jamais entendu parler du VIH ou du sida

INTERPRÉTATION

Il est important que chacun de nous connaisse son état sérologique vis-à-vis du VIH pour se protéger et protéger les autres de l'infection. La connaissance de son état sérologique est également un facteur essentiel quand il s'agit de décider si l'on veut se faire soigner.

En ne cherchant pas à connaître le résultat du test, on a de meilleures chances d'obtenir des réponses véridiques et, par conséquent, de ne pas sous-estimer la fréquence du recours au dépistage.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

On trouvera des renseignements supplémentaires sur le site Web suivant :

- <http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/ais/start.cfm>

8. Dépistage du VIH parmi les populations les plus à risque

Il est important que les populations les plus à risque connaissent leur état sérologique vis-à-vis du VIH afin de se protéger elles-mêmes et de protéger les autres de l'infection. La connaissance de son état sérologique est également un facteur essentiel du processus de décision qui conduit à demander à se faire soigner. Cet indicateur doit être calculé séparément pour chacun des groupes de population considérés comme les plus à risque dans un pays donné, tels que les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Note : Les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une situation sub-épidémique concentrée parmi un ou plusieurs de ces groupes. Dans ce cas, il serait utile pour eux de rassembler et de transmettre des informations sur cet indicateur au sujet des populations en question.

Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH dans les 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans la mise en place de services de conseil et de dépistage du VIH parmi les populations les plus à risque
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
FRÉQUENCE DE LA COLLECTE DES DONNÉES	Tous les deux ans
INSTRUMENTS D'ÉVALUATION	Enquêtes spécifiques telles que les enquêtes de surveillance comportementale
MÉTHODE D'ÉVALUATION	On pose aux personnes interrogées les questions suivantes : <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 : <ol style="list-style-type: none"> 2. Je ne veux pas connaître vos résultats mais avez-vous reçu les résultats de votre test ?
Numérateur :	Nombre de personnes faisant partie des groupes les plus à risque ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.
Dénominateur :	Nombre de personnes faisant partie des groupes les plus à risque incluses dans l'échantillon. Les données relatives à cet indicateur doivent être ventilées par sexe et par âge (moins de 25 ans / 25 ans et plus). Dans la mesure du possible, les données pour les populations les plus à risque doivent être recueillies par les organisations de la société civile qui travaillent sur le terrain en étroite collaboration avec les populations concernées. Il importe que l'identité des répondants et les informations recueillies auprès d'eux demeurent confidentielles.

INTERPRÉTATION

Il peut s'avérer difficile d'établir un contact avec les populations les plus à risque et/ou de conduire des enquêtes à leur sujet. En conséquence, il est possible que les données obtenues ne constituent pas un échantillon représentatif des ces populations au plan national. Si l'on suspecte que les données ne sont pas basées sur un échantillon représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de leur interprétation. Lorsque différentes sources de données existent, 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 connexes.

Il peut s'avérer difficile de maintenir sur le long terme un suivi des populations les plus à risque, car elles se déplacent souvent et ne se laissent pas approcher aisément, ou encore demeurent cachées. 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.

Pour maximiser l'utilité de ces données, il est recommandé que l'échantillon qui a servi au calcul de cet indicateur soit utilisé pour mesurer les autres indicateurs se rapportant à ces populations.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

On trouvera des renseignements supplémentaires dans les publications suivantes :

- OMS/ONUSIDA/ONUSIDA (2009). *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*. Genève : OMS
- ONUSIDA (2007). *Directives pratiques de l'ONUSIDA pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel*. Genève : ONUSIDA
- ONUSIDA (2008). *Procédé de suivi et d'évaluation des programmes de prévention du VIH destinés aux groupes de population les plus exposés au risque d'infection*. Genève : ONUSIDA

9. Programmes de prévention destinés aux populations les plus à risque

Les programmes de prévention du VIH ont souvent de la difficulté à atteindre les populations les plus à risque. Toutefois, pour prévenir la propagation du virus parmi ces groupes ainsi que dans l'ensemble de la population, il importe de leur donner accès à ces services. Cet indicateur doit être calculé séparément pour chacun des groupes de population considérés comme les plus à risque dans un pays donné : professionnel(le)s du sexe, consommateurs de drogues injectables, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Note : Les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une situation sub-épidémique concentrée parmi un ou plusieurs de ces groupes. Dans ce cas, il serait utile pour eux de rassembler et de transmettre des informations sur cet indicateur au sujet des populations en question.

Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes que les programmes de prévention parviennent à atteindre

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans la mise en œuvre des éléments de base des programmes de prévention du VIH destinés aux populations les plus vulnérables ⁹
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
FRÉQUENCE DE LA COLLECTE DES DONNÉES	Tous les deux ans
INSTRUMENTS D'ÉVALUATION	Enquêtes spécifiques telles que les enquêtes de surveillance comportementale
MÉTHODE D'ÉVALUATION	<p>Les personnes interrogées répondent aux 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 (CDI) 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 d'un agent des services de proximité, d'un éducateur de pairs ou auprès d'un programme d'échange de seringues)
Numérateur :	Nombre de personnes parmi les populations les plus à risque ayant répondu « oui » aux deux questions (ou aux trois pour les consommateurs de drogues injectables)
Dénominateur :	<p>Nombre total des personnes interrogées incluses dans 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>

⁹ Cet indicateur ne couvre que deux éléments de base des programmes de prévention à l'intention des populations les plus vulnérables. Il ne mesure pas la fréquence à laquelle les membres de ces populations se rendent dans ces services, ni la qualité desdits services. Du fait de ces lacunes, l'indicateur est susceptible de surestimer la couverture des services de prévention du VIH pour les populations les plus vulnérables. Si l'on recommande de continuer à utiliser cet indicateur pour déterminer les tendances relatives à la couverture des services minimaux, des mesures supplémentaires s'imposent pour déterminer avec exactitude si des services appropriés de prévention du VIH sont fournis à ces populations.

Les données recueillies pour cet indicateur doivent être transmises séparément pour chacun des groupes de population les plus à risque et ventilées par sexe et par âge (moins de 25 ans / 25 ans et plus).

Chaque fois que possible, les données relatives aux populations les plus à risque doivent être recueillies par les organisations de la société civile qui travaillent sur le terrain en étroite collaboration avec la population concernée.

Il importe que l'identité des répondants et les informations recueillies auprès d'eux demeurent confidentielles.

INTERPRÉTATION

Il peut s'avérer difficile d'établir un contact avec les populations les plus vulnérables et de mener un enquête auprès d'elles. 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 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 les 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 suffisent aux programmes de prévention du VIH destinés à ces populations. L'ensemble des interventions essentielles qui sont décrites ci-dessus doit faire partie d'un programme exhaustif de prévention comprenant également d'autres éléments tels que la diffusion de messages de prévention du VIH (p. ex., par le biais des programmes de proximité et l'éducation par les pairs), le traitement des maladies sexuellement transmissibles, la thérapie de substitution médicamenteuse pour l'addiction aux opiacés des consommateurs de drogues injectables, et d'autres. Pour de plus amples informations sur les composantes des programmes complets de prévention du VIH pour les populations les plus vulnérables, veuillez consulter les *Directives pratiques de l'ONUSIDA pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel*.

Cet indicateur a trait aux services ayant été consultés au cours des 12 derniers mois. Si vous disposez de données pour une période autre de temps, comme les 3 ou 6 derniers mois ou les 30 derniers jours, prière d'inclure ces données supplémentaires dans la section réservée aux observations.

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 populations les plus à risque, l'élaboration de ces critères nécessite un processus intensif de collecte de l'information, de synthèse et de formulation des recommandations. Ce processus a été lancé en 2008 et il guidera l'examen du système d'établissement des rapports UNGASS prévu pour 2010. 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.

Pour maximiser l'utilité de ces données, il est recommandé que l'échantillon qui a servi au calcul de cet indicateur soit utilisé pour mesurer les autres indicateurs se rapportant à ces populations.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

On trouvera des renseignements supplémentaires dans les publications suivantes :

- OMS/ONUUDC/ONUSIDA (2009). *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*. Genève : OMS
- ONUSIDA (2007). *Directives pratiques de l'ONUSIDA pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel*. Genève : ONUSIDA
- ONUSIDA (2008). *Procédé de suivi et d'évaluation des programmes de prévention du VIH destinés aux groupes de population les plus exposés au risque d'infection*. Genève : ONUSIDA

10. Soutien destiné aux enfants affectés par le VIH et le sida

Le nombre d'orphelins et d'autres enfants vulnérables ne cessant de s'accroître, il est nécessaire d'assurer aux familles et aux communautés un soutien approprié. Dans la pratique, les soins et le soutien aux orphelins sont assurés par les familles et les communautés. Pour que cette prise en charge soit effective, il est important que les foyers bénéficient d'une aide supplémentaire extérieure.

Pourcentage d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables âgés de 0 à 17 ans vivant dans des foyers bénéficiant d'une aide extérieure gratuite pour leur prise en charge

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans l'aide prodiguée aux foyers qui prennent en charge des enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables âgés de 0 à 17 ans
APPLICABILITÉ	Pays dans lesquels la prévalence du VIH est élevée
FRÉQUENCE DE LA COLLECTE DES DONNÉES	Tous les 4 à 5 ans
INSTRUMENTS D'ÉVALUATION	Enquêtes de population (enquêtes démographiques et sanitaires, enquête sur les indicateurs du sida, enquête en grappe à indicateurs multiples ou toute autre enquête représentative)
MÉTHODE D'ÉVALUATION	<p>Une fois que tous les enfants rendus orphelins et les autres enfants vulnérables âgés de 0 à 17 ans vivant dans une habitation donnée ont été recensés, on pose au chef de famille les quatre questions ci-dessous concernant le type et la fréquence du soutien qui leur est dispensé, et la principale source d'aide pour chaque orphelin et enfant vulnérable. Chacune des questions doit être posée à propos de chaque enfant.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ce foyer a-t-il reçu une assistance médicale, y compris des soins médicaux et/ou des fournitures destinées aux soins au cours des 12 derniers mois ? 2. Ce foyer a-t-il reçu un soutien pour la scolarisation des enfants, notamment sous forme de frais d'écolage, au cours des 12 derniers mois ? (Cette question ne s'applique qu'aux enfants de 5 à 17 ans) 3. Ce foyer a-t-il reçu un soutien psychique/psychologique, y compris des conseils de la part d'un conseiller spécialement formé et/ou un soutien/un accompagnement psychique/ spirituel au cours des trois derniers mois ? 4. Ce foyer a-t-il reçu un soutien social, y compris un soutien socioéconomique (p. ex., vêtements, produits alimentaires supplémentaires, appui financier, gîte) et/ou une aide au quotidien (p. ex., aide ménagère, formation pour les soignants, garde des enfants, services juridiques) au cours des trois derniers mois ? <p>L'aide extérieure est définie comme une aide gratuite obtenue auprès de personnes autres que les amis, la famille ou les voisins, excepté lorsque ceux-ci travaillent pour un groupe ou une organisation communautaire.</p>
Numérateur :	Nombre d'enfants rendus orphelins et d'autres enfants vulnérables vivant dans des foyers qui ont répondu « oui » à l'une au moins des quatre questions.

Dénominateur :	<p>Nombre total d'orphelins et d'enfants vulnérables âgés de 0 à 17 ans</p> <p>Aux fins de cet indicateur, un orphelin est défini comme un enfant de moins de 18 ans qui a perdu ses deux parents.</p> <p>Un enfant vulnérable en raison du VIH a moins de 18 ans et :</p> <ul style="list-style-type: none"> i) a perdu un de ses parents ou les deux ; ou ii) un de ses parents est atteint de maladie chronique (indépendamment du fait que celui-ci vive ou non sous le même toit que l'enfant) ; ou iii) vit dans un foyer où, au cours des 12 derniers mois, un adulte au moins est décédé après avoir été malade pendant trois des quatre mois qui ont précédé son décès ; ou iv) vit dans un foyer où un des adultes au moins a été gravement malade pendant au moins trois des 12 derniers mois.
-----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

INTERPRÉTATION

Le suivi de cet indicateur devrait être effectué dans les seuls milieux où la prévalence du VIH est élevée (5% ou plus). L'indicateur *n'évalue pas* les besoins du foyer ou des enfants rendus orphelins et des autres enfants vulnérables. D'autres questions peuvent être ajoutées pour évaluer les besoins exprimés par les familles qui prennent en charge des orphelins. L'indicateur suggère implicitement que tous les foyers accueillant des orphelins et des enfants vulnérables ont besoin d'une aide extérieure, or certains orphelins et enfants vulnérables ont plus besoin d'une aide extérieure que d'autres. Il importe donc de ventiler les informations en fonction d'autres marqueurs de vulnérabilité, tels que la situation socioéconomique du foyer, le ratio de dépendance, le chef de famille, etc.

Si la taille de l'échantillon le permet, il serait utile de ventiler les données entre celles relatives aux enfants rendus orphelins et celles relatives aux autres enfants vulnérables. Il conviendrait également de les ventiler par âge et en fonction de la date à laquelle l'enfant a perdu ses parents, dans la mesure où ces deux facteurs jouent un rôle essentiel pour déterminer le type d'aide nécessaire. Ainsi, l'aide dont aura besoin un orphelin ayant perdu l'un de ses parents ou les deux 10 ans auparavant est différente de celle nécessaire à un orphelin ayant subi la même perte au cours de l'année précédente.

Si l'on tient compte séparément des quatre types de soutien, les données relatives à l'assistance en matière de scolarité doivent être limitées aux enfants de 5 à 17 ans.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

On trouvera des renseignements supplémentaires sur le site Web suivant :

- http://www.unicef.org/aids/index_documents.html

11. Enseignement relatif au VIH dans le cadre des programmes scolaires de préparation à la vie active

L'approche préparation à la vie active est une méthode d'enseignement efficace qui s'appuie sur des exercices interactifs dont le but est d'impartir aux jeunes des comportements susceptibles de les aider à gérer les difficultés et les impératifs de la vie quotidienne. Elle peut inclure des aptitudes en matière de prise de décision et de résolution des problèmes, de réflexion créative et critique, de prise de conscience de soi-même, de communication et de rapports avec les autres. Elle peut aussi apprendre aux jeunes comment gérer leurs émotions et déceler leurs propres causes d'anxiété. Lorsqu'elle est spécifiquement adaptée à un enseignement relatif au VIH dispensé dans les écoles, cette approche aide les jeunes à comprendre et à évaluer les facteurs individuels, sociaux et environnementaux qui accroissent ou réduisent le risque de transmission du VIH. Dûment appliquée, elle peut avoir un impact positif sur les comportements, y compris un report dans le temps du premier rapport sexuel et une réduction du nombre de partenaires sexuels.

Pourcentage d'écoles ayant inclus un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active au cours de la dernière année scolaire

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans l'inclusion d'un enseignement relatif au VIH dans les programmes de préparation à la vie active de toutes les écoles
APPLICABILITÉ	Tous les pays
FRÉQUENCE DE LA COLLECTE DES DONNÉES	Tous les deux ans
INSTRUMENTS D'ÉVALUATION	Enquêtes en milieu scolaire ou examen du programme d'études
MÉTHODE D'ÉVALUATION	Les proviseurs/directeurs d'un échantillon d'écoles représentatif au plan national (qui inclut à la fois les écoles privées et publiques) sont informés de la signification d'un enseignement relatif au VIH dans le cadre de programmes de préparation à la vie active. On leur pose ensuite la question suivante : Au cours de l'année scolaire qui vient de s'écouler votre école a-t-elle dispensé au moins 30 heures d'enseignement des aptitudes utiles à la vie dans toutes les classes ?
Numérateur :	Nombre d'écoles ayant dispensé un enseignement relatif au VIH dans le cadre des programmes de préparation à la vie active au cours de l'année scolaire écoulée
Dénominateur :	Nombre d'écoles ayant fait l'objet d'une enquête
	Les chiffres relatifs à cet indicateur sont requis pour l'ensemble des écoles ainsi que pour les écoles primaires et secondaires séparément. Lorsqu'un établissement est doté d'un cycle primaire et d'un cycle secondaire, les informations devront être recueillies et communiquées séparément pour chacun des deux niveaux.

INTERPRÉTATION

Il est important que l'enseignement relatif au VIH dans le cadre de l'apprentissage des aptitudes utiles à la vie soit mis en place dans les petites classes de l'école primaire puis poursuivi tout au long de la scolarité, en adaptant la méthodologie et le contenu de cet enseignement en fonction de l'âge et du vécu des élèves.

L'indicateur fournit des informations utiles sur les tendances en matière de couverture de l'enseignement relatif au VIH dans le cadre de l'apprentissage des aptitudes utiles à la vie en milieu scolaire. Toutefois, les différences substantielles au niveau de la scolarisation doivent être prises en compte lorsqu'on interprète cet indicateur (ou que l'on fait une comparaison entre pays). En conséquence, le taux de scolarisation dans les cycles primaire et secondaire pour l'année scolaire la plus récente doivent être indiqués en complément des informations fournies pour cet indicateur.

Les stratégies complémentaires pour répondre aux besoins des jeunes non scolarisés seront particulièrement importantes dans les pays où les taux de scolarisation sont faibles.

L'indicateur est une mesure de couverture. La qualité de l'enseignement dispensé peut varier d'un pays à l'autre et dans le temps.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

On trouvera des renseignements complémentaires sur les sites Web suivants :

- http://www.unicef.org/lifeskills/index_hiv_aids.html
- http://www.unicef.org/aids/index_documents.html

INDICATEURS DES CONNAISSANCES ET DES COMPORTEMENTS

12. Orphelins et autres enfants de 10 à 14 ans fréquentant actuellement l'école *
13. Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir les risques de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus*
14. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus
15. Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans
16. Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois
17. Pourcentage d'adultes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport*
18. Pourcentage de professionnel(le)s du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client
19. Pourcentage d'hommes déclarant avoir utilisé un préservatif au cours du dernier rapport anal avec un partenaire masculin
20. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé du matériel d'injection stérilisé la dernière fois qu'ils se sont injecté de la drogue
21. Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel

* Indicateur des objectifs du Millénaire pour le développement

12. Scolarisation des orphelins

Le sida coûte la vie à un nombre toujours croissant d'adultes au moment même où ils fondent une famille et élèvent des enfants. Il en résulte que la prévalence des orphelins augmente régulièrement dans de nombreux pays et le fait qu'il y ait parallèlement moins de parents dans la force de l'âge signifie que les enfants devenus orphelins sont confrontés à un avenir de plus en plus incertain. L'enfant orphelin est fréquemment victime de préjugés et d'une pauvreté accrue – deux facteurs susceptibles de compromettre davantage les chances d'un enfant de parvenir au terme de sa scolarité et qui peuvent l'inciter à adopter des stratégies de survie qui augmentent sa vulnérabilité au VIH. Il est donc important de suivre à quel point les programmes de soutien en rapport avec le sida parviennent à garantir une scolarité aux enfants rendus orphelins.

Ratio de scolarisation actuelle entre orphelins et enfants non orphelins, âgés de 10 à 14 ans

OBJET	Evaluer les progrès réalisés pour prévenir un désavantage relatif en matière de scolarisation des enfants rendus orphelins par rapport aux enfants non orphelins
APPLICABILITÉ	Tous les pays
FRÉQUENCE DE LA COLLECTE DES DONNÉES	De préférence tous les deux ans Minimum : tous les 4 à 5 ans
INSTRUMENTS D'ÉVALUATION	Enquêtes de population (enquêtes démographiques et sanitaires, enquête sur les indicateurs du sida, enquête en grappe à indicateurs multiples ou autres enquêtes représentatives)
MÉTHODE D'ÉVALUATION	Pour tout enfant de 10 à 14 ans vivant dans un foyer, on pose à un membre du foyer les questions suivantes : <ol style="list-style-type: none"> 1. La mère biologique de cet enfant est-elle toujours en vie ? Si oui, vit-elle sous votre toit ? 2. Le père biologique de cet enfant est-il toujours en vie ? Si oui, vit-il sous votre toit ? 3. Cet enfant a-t-il fréquenté l'école à un moment quelconque durant l'année scolaire ?
Numérateur :	Partie A : Taux actuel de fréquentation scolaire des orphelins de 10 à 14 ans Nombre d'enfants qui ont perdu leurs deux parents et qui sont encore scolarisés
Dénominateur :	Nombre d'enfants qui ont perdu leurs deux parents Partie B : Taux actuel de fréquentation scolaire des enfants de 10 à 14 ans dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un d'entre eux
Numérateur :	Nombre d'enfants dont les deux parents sont en vie, qui vivent avec au moins l'un d'entre eux et qui fréquentent l'école.
Dénominateur :	Nombre d'enfants dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un d'entre eux Cet indicateur doit être ventilé par sexe aux fins du rapport

INTERPRÉTATION

Les définitions relatives à l'enfant orphelin et à l'enfant non orphelin utilisées ici, c'est-à-dire relatives aux enfants âgés de 10 à 14 ans lors de leur dernier anniversaire dont les deux parents sont décédés / sont encore en vie – ont été choisies afin que l'effet maximal du désavantage résultant du fait d'être orphelin puisse être établi et suivi dans le temps. On utilise la tranche d'âge 10-14 ans parce que dans le cas des orphelins plus jeunes, il est probable que les parents sont très récemment décédés et qu'ainsi, tout effet préjudiciable sur leur éducation n'a pas eu le temps de se matérialiser. Toutefois, les orphelins sont en général plus âgés que les enfants qui ont encore leurs parents (car il est fréquent que les parents des enfants plus jeunes sont infectés par le VIH depuis moins longtemps) et les enfants plus âgés sont plus susceptibles d'avoir déjà quitté l'école.

Les données utilisées pour mesurer cet indicateur proviennent le plus souvent d'enquêtes sur les ménages. Les enfants non couverts par ces enquêtes – parce qu'ils vivent dans des institutions ou dans la rue – sont en général moins bien lotis et plus susceptibles d'être orphelins. Ainsi, l'indicateur tendra à sous-estimer le désavantage relatif en matière de scolarisation dont pâtissent les orphelins.

L'indicateur ne fait pas de distinction entre les enfants dont les parents sont morts du sida et ceux qui ont perdu leurs parents pour d'autres raisons. Dans les pays où l'épidémie est peu importante ou encore à ses débuts, les orphelins auront pour la plupart perdu leurs parents en raison de causes non liées au VIH. Toute différence dans la prise en charge des orphelins en raison de la cause connue ou suspectée du décès de leurs parents pourrait influencer les tendances de l'indicateur. A ce jour pourtant, on ne dénombre que peu d'éléments soulignant le caractère courant de telles différences.

L'indicateur ne fournit aucune information sur le nombre réel d'enfants orphelins. Circonscrire le nombre d'enfants considérés à ceux orphelins des deux parents et âgés exclusivement de 10 à 14 ans signifie que dans le cas des pays où l'épidémie se maintient à un faible niveau ou ne se trouve qu'à un stade initial, les estimations établies ne pourront concerner qu'un petit nombre d'enfants.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

On trouvera des renseignements supplémentaires sur le site Web suivant :

- http://www.unicef.org/aids/index_documents.html

13. Connaissances des jeunes en matière de prévention du VIH

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

Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens de prévenir le risque de transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans le sens de l'acquisition d'une connaissance globale des éléments essentiels relatifs à la transmission du VIH
APPLICABILITÉ	Tous les pays
FRÉQUENCE DE LA COLLECTE DES DONNÉES	De préférence tous les deux ans Au minimum : tous les 4 à 5 ans
INSTRUMENTS D'ÉVALUATION	Enquêtes de population (enquête démographique et sanitaire, enquête sur les indicateurs du sida, enquête en grappe à indicateurs multiples ou toutes autres enquêtes représentatives)
MÉTHODE D'ÉVALUATION	Cet indicateur est établi à partir des réponses obtenues à l'ensemble des questions suivantes : <ol style="list-style-type: none"> 1. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté ? 2. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation de préservatifs lors de chaque rapport ? 3. Une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive ? 4. Une piqûre de moustique peut-elle transmettre le VIH ? 5. Peut-on contracter le VIH en partageant un repas avec une personne séropositive ?
Numérateur :	Nombre des personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans qui ont répondu correctement aux cinq questions.
Dénominateur :	<p>Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 24 ans).</p> <p>Les trois premières questions ne doivent pas être modifiées. Les questions 4 et 5 s'enquêtent des idées fausses à l'échelon local. Elles peuvent être remplacées par les idées fausses les plus répandues dans votre pays. Exemples : « Peut-on contracter le VIH en prenant une personne séropositive dans ses bras ou en lui serrant la main ? » ou « Peut-on contracter le VIH par des moyens surnaturels ? »</p> <p>Il faut exclure du numérateur les personnes qui n'ont jamais entendu parler du VIH et du sida mais les inclure dans le dénominateur. La réponse « je ne sais pas » doit être enregistrée en tant que réponse erronée.</p> <p>L'indicateur doit présenter des pourcentages séparés pour les hommes et les femmes et des données ventilées par tranches d'âge (15-19 ans et 20-24 ans)</p> <p>Les scores pour chacune des questions (basés sur le même dénominateur) sont nécessaires en plus du score de l'indicateur composite</p>

INTERPRÉTATION

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

Cet indicateur est particulièrement utile dans les pays où les connaissances en matière de VIH et de sida sont faibles, parce qu'il permet de mesurer facilement les améliorations supplémentaires obtenues dans le temps. Toutefois, il est également important dans d'autres pays parce qu'il peut être utilisé pour s'assurer que les niveaux élevés de connaissances préexistants sont maintenus.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Pour de plus amples informations sur la manière d'accéder aux données des enquêtes démographiques et sanitaires, veuillez consulter le site suivant :

- <http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/ais/start.cfm>

14. Connaissances des populations les plus à risque en matière de prévention de la transmission du VIH

Les épidémies concentrées se propagent généralement par une transmission sexuelle ou l'utilisation d'un matériel d'injection contaminé. De solides connaissances en matière de VIH et de sida sont le préalable essentiel à l'adoption de comportements diminuant le facteur de risque d'infection. Cet indicateur doit être calculé séparément pour chacun des groupes de population considérés comme les plus à risque dans un pays donné, tels que les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Note : Les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une situation sub-épidémique concentrée parmi un ou plusieurs de ces groupes. Dans ce cas, il serait utile pour eux de rassembler et de transmettre des informations sur cet indicateur au sujet des populations en question.

Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes possédant tout à la fois des connaissances exactes sur les moyens d'éviter la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du virus

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans l'acquisition d'une connaissance globale des éléments essentiels relatifs à la transmission du 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
FRÉQUENCE DE LA COLLECTE DES DONNÉES	Tous les deux ans
INSTRUMENTS D'ÉVALUATION	Enquêtes spécifiques, telles que les enquêtes de surveillance comportementale menées par Family Health International parmi les populations les plus vulnérables
MÉTHODE D'ÉVALUATION	Il est demandé aux personnes interrogées de répondre aux cinq questions suivantes : <ol style="list-style-type: none"> 1. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par le fait d'avoir des rapports sexuels avec un seul partenaire fidèle et non infecté ? 2. Le risque de transmission du VIH peut-il être réduit par l'utilisation des préservatifs ? 3. Une personne paraissant en bonne santé peut-elle être séropositive au VIH ? 4. Une piqûre de moustique peut-elle transmettre le VIH ? 5. Peut-on contracter le VIH en partageant un repas avec une personne séropositive ?
Numérateur :	Nombre de personnes interrogées parmi les groupes de population les plus vulnérables qui ont répondu correctement aux cinq questions.
Dénominateur :	Nombre de personnes interrogées parmi les groupes de population les plus vulnérables qui ont répondu (y compris par la réponse « je ne sais pas ») à toutes les cinq questions. Les scores relatifs à chaque question (basés sur le même dénominateur) sont nécessaires et doivent être ventilés par sexe et par âge (moins de 25 ans / 25 ans et plus).

Les trois premières questions ne doivent pas être modifiées. Les questions 4 et 5 peuvent être remplacées par les idées fausses les plus répandues dans le pays.

Il faut exclure du numérateur celles de ces personnes qui n'ont jamais entendu parler du VIH et du sida mais les inclure dans le dénominateur.

Les scores relatifs à chaque question (basés sur le même dénominateur) sont nécessaires en plus du score de l'indicateur composite.

Chaque fois que possible, les données relatives aux populations les plus à risque doivent être recueillies par les organisations de la société civile qui travaillent sur le terrain en collaboration étroite avec les populations concernées.

Il importe que l'identité des répondants et les informations recueillies auprès d'eux demeurent confidentielles.

INTERPRÉTATION

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

Cet indicateur est particulièrement utile dans les pays où les connaissances en matière de VIH et de sida sont faibles, parce qu'il permet de mesurer facilement les améliorations supplémentaires obtenues dans le temps. Toutefois, il est également important dans d'autres pays parce qu'il peut être utilisé pour s'assurer que les niveaux élevés de connaissances préexistants sont maintenus.

Il peut s'avérer difficile d'enquêter sur les populations les plus à risque. En conséquence, il est possible que les données obtenues ne soient pas basées sur un échantillon représentatif au plan national des populations les plus vulnérables. Si l'on soupçonne que les données ne sont pas basées sur un échantillon représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de leur interprétation. Lorsque différentes sources de données existent, 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/la fiabilité des données et les questions annexes.

Pour maximiser l'utilité de ces données, il est recommandé que l'échantillon qui a servi au calcul de cet indicateur soit utilisé pour mesurer les autres indicateurs se rapportant à ces populations.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

On trouvera des renseignements supplémentaires dans les publications suivantes :

- OMS/ONUDD/ONUSIDA (2009). *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*. Genève : OMS
- ONUSIDA (2007). *Directives pratiques de l'ONUSIDA pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel*. Genève : ONUSIDA
- ONUSIDA (2008). *Procédé de suivi et d'évaluation des programmes de prévention du VIH destinés aux groupes de population les plus exposés au risque d'infection*. Genève : ONUSIDA

15. Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

Dans de nombreux pays, l'un des principaux objectifs est de retarder l'âge du premier rapport sexuel et de décourager l'activité sexuelle avant le mariage car cela réduit le risque d'exposition au VIH. Il existe également des exemples qui montrent qu'avoir son premier rapport sexuel à un âge plus avancé réduit le risque d'infection par rapport sexuel, au moins chez les femmes.

Pourcentage de jeunes ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans le report du premier rapport sexuel chez les jeunes de 15 à 24 ans
APPLICABILITÉ	Tous les pays
FRÉQUENCE DE LA COLLECTE DES DONNÉES	Tous les 4 à 5 ans
INSTRUMENTS D'ÉVALUATION	Enquêtes de population (enquêtes démographiques et sanitaires, enquêtes sur les indicateurs du sida, enquêtes en grappe à indicateurs multiples)
MÉTHODE D'ÉVALUATION	Il est demandé à toutes les personnes interrogées si elles ont ou non déjà eu un rapport sexuel avec pénétration et, si tel est le cas, de se remémorer l'âge auquel elles ont eu ce premier rapport.
Numérateur :	Nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 24 ans) qui indiquent avoir eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans
Dénominateur :	Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans L'indicateur doit présenter des pourcentages séparés pour les hommes et les femmes et des données ventilées par tranches d'âge (15-19 ans et 20-24 ans).

INTERPRÉTATION

Les pays dans lesquels peu de jeunes ont des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans peuvent choisir d'utiliser un indicateur légèrement différent : « Pourcentage de jeunes âgés de 20 à 24 ans qui déclarent avoir eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 18 ans ». L'avantage qu'il y a à utiliser l'âge déclaré du premier rapport sexuel (plutôt que l'âge médian lors du premier rapport sexuel) est que le calcul est simple et permet des comparaisons aisées dans le temps. Le dénominateur est facile à établir car l'ensemble des personnes ayant participé à l'échantillonnage en question contribuent à l'évaluation.

Il est difficile de suivre les variations de cet indicateur sur une période courte dans la mesure où seules les personnes intégrant le groupe (c'est-à-dire celles âgées de moins de 15 ans au début de la période pour laquelle on évalue les tendances) peuvent avoir une incidence sur le numérateur. Si l'indicateur est calculé tous les deux ou trois ans, il peut s'avérer préférable de se focaliser sur les fluctuations de niveaux pour le groupe d'âge 15-17 ans. S'il est calculé tous les cinq ans, il est alors envisageable d'étudier le groupe d'âge 15-19 ans.

Dans le cas des pays où les programmes de prévention du VIH approuvent un report dans le temps du premier rapport sexuel ou encouragent la virginité, les réponses des jeunes à cette enquête risquent d'être faussées, notamment par des témoignages volontairement erronés au sujet de l'âge au moment du premier rapport sexuel.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Pour de plus amples informations sur la manière d'accéder aux données des enquêtes démographiques et sanitaires, veuillez consulter le site suivant :

- <http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/ais/start.cfm>

16. Rapports sexuels à haut risque

La propagation du VIH dépend dans une large mesure des rapports non protégés chez les personnes ayant un nombre élevé de partenaires. Les personnes ayant de multiples partenaires (simultanément ou successivement) courent un risque plus grand de contracter ou de transmettre le VIH que celles qui n'évoluent pas dans un réseau de partenaires sexuels plus large.

Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans la réduction du pourcentage de personnes ayant des rapports sexuels à haut risque
APPLICABILITÉ	Tous les pays
FRÉQUENCE DE LA COLLECTE DES DONNÉES	Tous les 4 à 5 ans
INSTRUMENTS D'ÉVALUATION	Enquêtes de population (enquêtes démographiques et sanitaires, enquêtes sur les indicateurs du sida, enquêtes en grappe à indicateurs multiples et autres enquêtes représentatives)
MÉTHODE D'ÉVALUATION	Si les personnes interrogées répondent oui à la question de savoir si elles ont déjà eu un rapport sexuel, on leur pose les questions suivantes : Avec combien de personnes avez-vous eu un rapport sexuel au cours des 12 derniers mois ?
Numérateur :	Nombre de personnes âgées de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois.
Dénominateur :	Nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 49 ans Cet indicateur doit comporter des données distinctes pour les femmes et les hommes et être ventilé par groupes d'âge (15-19 ans, 20-24 ans, 25-49 ans)

INTERPRÉTATION

Cet indicateur donne un aperçu de la fréquence des rapports sexuels à haut risque. Si les personnes n'ont qu'un partenaire sexuel, ce changement sera visible au niveau des variations de l'indicateur. Toutefois, si une personne réduit le nombre de ses partenaires, l'indicateur ne traduira pas le changement, et ce, même si cela est susceptible d'avoir un impact significatif sur la propagation de l'épidémie de VIH et peut donc être considéré comme un succès pour le programme. Il faudra sans doute faire appel à d'autres indicateurs pour faire état de la réduction du nombre de partenaires sexuels.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Pour de plus amples informations sur la manière d'accéder aux données des enquêtes démographiques et sanitaires, veuillez consulter le site suivant :

- <http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/ais/start.cfm>

17. Utilisation du préservatif lors de rapports sexuels à haut risque

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

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'un partenaire au cours des derniers 12 mois et qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans la prévention d'une exposition au VIH lors de rapports sexuels non protégés, avec des partenaires occasionnels
APPLICABILITÉ	Tous les pays
FRÉQUENCE DE LA COLLECTE DES DONNÉES	Tous les 4 à 5 ans
INSTRUMENTS D'ÉVALUATION	Enquêtes de population (enquêtes démographiques et sanitaires, enquêtes sur les indicateurs du sida, enquêtes en grappe à indicateurs multiples et autres enquêtes représentatives)
MÉTHODE D'ÉVALUATION	Si les personnes interrogées répondent oui à la question de savoir si elles ont déjà eu un rapport sexuel, on leur pose la question suivante : <ol style="list-style-type: none"> 1. Avec combien de partenaires occasionnels avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ? S'il y en a eu plus qu'un, on leur pose la question suivante : <ol style="list-style-type: none"> 2. Avez-vous ou votre partenaire utilisé un préservatif lors de votre dernier rapport sexuel ?
Numérateur :	Nombre de personnes de 15 à 49 ans ayant déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel
Dénominateur :	Nombre de personnes de 15 à 49 ans ayant déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois L'indicateur doit faire la distinction entre les pourcentages relatifs aux femmes et aux hommes et être ventilé par groupes d'âge (15-19 ans, 20-24 ans et 25-49 ans).

INTERPRÉTATION

Cet indicateur fournit un schéma de la fréquence du recours au préservatif parmi les personnes susceptibles d'avoir des rapports sexuels à haut risque (c'est-à-dire, changer régulièrement de partenaire). La valeur de l'un ou l'autre des scores relevés pour cet indicateur dépendra toutefois de la mesure dans laquelle ces personnes s'engagent dans de telles relations. Ainsi, les niveaux et les tendances doivent être interprétés prudemment en utilisant les données obtenues sur les pourcentages de personnes ayant eu plus d'un partenaire au cours de la dernière année.

L'effet protecteur maximal des préservatifs est atteint lorsqu'ils sont utilisés régulièrement plutôt qu'occasionnellement. Cet indicateur ne fournit pas de données concernant le niveau d'utilisation systématique du préservatif. On notera toutefois que la méthode alternative qui consiste à demander si le préservatif a toujours/ parfois/ jamais été utilisé lors de rapports sexuels avec des partenaires occasionnels pendant une période déterminée est sujette à un biais de rappel (distorsion de mémoire). En outre, la tendance à utiliser un préservatif lors du rapport sexuel le plus récent avec un partenaire occasionnel reflètera généralement une tendance à l'utiliser de manière régulière avec de tels partenaires.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Pour de plus amples informations sur la manière d'accéder aux données des enquêtes démographiques et sanitaires, veuillez consulter le site suivant :

- <http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/ais/start.cfm>

18. Utilisation du préservatif par les professionnel(le)s du sexe

Différents facteurs accroissent le risque d'exposition des professionnel(le)s du sexe au VIH, notamment le fait d'avoir des relations sexuelles avec différents partenaires occasionnels, et de multiplier la fréquence de ces relations. Les professionnel(le)s du sexe peuvent toutefois agir efficacement sur une réduction du risque de transmission du VIH, occasionnée soit par leurs clients soit par elles(eux)-mêmes, en utilisant les préservatifs de manière régulière et opportune.

Note : Les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une situation sub-épidémique concentrée parmi les professionnel(le)s du sexe. Dans ce cas, il serait utile pour eux de rassembler et de transmettre des informations sur cet indicateur au sujet de la population en question.

Pourcentage de professionnel(le)s du sexe indiquant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans la prévention de l'exposition des professionnel(le)s du sexe au VIH du fait de rapports sexuels non protégés avec leurs clients
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
FRÉQUENCE DE LA COLLECTE DES DONNÉES	Tous les deux ans
INSTRUMENTS D'ÉVALUATION	Enquêtes spécifiques, y compris les enquêtes de surveillance comportementale menées par Family Health International auprès des professionnel(le)s du sexe
MÉTHODE D'ÉVALUATION	Il est demandé aux personnes interrogées de répondre à la question suivante : Avez-vous utilisé un préservatif avec votre dernier client ?
Numérateur :	Nombre de personnes interrogées qui ont indiqué avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client
Dénominateur :	Nombre de personnes interrogées qui ont indiqué avoir eu des rapports sexuels rémunérés au cours des 12 derniers mois Les données relatives à cet indicateur doivent être ventilées par sexe et par âge (moins de 25 ans / 25 ans et plus). Chaque fois que possible, les données relatives aux professionnel(le)s du sexe doivent être collectées par l'intermédiaire d'organisations de la société civile qui travaillent en collaboration étroite avec cette population sur le terrain. Il importe que l'identité des répondants et les informations recueillies auprès d'eux demeurent confidentielles.

INTERPRÉTATION

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.

Cet indicateur a trait aux rapports sexuels rémunérés des 12 derniers mois. Si vous disposez de données pour une autre période de temps, à savoir les 3 ou 6 derniers mois, prière d'inclure ces données supplémentaires dans la section réservée aux observations.

Il peut s'avérer difficile de mener une enquête sur les professionnel(le)s du sexe. En conséquence, il est possible que les données obtenues ne soient pas basées sur un échantillon représentatif des professionnel(le)s du sexe au niveau national. Si l'on soupçonne que les données ne sont pas basées sur un échantillon représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de leur interprétation. Lorsque différentes sources de données existent, 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 ainsi que toutes autres questions annexes.

Pour maximiser l'utilité de ces données, il est recommandé que l'échantillon qui a servi au calcul de cet indicateur soit utilisé pour mesurer les autres indicateurs se rapportant à ces populations.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

On trouvera des renseignements supplémentaires dans les publications suivantes :

- ONUSIDA (2007). *Directives pratiques de l'ONUSIDA pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel*. Genève : ONUSIDA
- ONUSIDA (2008). *Procédé de suivi et d'évaluation des programmes de prévention du VIH destinés aux groupes de population les plus exposés au risque d'infection*. Genève : ONUSIDA

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

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

Note : Les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une situation sub-épidémique concentrée parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Dans ce cas, il serait utile pour eux de rassembler et de transmettre des informations sur cet indicateur au sujet de la population en question.

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

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans la prévention de l'exposition au VIH des hommes ayant des rapports sexuels anaux non protégés avec un partenaire masculin
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
FRÉQUENCE DE LA COLLECTE DES DONNÉES	Tous les deux ans
INSTRUMENTS D'ÉVALUATION	Enquêtes spécifiques, y compris les enquêtes de surveillance comportementale menées par Family Health International auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
MÉTHODE D'ÉVALUATION	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.
Numérateur :	Nombre de personnes interrogées indiquant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel anal
Dénominateur :	<p>Nombre de personnes interrogées indiquant avoir eu des rapports sexuels anaux avec un partenaire masculin¹⁰ au cours des six derniers mois</p> <p>Les chiffres relatifs à cet indicateur doivent être ventilés par âge (moins de 25 ans/ 25 ans et plus).</p> <p>Chaque fois que possible, les données concernant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes doivent être collectées par l'intermédiaire d'organisations de la société civile qui travaillent en collaboration étroite avec cette population sur le terrain.</p> <p>Il importe que l'identité des répondants et les informations recueillies auprès d'eux demeurent confidentielles.</p>

¹⁰ Ceci comprend aussi bien les partenaires réguliers que les partenaires occasionnels, ainsi que les rapports rémunérés et non rémunérés. Cet indicateur, comme tous les autres, ne fournit qu'une partie de l'information. Pour une évaluation complète des comportements à risque associés aux rapports sexuels entre hommes, on a besoin d'autres informations, y compris des informations sur le type et le nombre de partenaires, et de savoir s'il s'agit du partenaire actif ou du partenaire passif.

INTERPRÉTATION

L'utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel anal avec un partenaire (quel qu'il soit) fournit une bonne indication des niveaux et des tendances générales des rapports sexuels protégés et non protégés parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Cet indicateur ne fournit aucune indication sur d'éventuels comportements à risque avec des partenaires féminins parmi les hommes ayant des rapports 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 féminins et leurs partenaires masculins. Dans ce cas, les données relatives aux préservatifs doivent toujours être présentées séparément selon le sexe du partenaire.

Cet indicateur a trait aux rapports sexuels entre hommes au cours des 12 derniers mois. Si vous disposez de données pour une autre période de temps, à savoir les 3 ou 6 derniers mois, prière d'inclure ces données supplémentaires dans la section réservée aux observations.

Il peut s'avérer difficile de mener une enquête sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. En conséquence, il est 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 soupçonne que les données ne sont pas basées sur un échantillon représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de leur interprétation. Lorsque différentes sources de données existent, 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 les questions annexes.

Pour maximiser l'utilité de ces données, il est recommandé que l'échantillon qui a servi au calcul de cet indicateur soit utilisé pour mesurer les autres indicateurs se rapportant à ces populations.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

On trouvera des renseignements supplémentaires dans les publications suivantes :

- ONUSIDA (2007). *Directives pratiques de l'ONUSIDA pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel*. Genève : ONUSIDA
- ONUSIDA (2008). *Procédé de suivi et d'évaluation des programmes de prévention du VIH destinés aux groupes de population les plus exposés au risque d'infection*. Genève : ONUSIDA

20. Utilisation du préservatif par les consommateurs de drogues injectables

Les pratiques d'injection et les comportements sexuels sans risque sont essentiels parmi les consommateurs de drogues injectables, et ce, même dans les pays où d'autres modes de transmission du VIH prédominent parce que : i) le risque de transmission du virus par du matériel d'injection contaminé est extrêmement élevé, et parce que ii) les consommateurs de drogues injectables peuvent transmettre le virus (notamment par voie sexuelle) à l'ensemble de la population.

Note : Les pays où l'épidémie est généralisée peuvent aussi avoir une épidémie concentrée parmi les consommateurs de drogues injectables. Dans ce cas, il leur serait utile de rassembler et transmettre des informations concernant cette population.

Pourcentage de consommateurs de drogues injectables qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif durant 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
FRÉQUENCE DE LA COLLECTE DES DONNÉES	Tous les deux ans
INSTRUMENTS D'ÉVALUATION	Enquêtes spécifiques, y compris les enquêtes de surveillance menées par Family Health International parmi les consommateurs de drogues injectables
MÉTHODE D'ÉVALUATION	Il est demandé aux personnes interrogées de répondre à la série de questions suivantes : <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 ?
Numérateur :	Nombre de personnes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel ¹¹
Dénominateur :	Nombre de personnes interrogées déclarant avoir consommé des drogues injectables et eu un rapport sexuel au cours du mois précédent
	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).
	Chaque fois que possible, les données relatives aux consommateurs de drogues injectables doivent être recueillies par l'intermédiaire d'organisations de la société civile qui travaillent en collaboration étroite avec cette population sur le terrain.
	Il importe que l'identité des répondants et les informations recueillies auprès d'eux demeurent confidentielles.

¹¹ Ceci comprend aussi bien les partenaires réguliers que les partenaires occasionnels, ainsi que les rapports rémunérés et non rémunérés. Cet indicateur, comme tous les autres, ne fournit qu'une partie de l'information. Pour une évaluation complète des comportements à risque associés aux rapports sexuels et à la consommation de drogues injectables, on a besoin d'autres informations, y compris des informations sur le type et le nombre de partenaires.

INTERPRÉTATION

Les enquêtes sur les consommateurs de drogues peuvent se révéler difficiles. C'est pourquoi, il est possible que les données obtenues ne soient pas basées sur un échantillon représentatif de ce groupe de population au plan national. Si l'on suspecte que les données ne sont pas basées sur un échantillon représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de leur interprétation. Lorsque différentes sources de données existent, 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 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.

Pour maximiser l'utilité de ces données, il est recommandé que l'échantillon qui a servi au calcul de cet indicateur soit utilisé pour mesurer les autres indicateurs se rapportant à ces populations.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

On trouvera des renseignements supplémentaires dans les publications suivantes :

- OMS/ONUDD/ONUSIDA (2009). *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for injecting Drug Users*. Genève : OMS
- ONUSIDA (2007). *Directives pratiques de l'ONUSIDA pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel*. Genève : ONUSIDA
- ONUSIDA (2008). *Procédé de suivi et d'évaluation des programmes de prévention du VIH destinés aux groupes de population les plus exposés au risque d'infection*. Genève : ONUSIDA

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

Les pratiques d'injection et les comportements sexuels sans risque sont essentiels parmi les consommateurs de drogues injectables, et ce, même dans les pays où d'autres modes de transmission du VIH prédominent parce que : i) le risque de transmission du virus par du matériel d'injection contaminé est extrêmement élevé et parce que ii) les consommateurs de drogues injectables peuvent transmettre le virus (notamment par voie sexuelle) à l'ensemble de la population.

Note : Les pays où l'épidémie est généralisée, peuvent aussi avoir une épidémie concentrée parmi les consommateurs de drogues injectables. Dans ce cas, il leur serait utile de rassembler et transmettre des informations concernant cette population.

Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant 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
FRÉQUENCE DE LA COLLECTE DES DONNÉES	Tous les deux ans
INSTRUMENTS D'ÉVALUATION	Enquêtes spéciales comprenant notamment l'enquête de surveillance des comportements menée par Family Health International auprès des consommateurs de drogues injectables
MÉTHODE D'ÉVALUATION	Les personnes interrogées répondent aux questions suivantes : <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 drogue¹² ?
Numérateur :	Nombre de personnes interrogées déclarant avoir utilisé un matériel d'injection stérile la dernière fois qu'elles se sont injecté de la drogue
Dénominateur :	<p>Nombre de personnes ayant déclaré 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 / plus de 25 ans)</p> <p>Chaque fois que possible les données relatives aux consommateurs de drogues injectables doivent être collectées par l'intermédiaire d'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>

¹² Il pourrait s'avérer nécessaire de modifier cette question dans certains contextes locaux. Il peut arriver, du fait des habitudes de certains groupes, que les aiguilles et les seringues soient exposées au VIH sans pour autant avoir été partagées par les utilisateurs (par exemple, lorsque ceux-ci utilisent la même solution). C'est pourquoi les questions doivent viser à savoir si les aiguilles et seringues étaient bien stériles.

INTERPRÉTATION

Les enquêtes sur les consommateurs de drogues peuvent se révéler difficiles. C'est pourquoi, il est possible que les données obtenues ne soient pas basées sur un échantillon représentatif de ce groupe de population au plan national. Si l'on suspecte que les données ne sont pas basées sur un échantillon représentatif, il est nécessaire d'en tenir compte lors de leur interprétation. Lorsque différentes sources de données existent, 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 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.

Pour maximiser l'utilité de ces données, il est recommandé que l'échantillon qui a servi au calcul de cet indicateur soit utilisé pour mesurer les autres indicateurs se rapportant à ces populations.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

On trouvera des renseignements supplémentaires dans les publications suivantes :

- OMS/ONUDD/ONUSIDA (2009). *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for injecting Drug Users*. Genève : OMS
- ONUSIDA (2007). *Directives pratiques de l'ONUSIDA pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel*. Genève : ONUSIDA
- ONUSIDA (2008). *Procédé de suivi et d'évaluation des programmes de prévention du VIH destinés aux groupes de population les plus exposés au risque d'infection*. Genève : ONUSIDA

INDICATEURS DE L'IMPACT

22. Pourcentage de jeunes femmes et hommes de 15 à 24 ans infectés par le VIH *
23. Pourcentage, parmi les populations les plus à risque, de personnes infectées par le VIH
24. Pourcentage d'adultes et d'enfants séropositifs dont on sait qu'ils sont encore sous traitement 12 mois après le début de la thérapie antirétrovirale
25. Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives et qui sont infectés par le VIH

* Indicateur des objectifs du Millénaire pour le développement

22. Réduction de la prévalence du VIH

Le but ultime de la riposte au virus est d'éradiquer l'infection à VIH. Dans la mesure où ce sont les jeunes adultes qui affichent généralement les taux d'infection les plus élevés, plus de 180 pays se sont engagés à réduire considérablement la prévalence du VIH parmi les jeunes – une réduction de 25 % dans les pays les plus affectés d'ici 2005 et de 25 % au niveau mondial d'ici 2010.

Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans le cadre de la réduction de l'infection à VIH
APPLICABILITÉ	Pays dans lesquels l'épidémie est généralisée
FRÉQUENCE DE LA COLLECTE DES DONNÉES	Tous les ans
INSTRUMENTS D'ÉVALUATION	Directives OMS pour la surveillance sentinelle du VIH
MÉTHODE D'ÉVALUATION	Cet indicateur est calculé à l'aide des données sur les femmes enceintes fréquentant les dispensaires prénatals dans les sites soumis à une surveillance sentinelle du VIH dans la capitale, les autres zones urbaines et en milieu rural
Numérateur :	Nombre de femmes (15-24 ans) fréquentant un dispensaire prénatal dont le test de dépistage du VIH indique qu'elles sont séropositives
Dénominateur :	Nombre de femmes (15-24 ans) fréquentant un dispensaire prénatal ayant subi un test de dépistage du VIH
	Les sites de surveillance sentinelle utilisés pour mesurer cet indicateur doivent rester les mêmes pour que l'on puisse suivre les changements dans le temps
	Il faut également, lorsque cela est possible, indiquer le pourcentage de femmes âgées de 15 à 24 ans qui vivent dans la capitale, dans d'autres zones urbaines et en milieu rural pour permettre d'établir des estimations nationales, le cas échéant

INTERPRÉTATION

La prévalence du VIH à un âge donné résulte de la différence entre le nombre total de personnes qui ont contracté une infection à VIH jusqu'à cet âge moins le nombre de personnes qui sont décédées, exprimé en pourcentage du nombre total de personnes en vie à cet âge. Dans les tranches d'âge plus élevées, les variations de la prévalence du VIH sont lentes à refléter les évolutions du taux de nouvelles infections (incidence du VIH) parce que la durée moyenne de l'infection est longue. En outre, un recul de la prévalence de l'infection à VIH peut refléter une saturation de l'infection parmi les personnes les plus vulnérables et une hausse de la mortalité plutôt qu'un changement de comportement. Chez les plus jeunes, les tendances de la prévalence du VIH fournissent une meilleure indication des tendances récentes de l'incidence du VIH et des comportements à risque. En conséquence, un recul de l'incidence du VIH associé à de vrais changements de comportement devrait d'abord être visible au niveau des chiffres de la prévalence du VIH établis pour le groupe d'âge 15-19 ans. Lorsqu'elles sont disponibles, les données des enquêtes de surveillance comportementale parallèles doivent être utilisées pour aider à interpréter les tendances de la prévalence du VIH.

Dans les pays où l'âge au moment du premier rapport sexuel est plus élevé et/ou dans lesquels le taux de contraception est élevé aussi, la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans sera différente de celle constatée parmi l'ensemble des femmes du même groupe d'âge.

Cet indicateur (qui utilise les informations communiquées par les dispensaires prénatals) fournit une estimation assez rigoureuse des tendances relativement récentes de l'infection à VIH là où l'épidémie est principalement transmise par voie hétérosexuelle. Il est moins fiable en tant qu'indicateur des tendances de l'épidémie de VIH là où la plupart des cas d'infection sont pour le moment limités aux groupes de population les plus à risque.

Pour compléter les données rassemblées auprès des dispensaires prénatals, les pays sont de plus en plus nombreux à inclure le dépistage du VIH dans les enquêtes de population. Si des estimations de la prévalence du VIH ont été obtenues par un pays à partir de données d'enquête, ces estimations doivent être incluses dans la case réservée aux observations sur l'indicateur en question pour permettre des comparaisons avec d'autres enquêtes. Les estimations basées sur des enquêtes devraient être ventilées par sexe.

En ajoutant de nouveaux sites sentinelles, on augmente la représentativité de l'échantillon et la solidité de l'estimation de la prévalence du VIH, mais on réduit la comparabilité des valeurs. C'est pourquoi il est important d'exclure les nouveaux sites du calcul de cet indicateur lorsque l'on effectue l'analyse des tendances.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

On trouvera des renseignements supplémentaires sur le site Web suivant :

- http://www.unaids.org/fr/HIV_data/Methodology/default.asp

23. Réduction de la prévalence du VIH parmi les populations les plus à risque

Les populations les plus à risque présentent habituellement la prévalence du VIH la plus élevée dans les pays touchés par des épidémies concentrées ou généralisées. Dans de nombreux cas, la prévalence parmi ces populations peut être plus de deux fois supérieure à celle observée dans l'ensemble de la population. La réduction de la prévalence parmi les populations les plus à risque constitue une mesure essentielle de la riposte nationale au VIH. Cet indicateur doit être calculé séparément pour chacun des groupes de population considérés comme les plus à risque dans un pays donné, tels que les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Note : Les pays où l'on observe des épidémies généralisées peuvent également présenter une situation sub-épidémique concentrée parmi un ou plusieurs de ces groupes. Dans ce cas, il leur serait utile de rassembler et de transmettre des informations sur cet indicateur au sujet de ces groupes.

Pourcentage des populations les plus à risque qui sont infectées par le VIH

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans la réduction de la prévalence du VIH parmi les populations les plus à risque
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, y compris les pays présentant des situations sub-épidémiques concentrées internes à une épidémie généralisée.
FRÉQUENCE DE LA COLLECTE DES DONNÉES	Tous les ans
INSTRUMENTS D'ÉVALUATION	<i>ONUSIDA/OMS Directives de surveillance de seconde génération</i> ; directives internationales de Family Health International sur l'échantillonnage des groupes de population
MÉTHODE D'ÉVALUATION	Cet indicateur est calculé en utilisant les données rassemblées lors de tests de dépistage du VIH pratiqués parmi des membres des groupes de population les plus à risque dans le ou les principaux sites sentinelles
Numérateur :	Nombre de personnes parmi les populations les plus à risque ayant subi un test de dépistage du VIH et dont le résultat est positif
Dénominateur :	Nombre de personnes parmi les populations les plus à risque ayant subi un test de dépistage du VIH
	Les estimations de la prévalence doivent être ventilées par sexe et par âge (moins de 25 ans / plus de 25 ans)
	Les sites de surveillance sentinelle utilisés pour mesurer cet indicateur doivent rester les mêmes pour que l'on puisse suivre les changements dans le temps

Théoriquement, pour évaluer les progrès réalisés dans la diminution des nouvelles infections, 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 populations les plus à risque en vue d'évaluer l'impact du programme de prévention, il vaut mieux éviter de se cantonner dans les analyses concernant les jeunes, mais de 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 se sont adonné au commerce du sexe 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 la période de survie 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.

INTERPRÉTATION

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 à risque est plus étroitement associée au risque de contracter le VIH que l'âge. Il est donc souhaitable de ne pas limiter l'analyse aux jeunes mais de s'intéresser 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.

En ajoutant de nouveaux sites sentinelles, on augmente la représentativité de l'échantillon et la solidité de l'estimation de la prévalence du VIH, mais on réduit la comparabilité des valeurs. C'est pourquoi il est important d'exclure les nouveaux sites du calcul de cet indicateur lorsque l'on effectue l'analyse des tendances.

Le Groupe de travail ONUSIDA/OMS sur le VIH/sida et la surveillance des IST prépare actuellement des directives révisées pour la surveillance du VIH parmi les populations les plus vulnérables. On trouvera de plus amples informations sur le site : <http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/Epidemiology/default.asp>

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

On trouvera des renseignements supplémentaires sur le site Web suivant :

- http://www.unaids.org/fr/HIV_data/Methodology/default.asp

24. Traitement du VIH : personnes encore en vie après 12 mois de thérapie antirétrovirale

L'un des objectifs des programmes de traitement antirétroviral est de prolonger la durée de vie des personnes ayant contracté le virus. Alors que le traitement antirétroviral s'étend dans les pays à travers le monde, il est important de comprendre pourquoi et comment de nombreuses personnes abandonnent les programmes de traitement. Ces données peuvent être utilisées pour démontrer l'efficacité de ces programmes et mettre en lumière les obstacles à leur élargissement et à leur amélioration.

Pourcentage d'adultes et d'enfants infectés par le VIH dont on sait qu'ils sont toujours sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celui-ci

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans la prolongation de la survie des adultes et des enfants infectés qui sont maintenus sous traitement antirétroviral
APPLICABILITÉ	Tous les pays
FRÉQUENCE DE LA COLLECTE DES DONNÉES	Dès que les patients sont mis sous antirétroviraux, des données de cohorte les concernant doivent être recueillies mensuellement. Les données mensuelles relatives aux cohortes ayant suivi le traitement sur au moins 12 mois doivent être agrégées
INSTRUMENTS D'ÉVALUATION	Outils de suivi programmatique ; formulaires d'analyse relative aux cohortes / groupes
MÉTHODE D'ÉVALUATION	Registres de thérapie antirétrovirale et formulaires d'analyse relative aux cohortes
Numérateur :	Nombre d'adultes et d'enfants toujours sous antirétroviraux 12 mois après le début du traitement
Dénominateur :	Nombre total d'adultes et d'enfants qui ont commencé un traitement antirétroviral au cours des 12 mois précédant la période de transmission des données, y compris ceux qui sont décédés, ceux qui ont abandonné le traitement antirétroviral, et ceux qui ont été perdus de vue. Cet indicateur doit être ventilé par sexe et par âge (moins de 15 ans/ 15 ans et plus).
Definitions :	La période du rapport est définie comme toute période continue de 12 mois prenant fin à une date déterminée à l'avance et qui précède la remise du rapport. Elle peut être déterminée en fonction du calendrier d'établissement du rapport national. Si le rapport couvre la période du 1er janvier au 31 décembre 2009, les pays calculeront cet indicateur en utilisant les données relatives à tous les patients ayant entrepris un traitement antirétroviral à un moment quelconque de la période de 12 mois allant du 1er janvier au 31 décembre 2008. Si le rapport couvre la période du 1er juillet 2008 au 30 juin 2009, les pays incluront les données relatives aux patients ayant débuté le traitement dans la période allant du 1er juillet 2007 au 30 juin 2008.

Un résultat portant sur 12 mois est défini comme le résultat (à savoir, le patient est encore en vie et toujours sous antirétroviraux, décédé ou perdu de vue) 12 mois après avoir commencé le traitement antirétroviral. Ainsi, les patients ayant commencé le traitement antirétroviral au cours de la période allant du 1er janvier au 31 décembre 2007 auront atteint les 12 mois de traitement entre le 1er janvier et le 31 décembre 2008.

Le numérateur expliqué :

Pour entrer dans le numérateur, les données doivent concerner des adultes et des enfants en vie et sous antirétroviraux 12 mois après le début de leur traitement. Afin d'avoir une compréhension plus complète de ce que signifie la survie, il est nécessaire de recueillir les données suivantes :

- http://www.unaids.org/fr/HIV_data/Methodology/default.asp
Nombre d'adultes et d'enfants appartenant aux groupes de départ de la thérapie antirétrovirale débutant au moins 12 mois avant la fin de la période d'établissement du rapport
- Nombre d'adultes et d'enfants encore en vie et sous antirétroviraux 12 mois après le début de leur traitement

Le numérateur ne stipule pas que les patients aient été continuellement sous traitement antirétroviral pendant la période de 12 mois. Les patients qui ont manqué un ou deux rendez-vous ou n'ont pas retiré leurs médicaments toutes les fois, ou ont interrompu temporairement le traitement pendant les 12 mois mais qui sont reconnus comme étant encore sous traitement 12 mois après le début du traitement sont inclus dans le numérateur. En revanche, les patients qui sont décédés, qui ont abandonné le traitement ou qui ont été perdus de vue 12 mois après le début du traitement ne sont pas inclus dans le numérateur.

Par exemple, les patients ayant commencé le traitement antirétroviral en mai 2005 et qui à un moment quelconque entre mai 2005 et mai 2006 sont décédés, ont été perdus de vue (et ne sont jamais revenus) ou ont abandonné le traitement (et ne l'ont pas recommencé) ne sont donc plus sous traitement antirétroviral 12 mois plus tard (soit mai 2006) et ne sont pas inclus dans le numérateur. En revanche, un patient ayant commencé le traitement antirétroviral en mai 2005 et ayant manqué un rendez-vous en juin 2005, mais étant enregistré comme encore sous antirétroviraux en mai 2006 (au bout de 12 mois) est sous traitement antirétroviral et sera inclus dans le numérateur. Ce qui importe, c'est que le patient qui a commencé le traitement antirétroviral en mai 2005 soit enregistré comme étant en vie et toujours sous traitement 12 mois plus tard, sans qu'il soit tenu compte de ce qui s'est passé entre mai 2005 et mai 2006.

Le dénominateur expliqué :

Le dénominateur est le nombre total d'adultes et d'enfants figurant parmi les groupes ayant commencé le traitement antirétroviral à un moment quelconque au cours de la période de 12 mois précédant le début de la période couverte par le rapport, quel que soit leur résultat au bout de 12 mois. Par exemple, pour les rapports allant du 1er janvier au 31 décembre 2007, seront pris en considération tous les patients ayant commencé le traitement antirétroviral entre le 1er janvier et le 31 décembre 2006, c'est-à-dire tous les patients, tant ceux qui sont sous antirétroviraux que ceux qui sont décédés, qui ont abandonné le traitement ou qui ont été perdus de vue au bout de 12 mois.

Au niveau des établissements de santé, le nombre d'adultes et d'enfants sous traitement antirétroviral 12 mois après le début de celui-ci comprend les patients qui s'y sont rendus à un moment quelconque entre le début du traitement et la fin de la période de 12 mois et exclut les patients qui ont commencé le traitement et en sont sortis au cours de la même période, de façon à refléter la cohorte actuelle nette de patients fréquentant chaque établissement. En d'autres termes, au niveau des établissements, les patients qui sont sortis du traitement ne seront pas inclus dans le numérateur ni dans le dénominateur et les patients qui sont entrés dans le processus de traitement seront inclus dans le numérateur et dans le dénominateur. Au niveau national, le nombre de patients entrés dans le processus devrait correspondre au nombre de patients qui en sont sortis. Ainsi, la cohorte actuelle nette (les patients dont les résultats doivent actuellement être enregistrés par l'établissement, c'est-à-dire le nombre de patients qui étaient dans le groupe de départ, plus tous ceux qui sont entrés, moins tous ceux qui sont sortis) 12 mois plus tard devrait être égal à la cohorte du groupe de départ 12 mois auparavant.

INTERPRÉTATION

L'utilisation de ce dénominateur pourrait surestimer la « survie » réelle, si l'on considère qu'une partie de ceux qui ne peuvent pas être atteints sont encore en vie. C'est le nombre de personnes qui sont en vie et sous traitement antirétroviral (c'est-à-dire chez qui le traitement antirétroviral est maintenu) dans une cohorte de traitement qui est représenté ici.

La transmission prioritaire est celle qui met en commun les données relatives à la survie. Si des registres complets relatifs aux cohortes de patients existent, les pays sont invités à suivre l'observance du traitement à 14, 36 et 48 mois et par la suite tous les ans. Cela permettra de comparer dans le temps les taux de survie des personnes sous traitement antirétroviral. Tel quel, il est possible de savoir si la survie à 12 mois augmente ou diminue au fil du temps, mais il n'est pas possible d'en déterminer les causes. Par exemple, si la survie augmente dans le temps, on pourrait attribuer ce phénomène à de meilleurs soins et pratiques de traitement ou encore à un démarrage plus précoce du traitement antirétroviral. La poursuite de l'observance du traitement au bout de 12 mois doit donc être interprétée au vu des caractéristiques initiales de la cohorte des patients au moment où le traitement a démarré : la mortalité sera plus élevée dans les sites où les patients ont débuté le traitement à un stade plus avancé de l'infection. C'est pourquoi, la collecte et la transmission des données de survie sur des traitements de plus longue durée pourraient donner une meilleure idée de ce que sera l'efficacité du traitement antirétroviral sur le long terme.

25. Réduction de la transmission mère-enfant

Dans les pays à revenu élevé, les stratégies telles que le traitement antirétroviral pendant la grossesse et après l'accouchement, et l'utilisation de substituts du lait maternel ont permis de réduire fortement le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Dans les pays à faible revenu, il existe des obstacles significatifs à la mise en œuvre de telles stratégies du fait des contraintes en matière d'accès, du manque de moyens financiers pour utiliser les services de conseil et test volontaires et de santé reproductive, maternelle et infantile, qui interviennent dans la prévention de la transmission mère-enfant et proposent l'utilisation de substituts du lait maternel (lorsque cela fait partie de la politique de prévention de la transmission mère-enfant du pays). Il est néanmoins possible de parvenir à réduire substantiellement la transmission mère-enfant par le biais de stratégies telles que la prophylaxie antirétrovirale de courte durée.

Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives qui sont infectés par le VIH

OBJET	Evaluer les progrès réalisés dans l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
APPLICABILITÉ	Tous les pays
FRÉQUENCE DE LA COLLECTE DES DONNÉES	Tous les ans
INSTRUMENTS D'ÉVALUATION	Spectrum ou autre modélisation statistique fondée sur la couverture programmatique et les études d'efficacité
MÉTHODE D'ÉVALUATION	L'indicateur sera calculé en prenant la moyenne pondérée des probabilités de transmission mère-enfant pour les femmes enceintes qui reçoivent ou ne reçoivent pas de traitement prophylactique du VIH, les éléments pondérateurs étant la proportion de femmes qui reçoivent ou ne reçoivent pas divers schémas prophylactiques

INTERPRÉTATION

Cet indicateur se focalise sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant par le biais de la fourniture accrue d'antirétroviraux. Le logiciel d'estimation du VIH, Spectrum, tient compte du type de schéma thérapeutique ainsi que d'autres facteurs qui influent sur les taux de transmission du VIH comme les pratiques d'alimentation du nourrisson. Pour de plus amples informations concernant Spectrum, consulter la page Web du Groupe de référence ONUSIDA/OMS sur les estimations et projections indiquée ci-dessous.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

On trouvera des renseignements supplémentaires sur le site Web suivant :

- http://www.unaids.org/fr/HIV_data/Methodology/default.asp

Annexes

Annexe 1 : Modèle de Rapport de situation nationale

On trouvera ci-dessous un modèle intégral de la partie descriptive du rapport de situation nationale ainsi que des instructions détaillées sur la manière de remplir les différentes sections du rapport.

RAPPORT DE SITUATION NATIONALE À L'INTENTION DE L'UNGASS [Nom du pays]

Période considérée : janvier 2008-décembre 2009

Date de soumission du rapport : indiquer la date de soumission officielle par courriel du rapport national à l'ONUSIDA

I. Table des matières

Instructions : à compléter

II. Aperçu de la situation

Instructions : Cette section doit présenter un bref résumé des informations suivantes :

- a) degré de participation des parties prenantes au processus de rédaction du rapport ;
- b) situation actuelle de l'épidémie ;
- c) riposte au plan politique et programmatique ;
- d) récapitulatif des indicateurs à l'intention de l'UNGASS sous forme de tableau.

III. Aperçu de l'épidémie de sida

Instructions : Cette section doit traiter en détail de la prévalence du VIH dans le pays au cours de la période allant de janvier 2008 à décembre 2009 sur la base de la surveillance sentinelle et des études spéciales éventuelles en vue de la mise au point des indicateurs d'impact de l'UNGASS. Toutes les informations fournies doivent être accompagnées de l'indication de la source.

IV. Riposte nationale à l'épidémie de sida

Instructions : Cette section doit refléter les changements apportés à l'engagement national et à la mise en œuvre du programme au cours de la période janvier 2008-décembre 2009, ventilés par efforts de prévention, de soins, de traitement et de soutien, connaissances et changements intervenus dans les comportements, et atténuation de l'impact du VIH.

Les pays devraient mentionner en particulier les liens qui existent entre l'environnement politique, la mise en œuvre des programmes relatifs au VIH, les changements de comportements vérifiables et la prévalence du VIH tels qu'étayés par les données des indicateurs de l'UNGASS. Le cas échéant, ces données devront également être présentées et analysées par sexe et par tranches d'âge (15-19 ans, 20-24 ans, 25-49 ans). Les pays doivent également utiliser les données de l'Indice composite des politiques nationales (voir annexe 4) pour décrire les progrès réalisés dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques/stratégies et inclure, le cas échéant, une analyse des tendances relatives aux principales données de l'Indice composite depuis 2003. Les pays sont invités à mentionner les données complémentaires qui leur ont permis d'étayer leur analyse et interprétation des données de l'UNGASS.

V. Meilleures pratiques

Instructions : Cette section doit donner des exemples détaillés de ce qui est considéré comme meilleures pratiques dans le pays dans un ou plusieurs domaines clés (tels que direction politique ; environnement politique propice, intensification des programmes efficaces de prévention ; intensification des programmes de soins, de traitement et/ou de soutien ; suivi et évaluation, développement des capacités ; développement de l'infrastructure. L'objectif de cette section est de communiquer aux autres pays les leçons tirées de l'expérience.

VI. Principaux obstacles et mesures correctives

Instructions : Cette section doit aborder principalement :

- a) les progrès éventuels réalisés pour apporter des mesures correctives aux principaux obstacles dont il est fait état dans le Rapport de situation nationale 2007 à l'UNGASS ;
- b) les obstacles ayant entravé la riposte nationale au cours de toute la période de collecte des données (2008-2009) en général, ainsi que les progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs de l'UNGASS en particulier ;
- c) les mesures correctives concrètes prévues en vue de réaliser les objectifs convenus de l'UNGASS.

VII. Soutien des partenaires du développement

Instructions : Cette section abordera principalement a) le soutien le plus important reçu des partenaires du développement afin de réaliser les objectifs de l'UNGASS et b) les actions que doivent entreprendre ces partenaires à cette fin.

VIII. Suivi et évaluation

Instructions : Cette section doit fournir un aperçu a) du système actuel de suivi et évaluation ; b) des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre d'un système de suivi et évaluation complet ; c) des mesures correctives prévues pour surmonter ces difficultés, et d) mettre en lumière, s'il y a lieu, le besoin d'assistance technique et de renforcement des capacités en matière de suivi et évaluation. Les pays doivent s'inspirer de l'Indice composite des politiques nationales pour établir cette section (voir l'annexe 4).

ANNEXES

ANNEXE 1 : Processus de consultation et de préparation du rapport national sur le suivi et l'évaluation en vue de la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida

ANNEXE 2 : Questionnaire de l'Indice composite des politiques nationales

Prière de soumettre, le Rapport de situation nationale pour l'UNGASS avant le 31 mars 2010, par le biais du site Web de l'UNGASS (www.unaids.org/UNGASS2010).

Veuillez adresser vos demandes d'informations relatives à l'établissement de rapports UNGASS à la Division Suivi et Évaluation de l'ONUSIDA (ungassindicators@unaids.org).

Au cas où vous n'utiliserez ni le Système d'information sur la riposte des pays version 3 (CRIS3) ni le site Web UNGASS pour transmettre vos données d'indicateurs, veuillez nous faire parvenir votre rapport d'ici au 15 mars 2010 au plus tard afin de nous donner le temps de saisir vos données manuellement dans la Base de données informatiques sur la riposte à Genève

Annexe 2. Processus de consultation/préparation du Rapport national de surveillance du suivi de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*

- 1) Quelles institutions/entités ont été chargées de remplir les formulaires d'indicateurs ?
- | | | |
|-----------------------------------|-----|-----|
| a) CNLS ou équivalent | Oui | Non |
| b) PNLIS | Oui | Non |
| c) Autres
(Prière de préciser) | Oui | Non |
- 2) A partir des données des
Ministères :
- | | | |
|--------------------------------|-----|-----|
| Education | Oui | Non |
| Santé | Oui | Non |
| Emploi | Oui | Non |
| Affaires étrangères | Oui | Non |
| Autres
(Prière de préciser) | Oui | Non |
- | | | |
|------------------------------------|-----|-----|
| Organisations de la société civile | Oui | Non |
| Personnes vivant avec le VIH | Oui | Non |
| Secteur privé | Oui | Non |
| Institutions des Nations Unies | Oui | Non |
| Organismes bilatéraux | Oui | Non |
| ONG internationales | Oui | Non |
| Autres
(Prière de préciser) | Oui | Non |
- 3) Le rapport a-t-il fait l'objet d'un débat dans un grand forum ?
- | | |
|-----|-----|
| Oui | Non |
|-----|-----|
- 4) Les résultats de l'enquête sont-ils conservés
de manière centralisée ?
- | | |
|-----|-----|
| Oui | Non |
|-----|-----|
- 5) Le public peut-il consulter ces données ?
- | | |
|-----|-----|
| Oui | Non |
|-----|-----|
- 6) Qui a été chargé de la soumission du rapport et de répondre aux questions éventuelles
concernant le Rapport de situation national ?

Nom / titre : _____

Date : _____

Signature : _____

Prière de fournir les coordonnées complètes :

Adresse : _____

Courriel : _____

Téléphone : _____

Annexe 3. Grille nationale de financement – 2010

Note d'envoi

Prière de remplir et de soumettre la Grille nationale de financement

Pays : _____

Personnes à contacter auprès du Conseil national de lutte contre le sida (ou de l'organe équivalent) :

Nom : _____ Titre : _____

Coordonnées du Conseil national de lutte contre le sida (ou de l'organe équivalent) :

Adresse : _____ Courriel : _____

Téléphone : _____ Télécopie : _____

Cycle d'établissement des rapports : Année civile _____ ou exercice financier _____

Pour un cycle correspondant à un exercice financier, veuillez indiquer le mois/année du début et le mois/année de la fin : _____ / _____ à _____ / _____

Monnaie locale : _____

Taux de change moyen avec le dollar US au cours du cycle d'établissement des rapports : _____

Méthodologie :

(Parmi les méthodologies suivantes – évaluation des dépenses nationales consacrées à la lutte contre le sida, dépenses nationales de santé ou enquêtes sur les flux de ressources – veuillez indiquer celle qui vous a permis de trouver les données que vous avez saisies dans la grille nationale de financement. En outre, veuillez préciser comment ou auprès de quelle entité il est possible d'accéder au rapport complet contenant les données que la méthodologie retenue a servi à extraire).

Dépenses non répertoriées :

(Veuillez indiquer si des dépenses pour des activités dans l'une quelconque des catégories ou sous-catégories de dépenses relatives au sida ne figurent pas dans la grille nationale de financement et expliquer pourquoi).

Aide budgétaire : L'aide budgétaire provenant d'une source internationale (par exemple d'un donateur bilatéral) figure-t-elle dans les sous-catégories centrale/nationale et/ou locale à la rubrique Sources publiques de financement ?

___ Oui ___ Non

Grille nationale de financement– 2010

Généralités

On trouvera la grille nationale de financement sur le site Web d'établissement des rapports UNGASS 2010 : www.unaids.org/UNGASS2010. C'est sur la Grille nationale de financement que l'on se fonde pour mesurer le premier indicateur de l'UNGASS relatif à l'engagement et à l'action au plan national : Dépenses consacrées à la lutte contre le sida par catégories et sources de financement. La grille est un tableur qui permet aux pays d'enregistrer leurs dépenses relatives au sida sous huit catégories réparties sous trois sources de financement. Cet indicateur fournit des informations cruciales utiles aux niveaux national et mondial de la riposte au sida. La Grille nationale de financement a été conçue de façon à être compatible avec la collecte courante des données et les systèmes de suivi, à savoir l'estimation nationale des ressources et des dépenses de lutte contre le sida (NASA), les dépenses nationales de santé¹³ et les enquêtes sur les flux de ressources, ce qui permet de transférer les informations concernant ces instruments dans la grille. Pour les pays utilisant la NASA, la grille est l'une des résultantes de cet instrument (les pays s'intéressant à la mise en œuvre de la NASA sont encouragés à contacter l'ONUSIDA afin d'obtenir de plus amples informations sur cet instrument).

Structure de la grille

La Grille nationale de financement est composée de deux éléments principaux :

- Les catégories de dépenses affectées à la lutte contre le sida (Comment les crédits alloués à la riposte nationale sont dépensés)
- Les sources de financement (Où se procure-t-on les crédits alloués à la riposte nationale)

Il y a huit catégories de dépenses relatives au sida : prévention ; soins et traitement ; orphelins et enfants vulnérables ; renforcement de la gestion et de l'administration du programme ; programmes d'incitation pour les ressources humaines ; protection sociale et services sociaux (à l'exclusion des orphelins et des enfants vulnérables) ; environnement propice et développement communautaire ; recherche.

Chacune des catégories de dépenses comprend de multiples sous-catégories, 77 pour l'ensemble des huit catégories. Il faut se souvenir que toutes les catégories et sous-catégories sont exclusivement consacrées à la lutte contre le sida. Ainsi, les dépenses énumérées dans la liste Environnement propice et développement communautaire seront exclusivement attribuables à la riposte au sida.

La prévention est la plus grande catégorie, avec 22 sous-catégories, allant du conseil et test volontaires à la sécurité transfusionnelle, en passant par le marketing social des préservatifs ; les sept autres catégories de dépenses ont chacune moins de 10 sous-catégories. Le rôle de ces catégories et sous-catégories est d'aider les gouvernements nationaux à ventiler leurs dépenses de la manière la plus rationnelle et la plus cohérente possible. Comme il est dit plus haut, la grille a été conçue de façon à être compatible avec la collecte courante des données et les systèmes de suivi afin de réduire la charge que l'établissement des rapports constitue pour les gouvernements nationaux.

On dénombre trois grands groupes de sources de financement : publiques nationales, internationales, et privées nationales (facultatif pour les données destinées à l'UNGASS).

Comme les catégories de dépenses, les sources de financement ont de multiples sous-catégories. Les sources publiques en ont quatre : nationales/centrales, infranationales, prêts remboursables des banques de développement et toutes autres sources publiques. Les sources internationales en ont cinq : sources bilatérales, institutions des Nations Unies, Fonds mondial, subventions non remboursables des banques de développement et toutes autres sources internationales. Les sources privées ont deux sous-catégories : entreprises et consommateurs / débours directs (*Note : les données concernant les sources privées ne sont pas obligatoires pour les rapports soumis à l'UNGASS. Toutefois, les pays sont vivement encouragés à recueillir et transmettre les données disponibles dans ce domaine, car elles peuvent être utiles pour la gestion de la riposte nationale à l'épidémie.*)

¹³ Si un pays dispose d'un programme Dépenses nationales de santé (NHA), il doit consulter le guide NASA complet mis au point par l'ONUSIDA, lequel fournit des orientations sur la manière d'élaborer des grilles de NHA tout en faisant correspondre les chiffres provenant du programme à la grille nationale de financement. On peut obtenir un soutien technique supplémentaire sur la façon d'utiliser la passerelle reliant les deux programmes auprès des conseillers en suivi et évaluation de l'ONUSIDA, du Bureau pays de l'ONUSIDA ou de l'Unité Suivi des ressources au siège de l'ONUSIDA à Genève.

Instructions

- Le Conseil national de lutte contre le sida ou l'organe équivalent doit nommer un coordonnateur technique pour gérer la collecte et les entrées des données qui seront saisies dans la Grille nationale de financement. Il est fortement conseillé que ce coordonnateur possède une bonne connaissance des instruments et des technologies utilisés couramment dans le pays pour la collecte de ce type de données financières (notamment l'estimation nationale des ressources et des dépenses de lutte contre le sida, les dépenses nationales de santé et les enquêtes sur les flux de ressources). Il est également recommandé que le coordonnateur prenne contact avec d'autres personnes en charge du suivi des ressources nationales comme celles auprès du Ministère de la santé, qui s'occupent du relevé des dépenses relatives au VIH. L'idée de faire appel à leur participation est de s'entendre sur les estimations nationales relatives aux dépenses consacrées à la lutte contre le VIH et d'éviter les initiatives faisant double emploi.
- Les pays sont priés d'entrer dans la Grille nationale de financement des données aussi détaillées que possible, notamment des données ventilées par catégories et sous-catégories applicables de dépenses relatives à la lutte contre le sida et de sources de financement. Il convient de désigner clairement toute catégorie ou sous-catégorie qui s'applique au pays ; les explications concernant des catégories ou sous-catégories ne faisant pas l'objet d'une estimation pour toute autre raison doivent figurer dans la note d'envoi.
- Les données financières figurant dans la grille *doivent* correspondre à des dépenses réelles et *ne doivent pas* inclure des montants n'ayant pas été évalués en tant que dépenses réelles ni correspondre à des engagements.
- Le total de chaque poste budgétaire doit inclure le financement provenant de toutes les sources énumérées dans ce poste. En outre, il doit y avoir un total partiel pour chacune des huit catégories de dépenses relatives au sida reproduisant tous les financements de toutes les sources pour toutes les sous-catégories d'une catégorie donnée.
- Les montants figurant dans toutes les catégories et sous-catégories doivent être exprimés en monnaie locale. Il est cependant également important de mentionner le taux de change du dollar US pour l'année civile ou financière pour laquelle le rapport est établi. Voir la note d'envoi de la Grille nationale de financement, page 84.
- Les catégories et sous-catégories de dépenses parlent d'elles-mêmes. Les dépenses qui ne correspondent à aucune des sous-catégories doivent être placées dans la catégorie Autres/Non classées ailleurs qui apparaît dans chacune des huit catégories de dépenses relatives au sida. (On trouvera une description détaillée des catégories et sous-catégories dans la publication de l'ONUSIDA intitulée *Notebook to Produce National AIDS Spending Assessments*, mentionnée ci-dessous).
- Chaque dépense ne doit figurer que dans une catégorie ou sous-catégorie et ne doit *jamais* être comptée à double. Par exemple, les dépenses relatives à des activités en faveur des orphelins et enfants vulnérables ne devraient pas figurer une deuxième fois sous Protection sociale et services sociaux.
- Les catégories et sous-catégories des sources de financement parlent d'elles-mêmes. Les données qui ne correspondent à aucune sous-catégorie doivent être placées dans la sous-catégorie Toutes autres catégories qui figure dans les sources publiques et les sources internationales. Veuillez noter que la liste des catégories et sous-catégories des sources de financement n'est pas exhaustive ; toutefois elle donne une excellente idée des principales sources de financement.
- Les financements apparaissant dans les sous-catégories Centrale/nationale et Infranationale de la rubrique Sources publiques mentionneront *seulement* les revenus générés par le gouvernement et alloués à la riposte au sida. Ils ne doivent comprendre *aucun* financement d'aide au développement de provenance internationale quel qu'il soit ; l'unique exception envisageable serait l'aide budgétaire d'organisations donatrices que l'on ne peut distinguer du revenu intérieur. S'il est possible d'identifier le montant total de l'aide budgétaire, il doit figurer dans les sous-catégories appropriées des sources internationales (Sources bilatérales, par exemple). Si une aide budgétaire est incluse dans les sous-catégories centrale/nationale ou infranationale, veuillez le mentionner dans la note d'envoi (voir ci-dessus).
- Le financement fourni par une banque de développement doit être désigné soit comme Remboursable (prêts, par exemple) et placé dans les Sources publiques, soit comme Non remboursable (subventions, par exemple) et placé dans les Sources internationales. Les pays à qui les banques de développement fournissent aussi bien des prêts que des subventions doivent veiller à inscrire ces crédits dans les catégories appropriées.

- Les financements octroyés par des donateurs bilatéraux particuliers *ne doivent pas* être ventilés par institution donatrice dans la grille de financement.
- Les financements octroyés par des fondations internationales doivent être inscrits dans la catégorie Internationale, sous Toutes autres sous-catégories. Les crédits reçus de fondations nationales doivent être inscrits dans la catégorie Publique sous Toutes autres sous-catégories.
- Il n'est pas obligatoire de fournir des informations sur le financement provenant de sources privées. Toutefois les pays sont vivement encouragés à recueillir et transmettre les données disponibles dans ce domaine de façon à donner un tableau plus complet des crédits disponibles pour la riposte au sida.
- Dans la colonne des sources privées correspondant aux entreprises, il faut énumérer, par société, les crédits dépensés dans le pays dans les différentes catégories et sous-catégories des dépenses relatives au sida ; la colonne adjacente consacrée aux Consommateurs/débours directs doit énumérer les crédits dépensés par les particuliers et/ou les familles dans les sous-catégories et catégories des dépenses relatives au sida. (*Note : il est fort probable que la plupart des entrées de la colonne Consommateurs/débours directs appartiennent aux catégories Soins et traitement ainsi qu'à un certain nombre des catégories et sous-catégories de la Prévention*)
- Si le pays dispose d'un programme Dépenses nationales de santé, il devrait demander le NASA-NHA Crosswalk (*Passerelle NASA-NHA*), qui est un guide complet publié par l'ONUSIDA montrant comment faire correspondre les sorties de ce programme à la Grille nationale de financement. Les pays peuvent contacter la personne chargée du suivi et de l'évaluation du bureau de l'ONUSIDA dans le pays ou l'Unité Suivi des ressources au siège de l'ONUSIDA à Genève.
- Le pays fondant sa recherche sur une Enquête sur les flux de ressources peut avoir la possibilité d'établir une corrélation de l'information entre les totaux partiels de l'enquête et les huit catégories de dépenses relatives au sida se trouvant dans la Grille nationale de financement.
- Les versions électroniques du *Notebook to Produce National AIDS Spending Assessments* et du *National AIDS Spending Assessment (NASA) Classification Taxonomy and Definitions* peuvent être téléchargées de la page Web de l'ONUSIDA : www.unaids.org/en/Coordination/FocusAreas/track-monitor-evaluate.asp. Une version électronique de la grille peut être téléchargée en tant que fichier Excel à partir du même site.
- Le Secrétariat de l'ONUSIDA recommande vivement que le comité national de lutte contre le sida ou l'organe équivalent organise un atelier d'un jour permettant aux parties prenantes concernées de passer en revue la Grille nationale de financement avant que celle-ci ne soit soumise à l'UNGASS. Les parties concernées sont les ministères et départements fédéraux et les instances gouvernementales, provinciales et régionales, les organisations civiles locales et internationales, les institutions multilatérales, les donateurs bilatéraux, les fondations et entités du secteur commercial, ainsi que les représentants de toutes autres initiatives de suivi des ressources.

On trouvera la grille nationale de financement sur le site Web d'établissement des rapports UNGASS 2010 : www.unaids.org/UNGASS2010.

Si vous n'avez pas accès à cet outil, veuillez soumettre la grille nationale de financement par courriel à la Division de l'ONUSIDA Économie et financement de la lutte contre le sida (nfm@unaids.org).

On soumettra la grille nationale de financement au moyen du site Web de l'UNGASS.

Grille nationale de financement
Catégories de dépenses liées au sida par source de financement

ANNEE _____

Année civile: Oui _____ Non _____

Exercice budgétaire : _____ (préciser début/fin)

Monnaie locale utilisée pour la grille : _____

Taux moyen de change pour l'année : _____

Catégories de dépenses liées au sida

TOTAL	Sources de financement														Sources privées (facultatif aux fins du rapport UNGASS)			
	Sources publiques						Sources internationales								Total partiel privé	Institutions à but lucratif / Entreprises	Revenus des ménages	Toutes autres privées
	Total partiel public	Central / National	Infra-national	Banques dev. remboursable (ex. prêts)	Sécurité sociale	Toutes autres publiques	Total partiel international	Bilatérales	Institutions ONU	Fonds mondiaux	Multilatérales	Banques dev. non-remboursable (ex. subventions)	Toutes autres multilatérales	Toutes autres internationales				
TOTAL																		
1. Prévention (total partiel)																		
1.01 Communication: changement social et comportemental																		
1.02 Mobilisation communautaire																		
1.03 Conseil et test volontaires																		
1.04 Réduction du risque - populations vulnérables accessibles																		
1.05 Prévention - Jeunes scolarisés																		
1.06 Prévention - Jeunes non scolarisés																		
1.07 Prévention de la transmission du VIH à l'intention des personnes vivant avec le VIH																		
1.08 Programmes de prévention pour les professionnel(le)s du sexe et leurs clients																		
1.09 Programmes de prévention pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes																		
1.10 Programmes de réduction des risques pour les consommateurs de drogues injectables																		
1.11 Programmes de prévention sur le lieu de travail																		
1.12 Marketing social des préservatifs																		
1.13 Distribution de préservatifs masculins par les secteurs public et privé																		
1.14 Distribution de préservatifs féminins par les secteurs public et privé																		
1.15 Microbicides																		
1.16 Prévention, diagnostic et traitement des infections sexuellement transmissibles																		
1.17 Prévention de la transmission mère-enfant																		
1.18 Circoncision masculine																		
1.19 Sécurité transfusionnelle																		
1.20 Injections médicales sûres																		
1.21 Précautions universelles																		
1.22 Prophylaxie post-exposition																		
1.98 Activités de prévention non ventilées par intervention																		
1.99 Activités de prévention non classifiées ailleurs																		
2. Soins et traitement (total partiel)																		
2.01 Traitement ambulatoire																		
2.01.01 Conseil et test à l'initiative du prestataire																		
2.01.02 Prophylaxie et traitement ambulatoire des infections opportunistes																		
2.01.03 Traitement antirétroviral																		
2.01.04 Soutien nutritionnel associé au traitement antirétroviral																		
2.01.05 Surveillance des laboratoires de dépistage du VIH																		
2.01.06 Soins bucco-dentaires pour les personnes vivant avec le VIH																		
2.01.07 Services de traitement et de soutien psychologiques																		
2.01.08 Soins palliatifs pour malades ambulatoires																		
2.01.09 Soins à domicile																		
2.01.10 Médecine traditionnelle et services informels de soins et traitement																		
2.01.98 Services ambulatoires non ventilés par intervention																		
2.01.99 Services ambulatoires non classifiés ailleurs																		
2.02 Soins en établissement																		
2.02.01 Traitement en établissement des infections opportunistes																		
2.02.02 Soins palliatifs en établissement																		
2.02.98 Soins en établissement non ventilés par intervention																		
2.02.99 Soins en établissement non classifiés ailleurs																		
2.03 Transport des patients et services d'urgence																		
2.98 Soins et traitements non ventilés par intervention																		
2.99 Soins et traitements non classifiés ailleurs																		
3. Orphelins et enfants vulnérables (total partiel)																		
3.01 Education des OEV																		
3.02 Soins de santé de base des OEV																		
3.03 Soutien familial aux OEV																		
3.04 Soutien communautaire aux OEV																		
3.05 Services sociaux et coûts administratifs OEV																		
3.06 Prise en charge en établissement des OEV																		
3.98 Services OEV non ventilés par intervention																		
3.99 Autres/Non classifiés ailleurs																		
4. Renforcement de la gestion et de l'administration des programmes (total partiel)																		
4.01 Planification, coordination et gestion du programme																		
4.02 Coûts administratifs et de transaction associés à la gestion et au décaissement des fonds																		
4.03 Suivi et évaluation																		
4.04 Recherche opérationnelle																		
4.05 Sérosurveillance																		
4.06 Surveillance de la pharmacorésistance du VIH																		
4.07 Systèmes d'approvisionnement en médicaments																		
4.08 Technologies de l'information																		
4.09 Recherche des patients																		
4.10 Modernisation et constructions des infrastructures																		
4.11 Test VIH obligatoire (conseil et test non volontaires)																		
4.98 Renforcement de la gestion et de l'administration des programmes non ventilé par type																		
4.99 Renforcement de la gestion et de l'administration des programmes non classifié ailleurs																		
5. Ressources humaines (total partiel)																		
5.01 Incitations financières pour les ressources humaines																		
5.02 Formation en vue de constituer des effectifs pour la lutte contre le VIH																		
5.03 Formation																		
5.98 Mesures d'incitation pour les ressources humaines non détaillées																		
5.99 Mesures d'incitation pour les ressources humaines non classifiées ailleurs																		
6. Protection sociale et services sociaux (OEV exclus) (total partiel)																		
6.01 Protection sociale par le biais d'indemnités																		
6.02 Protection sociale par le biais d'avantages en nature																		
6.03 Protection sociale grâce à la prestation de services sociaux																		
6.04 Projets producteurs de recettes réservés au VIH																		
6.98 Services de protection sociale et services sociaux non ventilés par type																		
6.99 Services de protection sociale et services sociaux non classifiés ailleurs																		
7. Environnement propice (total partiel)																		
7.01 Plaidoyer																		
7.02 Programmes sur les droits de la personne																		
7.03 Développement institutionnel lié au sida																		
7.04 Programmes axés sur le sida et consacrés aux femmes																		
7.05 Programmes visant à réduire les actes de violence liés au sexe																		
7.98 Environnement propice et développement communautaire non ventilé par type																		
7.99 Environnement propice et développement communautaire non classifié ailleurs																		
8. Recherche à l'exclusion de la recherche opérationnelle incluse ailleurs (total partiel)																		
8.01 Recherche biomédicale																		
8.02 Recherche clinique																		
8.03 Recherche épidémiologique																		
8.04 Recherche en sciences sociales																		
8.05 Recherche sur les vaccins																		
8.98 Recherche non ventilée par type																		
8.99 Recherche non classifiée ailleurs																		

*Dans ce contexte, enfants vulnérables s'applique aux enfants dont le parent est trop malade pour s'en occuper mais qui n'ont pas droit au soutien social réservé aux orphelins.

**Le poste Incitations pour les ressources humaines doit être désagrégé des dépenses pour la prestation des autres activités, ex. services ambulatoires et en établissement. Il convient d'éviter la double comptabilisation.

Annexe 4. Indice composite des politiques nationales 2010

PAYS :

Nom du responsable du Comité national de lutte contre le sida chargé de soumettre l'Indice et qui peut être contacté pour des éclaircissements, le cas échéant :

Adresse postale : _____

Tél. : _____

Fax : _____

Courriel : _____

Date de soumission du rapport : _____

Comment remplir le questionnaire : instructions

L'instrument suivant permet de mesurer les progrès réalisés dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, stratégies et lois nationales pour la lutte contre le sida. **Il fait partie intégrante des indicateurs de base de l'UNGASS et doit être complété et soumis en tant que partie du rapport de situation national 2010 à l'UNGASS.**

La quatrième version de l'Indice composite des politiques nationales a été actualisée pour tenir compte des nouvelles orientations programmatiques concernant le VIH et pour être compatible avec les nouveaux instruments d'évaluation des politiques et de la mise en œuvre¹⁴. Des orientations supplémentaires ont été incluses pour augmenter la validité des réponses et leur comparabilité entre divers pays. La plupart des questions sont identiques à celles de 2005 et de 2007, par conséquent, les pays devraient être à même d'effectuer (et il est fortement conseillé qu'ils le fassent) une analyse des tendances et d'inclure une description des progrès réalisés dans a) l'élaboration de politiques, stratégies et lois, et b) leur mise en œuvre à l'appui de la riposte nationale au VIH. Il convient également d'inclure des observations concernant les concordances et les divergences des réponses aux questions des parties A et B qui se recoupent ainsi qu'une analyse des tendances des principales données de l'Indice depuis 2003, le cas échéant¹⁵.

STRUCTURE DU QUESTIONNAIRE

L'Indice composite des politiques nationales est divisé en **deux parties**.

Partie A, à remplir par les responsables publics

Cette partie A couvre ce qui suit :

- I. Plan stratégique
- II. Appui politique
- III. Prévention
- IV. Traitement, soins et soutien
- V. Suivi et évaluation

Partie B, à remplir par les représentants des organisations de la société civile, des organismes bilatéraux et des organisations du système des Nations Unies.

Cette partie couvre ce qui suit :

- I. Droits de la personne
- II. Participation de la société civile
- III. Prévention
- IV. Traitement, soins et soutien

On retrouve quelquefois les mêmes questions dans les parties A et B, et ceci afin d'obtenir les points de vue, qu'ils correspondent ou divergent, des répondants du gouvernement et des répondants non gouvernementaux.

Il est important que l'indice composite des politiques nationales soit dûment et entièrement rempli, c'est-à-dire cocher les réponses standard qui s'appliquent et fournir des renseignements supplémentaires dans les cases prévues à cet effet. De cette manière, la situation actuelle du pays est plus facile à cerner, on obtient des exemples de bonne pratique susceptibles d'inspirer d'autres, et on fait apparaître les aspects qui doivent être améliorés. Les réponses donnent une idée globale de la situation politique, stratégique, juridique et de la mise en œuvre du programme concernant la riposte au VIH. Les cases libres permettent de s'exprimer sur des questions que l'on juge importantes mais insuffisamment cernées dans les questions telles que posées, à savoir variations infranationales importantes ; degré d'application des stratégies, politiques, lois et réglementations ; notes explicatives ; commentaires sur les sources de données, etc. En général, les *projets* de stratégies, politiques et lois *ne* sont *pas* considérés comme 'existants' (à savoir,

¹⁴ Policy and Planning Effort Index for children made vulnerable by HIV/AIDS, UNICEF 2005 ; Vers un accès universel : Étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé, ONUSIDA, 2007 ; Définir des objectifs nationaux en vue d'avancer vers l'accès universel, ONUSIDA, 2006 ; Directives pratiques de l'ONUSIDA pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel, ONUSIDA, 2007

¹⁵ Comparer l'Index des *Guidelines on construction of core indicators*, ONUSIDA 2002, 2005 et 2007 respectivement, concernant le choix des questions dont on peut mesurer les tendances.

il n'y a pas encore eu l'occasion de juger de leur effet sur la mise en œuvre du programme) par conséquent, il faut répondre 'non' à la question de savoir si un tel document existe. Il serait toutefois utile d'indiquer dans la case libre y afférente que ces documents existent sous forme de projets.

La responsabilité globale du collationnement et de la transmission des informations liées à l'Indice composite des politiques nationales incombe aux gouvernements nationaux, par le biais de leur comité national de lutte contre le sida ou de tout autre organe équivalent.

ÉTAPES PROPOSÉES POUR LA COLLECTE ET LA VALIDATION DES DONNÉES

L'indice composite des politiques nationales devrait dans l'idéal être achevé au cours des six derniers mois de la période d'établissement des rapports (c.-à-d., entre juin et décembre 2009 pour le cycle 2010). Étant donné que diverses parties prenantes doivent être consultées, il est important de se donner suffisamment de temps pour la collecte et la compilation des données.

1. Désigner deux coordonnateurs techniques (un pour chaque partie)

Les coordonnateurs techniques seront chargés de procéder à des vérifications sur pièce, de mener des entretiens selon les besoins, de réunir les parties prenantes concernées, et de faciliter la compilation et la synthèse des données de l'indice. Pour la partie A, il faut de préférence sélectionner un membre du Comité national de lutte contre le sida ou d'un organe apparenté et pour la partie B une personne ne faisant pas partie du gouvernement. Dans l'idéal, ces personnes ne doivent rien ignorer en matière de suivi et d'évaluation, connaître les principaux protagonistes de la riposte nationale au VIH et comprendre la politique nationale et l'environnement juridique.

2. Convenir avec les parties prenantes du processus de collecte et de validation des données

La participation de diverses parties prenantes y compris des représentants des organisations de la société civile est indispensable pour répondre correctement aux questions figurant dans l'indice composite des politiques nationales. Il est fortement conseillé d'organiser un atelier initial avec les principales parties prenantes pour décider du processus de collecte des données, notamment les documents utiles pour l'examen sur dossier, les représentants d'organisations avec lesquels il convient de s'entretenir, et les procédés à utiliser pour déterminer les réponses finales et le calendrier.

3. Obtenir des données

Les données de l'indice soumises doivent être le bilan le plus récent de l'environnement politique, stratégique et juridique. Étant donné que le processus exige la consultation de diverses parties prenantes et que les données doivent être vérifiées avant d'être soumises à l'ONUSIDA, il est important de prévoir suffisamment de temps.

Chaque section doit être complétée en accomplissant les tâches suivantes :

i). Examen sur dossier des documents pertinents

Si cela n'a pas déjà été fait, il est utile de rassembler tous les documents clés relatifs à la riposte au VIH (à savoir, politiques, stratégies, lois, directives, rapports, etc.) dans un même lieu d'accès facile à toutes les parties prenantes, comme un site Web. Ainsi, on facilitera la vérification des réponses de l'indice, et plus important encore, on encouragera, en les faisant mieux connaître, le recours à ces documents importants pour faire progresser la riposte nationale au VIH.

ii). Entretiens (ou d'autres moyens d'obtenir efficacement l'information) avec les personnes qui connaissent le mieux la question traitée, et notamment, mais non seulement, avec :

- Pour les sections *Plan stratégique* et *Appui politique* : le Directeur ou le Directeur adjoint du Programme ou du Comité national de lutte contre le sida (ou un organe équivalent), les directeurs du Programme national de lutte contre le sida aux niveaux des provinces et des districts (ou niveaux équivalents de décentralisation).
- Pour la section *Suivi et évaluation* : des fonctionnaires du Comité national de lutte contre le sida ou d'un organe apparenté, du ministère de la Santé, les points focaux pour le VIH des autres ministères, le groupe de travail technique national chargé du suivi et évaluation.
- Pour les questions relatives aux *Droits de la personne* : des responsables du ministère de la Justice et des commissaires aux droits de l'homme pour les questions de la partie A ; des représentants d'organisations non gouvernementales de protection des droits de l'homme ou de centres/d'institutions d'aide juridique œuvrant dans le domaine du VIH pour les questions de la partie B.

- Pour la section *Participation de la société civile* : un échantillon représentatif des grandes organisations de la société civile travaillant dans le domaine de la riposte au VIH, notamment les représentants des réseaux de personnes vivant avec le VIH et des populations les plus à risque et autres populations vulnérables.
- Pour les sections *Prévention et traitement*, et *Soins et soutien* : les ministères et les grandes institutions/organisations d'exécution, y compris les organisations non gouvernementales et les réseaux de personnes vivant avec le VIH.

N.B. : Les personnes interrogées ne doivent pas répondre en leur nom propre mais en tant que porte-parole de leur institution ou du groupe qu'elles représentent.

4. Valider, analyser et interpréter les données

Une fois que les sections de l'Indice sont complétées, les coordonnateurs techniques doivent examiner soigneusement toutes les réponses afin de déterminer s'il est nécessaire d'organiser des consultations supplémentaires ou d'approfondir l'étude de la documentation.

Il est important d'analyser les données de chacune des sections et d'en faire figurer les résultats dans le rapport de situation national en soulignant les progrès réalisés dans l'élaboration et la mise en oeuvre des politiques et stratégies des programmes visant à lutter contre l'épidémie de VIH qui sévit dans le pays. Il convient d'inclure également dans le rapport des commentaires concernant la concordance/divergence des réponses aux questions similaires qui figurent dans les parties A et B, ainsi que, le cas échéant, une analyse des tendances des données clés de l'Indice depuis 2003.

Il est fortement recommandé d'organiser un atelier final avec les principales parties prenantes pour la présentation, discussion et validation des résultats de l'indice avant qu'ils ne soient officiellement communiqués. Des représentants des organisations de la société civile qui luttent contre le VIH doivent être invités à participer, notamment les représentants des réseaux de personnes vivant avec le VIH et des populations les plus à risque et autres populations vulnérables. Dans l'idéal, l'atelier devrait examiner les résultats du cycle précédent en soulignant les changements intervenus depuis et mettre l'accent sur la validation des données de l'Indice. S'entendre sur les données finales ne signifie pas qu'il faille gommer les divergences possibles entre les réponses aux parties A et B, mais simplement que lorsqu'il y a différents points de vue, les répondants de la partie A soient d'accord sur leurs réponses et ceux de la partie B sur les leurs, et que le tout soit transmis. S'il n'y a pas de mécanisme établi en place, l'atelier peut donner l'occasion de débattre d'une collaboration ultérieure entre parties prenantes pour combler les lacunes recensées grâce au questionnaire de l'Indice.

5. Saisir et soumettre les données

L'Indice composite des politiques nationales dans sa forme finale doit être soumis avant le 31 mars 2010 au moyen du logiciel dédié qui se trouve sur le site Web de l'UNGASS (www.unaids.org/UNGASS2010). Si cela n'est pas possible, il faudra soumettre une version électronique de l'Indice dûment rempli sous forme d'annexe au rapport de situation national avant le 15 mars 2010 pour que nous ayons le temps d'entrer manuellement les données à Genève.

Processus de collecte et de validation des données de l'Indice

Décrire le processus utilisé pour la collecte et la validation des données de l'Indice :

Décrire le processus utilisé pour la résolution des désaccords éventuels concernant la réponse à telle ou telle question :

Mettre en lumière les problèmes éventuels que posent les données du dernier Indice (à savoir, qualité des données, possibilité d'une interprétation erronée de certaines questions et problèmes similaires) :

Indice composite des politiques nationales : Répondants

[Donner des informations sur **tous** ceux dont les réponses ont permis de remplir une ou plusieurs parties du questionnaire dans le tableau ci-dessous ; ajouter autant de lignes que nécessaire]

Partie A [à remplir par les responsables publics]

Organisation	Nom/Fonction	Répondants pour la Partie A				
		[Indiquer les parties sur lesquelles chaque répondant a été interrogé]				
		A.I	A.II	A.III	A.IV	A.V

Ajouter des précisions pour **tous** les répondants.

Partie B [à remplir par les représentants des organisations de la société civile, des organismes bilatéraux et des organisations du système des Nations Unies]

Organisation	Nom/Fonction	Répondants pour la Partie B			
		[Indiquer les parties sur lesquelles chaque répondant a été interrogé]			
		B.I	B.II	B.III	B.IV

Ajouter des précisions pour **tous** les répondants.

Questionnaire de l'Indice composite des politiques nationales

Partie A

[à remplir par les responsables publics]

I. PLAN STRATÉGIQUE

1. Votre pays a-t-il élaboré une stratégie multisectorielle pour lutter contre le VIH ?

(Les stratégies multisectorielles doivent inclure celles élaborées par les ministères énumérés sous 1.2 mais ne s'y limitent pas.)

Oui	Non	Sans objet (S/O)
-----	-----	------------------

Période couverte :

[insérer]

SI NON ou SANS OBJET, donner une brève explication.

SI OUI, répondre aux questions 1.1 à 1.10 ; dans le cas contraire, passer à la question 2.

1.1 Depuis combien de temps le pays dispose-t-il d'une stratégie multisectorielle ?

Nombre d'années :

[insérer]

1.2 Quels sont les secteurs inclus dans la stratégie multisectorielle dont les activités comportent un budget affecté à la lutte contre le VIH ?

Secteurs	Inclus dans la stratégie		Budget affecté	
	Oui	Non	Oui	Non
Santé	Oui	Non	Oui	Non
Education	Oui	Non	Oui	Non
Emploi	Oui	Non	Oui	Non
Transports	Oui	Non	Oui	Non
Armée/Police	Oui	Non	Oui	Non
Femmes	Oui	Non	Oui	Non
Jeunes	Oui	Non	Oui	Non
Autres* : [insérer]	Oui	Non	Oui	Non

* L'un quelconque des ministères suivants : Agriculture, Finances, Ressources humaines, Justice, Energie et Mines, Planification, Travaux Publics, Tourisme, Commerce et Industrie.

SI AUCUN budget n'a été affecté pour certains ou tous les secteurs ci-dessus, expliquer quel financement on utilise pour assurer la mise en œuvre de leurs activités axées sur le VIH :

1.3 La stratégie multisectorielle tient-elle compte des populations cibles, des milieux et des questions transversales ci-dessous ?

Populations cibles		
a. Femmes et filles	a. Oui	Non
b. Jeunes femmes/jeunes hommes	b. Oui	Non
c. Consommateurs de drogues injectables	c. Oui	Non
d. Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	d. Oui	Non
e. Professionnel(les)s du sexe	e. Oui	Non
f. Orphelins et autres enfants vulnérables	f. Oui	Non
g. Autres sous-populations vulnérables*	g. Oui	Non
Milieux		
h. Lieu de travail	h. Oui	Non
i. Ecoles	i. Oui	Non
j. Prisons	j. Oui	Non
Questions transversales		
k. VIH et pauvreté	k. Oui	Non
l. Protections des droits de la personne	l. Oui	Non
m. Participation des personnes vivant avec le VIH	m. Oui	Non
n. Lutte contre la stigmatisation et la discrimination	n. Oui	Non
o. Autonomisation des femmes et/ou égalité des sexes	o. Oui	Non

1.4 Les populations cibles ont-elles été recensées au moyen d'une évaluation des besoins ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, quand cette évaluation des besoins a-t-elle été menée ?

Année :

[insérer]

* Les sous-populations autres que les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les professionnel(les)s du sexe qui ont été recensées au niveau local comme étant confrontées à un risque élevé de transmission du VIH (p. ex., les clients des professionnel(les)s du sexe, les migrants transfrontaliers, les travailleurs migrants, les personnes déplacées à l'intérieur du pays, les réfugiés, les détenus).

SI NON, expliquer comment les populations cibles ont été recensées :

1.5 Quelles sont les populations cibles recensées dans le pays aux fins des programmes de lutte contre le VIH ?

[insérer]

1.6 La stratégie multisectorielle inclut-elle un plan opérationnel ?

Oui	Non
-----	-----

1.7 La stratégie multisectorielle ou le plan opérationnel incluent-ils :

a. Des objectifs programmatiques officiels ?	Oui	Non
b. Des objectifs ou des jalons précis ?	Oui	Non
c. Le détail des coûts pour chaque domaine programmatique ?	Oui	Non
d. Des indications sur les sources de financement à l'appui de la mise en œuvre des programmes ?	Oui	Non
e. Un cadre de suivi et d'évaluation ?	Oui	Non

1.8 Votre pays s'est-il assuré de « l'implication et participation pleines et entières » de la société civile* à l'élaboration de la stratégie multisectorielle ?

Participation active	Participation modérée	Pas de participation
----------------------	-----------------------	----------------------

SI la participation a été active, expliquer brièvement comment cela a été organisé :

* La société civile inclut notamment : les réseaux de personnes vivant avec le VIH, les organisations féminines, les organisations de jeunes, les organisations confessionnelles, les organisations de prise en charge du sida, les organisations communautaires, les organisations des groupes les plus affectés (notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe, les populations migrantes/déplacées, les détenus), les organisations de travailleurs, les organisations de droits de la personne, etc. Aux fins de l'Indice, le secteur privé fait l'objet d'une section distincte.

SI la participation a été INEXISTANTE ou MODÉRÉE, expliquer brièvement pourquoi :

- 1.9 La stratégie multisectorielle a-t-elle été avalisée par la plupart des partenaires externes du développement (bilatéraux, multilatéraux) ?

Oui	Non
-----	-----

- 1.10 Les partenaires du développement externe ont-ils aligné et harmonisé leurs programmes relatifs au VIH avec la stratégie multisectorielle nationale ?

Oui, tous les partenaires	Oui, certains partenaires	Non
---------------------------	---------------------------	-----

SI CERTAINS ou NON, expliquer brièvement pour quels aspects il n'y a pas eu alignement/harmonisation et pourquoi :

2. Votre pays a-t-il intégré la lutte contre le VIH dans ses plans généraux de développement notamment : (a) Plans nationaux de développement, (b) Bilans communs de pays, Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement, (c) Cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté, (d) Approche sectorielle ?

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

- 2.1 **SI OUI**, dans quel(s) plan(s) de développement l'appui aux politiques de lutte contre le VIH est-il intégré ?

a. Plan national de développement	Oui	Non	S/O
b. Bilan commun de pays, Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement	Oui	Non	S/O
c. Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté	Oui	Non	S/O
d. Approche sectorielle	Oui	Non	S/O
e. Autres : <i>[insérer]</i>	Oui	Non	S/O

2.2 **SI OUI**, quels domaines liés au VIH sont-ils inclus dans un ou plusieurs de ces plans de développement ?

Domaines liés au VIH inclus dans le(s) plan(s) de développement		
Prévention du VIH	Oui	Non
Traitement des infections opportunistes	Oui	Non
Traitement antirétroviral	Oui	Non
Soins et soutien (y compris la sécurité sociale ou d'autres régimes d'assurance)	Oui	Non
Atténuation de l'impact du VIH	Oui	Non
Réduction des inégalités <i>entre les sexes</i> en ce qui concerne la prévention et le traitement, les soins et le soutien dispensés dans le cadre de la riposte au VIH	Oui	Non
Réduction des inégalités de <i>revenu</i> en ce qui concerne la prévention et le traitement, les soins et le soutien dispensés dans le cadre de la riposte au VIH	Oui	Non
Réduction de la stigmatisation et de la discrimination	Oui	Non
Autonomisation économique des femmes (notamment, accès au crédit, à la terre et à la formation professionnelle)	Oui	Non
Autres : <i>[insérer]</i>	Oui	Non

3. Votre pays a-t-il évalué l'impact du VIH sur son développement socioéconomique à des fins de planification ?

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

3.1 **SI OUI**, dans quelle mesure cette évaluation a-t-elle influencé les décisions concernant les allocations de ressources ?

Faible						Grande
0	1	2	3	4	5	

4. Votre pays dispose-t-il d'une stratégie lui permettant d'aborder les questions relatives au VIH au sein de ses services nationaux de personnels en uniforme (à savoir, forces armées, police, forces de maintien de la paix, personnel carcéral, etc.) ?

Oui	Non
-----	-----

4.1 **SI OUI**, lesquels parmi les programmes ci-dessous ont-ils été mis en œuvre au-delà de la phase pilote et atteint une partie importante des personnels en uniforme ?

Communication sur les changements de comportement	Oui	Non
Fourniture de préservatifs	Oui	Non
Conseil et test VIH	Oui	Non
Services pour les infections sexuellement transmissibles	Oui	Non
Traitement antirétroviral	Oui	Non
Soins et soutien	Oui	Non
Autres : <i>[insérer]</i>	Oui	Non

Si des services de conseil et test du VIH sont proposés aux personnels en uniforme, décrire brièvement l'approche adoptée en matière de conseil et test (p. ex., indiquer si le test de dépistage du VIH est volontaire ou obligatoire, etc.) :

5. Votre pays a-t-il des lois ou règlements non discriminatoires qui stipulent une protection pour les populations les plus à risque et les autres sous-populations vulnérables ?

Oui	Non
-----	-----

5.1 **SI OUI**, pour quelles sous-populations ?

a. Femmes	Oui	Non
b. Jeunes	Oui	Non
c. Consommateurs de drogues injectables	Oui	Non
d. Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Oui	Non
e. Professionnel(le)s du sexe	Oui	Non
f. Détenus	Oui	Non
g. Migrants/populations mobiles	Oui	Non
h. Autres :	<i>[insérer]</i>	Non

SI OUI, décrire les mécanismes en place pour assurer l'application de ces lois :

Dire brièvement dans quelle mesure ces lois sont actuellement appliquées :

6. Y a-t-il dans votre pays des lois, règlements ou politiques qui font obstacle à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien du VIH pour les populations les plus à risque ou d'autres sous-populations vulnérables ?

Oui	Non
-----	-----

- 6.1 **SI OUI**, pour quelles sous-populations ?

a. Femmes	Oui	Non
b. Jeunes	Oui	Non
c. Consommateurs de drogues injectables	Oui	Non
d. Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Oui	Non
e. Professionnel(le)s du sexe	Oui	Non
f. Détenus	Oui	Non
g. Migrants/populations mobiles	Oui	Non
h. Autres : <i>[insérer]</i>	Oui	Non

SI OUI, donner un bref aperçu du contenu de ces lois, règlements ou politiques :

Dire brièvement de quelles manières ils font obstacle :

7. Votre pays a-t-il donné suite à ses engagements eu égard à l'accès universel souscrits lors de la Rencontre de haut niveau sur le VIH/sida qui s'est tenue en juin 2006 ?

Oui	Non
-----	-----

- 7.1 La stratégie nationale et le budget national de la lutte contre le VIH/sida ont-ils été révisés en conséquence ?

Oui	Non
-----	-----

- 7.2 Les estimations relatives à la taille des principaux groupes cibles de population ont-elles été actualisées ?

Oui	Non
-----	-----

7.3 Existe-t-il des estimations fiables des besoins actuels et futurs des adultes et des enfants justiciables de la thérapie antirétrovirale ?

Estimations des besoins actuels et futurs	Estimations des besoins actuels uniquement	Non
-------------------------------------------	--------------------------------------------	-----

7.4 La couverture programmatique de la lutte contre le VIH et le sida fait-elle l'objet d'un suivi ?

Oui	Non
-----	-----

(a) **SI OUI**, la couverture fait-elle l'objet d'un suivi par sexe (hommes, femmes) ?

Oui	Non
-----	-----

(b) **SI OUI**, la couverture fait-elle l'objet d'un suivi par sous-groupes de population ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, pour quels groupes de population ?

Expliquer brièvement la manière dont cette information est utilisée :

(c) La couverture fait-elle l'objet d'un suivi par zone géographique ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, à quels niveaux géographiques (province, district, autre) ?

Expliquer brièvement la manière dont cette information est utilisée :

7.5 Votre pays a-t-il élaboré un plan de renforcement des systèmes de santé, y compris l'infrastructure, les ressources et capacités humaines, et les systèmes logistiques d'approvisionnement en médicaments ?

Oui	Non
-----	-----

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux <i>efforts de planification stratégique</i> des programmes de lutte contre le VIH en 2009 ?											
2009	Très médiocre										Excellent
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?</i>											
<i>Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?</i>											

II. APPUI POLITIQUE

On considère que l'appui politique est solide lorsque les représentants gouvernementaux et politiques parlent haut, fort et souvent de la question du sida, président régulièrement des réunions importantes sur ce sujet, allouent des budgets nationaux de soutien aux programmes de lutte contre le VIH et se servent judicieusement des organisations et interventions gouvernementales et de la société civile dans le but de soutenir les programmes de riposte au VIH.

1. Les hauts fonctionnaires du gouvernement parlent-ils publiquement et positivement des efforts de lutte contre le VIH devant les plus grandes instances nationales au moins deux fois par année ?

Président/Chef du gouvernement	Oui	Non
Autre hauts fonctionnaires	Oui	Non
Autres responsables des régions et/ou districts	Oui	Non

2. Votre pays dispose-t-il d'un organe national de coordination multisectorielle de la lutte contre le sida (Comité national de lutte contre le sida ou organe équivalent) reconnu par la loi ?

Oui	Non
-----	-----

SI NON, expliquer brièvement pourquoi et dire comment les programmes de lutte contre le sida sont gérés :

- 2.1 **SI OUI**, quand cet organisme a-t-il été créé ?

Année :

[insérer]

- 2.2 **SI OUI**, qui le préside ?

Nom :

Fonction/Titre :

[insérer]

4. Quel pourcentage du budget national pour la lutte contre le VIH a été consacré à des activités réalisées par la société civile au cours de l'année écoulée ?

Pourcentage :

[insérer]

5. Quel type d'appui le Comité national de lutte contre le sida (ou l'organe équivalent) procure-t-il aux organisations de la société civile pour la mise en œuvre des activités relatives au VIH ?

Information sur les besoins prioritaires	Oui	Non
Orientations techniques	Oui	Non
Achat/distribution des médicaments et autres fournitures	Oui	Non
Coordination avec les autres partenaires de la mise en œuvre	Oui	Non
Renforcement des capacités	Oui	Non
Autres : [insérer]	Oui	Non

6. Votre pays a-t-il passé en revue les politiques et les lois nationales pour déterminer s'il en existe d'incompatibles avec les politiques nationales de lutte contre le sida ?

Oui	Non
-----	-----

- 6.1 **SI OUI**, les politiques et les lois ont-elles été modifiées afin de correspondre aux politiques nationales de lutte contre le sida ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, nommer les politiques et les lois qui ont été modifiées et dire comment cela a été fait :

Nommer et décrire toute contradiction qui subsiste entre les politiques/lois et les politiques nationales de lutte contre le sida :

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts de *planification* stratégique des programmes de lutte contre le VIH en 2009 ?

2009 Très médiocre Excellent

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?

Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?

III. PRÉVENTION

1. Votre pays a-t-il mis au point une politique ou une stratégie de promotion de l'information, éducation et communication (IEC) sur le VIH auprès de l'ensemble de la population ?

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

- 1.1 **SI OUI**, quels sont les messages les plus diffusés ?

✓ Cocher les messages faisant l'objet d'une promotion explicite

a. Pratiquer l'abstinence sexuelle	
b. Reporter à plus tard la première expérience sexuelle	
c. Être fidèle	
d. Limiter le nombre de partenaires sexuels	
e. Utiliser régulièrement des préservatifs	
f. Adopter des pratiques sexuelles à moindre risque	
g. Éviter le commerce du sexe	
h. S'abstenir de consommer des drogues injectables	
i. Utiliser des aiguilles et des seringues propres	
j. Combattre la violence faite aux femmes	
k. Mieux accepter les personnes vivant avec le VIH et inviter leur participation	
l. Encourager une plus grande participation des hommes aux programmes de santé reproductive	
m. Encourager les hommes à se faire circoncire sous supervision médicale	
n. Connaître son état sérologique VIH	
o. Prévenir la transmission mère-enfant du VIH	
Autres :	[insérer]

- 1.2 Au cours de l'année écoulée, votre pays a-t-il mis en œuvre une activité ou un programme de promotion d'informations précises sur le VIH par l'intermédiaire des médias ?

Oui	Non
-----	-----

2. Votre pays dispose-t-il d'une politique ou stratégie de promotion d'une éducation sur la santé sexuelle et reproductive abordant la question du VIH destinée aux jeunes ?

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

- 2.1 L'enseignement relatif au VIH fait-il partie du programme d'études dans :

les écoles primaires ?	Oui	Non
les écoles secondaires ?	Oui	Non
la formation des enseignants ?	Oui	Non

2.2 Le programme d'études prévoit-il le même enseignement sur la santé sexuelle et reproductive pour les jeunes hommes et les jeunes femmes ?

Oui	Non
-----	-----

2.3 Votre pays dispose-t-il d'une stratégie pour communiquer aux jeunes non scolarisés des enseignements relatifs au VIH ?

Oui	Non
-----	-----

3. Votre pays a-t-il mis au point une politique ou une stratégie de promotion de l'information, éducation et communication et d'autres interventions de santé préventives à l'intention des *sous-populations vulnérables* et les plus à risque ?

Oui	Non
-----	-----

SI NON, expliquer brièvement :

--

3.1 **SI OUI**, quelles populations sont-elles ciblées et quels éléments de prévention du VIH leur sont-ils dispensés par la politique/stratégie ?

✓ Cocher les populations et les éléments inclus dans les politiques/stratégies

	CDI*	HSH**	Professionnel(le)s du sexe	Clients des professionnel(le)s du sexe	Détenus	Autres populations [insérer]
Information ciblée sur la réduction des risques et éducation relative au VIH						
Réduction de la stigmatisation et de la discrimination						
Promotion des préservatifs						
Conseil et test VIH						
Santé reproductive, y compris la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles						
Réduction de la vulnérabilité (création de revenus, par exemple)	S/O	S/O		S/O	S/O	
Thérapie de substitution médicamenteuse		S/O	S/O	S/O	S/O	
Echange d'aiguilles et de seringues		S/O	S/O	S/O	S/O	

*CDI = consommateurs de drogues injectables

**HSH = hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts des politiques de prévention du VIH en 2009 ?											
2009	Très médiocre										Excellent
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?</i>											
<i>Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?</i>											

4. Votre pays a-t-il recensé les besoins particuliers des programmes de prévention du VIH ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, comment ces besoins ont-ils été déterminés ?

SI NON, de quelle façon l'intensification des programmes de prévention est-elle mise en œuvre ?

4.1 Dans quelle mesure la prévention du VIH a-t-elle été mise en œuvre ?

Composante de la prévention du VIH	La majorité des personnes qui en ont besoin y ont accès		
	D'accord	Pas d'accord	S/O
Sécurité transfusionnelle	D'accord	Pas d'accord	S/O
Précautions universelles en milieu sanitaire	D'accord	Pas d'accord	S/O
Prévention de la transmission mère-enfant du VIH	D'accord	Pas d'accord	S/O
IEC* sur la réduction des risques	D'accord	Pas d'accord	S/O
IEC* sur la réduction de la stigmatisation et de la discrimination	D'accord	Pas d'accord	S/O
Promotion des préservatifs	D'accord	Pas d'accord	S/O
Conseil et test VIH	D'accord	Pas d'accord	S/O
Réduction des risques pour les consommateurs de drogues injectables	D'accord	Pas d'accord	S/O
Réduction des risques pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	D'accord	Pas d'accord	S/O
Réduction des risques pour les professionnel(le)s du sexe	D'accord	Pas d'accord	S/O
Services de santé reproductive y compris la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles	D'accord	Pas d'accord	S/O
Enseignement relatif au VIH en milieu scolaire pour les jeunes	D'accord	Pas d'accord	S/O
Prévention du VIH pour les jeunes non scolarisés	D'accord	Pas d'accord	S/O
Prévention du VIH sur le lieu de travail	D'accord	Pas d'accord	S/O
Autres : <i>[insérer]</i>	D'accord	Pas d'accord	S/O

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts de mise en œuvre des programmes de prévention du VIH en 2009 ?											
2009	Très médiocre										Excellent
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?</i>											
<i>Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?</i>											

* IEC = Information, éducation et communication

IV. TRAITEMENT, SOINS ET SOUTIEN

1. Votre pays dispose-t-il d'une politique ou stratégie de promotion de services complets de traitement, soins et soutien du VIH ? (Les services complets incluent, entre autres, le traitement, le conseil et test VIH, la prise en charge psychosociale, les soins dispensés à domicile et dans la communauté).

Oui	Non
-----	-----

- 1.1 *SI OUI*, les difficultés que rencontrent les femmes sont-elles prises en compte ?

Oui	Non
-----	-----

- 1.2 *SI OUI*, les difficultés que rencontrent les populations les plus à risque sont-elles prises en compte ?

Oui	Non
-----	-----

2. Le pays a-t-il recensé les besoins particuliers en services de traitement, de soins et de soutien pour le VIH ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, comment ont-ils été déterminés ?

SI NON, de quelle façon l'intensification des services de traitement, de soins et de soutien du VIH est-elle mise en œuvre ?

2.1 Dans quelle mesure les services ci-après de traitement, de soins et de soutien du VIH ont-ils été mis en œuvre ?

Services de traitement, de soins et de soutien du VIH	La majorité des personnes qui en ont besoin y ont accès		
Traitement antirétroviral	D'accord	Pas d'accord	S/O
Soins nutritionnels	D'accord	Pas d'accord	S/O
Traitement pédiatrique du sida	D'accord	Pas d'accord	S/O
Traitement des infections sexuellement transmissibles	D'accord	Pas d'accord	S/O
Soutien psychosocial des personnes vivant avec le VIH et de leurs proches	D'accord	Pas d'accord	S/O
Soins à domicile	D'accord	Pas d'accord	S/O
Soins palliatifs et traitement des infections courantes liées au VIH	D'accord	Pas d'accord	S/O
Conseil et test VIH pour les patients atteints de tuberculose	D'accord	Pas d'accord	S/O
Dépistage de la tuberculose chez les personnes infectées par le VIH	D'accord	Pas d'accord	S/O
Prophylaxie antituberculeuse chez les personnes infectées par le VIH	D'accord	Pas d'accord	S/O
Lutte contre la tuberculose dans les services de traitement et de soins du VIH	D'accord	Pas d'accord	S/O
Prophylaxie par cotrimoxazole parmi les personnes infectées par le VIH	D'accord	Pas d'accord	S/O
Prophylaxie post-exposition (ex : exposition au VIH dans le cadre du travail, viol)	D'accord	Pas d'accord	S/O
Services de traitement du VIH sur le lieu de travail ou systèmes d'orientation-recours pour ce traitement par l'intermédiaire du lieu de travail	D'accord	Pas d'accord	S/O
Soins et soutien pour le VIH sur le lieu de travail (y compris aménagement des horaires de travail)	D'accord	Pas d'accord	S/O
Autres programmes : <i>[insérer]</i>	D'accord	Pas d'accord	S/O

3. Votre pays dispose-t-il d'une politique de mise au point/d'utilisation de médicaments génériques ou d'importation parallèle de médicaments pour le VIH ?

Oui	Non
-----	-----

4. Votre pays a-t-il accès à des mécanismes *régionaux* d'achat et d'approvisionnement en produits de base essentiels tels que les antirétroviraux, les préservatifs et les médicaments de substitution ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, de quels produits s'agit-il ? :

[insérer]

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts de mise en œuvre des programmes de traitement, soins et soutien du VIH en 2009 ?											
2009	Très médiocre										Excellent
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?</i>											
<i>Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?</i>											

5. Votre pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie qui traite des besoins supplémentaires liés au VIH des orphelins et autres enfants vulnérables ?

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

5.1 **SI OUI**, le pays utilise-t-il une définition opérationnelle pour les orphelins et les enfants vulnérables ?

Oui	Non
-----	-----

5.2 **SI OUI**, le pays a-t-il mis au point un plan d'action national destiné expressément aux orphelins et les enfants vulnérables ?

Oui	Non
-----	-----

5.3 **SI OUI**, le pays a-t-il estimé le nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables qui bénéficient des interventions en place ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, quel est le pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables ayant actuellement accès à ces interventions ? % [insérer]

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts engagés pour répondre aux besoins liés au VIH des orphelins et des autres enfants vulnérables en 2009 ?											
2009	Très médiocre										Excellent
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?</i>											
<i>Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?</i>											

V. SUIVI ET ÉVALUATION

1. Votre pays dispose-t-il d'un plan national unique de suivi et d'évaluation (S/E) ?

Oui	En cours d'élaboration	Non
-----	------------------------	-----

SI NON, décrire brièvement les difficultés :

1.1 *SI OUI*, années couvertes :

[insérer]

1.2 *SI OUI*, a-t-il été avalisé par les partenaires clés du suivi et de l'évaluation ?

Oui	Non
-----	-----

1.3 *SI OUI*, le plan de suivi et d'évaluation a-t-il été élaboré en consultation avec les représentants de la société civile, y compris les personnes vivant avec le VIH ?

Oui	Non
-----	-----

1.4 *SI OUI*, les partenaires les plus importants ont-ils aligné et harmonisé leurs critères en matière de suivi et d'évaluation (y compris leurs indicateurs) avec le plan national ?

Oui, tous les partenaires	Oui, la plupart des partenaires	Oui, mais seulement quelques partenaires	Non
---------------------------	---------------------------------	------------------------------------------	-----

SI OUI, mais seulement quelques partenaires ou SI NON, décrire brièvement les enjeux :

2. Le plan national de suivi et d'évaluation inclut-il ?

une stratégie de collecte et d'analyse des données SI OUI , couvre-t-il :	Oui	Non
le suivi régulier des programmes	Oui	Non
les études de comportement	Oui	Non
la surveillance du VIH	Oui	Non
l'évaluation/la recherche	Oui	Non
un ensemble normalisé défini d'indicateurs	Oui	Non
des directives sur les instruments de collecte des données	Oui	Non
une stratégie pour évaluer la qualité des données (ex : validité, fiabilité)	Oui	Non
une stratégie d'analyse des données	Oui	Non
une stratégie de diffusion et d'utilisation des données	Oui	Non

3. Le plan de suivi et d'évaluation est-il assorti d'un budget ?

Oui	En cours d'élaboration	Non
-----	------------------------	-----

3.1 **SI OUI**, quel pourcentage du financement total du programme VIH est-il alloué aux activités de suivi et évaluation ? % [insérer]

3.2 **SI OUI**, le financement est-il assuré *pleinement* ?

Oui	Non
-----	-----

SI NON, décrire brièvement les difficultés :

3.3 **SI OUI**, surveille-t-on les dépenses relatives au suivi et évaluation ?

Oui	Non
-----	-----

4. Les priorités en matière de suivi et évaluation sont-elles déterminées par un système national d'évaluation S/E ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, décrire brièvement la fréquence à laquelle l'évaluation S/E est menée et ce qu'elle comporte :

SI NON, décrire brièvement comment on détermine les priorités S/E :

5. Existe-t-il une unité opérationnelle de suivi et d'évaluation ?

Oui	En cours d'élaboration	Non
-----	------------------------	-----

SI NON, quels sont les principaux obstacles à la création d'une unité fonctionnelle de suivi et d'évaluation ?

5.1 **SI OUI**, l'Unité nationale S/E est-elle rattachée

au Conseil national de lutte contre le sida (ou son équivalent) ?	Oui	Non
au Ministère de la santé ?	Oui	Non
ailleurs ? <i>[insérer]</i>	Oui	Non

SI OUI, dire brièvement qui sont les représentants de la société civile et le rôle qu'ils jouent :

7. Existe-t-il une base de données nationale centralisée des données relatives au VIH ?

Oui	Non
-----	-----

7.1 **SI OUI**, décrire brièvement la base de données nationale et dire qui la gère [insérer]

7.2 **SI OUI**, la base de données inclut-elle des informations sur le contenu, les populations cibles et la couverture géographique des services VIH ainsi que sur les organisations d'exécution ?

a. Oui, pour tout ce qui précède

b. Oui, mais seulement une partie de ce qui précède [insérer]

c. Non, rien de ce qui précède

7.3 Existe-t-il un système opérationnel* d'information sur la santé ?

à l'échelon national	Oui	Non
au niveau infranational SI OUI , à quel(s) niveau(x) ? [insérer]	Oui	Non

(*qui communique régulièrement des données en provenance des services de santé, qui sont agrégées au niveau du district et envoyées au niveau national ; les données sont en outre analysées et utilisées à différents niveaux)

8. Votre pays publie-t-il au moins une fois par an un rapport de suivi et d'évaluation sur le VIH, y compris des données de surveillance du VIH ?

Oui	Non
-----	-----

9. Dans quelle mesure les données de suivi et d'évaluation sont-elles utilisées

9.1 pour l'élaboration/révision de la stratégie nationale de lutte contre le sida ?

Faible						Grande
0	1	2	3	4	5	

Donner un exemple concret :

S'il y en a, quels sont principaux obstacles ?

9.2 pour l'allocation des ressources ?

Faible							Grande	
0	1	2	3	4	5			

Donner un exemple concret :

S'il y en a, quels sont principaux obstacles ?

9.3 pour l'amélioration du programme ?

Faible							Grande	
0	1	2	3	4	5			

Donner un exemple concret :

S'il y en a, quels sont principaux obstacles ?

10. Le développement des capacités humaines en S/E est-il prévu aux niveaux national, infranational et de la prestation des services ?

- a. Oui, à tous les niveaux
- b. Oui, mais seulement pour certains niveaux [insérer]
- c. Non

10.1 Une formation au suivi et à l'évaluation a-t-elle été dispensée au cours de l'année écoulée

Au niveau national ?	Oui	Non
SI OUI , Nombre de personnes formées :		[insérer]
Au niveau infranational ?	Oui	Non
SI OUI , Nombre de personnes formées :		[insérer]
Au niveau de la prestation des services y compris la société civile ?	Oui	Non
SI OUI , Nombre de personnes formées :		[insérer]

10.2 Mise à part la formation, a-t-on mené d'autres activités de renforcement des capacités S/E ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, décrire ces activités : [insérer]

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts de suivi et d'évaluation des programmes de riposte au VIH réalisés en 2009 ?											
2009	Très médiocre										Excellent
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?</i>											
<i>Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?</i>											

Partie B

[à remplir par les représentants des organisations de la société civile,
des organismes bilatéraux et des organisations du système des Nations Unies]

I. DROITS DE LA PERSONNE

1. Le pays dispose-t-il de lois et de règlements visant à protéger les personnes vivant avec le VIH contre la discrimination ? (y compris à la fois des dispositions générales non discriminatoires et des dispositions mentionnant spécifiquement le VIH, s'articulant autour de la scolarisation, du logement, de l'emploi, des soins de santé, etc.)

Oui	Non
-----	-----

- 1.1 **SI OUI**, préciser si le VIH est mentionné expressément et de quelle manière ou s'il s'agit d'une disposition non discriminatoire générale : [insérer]

2. Le pays dispose-t-il de lois ou de règlements non discriminatoires qui stipulent des protections pour les sous-populations vulnérables ?

Oui	Non
-----	-----

- 2.1 **SI OUI**, pour quelles populations ?

a. Femmes	Oui	Non
b. Jeunes	Oui	Non
c. Consommateurs de drogues injectables	Oui	Non
d. Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Oui	Non
e. Professionnel(le)s du sexe	Oui	Non
f. Détenus	Oui	Non
g. Migrants/populations mobiles	Oui	Non
h. Autre : [insérer]	Oui	Non

SI OUI, décrire brièvement les mécanismes en place pour assurer l'application de ces lois :

Décrire brièvement le contenu de ces lois :

Faire un bref commentaire sur la mesure dans laquelle ces lois sont actuellement appliquées :

3. Y a-t-il dans le pays des lois, des règlements ou des politiques qui font obstacle à des services efficaces de prévention, traitement, soins et soutien du VIH pour les populations les plus à risque et d'autres sous-populations vulnérables ?

Oui	Non
-----	-----

- 3.1 **SI OUI**, pour quelles sous-populations ?

a. Femmes	Oui	Non
b. Jeunes	Oui	Non
c. Consommateurs de drogues injectables	Oui	Non
d. Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Oui	Non
e. Professionnel(le)s du sexe	Oui	Non
f. Détenus	Oui	Non
g. Migrants/populations mobiles	Oui	Non
h. Autre : <i>[insérer]</i>	Oui	Non

SI OUI, décrire brièvement le contenu de ces lois, règlements ou politiques :

Dire brièvement en quoi elles constituent des obstacles :

4. La promotion et la protection des droits de la personne sont-elles explicitement mentionnées dans toute politique ou stratégie de lutte contre le VIH ?

Oui

Non

SI OUI, décrire brièvement la manière dont il est fait état des droits de l'homme dans cette politique ou stratégie VIH :

5. Existe-t-il un mécanisme permettant d'enregistrer, de documenter et de traiter les cas de discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH, des populations les plus à risque et/ou d'autres sous-populations vulnérables ?

Oui

Non

SI OUI, décrire brièvement ce mécanisme :

6. Le gouvernement a-t-il, par le biais d'un appui politique et financier, favorisé la participation des populations les plus à risque et/ou d'autres sous-populations vulnérables à la conception des politiques publiques et à la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, donner quelques exemples :

7. Le gouvernement mène-t-il une politique de services gratuits pour :

a. les services de prévention du VIH	Oui	Non
b. le traitement antirétroviral	Oui	Non
c. les interventions de soins et de soutien liés au VIH	Oui	Non

SI OUI, compte tenu des contraintes financières, décrire les mesures prises pour mettre en œuvre ces politiques et inclure des informations sur toute restriction ou obstacle à l'accès pour différentes populations :

8. Le pays dispose-t-il d'une politique garantissant aux hommes et aux femmes un accès égal à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien du VIH ?

Oui	Non
-----	-----

- 8.1 En particulier, le pays dispose-t-il d'une politique garantissant l'accès des femmes à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien du VIH en dehors du contexte de la grossesse et de l'accouchement ?

Oui	Non
-----	-----

9. Le pays dispose-t-il d'une politique garantissant un accès égal des populations les plus à risque et/ou d'autres sous-populations vulnérables à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien du VIH ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, décrire brièvement le contenu de cette politique :

- 9.1 *SI OUI*, existe-t-il différents types d'approches pour assurer un accès égal aux différentes populations les plus à risque et/ou aux autres sous-populations vulnérables ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, expliquer brièvement les différents types d'approches pour assurer un accès égal à des populations différentes :

10. Le pays dispose-t-il d'une politique interdisant le dépistage du VIH dans le cadre global de l'emploi (recrutement, affectation/mutation, nomination, promotion, licenciement) ?

Oui	Non
-----	-----

11. Le pays dispose-t-il d'une politique garantissant que les protocoles de recherche sur le VIH impliquant des sujets humains sont examinés et approuvés par un comité d'éthique national/local ?

Oui	Non
-----	-----

- 11.1 *SI OUI*, le comité d'éthique inclut-il des représentants de la société civile y compris les personnes vivant avec le VIH ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, décrire l'approche et l'utilité de ce comité :

12. Le pays dispose-t-il des mécanismes ci-après de suivi et d'application des droits de la personne ?

- Existence d'institutions nationales indépendantes pour la promotion et la protection des droits de la personne, y compris des commissions pour les droits de la personne, des commissions pour la réforme des lois, des observateurs et des médiateurs s'occupant des questions relatives au VIH dans le cadre de leur fonction

Oui	Non
-----	-----

- Points focaux au sein du ministère de la santé et d'autres ministères ayant pour fonction de surveiller les infractions aux droits de la personne et la discrimination liées au VIH dans des domaines comme le logement ou l'emploi.

Oui	Non
-----	-----

- Indicateurs de performance ou de référence concernant le respect des droits de la personne dans le contexte des efforts de lutte contre le VIH

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, pour l'une quelconque des questions ci-dessus, donner quelques exemples :

13. Au cours des deux dernières années, les membres du système judiciaire (notamment les conseils de prud'hommes/ tribunaux du travail) ont-ils été formés/ sensibilisés aux questions touchant le VIH et les droits de la personne qui peuvent se poser à eux dans le cadre de leurs fonctions ?

Oui	Non
-----	-----

14. Les services d'appui juridique suivants existent-ils dans le pays ?

- Systèmes d'assistance juridique pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH

Oui	Non
-----	-----

- Cabinets de conseil juridique du secteur privé ou centres universitaires fournissant des services juridiques gratuits ou à prix réduit aux personnes vivant avec le VIH

Oui	Non
-----	-----

- Programmes d'éducation et de sensibilisation destinés aux personnes vivant avec le VIH au sujet de leurs droits

Oui	Non
-----	-----

15. Existe-t-il des programmes visant à réduire la discrimination et la stigmatisation des personnes touchées par le VIH ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, comment ces programmes sont-ils véhiculés ?

par les médias	Oui	Non
par l'enseignement scolaire	Oui	Non
par des personnalités s'exprimant souvent à ce sujet	Oui	Non
Autre : <i>[insérer]</i>	Oui	Non

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux politiques, lois et règlements pour la protection et la promotion des droits de l'homme eu égard au VIH/sida en vigueur en 2009 ?

2009 Très médiocre Excellent

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?

Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts destinés à faire appliquer les politiques, lois et règlements en vigueur en 2009 ?

2009 Très médiocre Excellent

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?

Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?

II. PARTICIPATION DE LA SOCIÉTÉ CIVILE*

1. Dans quelle mesure la société civile a-t-elle contribué au renforcement de l'engagement politique des principaux dirigeants et à la formulation des stratégies/politiques nationales ?

Faible			Grande		
0	1	2	3	4	5

Commentaires et exemples :

2. Dans quelle mesure les représentants de la société civile ont-ils participé au processus de planification et de budgétisation du Plan stratégique national de lutte contre le VIH ou au plan d'action le plus récent (ex : en assistant aux réunions de planification et en révisant les projets) ?

Faible			Grande		
0	1	2	3	4	5

Commentaires et exemples :

3. Dans quelle mesure les services dispensés par la société civile dans les domaines de la prévention, du traitement, des soins et du soutien relatifs au VIH sont-ils inclus dans

- a. la stratégie nationale de lutte contre le sida ?

Faible			Grande		
0	1	2	3	4	5

- b. le budget national consacré à la lutte contre le sida ?

Faible			Grande		
0	1	2	3	4	5

- c. les rapports nationaux de lutte contre le sida ?

Faible			Grande		
0	1	2	3	4	5

* La société civile inclut notamment : les réseaux de personnes vivant avec le VIH, les organisations féminines, les organisations de jeunes, les organisations confessionnelles, les organisations de prise en charge du sida, les organisations communautaires, les organisations des groupes les plus affectés (notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe, les populations migrantes/déplacées, les détenus), les organisations de travailleurs, les organisations de droits de la personne, etc. Aux fins de l'Indice, le secteur privé fait l'objet d'une section distincte.

Commentaires et exemples :

4. Dans quelle mesure la société civile a-t-elle été conviée dans le cadre du suivi et de l'évaluation (S/E) de la riposte au VIH

- a. à l'élaboration du plan national S/E ?

Faible			Grande		
0	1	2	3	4	5

- b. à participer au comité/groupe de travail national S/E responsable de la coordination des activités S/E ?

Faible			Grande		
0	1	2	3	4	5

- c. aux efforts S/E au niveau local ?

Faible			Grande		
0	1	2	3	4	5

Commentaires et exemples :

5. Dans quelle mesure la représentation du secteur de la société civile dans les efforts de lutte contre le VIH/sida reflète-t-elle sa diversité (p. ex., réseaux de personnes vivant avec le VIH, organisations de professionnel(le)s du sexe, organisations confessionnelles) ?

Faible			Grande		
0	1	2	3	4	5

Commentaires et exemples :

6. Dans quelle mesure la société civile a-t-elle la possibilité d'avoir accès à :

- a. une aide financière suffisante pour mettre en œuvre ses activités dans le domaine du VIH ?

Faible			Grande		
0	1	2	3	4	5

- b. un soutien technique adéquat pour mettre en œuvre ses activités dans le domaine du VIH ?

Faible			Grande		
0	1	2	3	4	5

Commentaires et exemples :

7. Quel pourcentage des programmes/services VIH ci-après estime-t-on être assuré par la société civile ?

	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Prévention pour les jeunes				
Prévention pour les populations les plus à risque				
- Consommateurs de drogues injectables	<25%	25-50%	51-75%	>75%
- Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	<25%	25-50%	51-75%	>75%
- Professionnel(le)s du sexe	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Dépistage et conseil	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Réduction de la stigmatisation et de la discrimination	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Services cliniques (ART/IO)*	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Soins à domicile	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Programmes pour les OEV**	<25%	25-50%	51-75%	>75%

*ART= Traitement antirétroviral ; IO= Infections opportunistes

**OEV= Orphelins et autres enfants vulnérables

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts visant à accroître la participation de la société civile en 2009 ?

2009 Très médiocre Excellent

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?

Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?

III. PRÉVENTION

1. Le pays a-t-il recensé les besoins particuliers en programmes de prévention du VIH ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, comment ces besoins particuliers ont-ils été déterminés ?

SI NON, comment les programmes de prévention du VIH sont-ils intensifiés ?

1.1 Dans quelle mesure les programmes de prévention du VIH ont-ils été mis en œuvre ?

Élément de prévention du VIH	La majorité des personnes qui en ont besoin y ont accès		
	D'accord	Pas d'accord	S/O
Sécurité transfusionnelle	D'accord	Pas d'accord	S/O
Précautions universelles en milieu sanitaire	D'accord	Pas d'accord	S/O
Prévention de la transmission mère-enfant du VIH	D'accord	Pas d'accord	S/O
IEC* sur la réduction des risques	D'accord	Pas d'accord	S/O
IEC* sur la réduction de la stigmatisation et de la discrimination	D'accord	Pas d'accord	S/O
Promotion des préservatifs	D'accord	Pas d'accord	S/O
Conseil et test VIH	D'accord	Pas d'accord	S/O
Réduction des risques chez les consommateurs de drogues injectables	D'accord	Pas d'accord	S/O
Réduction des risques chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	D'accord	Pas d'accord	S/O
Réduction des risques chez les professionnel(le)s du sexe	D'accord	Pas d'accord	S/O
Services de santé reproductive, y compris services de prévention et de traitement des IST	D'accord	Pas d'accord	S/O
Enseignement relatif au VIH en milieu scolaire pour les jeunes	D'accord	Pas d'accord	S/O
Programmes de prévention du VIH destinés aux jeunes non scolarisés	D'accord	Pas d'accord	S/O
Prévention du VIH sur le lieu de travail	D'accord	Pas d'accord	S/O
Autres : <i>[insérer]</i>	D'accord	Pas d'accord	S/O

* IEC = Information, éducation et communication

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts de mise en œuvre des programmes de prévention du VIH en 2009 ?											
2009	Très médiocre										Excellent
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?</i>											
<i>Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?</i>											

IV. TRAITEMENT, SOINS ET SOUTIEN

1. Le pays a-t-il recensé les besoins concrets en services de traitement, de soins et de soutien du VIH ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, comment ces besoins ont-ils été déterminés ?

SI NON, de quelle façon l'intensification des services de traitement, de soins et de soutien du VIH est-elle réalisée ?

- 1.1 Dans quelle mesure les services de traitement, de soins et de soutien du VIH ont-ils été mis en œuvre ?

Services de traitement, de soins et de soutien relatifs au VIH et au sida	La majorité des personnes qui en ont besoin y ont accès		
	D'accord	Pas d'accord	S/O
Thérapie antirétrovirale	D'accord	Pas d'accord	S/O
Soins nutritionnels	D'accord	Pas d'accord	S/O
Traitement pédiatrique du sida	D'accord	Pas d'accord	S/O
Traitement des infections sexuellement transmissibles	D'accord	Pas d'accord	S/O
Soutien psychosocial des personnes vivant avec le VIH et de leurs proches	D'accord	Pas d'accord	S/O
Soins à domicile	D'accord	Pas d'accord	S/O
Soins palliatifs et traitement des infections courantes liées au VIH	D'accord	Pas d'accord	S/O
Conseil et test VIH pour les patients atteints de tuberculose	D'accord	Pas d'accord	S/O
Dépistage de la tuberculose chez les personnes infectées par le VIH	D'accord	Pas d'accord	S/O

Prophylaxie antituberculeuse chez les personnes infectées par le VIH	D'accord	Pas d'accord	S/O
Lutte contre la tuberculose dans les services de traitement et de soins du VIH	D'accord	Pas d'accord	S/O
Prophylaxie par cotrimoxazole parmi les personnes infectées par le VIH	D'accord	Pas d'accord	S/O
Prophylaxie post-exposition (ex : exposition au VIH dans le cadre du travail, viol)	D'accord	Pas d'accord	S/O
Services de traitement du VIH sur le lieu de travail ou systèmes d'orientation-recours pour ce traitement par l'intermédiaire du lieu de travail	D'accord	Pas d'accord	S/O
Soins et soutien pour le VIH sur le lieu de travail (y compris aménagement des horaires de travail)	D'accord	Pas d'accord	S/O
Autres programmes : <i>[insérer]</i>	D'accord	Pas d'accord	S/O

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts de mise en œuvre des programmes de traitement, de soins et de soutien du VIH en 2009 ?											
2009	Très médiocre										Excellent
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?</i>											
<i>Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?</i>											

2. Le pays dispose-t-il d'une politique ou d'une stratégie qui traite des besoins supplémentaires relatifs au VIH/sida des orphelins et des autres enfants vulnérables ?

Oui	Non	S/O
-----	-----	-----

2.1 **SI OUI**, le pays utilise-t-il une définition opérationnelle des orphelins et des autres enfants vulnérables ?

Oui	Non
-----	-----

2.2 **SI OUI**, le pays dispose-t-il d'un plan d'action national destiné expressément aux orphelins et aux autres enfants vulnérables ?

Oui	Non
-----	-----

2.3 **SI OUI**, le pays a-t-il estimé le nombre d'orphelins et autres enfants vulnérables qui bénéficient des interventions en place ?

Oui	Non
-----	-----

SI OUI, quel est le pourcentage d'orphelins et autres enfants vulnérables qui en bénéficient ? %
[insérer]

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux efforts visant à répondre aux besoins des orphelins et autres enfants vulnérables en matière de services VIH en 2009 ?											
2009	Très médiocre										Excellent
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Quelles ont été les principales réalisations dans ce domaine depuis 2007 ?</i>											
<i>Quels problèmes faut-il encore surmonter dans ce domaine ?</i>											

Annexe 5. Modèle de liste de points à vérifier pour l'élaboration du rapport de situation national

- Estimation des besoins en données pour combler les lacunes du dernier cycle d'établissement des rapports pour l'UNGASS
- Mise au point du processus rédactionnel du rapport, y compris le calendrier, les échéances et les rôles respectifs du CNLS, des instances gouvernementales, des institutions des Nations Unies, de la société civile et d'autres partenaires concernés.
- Obtention d'un financement pour tous les aspects du processus d'établissement du rapport.
- Instauration d'un processus de collecte, de vérification et d'analyse, notamment :
 - Choix des sources et des instruments pertinents pour la collecte des données pour chaque indicateur
 - Calendrier de collecte des données correspondant avec d'autres efforts de collecte des données, notamment celles obtenues auprès d'organismes de financement comme le Fonds mondial et le PEPFAR, et des institutions des Nations Unies
 - Calendrier de la transmission des informations concernant les indicateurs relatifs aux services qui doivent être agrégées au niveau national
 - Ateliers de vérification et de validation des données en vue d'arriver à un consensus sur la valeur exacte de chaque indicateur
- Élaboration des protocoles de traitement et de gestion des données, notamment :
 - Épuration et validation des données de base
 - Base unique de données aux fins d'analyse et de transmission
- Analyse des données pertinentes en concertation avec les organisations partenaires gouvernementales, de la société civile et de la communauté internationale
- Rédaction du rapport
- Saisie des données d'indicateur dans le CRIS3 (de préférence) ou dans un système de gestion des données (si on n'a pas accès au CRIS3)
- Vérification de la cohérence des données figurant dans la partie descriptive du rapport et de celles saisies dans le CRIS3/formulaire électronique
- Finalisation du projet de rapport
- Identité de vues des parties prenantes, notamment les instances gouvernementales et la société civile concernant le rapport final à présenter
- Soumission du rapport et des formulaires à l'ONUSIDA, Genève (ungassindicators@unaids.org) avant le **31 mars 2010** ou avant le 15 mars si les données ne sont pas saisies dans le CRIS3
- Nomination du point focal chargé de la communication avec le Secrétariat de l'ONUSIDA en cas de points à éclaircir au sujet du rapport et/ou des données fournies.

Annexe 6. Bibliographie succincte

- Family Health International (2000). *Behavioural Surveillance Surveys : Guidelines for Repeated Behavioural Surveys in Populations at Risk of HIV*. Arlington : Family Health International.
- Health Systems 20/20/USAID (2004). *Methodological Guidelines for Conducting a National Health Accounts Sub-analysis for HIV/AIDS*. Bethesda, MD : The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.
- OMS (2009). *Rapport 2009 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde*. Genève : OMS.
- OMS/ONUSIDA (2009). *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*. Genève : OMS.
- OMS/ONUSIDA (2005). *Programmes nationaux de lutte contre le sida : Guide des indicateurs de suivi et d'évaluation des programmes antirétroviraux*. Genève : OMS.
- OMS/ONUSIDA (2004). *Guide des indicateurs de suivi et d'évaluation des programmes nationaux de prévention du VIH/sida pour les jeunes*. Genève : OMS.
- OMS/ONUSIDA (2004). *Programmes nationaux de lutte contre le sida : Guide de suivi et d'évaluation des soins et du soutien liés au VIH/sida*. Genève : OMS.
- ONUSIDA (2009). *National AIDS Spending Assessment (NASA) : Classification taxonomy and Definitions*. Genève : ONUSIDA.
- ONUSIDA (2008). *Organizing Framework for a Functional National HIV Monitoring and Evaluation System*. Genève : ONUSIDA.
- ONUSIDA (2008). *Procédé de suivi et d'évaluation des programmes de prévention du VIH destinés aux groupes de population les plus exposés au risque d'infection*. Genève : ONUSIDA.
- ONUSIDA (2008). *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008*. Genève : ONUSIDA.
- ONUSIDA (2007). *Définir des objectifs nationaux en vue d'avancer vers l'accès universel*. Genève : ONUSIDA.
- ONUSIDA (2007). *Directives pratiques pour l'intensification de la prévention du VIH en vue de l'accès universel*. Genève : ONUSIDA.
- ONUSIDA (2006). *Scaling Up Towards Universal Access : Considerations for Countries to Set Their Own National Targets for HIV Prevention, Treatment and Care*. Genève : ONUSIDA.
- ONUSIDA (2005). *Directives UNGASS pour l'élaboration d'indicateurs de base*. Genève : ONUSIDA.
- ONUSIDA/OMS (2004). *National Guide to Monitoring and Evaluating Programmes for the Prevention of HIV in Infants and Young Children*. Genève : OMS.
- ONUSIDA/OMS (2000). *Directives pour la surveillance de deuxième génération du VIH*. Genève : ONUSIDA.
- Rugg, D., Peersman, G. et M. Carael (2004). *Global Advances in HIV/AIDS Monitoring and Evaluation*. New Directions for Evaluation, No. 103. Hoboken : Jossey-Bass
- UNICEF (2007). *Rapport sur la situation des enfants dans le monde*. New York : UNICEF.
- UNICEF/ONUSIDA (2005). *Guide to Monitoring and Evaluation of the National Response for Children Orphaned and Made Vulnerable by HIV/AIDS*. New York : UNICEF.

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.



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA
ONU DC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

L'objet des présentes directives révisées est de fournir aux Conseils nationaux de lutte contre le sida (ou à tout organisme apparenté) des orientations techniques sur la manière de mesurer les indicateurs de base pour l'application de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida adoptée par les États membres des Nations Unies lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida de juin 2001. Ces directives fournissent des orientations techniques sur les spécifications détaillées des indicateurs de base, sur les informations nécessaires et sur la base de leur formulation, et enfin sur leur interprétation. Ces directives ont également pour but de maximiser la validité, la cohérence interne et la comparabilité entre les pays et dans le temps des estimations obtenues grâce aux indicateurs. Elles ont en particulier pour but de garantir la cohérence de ces types de données et des méthodes de calcul employées.

ONUSIDA
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GENÈVE 27
SUISSE

Tél.: (+41) 22 791 36 66
Fax: (+41) 22 791 48 35
Courrier électronique: distribution@unaids.org

www.unaids.org

Unir le monde contre le sida