

# PROGRAMMES NATIONAUX DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Guide des indicateurs de suivi  
et d'évaluation des programmes  
antirétroviraux



Organisation  
mondiale de la Santé



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA  
**ONUSIDA**  
HCR • UNICEF • PAM • PNUD • UNFPA • ONUDC  
OIT • UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE



Investissons dans notre avenir  
**Le Fonds mondial**  
De lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme



  
**MEASURE**  
Evaluation

  
**fhi** Family Health  
International

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS

Programmes nationaux de lutte contre le SIDA : guide des indicateurs de suivi et d'évaluation des programmes antirétroviraux

1.Infection à VIH – chimiothérapie 2.SIDA – chimiothérapie 3.Agents antirétroviraux – ressources et distribution 4.Programme national santé – organisation et administration 5.Evaluation résultats et méthodes (Soins) – méthodes 6.Evaluation programme – méthodes 7.Ligne directrice I.Organisation mondiale de la Santé II.Titre: Guide des indicateurs de suivi et d'évaluation des programmes antirétroviraux.

ISBN 92 4 259291 9

(Classification NLM: WC 503.2)

---

**© Organisation mondiale de la Santé 2005**

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone: +41 22 791 2476; télécopie: +41 22 791 4857; adresse électronique: bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie: +41 22 791 4806; adresse électronique: permissions@who.int).

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

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

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les 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'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en

Programmes nationaux  
de lutte contre le SIDA

**GUIDE DES INDICATEURS  
DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DES  
PROGRAMMES ANTIRÉTROVIRAUX**

---

# TABLE

<b>Abréviations</b> .....	1
<b>SECTION I</b>	
Introduction, logique et objet .....	2
<b>SECTION II</b>	
Aspects de la mesure et considérations particulières .....	7
<b>SECTION III</b>	
Indicateurs .....	12
<b>Annexe 1</b>	
Indicateurs pour les activités conjointes VIH/Tuberculose .....	28

# ABRÉVIATIONS

<b>ARV</b>	antirétroviral (médicament)
<b>CDV</b>	conseil et dépistage volontaire
<b>DC</b>	dépistage et conseil
<b>DOTS</b>	traitement de brève durée sous surveillance directe
<b>FHI</b>	Family Health International
<b>IO</b>	infection opportuniste
<b>IST</b>	infection sexuellement transmissible
<b>OBC</b>	organisation à base communautaire
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	organisation non gouvernementale
<b>ONUSIDA</b>	programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
<b>PNLS</b>	programme national de lutte contre le SIDA
<b>PNS</b>	programme national du SIDA
<b>PNT</b>	programme national de la tuberculose
<b>PVS</b>	personnes vivant avec le VIH/SIDA
<b>S/E</b>	suivi et évaluation
<b>SGIS</b>	système de gestion de l'information sur la santé
<b>SIDA</b>	syndrome d'immunodéficience acquise
<b>TAHA</b>	traitement antirétroviral hautement actif
<b>TARV</b>	traitement antirétroviral
<b>TME</b>	transmission mère-enfant
<b>UNGASS</b>	session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (sur le VIH/SIDA)
<b>USAID</b>	Agency for International Development des États-Unis d'Amérique
<b>VIH</b>	virus de l'immunodéficience humaine

## SECTION I

# INTRODUCTION, LOGIQUE ET OBJET

## 1. Introduction

Dans le monde en développement, cinq à six millions de personnes infectées par le VIH ont besoin d'un traitement antirétroviral (TARV) pour survivre, mais à la fin 2004 seules 700 000 y avaient accès (soit une fourchette de 630 000 à 780 000 dans les pays en développement et en transition). C'est là une urgence mondiale de santé, à laquelle l'OMS et les organisations partenaires ont répondu en s'engageant dans l'action afin de fournir des traitements à tous ceux qui en ont besoin. Dans un premier temps, on compte atteindre avant la fin de 2005 le chiffre de trois millions de personnes traitées par médicaments antirétroviraux (ARV), objectif connu sous le nom de "3 millions d'ici 2005".

Le suivi et l'évaluation (S/E) de cette rapide extension des traitements ARV revêtent une priorité élevée. Il sera essentiel d'établir dans quelle mesure les pays se rapprochent des buts et objectifs adoptés, et comment les échelons locaux (districts, régions ou provinces, et établissements de santé) suivent les progrès accomplis et prennent conscience des problèmes rencontrés.

## 2. Avertissement

On s'est efforcé au maximum, dans le présent document, d'établir une approche cohérente du suivi et de l'évaluation nationaux de l'extension des traitements ARV dans le but d'assurer un accès universel. Il convient de le considérer comme une étape dans un processus qui devra intégrer de nouvelles expériences, de nouvelles études, la validation des indicateurs proposés et, par la suite, leur perfectionnement. Ces nouveaux enseignements serviront à mettre à jour le document et à le corriger, au fur et à mesure que s'accumulera l'expérience du suivi et de l'évaluation en la matière.

## 3. Normes internationales

Toute stratégie nationale visant à suivre et à évaluer une extension rapide des traitements ARV doit comporter des éléments aux niveaux du pays, de ses subdivisions administratives (départements ou régions) et des établissements. On pourra consulter à cet égard les documents suivants, qui décrivent les méthodes, les instruments et la fréquence de la collecte d'indicateurs de base permettant de mesurer les progrès accomplis vis-à-vis de l'objectif d'accès universel au traitement.

- *Guide de suivi et d'évaluation des soins et du soutien liés au VIH/SIDA* (disponible sur <http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/pubnapcs/en/>)
- *National guide to monitoring and evaluating programmes for the prevention of HIV in infants and young children* (disponible sur <http://www.who.int/hiv/strategic/me/en/>)
- *HIV drug resistance surveillance guidelines* (disponible sur <http://www.who.int/3by5/publications/en/>)
- *Interim patient monitoring guidelines for HIV care and ART* (disponible sur <http://www.who.int/3by5/publications/en/>)
- *The monitoring and evaluation toolkit for HIV/AIDS, tuberculosis and malaria* (disponible sur <http://www.theglobalfund.org>)

Il est désormais reconnu que la fourniture de traitements ARV constitue une composante essentielle de tout programme national intégré de traitement, de soins, de soutien et de prévention. Le suivi et l'évaluation de ces éléments font actuellement l'objet de documents séparés, publiés en vue d'harmoniser les initiatives : les principales organisations internationales partenaires ont été associées à la rédaction de chacun de ces guides, et les indicateurs qui y figurent sont formulés de manière à se compléter d'un document à l'autre. Ces documents ont été élaborés et adoptés par les grands organismes mondiaux, parmi lesquels l'OMS, l'ONUSIDA, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, l'USAID et la Banque mondiale.

Le présent guide se réfère et se relie aux autres documents selon les besoins, afin de garantir un maximum de complémentarité entre activités de S/E. On compte sur la collaboration des donateurs et des gouvernements nationaux pour faciliter la collecte des données, ce qui contribuera au suivi des tendances de l'épidémie et des programmes, et qui devrait apporter l'information nécessaire à la transparence vis-à-vis des donateurs. C'est là un aspect essentiel, puisque les obligations et mesures parallèles en matière de rapports font supporter une charge inutile aux programmes qui bénéficient de plusieurs sources de financement, et doivent en rendre compte aux différents donateurs sous différentes formes.

En harmonisant dans toute la mesure du possible les indicateurs et méthodes des programmes de suivi et d'évaluation, on évitera la multiplication des rapports, ce qui permettra de consacrer davantage de temps à la prestation de services vitaux. Bien du temps et des efforts seront nécessaires à l'établissement d'un large accord sur l'élaboration et l'adoption de normes internationales, mais il est évident qu'ils déboucheront sur un meilleur système de suivi. La Banque mondiale, le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, l'OMS et le gouvernement des États-Unis ont entrepris d'employer des normes internationales de suivi et d'évaluation, plutôt que d'en créer de nouvelles.

Au-delà de leur harmonisation, on voit bien aujourd'hui que ces guides devraient être regroupés en un seul document complet, pour en faciliter l'usage par les administrateurs de programmes et assurer au suivi et à l'évaluation une efficacité maximale. Les principaux partenaires internationaux sont déjà au travail pour rationaliser et harmoniser les indicateurs et instruments de mesure relatifs aux programmes nationaux intégrés de lutte contre le VIH/SIDA.

## 4. Pourquoi les indicateurs au niveau national sont-ils importants ?

L'importance des indicateurs nationaux tient au fait qu'ils permettent aux pays d'apprécier leurs propres avancées vers l'objectif déclaré d'accès universel et les étapes qui y conduisent. Ils autorisent en outre des comparaisons entre pays et l'évaluation mondiale des progrès accomplis en direction des objectifs. Les comparaisons entre pays sont instructives pour repérer les pays où les progrès sont relativement lents. On peut alors entreprendre une analyse plus détaillée des données de suivi, à un niveau plus local, pour rechercher les domaines où les résultats sont susceptibles d'amélioration.

Une grande partie des données utilisées comme indicateurs au niveau national est produite au niveau local, puis remonte à travers le système en place. Cependant, tous les indicateurs nécessaires ou utiles au niveau local ne sont pas pertinents au niveau national. Certains sujets se prêtent bien à une mesure locale, mais peuvent perdre de leur signification si l'on effectue une synthèse à l'échelle du pays. Il reste néanmoins important de retenir qu'une grande partie des renseignements destinés aux indicateurs présentés ici sont rassemblés localement, et que certains indicateurs de niveau national peuvent également être interprétés et utilisés au niveau local.

## 5. Pourquoi est-il important de suivre et d'évaluer les programmes d'extension de l'accès aux médicaments antirétroviraux ?

Les programmes d'amélioration de l'accès aux ARV suscitent aujourd'hui un engagement et un soutien croissants. De nombreux pays étendent leurs programmes, en réaction à la propagation de la pandémie de VIH/SIDA et grâce au renforcement des appuis disponibles. Étant donné leur coût élevé, ces programmes exigent des pays concernés des ressources financières et humaines considérables. Il est donc tout à fait indispensable de les soumettre au niveau national à des normes de suivi et d'évaluation, pour garantir que les investissements consentis apporteront les plus grands bénéfices possibles.

Le suivi-évaluation national devrait permettre aux programmes d'amélioration de l'accès aux ARV de vérifier les progrès qu'ils accomplissent, de repérer les problèmes, de préciser et d'adapter leur stratégie opérationnelle, d'évaluer l'efficacité et les conséquences de leurs interventions, et de tester des stratégies permettant d'en optimiser l'efficacité, les résultats, le rapport coût/avantages et la durabilité.

## 6. À qui ce manuel s'adresse-t-il ?

Ce document vise avant tout à faciliter les efforts de suivi et d'évaluation menés au niveau national par les administrateurs de programmes VIH/SIDA. On remarquera cependant qu'une grande partie des données nécessaires au calcul des indicateurs proviennent des établissements de santé. Le manuel sera donc également utile aux administrateurs ou planificateurs de programmes pour établir des indicateurs d'usage plus local. Il pourra notamment les aider à aligner les stratégies locales de suivi et d'évaluation sur le cadre national, ce qui faciliterait la transmission des renseignements nécessaires du niveau local aux niveaux régional et national.

## 7. Sur quoi ce manuel porte-t-il ?

Ce manuel propose des orientations sur les indicateurs concernant le suivi-évaluation dans les programmes nationaux visant à améliorer l'accès aux traitements ARV des personnes vivant avec le VIH/SIDA. L'ensemble des informations nécessaires à l'établissement de ces indicateurs permet d'évaluer le degré de réussite des programmes TARV au niveau national, de définir les domaines d'activités ayant besoin d'une aide supplémentaire, et par conséquent d'améliorer les programmes nationaux de traitement ARV. Très souvent, ces indicateurs pourront en outre autoriser des comparaisons entre pays.

Ce manuel propose une série d'indicateurs de base, ainsi qu'un indicateur complémentaire. Tout pays engagé dans des programmes d'extension de l'accès aux ARV des personnes atteintes d'une infection à VIH avancée devrait s'efforcer de tenir à jour au moins les indicateurs de base. Les indicateurs complémentaires sont eux aussi recommandés, s'ils se justifient et si les ressources permettent de les établir. Pour chaque indicateur, le manuel présente : (a) une définition circonstanciée; (b) les raisons de l'employer, et ce qu'il mesure; (c) les méthodes et outils de mesure; (d) la fréquence de la mesure; (e) les points forts et limites. En proposant ces indicateurs, le document tient compte des indicateurs existants, des expériences, et autant que possible des normes, et s'efforce de présenter des indicateurs éprouvés pour lesquels des données existent, ou des indicateurs n'exigeant pas une collecte de données particulièrement importante.

## 8. Enseignements essentiels sur le succès des indicateurs nationaux

L'OMS a accumulé une grande expérience dans l'élaboration de guides internationaux et dans l'aide à la mise en place dans les pays de systèmes d'informations logistiques, sanitaires et de gestion. Elle en a tiré les principaux enseignements suivants, qui ont servi à la conception du présent document :

- Le **nombre des indicateurs** devra être aussi réduit que possible, car les démarches et dépenses nécessaires à la collecte des données peuvent s'avérer rédhibitoires, notamment pour les systèmes de suivi et d'évaluation aux capacités limitées.
- Certains indicateurs de base, formant un noyau dur parmi tous ceux qui seront élaborés, devraient être **normalisés et adoptés par les partenaires internationaux et nationaux** afin de réduire au minimum les charges imposées aux pays par la collecte de différents indicateurs ou de différentes variantes d'un même indicateur à l'usage d'organismes internationaux et de donateurs incapables de coordonner leurs besoins propres en matière de suivi-évaluation.
- Les indicateurs ayant recours à des **systèmes existants de collecte des données** sont préférables à ceux qui exigent des dispositifs particuliers en la matière.

## 9. Mesure globale des progrès accomplis dans l'accès universel aux traitements ARV

Tous les programmes nationaux devraient pouvoir rendre compte des progrès accomplis dans l'accès universel aux traitements ARV, et du franchissement des étapes intermédiaires comme l'objectif de "3 millions d'ici 2005", en tenant à jour et en publiant les indicateurs de niveau national figurant dans le tableau ci-dessous. Ce dernier résume, pour chaque indicateur : le stade de programme qu'il vise à suivre; le domaine thématique général couvert; le titre de l'indicateur; les méthodes recommandées; et la fréquence souhaitable de la collecte des données.

Niveau	Domaine	Indicateur	Méthode recommandée	Périodicité
Intrants	Politiques et directives nationales	Indicateur de base 1: Existence de politiques, stratégies et directives nationales pour les programmes de TARV	Enquête auprès de sources informées	Bisannuelle
Processus	Couverture du programme (extension initiale)	Indicateur de base 2: Pourcentage des districts ou unités sanitaires locales disposant d'au moins un établissement dispensant des services ARV conformes aux dispositions nationales	Examen des fichiers ou programmes, ou enquête auprès des établissements de santé	Annuelle pendant l'extension, bisannuelle ensuite
	Approvisionnement en médicaments	Indicateur de base 3: Pourcentage des sites de stockage et de distribution d'ARV ayant connu des ruptures dans les six mois précédents Indicateur complémentaire 3.1: Pourcentage des sites de stockage et de distribution d'ARV conformes aux critères de qualité minimum (et n'ayant pas connu de rupture)	Système de traçabilité des médicaments, rapports des programmes	Annuelle pendant l'extension, bisannuelle ensuite
	Ressources humaines	Indicateur de base 4: Effectifs des personnels de santé formés à l'administration des ARV conformément aux normes nationales ou internationales	Fichiers des programmes ou enquêtes auprès des établissements	Annuelle pendant l'extension, bisannuelle ensuite
Résultats immédiats	Couverture du programme en TARV	Indicateur de base 5: Pourcentage des établissements de santé disposant de systèmes et éléments pour la prestation de services de TARV	Enquête auprès des établissements avec composante d'observation	Annuelle pendant l'extension, tous les deux à quatre ans ensuite
	Couverture des soins complète, prévention comprise	Indicateur de base 6: Pourcentage des établissements de santé disposant de services de TARV qui dispensent également des soins complets, prévention comprise, aux patients séropositifs pour le VIH	Enquêtes auprès des établissements	Annuelle pendant l'extension, tous les deux à quatre ans ensuite
Effets	Population sous traitement	Indicateur de base 7: Pourcentage des personnes atteintes d'infection avancée par le VIH, suivant un traitement ARV	Relevé des données de suivi des programmes	Semestrielle pendant l'extension, annuelle ensuite
	Maintien des schémas de première intention	Indicateur de base 8 : Poursuite des schémas thérapeutiques de première intention à 6, 12 et 24 mois du début du traitement	Relevé des registres des patients	Collecte continue, arrêtée annuellement
Impact	Survie	Indicateur de base 9 : Survie à 6, 12, 24, 36 mois etc. après le début du traitement	Relevé des registres des patients	Collecte continue, arrêtée annuellement

## SECTION II

# ASPECTS DE LA MESURE ET CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES

## 1. Sources de données

Les renseignements permettant d'établir les indicateurs figurant dans ce guide émanent souvent de points de prestation de services, par exemple un échantillon d'établissements de santé, qui administrent des traitements ARV. Certaines données sont issues des dossiers personnels des patients (par exemple le pourcentage des personnes suivant un traitement), tandis que d'autres proviennent des fichiers des établissements (par exemple les effectifs du personnel formé à l'administration de TARV).

**Par établissement de santé, on entend tout lieu où sont couramment dispensés des soins de santé, ou tout lieu de coordination de prestataires de services dispensant des soins soit dans l'établissement, soit dans la communauté.** Il s'agit le plus souvent d'hôpitaux, centres de santé et dispensaires, mais on y classe aussi des établissements moins traditionnellement associés à la santé, comme les sites abritant des hospices, ceux qui coordonnent les prestataires de services à base communautaire, ou ceux qui, sans disposer nécessairement de locaux de consultation, proposent des services spécifiques (par exemple la distribution des ARV et la surveillance courante des patients). Le domicile d'une personne n'est pas considéré comme un établissement au sens de ces indicateurs. Pour les pays où les services de TARV sont d'introduction récente, l'échantillon des établissements de santé sera sans doute défini par l'indicateur de base 2. Pour les pays où ils sont déjà bien implantés, il est recommandé de définir a priori un échantillon représentatif des établissements de santé, et d'utiliser ce même échantillon pour tous les indicateurs recueillis au niveau des établissements. Cet échantillon devrait comprendre à la fois des établissements publics et non lucratifs. Il devrait en outre comprendre, dans toute la mesure du possible, des établissements privés, puisque dans bien des pays, les prestataires privés (parmi lesquels figurent souvent des sociétés et de grandes entreprises) contribuent pour une part non négligeable aux programmes de traitement ARV.

## 2. La prévention parmi les personnes séropositives

Outre les bénéfices thérapeutiques qu'elle apporte aux millions de personnes infectées par le VIH, l'amélioration de l'accès aux traitements ARV ouvre de nouvelles et importantes perspectives pour renforcer et élargir les efforts de prévention du VIH. Tout accroissement dans la disponibilité des traitements a de fortes chances de se traduire par une augmentation des taux de dépistage du VIH, par une moindre stigmatisation, et peut-être par une diminution de l'inféctivité chez les personnes sous traitement ARV. La généralisation de l'accès aux TARV offre également aux efforts de prévention du VIH des possibilités nouvelles et décisives. Le Groupe de travail mondial sur la prévention du VIH, composé de nombreuses organisations (Gates Foundation, Kaiser Network, agences des Nations Unies, instituts de recherche, etc.), a recensé de très importantes possibilités d'amélioration de la prévention par l'élargissement de l'accès aux TARV, parmi lesquelles les interventions préventives visant les personnes séropositives constituent un élément clé<sup>1</sup>. Il est donc essentiel de suivre les prestations et d'évaluer l'efficacité des activités de prévention menées par les programmes de TARV. Ce guide aborde les services de prévention à travers les indicateurs de base suivants.

<sup>1</sup> Global HIV Prevention Working Group. *HIV prevention in the era of expanded treatment access*. Juin 2004.

- **La prévention du VIH comme constituant de la politique nationale de traitement ARV: Indicateur de base 1.** L'intégration de la prévention du VIH aux programmes de TARV devra figurer dans les politiques ou directives nationales concernant ces programmes, de façon à établir un cadre national de programmation favorisant simultanément le traitement et la prévention.
- **La formation à la prévention du VIH visant les personnels médicaux, les non professionnels et les groupes de soutien: Indicateur de base 4.** Certaines interventions de courte durée effectuées par des cliniciens ont fait la preuve de leur efficacité vis-à-vis de divers problèmes de santé, dont le tabagisme, l'obésité, l'abus d'alcool, la dépression et la sédentarité<sup>2</sup>. Dans le cadre d'un traitement ARV, une brève intervention pourrait par exemple rappeler au patient l'importance des pratiques sexuelles à moindre risque, et lui apporter une information sur l'accès aux préservatifs et aux conseils en matière de réduction des risques. Il n'est cependant pas envisageable de ne compter que sur le personnel médical pour assurer les services de prévention au sein des programmes de TARV. On perçoit de mieux en mieux le rôle indispensable que jouent les non professionnels dans les établissements de santé, aussi bien que celui des groupes de soutien communautaires non médicalisés. Ces personnes doivent en revanche être elles aussi formées pour dispenser des services de prévention d'un niveau acceptable, le conseil par exemple. La compétence en matière de prévention (conseil en réduction des risques, fourniture de préservatifs, ou le cas échéant transfert vers ces services) fait partie intégrante des capacités de base requises de tous les soignants impliqués dans les TARV.
- **L'administration d'une gamme complète de soins, y compris les services de prévention visant les patients séropositifs : Indicateur de base 9.** Les TARV constituent l'élément central de tous les programmes efficaces de soins et de soutien liés au VIH/SIDA, qui comprennent d'autres services essentiels. Les services de prévention sont une composante incontournable des soins complets. Ceux-ci englobent cependant aussi des services de santé plus larges (par exemple le traitement des infections opportunistes ou les soins palliatifs), des services psychologiques (comme le soutien affectif), des aides sociales et juridiques (par exemple nourriture, soutien matériel ou financier, conseils juridiques relatifs à l'emploi ou au testament), ainsi que le soutien aux orphelins et enfants vulnérables. Les services de prévention devraient comporter au minimum un conseil en réduction des risques et la distribution de préservatifs. Pour une population donnée, les thèmes de conseil prédominants s'orienteront en fonction de l'épidémie et des principaux comportements à risques. La gamme complète des services de prévention devrait de préférence être mise à disposition sur les sites où sont dispensés les services de traitement ARV. Mais en cas d'impossibilité ou de difficultés majeures, on veillera à mettre en place un système efficace de transfert vers ces services.

### 3. La résistance aux médicaments anti-VIH

La prévention, la surveillance et le suivi de la résistance aux médicaments anti-VIH jouent un rôle essentiel dans le succès des programmes de TARV. La stratégie OMS de surveillance et de suivi de la résistance aux médicaments anti-VIH dans les pays se concentre sur les systèmes d'alerte rapide, la surveillance de la résistance à ces médicaments, et le suivi sentinelle par cohorte de cette résistance (voir ci-dessous).

Trois des indicateurs présentés dans ce guide concernent particulièrement les signaux d'alerte rapide. Pour d'autres renseignements sur le suivi de la résistance aux médicaments anti-VIH, on pourra consulter les directives de l'OMS relatives à la résistance aux médicaments anti-VIH<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> Voir les études citées in: *Incorporating HIV Prevention into the Medical Care of Persons Living with HIV*. MMWR 2003;52:RR-12 (CDC Guidelines).

<sup>3</sup> *Guidelines for surveillance of HIV drug resistance*. World Health Organization, 2003 (<http://www.who.int/3by5/publications/en/>).

### Évaluation de l'alerte rapide à la résistance aux médicaments anti-VIH

**Objectif:** vérifier si les programmes de TARV sont prévus de façon à réduire à un minimum l'apparition et la transmission de la résistance aux médicaments anti-VIH.

**Méthode:** reprise des informations figurant sur les cartes de traitement normalisées ou dans les dossiers médicaux électroniques (se retrouve en partie dans ce guide : indicateur de base 3, indicateur complémentaire 3.1, indicateur de base 8 et indicateur de base 9).

### Surveillance de la résistance aux médicaments anti-VIH

**Objectif:** observer si la transmission de souches de VIH résistantes aux médicaments atteint des niveaux mesurables, et évaluer les modalités des mutations associées à la résistance dans les souches transmises, en vue d'appuyer le meilleur fonctionnement possible des programmes et les décisions nationales concernant les schémas thérapeutiques ARV reconnus. Les populations choisies auront été infectées depuis peu, et ne posséderont pas de connaissances préalables en matière de TARV.

#### Méthodes:

**A. Enquêtes sur les seuils de résistance aux médicaments anti-VIH:** prélèvement d'un nombre minimum d'échantillons diagnostiques du VIH à partir d'enquêtes sérologiques ou de centres de diagnostic dans des zones où les TARV sont dispensés depuis un certain temps, afin d'évaluer si la prévalence de la résistance aux médicaments anti-VIH dépasse un seuil minimal de 5% et, dans l'affirmative, si elle dépasse un second seuil de 15%.

**B. Enquêtes représentatives de prévalence de la résistance aux médicaments anti-VIH:** dans les pays où les ressources sont suffisantes, où la surveillance du VIH est bien établie et où l'on estime que la prévalence de la résistance aux médicaments anti-VIH transmise est supérieure à 5%, on pourra procéder à un échantillonnage représentatif de diagnostics positifs au VIH pour évaluer la prévalence de cette résistance. Il conviendra alors de constituer un groupe-test pondéré de centres de diagnostic et de patients diagnostiqués.

### Suivi sentinelle par cohorte de la résistance aux médicaments anti-VIH (concerne le suivi des programmes de TARV, et non celui des individus)

**Objectif:** valider les mesures de suivi et d'alerte rapide au sein des programmes, confirmer que l'apparition de la résistance aux TARV est réduite à un minimum, et évaluer la nature des mutations survenant dans différents sous-types de VIH et différents schémas thérapeutiques ARV.

**Méthode:** échantillonnage représentatif de personnes entamant un premier traitement ARV dans les centres sentinelles. Si les ressources le permettent, on testera la résistance aux médicaments une première fois à 12 mois, puis à 24 mois, et lors d'un échec ou d'un changement de schéma thérapeutique.

## 4. HIV/AIDS and tuberculosis

Un tiers de la population mondiale est infecté par le bacille de la tuberculose, ce qui se traduit par environ neuf millions de nouveaux cas de tuberculose chaque année. Le VIH est le plus puissant facteur de risque connu à cet égard. Les personnes coinfectées par le bacille et le VIH ont une probabilité jusqu'à 50 fois supérieure de développer une tuberculose que les personnes infectées par le bacille de la tuberculose mais non par le VIH. L'épidémie de tuberculose est exacerbée par le VIH dans les pays où l'infection à VIH est généralisée, ce qui aggrave encore les immenses difficultés de la lutte antituberculeuse dans bien des pays parmi les plus pauvres. Dans certains pays d'Afrique subsaharienne, les taux annuels de notification de la tuberculose ont été multipliés par quatre depuis le milieu des années 1980, pour l'essentiel en raison de l'épidémie de VIH/SIDA. Au niveau mondial, la tuberculose est l'une des causes les plus fréquentes de maladie et de décès parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

<sup>4</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Interim policy on collaborative TB/HIV activities.*

Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (WHO/HTM/TB/2004.330; WHO/HTM/HIV/2004.1).

La tuberculose n'est cependant pas qu'un aspect du problème du VIH. Les programmes antituberculeux peuvent aussi constituer une partie importante de la solution en apportant prévention et soins du VIH dans les pays à ressources limitées, notamment en facilitant l'accès aux traitements ARV. Tant les programmes antituberculeux que les programmes anti-VIH peuvent tirer avantage d'une collaboration rapprochée, visant à réduire les effets de la tuberculose liée au VIH dans les communautés à forte charge<sup>4</sup>.

Dans les pays à prévalence élevée de l'infection à VIH, jusqu'à 80% des patients tuberculeux peuvent être infectés par le VIH. En réaction, de nombreux programmes antituberculeux ont pris en charge la réduction des effets du VIH chez les patients tuberculeux, et agissent en conjonction avec les programmes anti-VIH pour mettre en œuvre les activités recommandées. Parmi celles-ci figure l'amélioration de l'accès au dépistage du VIH et au conseil en la matière visant les patients tuberculeux, ce qui constitue une porte d'entrée pour des services adéquats de prévention, de traitement et de soutien aux personnes atteintes du VIH, y compris l'accès aux TARV. En favorisant le conseil et le dépistage du VIH chez les patients tuberculeux, on contribuera à repérer un grand nombre de personnes séropositives au VIH qui, si elles en remplissent les critères, pourront accéder à un traitement ARV. Les services de tuberculose dans les hôpitaux et centres de santé périphériques peuvent donc constituer d'importants points d'entrée, et parfois même de suivi, pour les traitements ARV.

Il est important de resserrer la collaboration entre les activités antituberculeuses et anti-VIH au niveau des pays, pour accélérer l'extension de l'accès aux TARV. Par conséquent, chaque fois que possible, les programmes antituberculeux devront être intégrés aux plans de suivi et d'évaluation de l'extension des TARV. À cette fin, l'OMS a publié un guide<sup>5</sup> définissant les indicateurs pertinents pour le suivi des activités mixtes tuberculose/VIH, dont l'accès aux TARV des patients tuberculeux (Annexe 1).

## 5. Questions d'équité : les programmes TARV doivent répondre aux besoins des femmes et des jeunes

L'une des difficultés auxquelles sont confrontés les pays pour planifier et exécuter des programmes de TARV consiste à assurer que les nombreux groupes en attente de traitement reçoivent réellement des ARV, et que les groupes particulièrement vulnérables ne soient pas toujours les derniers servis. Ce défi devrait se refléter dans les systèmes nationaux de suivi. On fait ici bien entendu allusion aux femmes, mais sans oublier les personnes de 10 à 24 ans<sup>6</sup> dont le poids va croissant ni, dans certains pays, des groupes comme les utilisateurs de drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe. Afin d'assurer que ces groupes fassent l'objet d'une couverture suffisante, il est important de dissocier par âge et par sexe les données de collecte régulière, et de distinguer, dans l'élaboration des politiques et directives nationales et des nouveaux programmes de formation, les besoins spécifiques des femmes, des jeunes et autres groupes vulnérables, afin de leur accorder toute l'attention voulue.

<sup>5</sup> Organisation mondiale de la Santé. *A Guide to Monitoring and Evaluation for Collaborative TB/HIV Activities*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (WHO/HTM/TB/2004.342 et WHO/HIV/2004.09).

<sup>6</sup> *A guide to indicators for monitoring and evaluating national HIV/AIDS prevention programmes for young people*. Organisation mondiale de la Santé, ONUSIDA et UNICEF, 2004.

## 6. Les TARV dans les épidémies localisées

On pourrait interpréter les indicateurs présentés dans ce guide comme impliquant que la quantité équivaudrait à la qualité, et donc que la situation idéale serait celle où l'on aurait accès aux TARV dans tous les districts et dans la plupart des établissements de santé, et où la plupart des professionnels de santé bénéficieraient d'une formation à la gestion des TARV. Ce pourrait éventuellement être le cas en situation d'épidémie généralisée (mais même alors, une couverture égale ne serait pas forcément souhaitable). En revanche, dans le cas d'une épidémie localisée, offrir le même niveau d'accès au traitement et au soutien dans toutes les régions n'a de sens ni économiquement ni administrativement. Dans les pays où l'épidémie est concentrée, il est nécessaire de décider de ce qui constitue un niveau optimal de couverture et des lieux où sera proposé l'accès au traitement. Dans ces cas, ne pas proposer d'accès au traitement en tout point du territoire, ni même dans la plupart, ne doit pas s'envisager comme un échec de l'extension complète, mais plutôt comme un succès dans la planification de l'emploi de ressources rares. L'interprétation des résultats de ces indicateurs se fera donc dans les meilleures conditions au niveau du pays, en tenant compte de l'épidémiologie du VIH et des autres facteurs pertinents.

## 7. Le suivi et l'évaluation selon le stade de programmation des traitements ARV

Parmi les quelques indicateurs de niveau national existants, certains sont utiles principalement ou uniquement dans les premiers stades de l'extension de l'accès aux TARV. Notamment, les indicateurs qui mesurent l'existence de directives, de personnel formé et de centres d'administration de TARV perdent de leur sens au fur et à mesure de l'avancement du programme. Ces composantes constituent des étapes initiales essentielles au processus d'extension, et il est donc souhaitable de les traiter rapidement dans la plupart des pays déterminés à affronter l'accès aux traitements. Une fois ces premières étapes franchies, on remplacera ces indicateurs par d'autres, décrivant plus précisément les aspects de l'accès, de la couverture et de l'équité.

## SECTION III

## INDICATEURS

<b>Indicateur de base 1: Existence de politiques, stratégies et directives nationales pour les programmes de traitements ARV</b>	
<b>Définition</b>	<p>Existence de politiques et stratégies nationales sur le VIH/SIDA visant à faciliter la couverture du pays en traitements ARV (indice composite: Oui = 1, Non = 0).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La fourniture de traitements ARV fait partie intégrante de la politique nationale de fourniture de services liés au VIH/SIDA.</li> <li>• Il existe un organisme national multisectoriel de gestion et de coordination des activités liées au VIH/SIDA, en état de fonctionner, faisant intervenir toutes les parties (ministère de la santé, ONG, OBC, secteur privé, etc.) et appuyant celles qui mettent en œuvre des TARV.</li> <li>• Les personnes vivant avec le VIH/SIDA participent à l'élaboration des politiques, et sont représentées au sein de l'organe national de coordination du VIH/SIDA.</li> <li>• Il existe une directive nationale sur la fourniture de TARV prévoyant l'intégration du traitement et de la prévention.</li> <li>• Il existe un dispositif confidentiel de repérage des patients.</li> <li>• La stratégie favorise un accès équitable au traitement ARV pour ceux qui ne peuvent le payer.</li> <li>• La stratégie prévoit la fourniture de traitements ARV aux enfants et aux jeunes, aux patients tuberculeux, aux groupes vulnérables comme les professionnel(le)s du sexe, les réfugiés, les populations mobiles, et les utilisateurs de drogues injectables et autres groupes à hauts risques ou difficiles à atteindre.</li> <li>• Les lois et règlements protègent les personnes vivant avec le VIH/SIDA contre les discriminations.</li> </ul>
<b>Numérateur</b>	Nombre des indicateurs ci-dessus adoptés par le pays considéré.
<b>Dénominateur</b>	8.
<b>Objet</b>	<p><b>Justification</b> Un engagement politique est essentiel au succès des programmes de TARV, notamment lorsque le VIH/SIDA est stigmatisé. Il devrait exister au niveau national des politiques et stratégies favorisant les TARV de façon intégrée, les reliant à la prévention et au renforcement des systèmes de santé, et couvrant tous les groupes, notamment les populations vulnérables.</p> <p>Les directives et politiques nationales se fondent souvent sur des normes internationales existantes ou sur des normes généralement admises mais non encore formellement établies comme orientations internationales. Sans ces directives, on risque de mettre en œuvre au cas par cas des services de qualité et d'effets inconnus, ce qui rend difficile de suivre et d'évaluer les efforts accomplis.</p> <p><b>Objet de la mesure</b> Cet indicateur montre si un pays dispose au niveau national des systèmes et stratégies nécessaires pour mettre en œuvre et faciliter la fourniture de TARV.</p>
<b>Fréquence</b>	Tous les deux ans.
<b>Outils et méthode de mesure</b>	Une enquête auprès des informateurs essentiels aux niveaux national et des districts et dans les établissements de santé permettra de déterminer si il existe des systèmes et stratégies appropriés. Ces informateurs sont au niveau national des responsables du VIH/SIDA; dans les établissements de santé, des praticiens et directeurs de services.
<b>Points forts et limites</b>	Cet indicateur n'a pas pour but d'apprécier la qualité, les effets ou l'application des politiques ou directives. Il s'attache initialement à déterminer si des politiques et directives existent, mais une fois qu'elles seront en place il conviendra de changer d'indicateur pour mesurer la persistance de l'engagement politique et la fréquence de mise à jour des directives. En général, les politiques et directives méritent un examen critique et une mise à jour tous les deux à trois ans. Ceci est particulièrement vrai des TARV, où les progrès sont constants..

<b>Indicateur de base 2: Pourcentage des districts ou unités sanitaires locales disposant d'au moins un établissement de santé fournissant des traitements ARV conformément aux normes nationales</b>	
Identique à l'indicateur Soins et soutien 2 (CS2)	
<b>Définition</b>	Pourcentage des districts ou unités sanitaires locales disposant d'au moins un établissement de santé fournissant des traitements ARV conformément aux normes nationales.
<b>Numérateur</b>	Nombre des districts ou unités sanitaires locales disposant d'au moins un établissement de santé fournissant des traitements ARV conformément aux normes nationales.
<b>Dénominateur</b>	Nombre total des districts ou unités sanitaires locales.
<b>Objet</b>	<p>Cet indicateur constitue une mesure grossière mais importante de la couverture d'un pays en traitements ARV. Il est particulièrement significatif en cas d'épidémie généralisée.</p> <p>En cas d'épidémie localisée, on pourrait restreindre la mesure aux districts ou unités sanitaires locales où se trouvent des proportions élevées de populations à risque (par exemple les zones de frontières internationales). Le dénominateur serait alors le nombre total de districts ou unités sanitaires locales concernés.</p>
<b>Outils et méthode de mesure</b>	<p>Le numérateur inclura différents types d'établissements de santé gérés par des organisations non gouvernementales ou les pouvoirs publics (sécurité sociale ou armée), en fonction de l'importance de la participation de ces secteurs à la fourniture d'un traitement antirétroviral.</p> <p>Les méthodes recommandées sont les suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen des registres du bureau médical ou chargé du SIDA dans le district, qui peut détenir une liste de l'ensemble des établissements fournissant un traitement antirétroviral.</li> <li>• Examen des registres du programme national de lutte contre le SIDA ou du système national de gestion pharmaceutique du Ministère de la Santé, qui doit également détenir une liste des établissements proposant un traitement antirétroviral.</li> <li>• Enquête dans les établissements de santé.</li> </ul> <p>Il est utile de disposer de données sur la population du district et sur la prévalence par district pour déterminer dans quelle mesure les services disponibles répondent aux besoins.</p>
<b>Fréquence</b>	Annuelle au cours de la phase d'extension, tous les deux ans ensuite.
<b>Points forts et limites</b>	<p>Cet indicateur est surtout utile pour mesurer l'évolution dans le temps, au fur et à mesure que les programmes nationaux s'efforcent d'étendre les prestations de services pour faire face aux besoins en cas d'épidémie généralisée. Dès lors que la couverture atteint un certain niveau, il est peu probable qu'elle baisse à nouveau, et l'indicateur devient redondant.</p> <p>Cet indicateur est surtout utile par rapport au processus d'extension en cas d'épidémie généralisée. En cas d'épidémie localisée, la présence d'un établissement de traitement ARV ne sera pas forcément nécessaire dans chaque district.</p>

### Indicateur de base 3: Pourcentage des sites de stockage et de distribution d'ARV ayant connu des ruptures de stock au cours des six mois précédents

Lié à l'indicateur de base 5.

TFait partie des indicateurs d'**Alerte rapide à la résistance aux médicaments.**

<p><b>Définition</b></p>	<p>Pourcentage des sites de stockage et de distribution de médicaments ARV ayant enregistré au moins une rupture de stock au cours des six mois précédents. Cet indicateur a pour but la suppression de toute rupture de stock au long de la chaîne d'approvisionnement en médicaments.</p> <p>Les sites de stockage sont habituellement des entrepôts (pas de distribution de médicaments aux patients). Les sites de prestation de services sont des pharmacies, des centres de santé et des consultations (y compris des centres antituberculeux) où des médicaments ARV sont distribués aux patients à titre individuel.</p> <p>Pourcentage des sites de stockage et de distribution de médicaments ARV ayant enregistré au moins une rupture de stock au cours des six mois précédents. Cet indicateur a pour but la suppression de toute rupture de stock au long de la chaîne d'approvisionnement en médicaments.</p> <p>Les sites de stockage sont habituellement des entrepôts (pas de distribution de médicaments aux patients). Les sites de prestation de services sont des pharmacies, des centres de santé et des consultations (y compris des centres antituberculeux) où des médicaments ARV sont distribués aux patients à titre individuel.</p> <p>Dans de nombreux pays, le système de distribution des médicaments comporte un niveau central, un niveau de district et des sites de prestation de services. Le niveau central et le district font alors généralement office d'entrepôts, ce qui n'est pas le cas des sites de prestations. Mais dans certains pays, un service central distribue directement les médicaments aux sites de prestations; en ce cas, ces derniers peuvent aussi servir de lieux de stockage. Quelle que soit la structure du système, cet indicateur devra englober tous les lieux de stockage centraux et régionaux si leur nombre est insuffisant pour un échantillonnage représentatif, ainsi qu'un échantillon des sites de prestation de services (ou la totalité de ceux-ci au cas où le pays ne compterait que peu de sites fournissant des ARV).</p>
<p><b>Numérateur</b></p>	<p>Nombre de sites de stockage et de distribution d'antirétroviraux ayant enregistré au moins une rupture de stock au cours des six mois précédents.</p>
<p><b>Dénominateur</b></p>	<p>Nombre total des lieux de stockage et des sites de distribution enquêtés.</p>
<p><b>Objet</b></p>	<p>Cet indicateur mesure les ruptures de stock qui se produisent dans la chaîne d'approvisionnement sur les sites d'entreposage et de distribution. Par rupture de stock, on entend toute absence complète d'un médicament nécessaire sur un site d'entreposage ou de distribution pendant au moins un jour.</p> <p>Pour assurer un approvisionnement suffisant en ARV et prévenir les résistances à ces médicaments, il est essentiel d'en suivre de façon continue les stocks et le système de distribution, en comptabilisant entre autres toutes pertes et entrées de médicaments de première et deuxième intentions.</p> <p>Les données seront collectées séparément pour les sites de stockage et les lieux de prestations (pharmacies, centres de santé), mais on pourra les agréger pour simplifier le rapport. Si en revanche on découvre des ruptures de stock, les données non agrégées permettent de déterminer les points de défaillance du système.</p>
<p><b>Outils et méthode de mesure</b></p>	<p>S'il existe un seul système national d'approvisionnement, de distribution et de suivi des médicaments on pourra y trouver les renseignements nécessaires à cet indicateur. Mais si différents systèmes assurent en parallèle l'approvisionnement et la distribution (publics, non lucratifs), il conviendra de mener une enquête particulière les concernant.</p> <p>Les sites de stockage et de distribution peuvent être recensés par examen du système d'acheminement des médicaments. Tout site central, régional ou local où des médicaments parviennent pour y être stockés devra figurer au dénominateur.</p> <p>Si les sites de prestation de services fournissant des ARV dans le pays sont peu nombreux, ils devront tous être intégrés (y compris les établissements recensés pour l'indicateur de base 2, ainsi que toute pharmacie le cas échéant). Si leur nombre est élevé, on en établira un échantillon.</p> <p>Pour calculer cet indicateur, on examinera les fiches de stocks dans tous les sites de stockage et dans les lieux de prestations sélectionnés.</p>

<b>Fréquence</b>	Annuelle au cours de l'extension, tous les deux ans ensuite.
<b>Points forts et limites</b>	<p>Cet indicateur s'appuie sur les systèmes d'approvisionnement et de suivi des médicaments qui existent dans la plupart des pays; il synthétise un élément crucial du programme de traitement ARV: l'approvisionnement continu en médicaments ARV.</p> <p>Cependant, il n'apporte pas de renseignements sur les raisons des ruptures de stock, ni sur la qualité du système de stockage, d'acheminement et de distribution. Certains pays peuvent souhaiter mesurer la qualité globale de ces systèmes, souci auquel répond l'indicateur complémentaire 3.1. En tant qu'indicateur, les ruptures de stock peuvent également s'avérer trompeuses, car un entrepôt peut disposer en permanence d'un petit stock de réserve, mais avoir pour politique de ne jamais en révéler l'importance. Il sera peut-être préférable de recueillir des informations sur les ruptures de stock fonctionnelles (incapacité de délivrer un médicament nécessaire).</p> <p>Cet indicateur s'intéresse aux systèmes publics et non lucratifs d'approvisionnement en médicaments. Cependant, dans certains pays, le secteur privé joue un rôle important dans la fourniture de médicaments ARV. En ce cas, dans toute la mesure du possible, les systèmes d'approvisionnement privés devraient également figurer dans cette évaluation.</p>

<b>Indicateur complémentaire 3.1 : Pourcentage des sites de stockage et de distribution d'ARV conformes aux critères de qualité minimum et n'ayant pas connu de rupture de stock</b> Complément à l'indicateur de base 3. Fait partie des indicateurs d' <b>Alerte rapide à la résistance aux médicaments.</b>	
<b>Définition</b>	<p>Pourcentage des sites de stockage et de distribution d'ARV conformes aux critères de qualité minimum.</p> <p>Les sites de stockage sont habituellement des entrepôts (pas de distribution de médicaments aux patients). Les sites de prestation de services sont des pharmacies, des centres de santé et des consultations (y compris des centres antituberculeux) où des médicaments ARV sont distribués aux patients à titre individuel.</p> <p>Dans de nombreux pays, le système de distribution des médicaments comporte un niveau central, un niveau de district et des sites de prestation de services. Le niveau central et le district font alors généralement office d'entrepôts, ce qui n'est pas le cas des sites de prestations. Mais dans certains pays, un service central distribue directement les médicaments aux sites de distribution; en ce cas, ces derniers peuvent aussi servir de lieux de stockage. Quelle que soit la structure du système, cet indicateur devra englober tous les lieux de stockage centraux et régionaux si leur nombre est insuffisant pour un échantillonnage représentatif, ainsi qu'un échantillon des sites de prestation de services (ou la totalité de ceux-ci au cas où le pays ne compterait que peu de sites fournissant des ARV).</p> <p>Les critères de qualité minimum, qui s'ajoutent à l'absence de ruptures de stock, recouvrent la distribution aux lieux de prestations et la qualité de l'entreposage (on trouvera des précisions à la rubrique <i>Outils de mesure</i>).</p>
<b>Numérateur</b>	Nombre de sites de stockage et de distribution conformes aux critères de qualité.
<b>Dénominateur</b>	Nombre total de sites de stockage et de distribution figurant dans l'échantillon (de préférence le même que celui de l'indicateur de base 3).
<b>Objet</b>	<p>Cet indicateur mesure un certain nombre de composantes essentielles de la chaîne d'approvisionnement en ARV. Un programme de traitement ARV ne peut aboutir qu'avec l'assurance d'un approvisionnement ininterrompu en médicaments ARV de bonne qualité.</p> <p>Cet indicateur s'appuie sur l'indicateur de base 3. Il décrit certains aspects clés de la qualité du système de distribution. Il permet de détecter des améliorations dans la qualité. Le détail des données par aspect qualitatif permet de repérer où des problèmes se produisent, et peut orienter les décisions en vue de les résoudre.</p>
<b>Outils et méthode de mesure</b>	<p>Les sites de stockage et de distribution peuvent être recensés par examen du système d'acheminement des médicaments. Tout site central, régional ou local où des médicaments parviennent pour y être stockés devra figurer au dénominateur. Si les sites de prestation de services fournissant des ARV dans le pays sont peu nombreux, ils devront tous être intégrés (y compris les établissements définis sous l'indicateur de base 2, plus les pharmacies, le cas échéant). Si leur nombre est élevé, on en établira un échantillon.</p> <p>Pour figurer au numérateur, les sites de stockage ou de distribution doivent satisfaire à tous les critères suivants (outre celui de l'absence de ruptures de stock dans les six mois précédents).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acheminement vers les sites de distribution aux patients :             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. nombre suffisant de véhicules en état de marche;</li> <li>b. nombre suffisant de conducteurs titulaires d'un permis;</li> <li>c. itinéraires et documents de livraison préétablis.</li> </ol> </li> <li>2. Qualité de l'entreposage, comprenant :             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. système de contrôle de la température;</li> <li>b. fenêtres ouvrantes ou ventilateurs;</li> <li>c. absence d'exposition directe au soleil dans la zone de stockage (par exemple par peinture des vitrages ou rideaux/stores);</li> <li>d. absence d'humidité (gouttières au toit, fuites de robinets ou d'évacuations);</li> <li>e. aucun contact direct des médicaments avec le sol;</li> <li>f. présence d'une chambre froide avec courbe de température;</li> <li>g. stockage des médicaments selon une méthode systématique (par exemple alphabétique, pharmacologique ou par date limite);</li> <li>h. aucune manipulation à main nue de comprimés ou capsules;</li> <li>i. espace suffisant pour stocker les médicaments;</li> <li>j. protection contre le vol par un système de sécurité adéquat.</li> </ol> </li> </ol>

<b>Fréquence</b>	Annuelle au cours de l'extension, tous les deux ans ensuite.
<b>Points forts et limites</b>	<p>Les renseignements nécessaires à l'établissement de cet indicateur sont aisément accessibles grâce aux systèmes nationaux de suivi de la qualité qui existent dans de nombreux pays. En l'absence d'un tel système, il est facile de l'établir en observant un échantillon de sites de stockage et de distribution.</p> <p>Cet indicateur peut apporter des éclairages permettant de comparer différentes régions dans un pays, notamment s'il n'existe pas de différences sensibles dans la qualité du système de santé entre zones urbaines et rurales. Mais il ne rend compte que des éléments premiers de la qualité (ruptures de stock, acheminement, stockage). Il ne saisit pas certains autres aspects qualitatifs importants d'un système satisfaisant d'approvisionnement en médicaments. Il vise à illustrer la qualité en vue de permettre une traçabilité et des comparaisons au niveau national. Pour toute action de programme, on devra disposer d'un système établi de suivi des médicaments et d'assurance de qualité.</p> <p>Cet indicateur s'intéresse aux systèmes publics et non lucratifs d'approvisionnement en médicaments. Cependant, dans certains pays, le secteur privé joue un rôle important dans la fourniture de médicaments ARV. En ce cas, dans toute la mesure du possible, les systèmes d'approvisionnement privés devraient également figurer dans cette évaluation.</p> <p>Une fois que le système d'approvisionnement en médicaments sera en place et muni des attributs qualitatifs de base, le programme ARV du pays adoptera sans doute une approche plus globale pour sa gestion de l'assurance de qualité.</p>

<b>Indicateur de base 4: Effectifs des personnels de santé formés à l'administration des ARV conformément aux normes nationales ou internationales</b>	
<b>Définition</b>	<p>Nombre de professionnels de la santé (par type) nouvellement formés ou réorientés pour l'administration de traitements ARV conformément aux directives nationales ou internationales au cours des 12 mois précédents. On y compte les professionnels dont la formation leur permettra d'assumer des fonctions directes dans l'extension des TARV. La formation devrait couvrir la prestation de services cliniques ARV, la gestion des programmes, et les services de prévention ou de suivi.</p> <p>On y inclut les personnels suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) médecins en exercice et personnels de santé en ayant les compétences (par exemple les fonctionnaires médicaux);</li> <li>(b) infirmières et autres personnels de santé en ayant les compétences (par exemple les sages-femmes et fonctionnaires cliniques);</li> <li>(c) autres soignants et personnels non professionnels exerçant dans les lieux de consultation, y compris les centres antituberculeux;</li> <li>(d) conseillers;</li> <li>(e) techniciens et personnels de laboratoire;</li> <li>(f) personnels de pharmacie et de distribution;</li> <li>(g) administrateurs de programmes;</li> <li>(h) autres personnels de soutien (notamment chargés de la tenue des dossiers);</li> <li>(i) référents communautaires des traitements (éducateurs pairs, travailleurs sociaux de proximité, volontaires, bénévoles sans statut).</li> </ul> <p>On suppose que, le plus souvent, ces formations se déroulent dans le cadre de programmes spécialisés auxquels les personnels de santé participent après leurs études (formation permanente). On ne prendra en compte que les professionnels de santé ayant reçu une telle formation.</p>
<b>Objet</b>	<p>Cet indicateur mesure les effectifs qualifiés disponibles pour atteindre les objectifs nationaux d'extension. Il recouvre les professionnels de santé (cliniciens et autres) qui participent au développement et à la prestation de services ARV et autres services essentiels.</p>
<b>Outils et méthode de mesure</b>	<p>Les renseignements nécessaires à la compilation de cet indicateur peuvent être obtenus de l'une ou l'autre des sources suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Les <b>fichiers des programmes</b> des organisations (privées, publiques ou non gouvernementales) qui fournissent la plus grande partie de la formation liée aux TARV dans un pays donné. Dans la plupart des cas, l'ensemble des formations sont assurées par un nombre restreint d'organisations, qui sont connues de l'organisme national de coordination du SIDA; leurs fichiers permettent d'obtenir les renseignements voulus.</li> <li>2) Les <b>enquêtes dans les établissements</b> fournissant des traitements ARV.</li> </ol> <p><b>Si les données sont extraites des fichiers des programmes :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Au moment de collecter les renseignements, on prendra note de la source (nom, type d'organisation, date et personnes contactées).</li> <li>b) Cet indicateur fournit des informations sur les effectifs globaux des personnels formés au VIH/SIDA dans le pays concerné.</li> <li>c) En revanche, il ne précise pas si les personnels formés travaillent dans des établissements fournissant des TARV. Or ce lien est essentiel pour suivre les progrès de l'extension des services ARV. L'indicateur de base 5, section (f), permet d'établir ce lien, en indiquant si un établissement compte parmi son personnel qui administre les traitements au moins un membre formé au cours des 12 mois précédents.</li> <li>d) Associé aux renseignements concernant les établissements, cet indicateur peut aider à repérer les goulets d'étranglement dans la gestion des ressources humaines. On pourra par exemple comparer les rapports sur le manque de personnel dans les établissements aux renseignements sur les effectifs formés au niveau national, et juger si ces pénuries sont absolues ou relatives (liées par exemple à des obstacles au recrutement comme l'éloignement géographique et/ou le manque d'incitations).</li> </ol>

	<p><b><i>Si les données proviennent d'enquêtes dans les établissements (les fichiers des formations sont conservés dans les établissements) :</i></b></p> <p>a) L'indicateur peut se calculer en pourcentage sur l'échantillon d'établissements de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><i>Numérateur:</i></b> Nombre de professionnels de santé nouvellement formés ou réorientés dans les établissements de santé sélectionnés fournissant des traitements ARV;</li> <li>• <b><i>Dénominateur:</i></b> Nombre total des professionnels de santé dans les établissements sélectionnés fournissant des traitements ARV.</li> </ul> <p>b) Cet indicateur montre si les individus formés travaillent en outre dans les établissements dispensant des traitements ARV (il est directement lié à l'indicateur de base 5, section (f), qui établit si un établissement compte parmi son personnel de traitement au moins un membre formé au cours des 12 mois précédents).</p> <p>Quelle qu'en soit la source, les données seront collectées séparément pour chacun des groupes de professionnels de santé énumérés plus haut; on pourra les agréger en un seul groupe pour alléger le rapport, mais ces renseignements sont plus instructifs sous forme détaillée.</p> <p>La qualité minimum acceptable de la formation devra être définie avant de procéder à la collecte des données. Dans de nombreux pays, les organismes nationaux de coordination du SIDA et/ou les organisations professionnelles ont établi des normes de formation. Cela vaut en particulier pour les pays qui ont introduit des systèmes de certification pour la formation sur le VIH/SIDA. Celle-ci doit apporter un minimum de compétences nécessaires pour jouer un rôle actif dans le soutien aux traitements ARV, conformément aux recommandations et/ou directives nationales.</p> <p>La formation pourra être organisée en modules sur une certaine période, et comprendre des cours et des éléments de pratique. Seuls les professionnels ayant achevé avec succès l'ensemble de la formation (et non un seul module) seront dénombrés. Afin d'éviter les doublons, les cours de mise à niveau de professionnels formés ne seront pas comptés.</p>
<b><i>Fréquence</i></b>	Annuelle au cours de l'extension, tous les deux ans ensuite.
<b><i>Points forts et limites</i></b>	<p>Cet indicateur est surtout utile dans les phases initiales de la réponse nationale au VIH/SIDA, alors que le nombre cumulé de professionnels de santé formés devrait s'accroître régulièrement jusqu'à atteindre une masse critique (ou un plafond souhaité).</p> <p>À ce stade, le caractère quantitatif de l'indicateur portant sur le nombre de professionnels formés pourra devenir redondant, et la mesure pourra se reporter sur la qualité de la formation, la formation continue et la vérification/supervision des pratiques dans les soins de santé, selon les grandes lignes ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation du programme de formation : contenu et durée; conformité aux normes nationales, et questions d'intérêt local;</li> <li>• Évaluation des résultats de la formation, y compris appréciation des connaissances et attitudes des soignants, leur auto-évaluation et l'observation directe de leurs pratiques;</li> <li>• Mesure du maintien et de l'amélioration des compétences dans le temps (par exemple recertification, éducation permanente, évaluations des connaissances et résultats, audits des pratiques);</li> <li>• Mise en place de dispositifs de certification attestant la compétence des individus à pratiquer. L'OMS travaille avec ses partenaires en vue d'élaborer des directives et instruments pour le développement et la mise en œuvre de programmes de certification.</li> </ul> <p>En outre, certains pays seront peut-être en mesure d'évaluer les résultats des professionnels de santé par la recherche opérationnelle.</p>

<b>Indicateur de base 5: Pourcentage des établissements de santé disposant de systèmes et éléments pour la prestation de services de traitement antirétroviral</b> Lié à l'indicateur Soins et soutien 7.	
<b>Définition</b>	<p>Pourcentage des établissements de soins à différents niveaux du système de santé disposant de systèmes et éléments facilitant les traitements ARV.</p> <p>Cet indicateur est identique à l'indicateur 7, sous-composante (c) du Guide des soins et du soutien: <i>capacité à fournir des services médicaux et de soutien psychosocial complexes dans le cadre du VIH/SIDA, (c): systèmes et éléments facilitant les traitements antirétroviraux.</i></p>
<b>Numérateur</b>	Nombre d'établissements de santé fournissant des traitements ARV qui disposent de tous les systèmes et éléments nécessaires à la prestation de services ARV de qualité satisfaisante (voir ci-dessous).
<b>Dénominateur</b>	Nombre total d'établissements de santé dispensant des TARV enquêtés.
<b>Objet</b>	Cet indicateur mesure la disponibilité et la qualité des services de traitement antirétroviral. On suppose que ces services sont le plus souvent proposés dans les établissements en mesure d'offrir des soins de santé avancés. L'indicateur peut être mesuré en tant que composante de l'indicateur 7 figurant au Guide des soins et du soutien, qui porte aussi sur d'autres aspects des services médicaux et psychosociaux complexes complémentaires au traitement ARV (par exemple prise en charge des infections opportunistes ou prise en charge complexe des personnes vivant avec le VIH/SIDA).
<b>Outils et méthode de mesure</b>	<p>Les informations seront collectées par le biais d'une enquête dans les établissements de santé, sur la base des observations effectuées dans les différents domaines de prestation de services concernés.</p> <p>Pour figurer au numérateur, les établissements devront obéir aux critères suivants :</p> <p>(a) Respect des directives ou protocoles pour :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) traiter et prévenir les infections opportunistes;</li> <li>(2) dispenser des soins palliatifs (allègement des symptômes et de la douleur);</li> <li>(3) les soins aux enfants et aux jeunes vivant avec le VIH/SIDA;</li> <li>(4) les modes opératoires normalisés pour les services et interventions auprès des personnes vivant avec le VIH/SIDA;</li> <li>(5) les directives de traitement pour les TARV administrés aux préadolescents, aux adolescents et aux adultes.</li> </ol> <p>(b) Les médicaments ARV spécifiques au pays sont constamment disponibles, aucune rupture de stock n'étant rapportée dans les six mois précédents. On devra vérifier les fiches de stocks et noter toute rupture intervenue dans les six mois précédents.</p> <p>(c) Présence de capacités de laboratoire suffisantes pour assurer le fonctionnement d'un système de transfert documenté, et pour réceptionner les résultats d'au moins un des examens suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Numération CD4 ou méthode alternative de mesure des CD4, comptage des lymphocytes totaux ou mesure de la charge virale;</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>ou</b></p> <p>Capacité de gérer un système de transfert documenté et de réceptionner les examens de laboratoire, y compris :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(2) Fichier ou registre des transferts et des résultats des tests,</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>et</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(3) Documents attestant que les résultats des examens ou leur suivi ont été communiqués à la personne concernée.</li> </ol> <p>(d) Système de rendez-vous et de suivi donnant le calendrier des consultations et indiquant si les patients respectent leurs rendez-vous.</p> <p>(e) Fiches individuelles de patients, permettant de recenser le nombre de personnes suivant des traitements ARV dans l'établissement concerné.</p> <p>(f) L'établissement compte au moins un professionnel des traitements ARV formé ( au cours des 12 mois précédents à l'administration des TARV) au conseil en matière d'observance du traitement ou de réduction des risques, à la récupération nutritionnelle et aux problèmes nutritionnels associés aux ARV.</p> <p>(g) La moitié au moins des personnes dispensant des services de TARV auront fait l'objet d'un suivi individuel au cours des trois mois précédents..</p>

<b>Fréquence</b>	Annuelle au cours de l'extension, tous les deux ans ensuite.
<b>Points forts et limites</b>	<p>Cet indicateur regroupe de nombreux aspects différents des soins et services, qui devront être tous présents pour que l'établissement concerné figure au numérateur. Or les services s'améliorent à des rythmes inégaux, surtout dans les pays à ressources limitées, et l'indicateur qui en résulte pourra demeurer pendant un certain temps à un faible niveau. Les détails de cet indicateur révèlent les domaines où les services se sont améliorés, et ceux où ils continuent de stagner.</p> <p>L'évaluation des composantes de cet indicateur comporte une certaine subjectivité. Il y a là une source de biais dans les comparaisons entre pays et, en cas de modification de l'équipe d'évaluation, dans les tendances chronologiques.</p>

<b>Indicateur de base 6: Pourcentage des établissements de santé disposant de services de traitement ARV qui dispensent également des soins complets, prévention comprise, aux patients séropositifs pour le VIH</b> Linked to Care and Support Indicator 5.	
<b>Définition</b>	Percentage of facilities with ART services which also provide comprehensive care, including prevention for HIV-positive clients, or which refer to such services if they are not available on site.
<b>Objet</b>	<p>Les services de prévention sont une composante indispensable des soins complets. Sans une prévention qui parviendra à réduire le nombre des nouvelles infections à VIH, les initiatives de traitement ARV ne pourront pas suivre le rythme de propagation de la maladie. Les programmes de traitement ARV constituent une occasion privilégiée de proposer des services de prévention précisément conçus à l'intention des personnes séropositives au VIH.</p> <p>La gamme complète des services de prévention du VIH comprend le conseil en matière de réduction des risques, la promotion et la distribution des préservatifs, la notification aux partenaires, l'éducation et les services en matière de réduction des dommages, ainsi que l'éducation et la prise en charge en matière d'IST. En théorie, cette gamme de services devrait être disponible sur tous les sites où sont dispensés des traitements ARV. Les services de prévention comprendront au minimum le conseil en matière de réduction des risques, ainsi que la promotion et la distribution des préservatifs. Dans les endroits où il serait impossible de dispenser des services de prévention, il existera un système de transfert efficace vers de tels services. On entend par là un formulaire de transfert ou une liste désignant un site précis ou différents sites où adresser, à partir de chaque lieu de prestation de services, les personnes atteintes d'une infection à VIH avérée ou suspectée.</p> <p>En outre, les services de prévention sont une composante essentielle des soins complets aux personnes séropositives au VIH, qui comprennent également les services suivants :</p> <p><b>Soins médicaux:</b> dépistage du VIH et conseil avant et après dépistage; traitement ambulatoire ou hospitalier des infections opportunistes et autres maladies liées au VIH/SIDA; traitements préventifs des infections opportunistes, notamment la tuberculose; soins palliatifs; traitements antirétroviraux par association de médicaments.</p> <p><b>Services psychologiques:</b> soutien affectif et conseil de suivi; groupes de soutien et/ou d'après-dépistage pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA; soutien spirituel.</p> <p><b>Appui social et juridique:</b> organisations ou autres organismes à base communautaire, locale ou confessionnelle offrant un appui matériel, alimentaire, financier ou juridique (par exemple préparation des successions ou rédaction de testaments) aux personnes vivant avec le VIH/SIDA.</p> <p><b>Appui aux orphelins et enfants vulnérables:</b> organisations à base communautaire ou confessionnelle appuyant les interventions de soins et de soutien en faveur des orphelins et enfants vulnérables touchés par le VIH/SIDA.</p> <p>Cet indicateur ne vise pas la transmission mère-enfant, couverte par le <i>National guide to monitoring and evaluating programmes for the prevention of HIV in infants and young children</i>.</p>
<b>Numérateur</b>	Nombre d'établissements de santé proposant des soins complets, prévention comprise.
<b>Dénominateur</b>	Nombre total des établissements de santé enquêtés proposant des traitements ARV (il pourra s'agir d'un sous-échantillon des établissements enquêtés pour établir l'indicateur de base 5).
<b>Outils et méthode de mesure</b>	<p>Les données seront collectées par le biais d'enquêtes dans les établissements, sur les sites de traitement ARV. Si l'établissement dispense des services de prévention, l'enquêteur enregistrera quelles composantes en sont proposées et s'il s'agit de celles qui correspondent le mieux aux populations consultantes (par exemple, la réduction des risques répond aux comportements à risques prévalents).</p> <p>Si l'établissement ne dispense pas de services de prévention, l'évaluation devra vérifier :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• s'il existe un annuaire des services de transfert dans la région, comprenant les noms et coordonnées des personnes à contacter pour ce service;</li> <li>• s'il existe un formulaire de transfert sur lequel les soignants pourront porter le nom et les coordonnées de la personne à contacter pour ce service;</li> <li>• s'il existe un registre permettant aux enquêteurs de suivre les transferts effectués.</li> </ul>

<b>Fréquence</b>	Annuelle au cours de l'extension, tous les deux ans ensuite.
<b>Points forts et limites</b>	Cet indicateur atteste la prestation de services de prévention ou le transfert vers ces services, mais non leur qualité. En outre, il ne permet pas de mesurer le résultat des transferts. Il faudrait procéder à des études particulières pour évaluer dans quelle mesure les services proposés répondent aux comportements à risques et à la nature de l'épidémie, et dans quelle mesure ils fonctionnent et sont employés par les patients sous traitement ARV..

<b>Indicateur de base 7: Pourcentage des personnes présentant une infection à VIH à un stade avancé et qui reçoivent une association d'antirétroviraux</b> Indicateur UNGASS. <sup>7</sup>	
<b>Définition</b>	Pourcentage de personnes ayant une infection à VIH avancée qui reçoivent une association d'antirétroviraux.
<b>Numérateur</b>	<p>Le nombre de personnes ayant une infection à VIH avancée qui reçoivent actuellement une association d'antirétroviraux conformément à un protocole de traitement approuvé au niveau national (ou aux normes OMS/ONUSIDA) peut être calculé de la manière suivante :</p> <p style="text-align: center;">Nombre de personnes recevant un traitement en début d'année plus Nombre de personnes qui ont commencé un traitement au cours des 12 derniers mois moins Nombre de personnes dont le traitement s'est achevé au cours des 12 derniers mois (y compris les personnes décédées).</p>
<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de personnes connues ayant une infection à VIH avancée (c'est-à-dire ayant besoin d'un traitement ARV).</p> <p>Le nombre d'adultes ayant besoin d'un TARV se calcule en additionnant le nombre des adultes ayant nouvellement besoin d'un traitement au nombre de ceux qui suivaient un traitement l'année précédente et ont survécu jusqu'à l'année en cours.</p> <p>Le nombre d'adultes ayant nouvellement besoin d'un traitement ARV est estimé égal à celui des personnes présentant une maladie à VIH avancée qui ne sont pas encore sous traitement. Puisqu'un certain nombre d'adultes dont on prévoyait qu'ils développeraient une maladie à VIH avancé ont pu entamer un traitement ARV au cours de l'année précédente, le nombre de ceux ayant nouvellement besoin d'un traitement est ajusté par soustraction des personnes tombant dans cette catégorie. On estime actuellement que 80 à 90% des adultes sous traitement survivront jusqu'à l'année suivante, en fonction de leur observance, de la résistance aux médicaments, de la qualité de la prise en charge clinique, et d'autres facteurs.</p>
<b>Objet</b>	<p>Au fur et à mesure que la pandémie de VIH vient à maturité, on compte de plus en plus de personnes atteignant un stade de VIH avancé. On sait que les associations d'ARV réduisent la mortalité parmi les populations infectées, et des initiatives sont en cours pour en diminuer le coût dans les pays moins développés.</p> <p>Présenté lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, et modifié par l'ONUSIDA en 2004, cet indicateur permet d'évaluer les progrès accomplis dans la fourniture de traitements ARV à chaque personne atteinte d'une infection à VIH avancée.</p>
<b>Outils et méthode de mesure</b>	<p>On pourra compiler cet indicateur à partir des données de suivi des programmes. Le dénominateur se calcule en estimant le nombre de personnes atteintes d'une infection à VIH avancée et ayant besoin d'un traitement ARV, le plus souvent sur la base des dernières données de surveillance sentinelle. Dans la mesure du possible, la fourniture d'antirétroviraux par le secteur privé et l'ampleur de cette prestation doivent être indiquées, mais séparément.</p> <p>Les dates de début et de fin de la période pendant laquelle une association d'antirétroviraux est donnée doivent être indiquées. Il faut éviter autant que possible les chevauchements entre les périodes.</p>

<sup>7</sup> Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA: directives pour l'élaboration d'indicateurs de base, Genève, ONUSIDA, 2002 ([http://www.unaids.org/html/pub/Publications/IRC-pub02/JC894-CoreIndicators\\_fr\\_pdf.htm](http://www.unaids.org/html/pub/Publications/IRC-pub02/JC894-CoreIndicators_fr_pdf.htm)).

<b>Fréquence</b>	Les données sont collectées en permanence, et agrégées en fonction des périodes de rapport établies (par exemple tous les six mois au cours de l'extension, annuellement ensuite).
<b>Points forts et limites</b>	<p>Cet indicateur permet de suivre les tendances dans le temps, mais ne distingue pas entre les différents types de traitement disponibles et n'en mesure ni le coût, ni la qualité, ni les résultats.</p> <p>La proportion des personnes atteintes d'une infection à VIH avancée varie en fonction du stade atteint par l'épidémie, ainsi que des effets cumulés de la couverture et de l'efficacité des TARV parmi les adultes et les enfants.</p> <p>L'évolution des taux de prévalence se répercute sur la précision de l'estimation de la population visée. Les taux actuels de prévalence ne reflètent pas les changements dans les estimations. C'est là un élément qui affecte particulièrement le dénominateur.</p> <p>Le degré d'utilisation des traitements ARV dépend de leur coût par rapport aux revenus locaux, des infrastructures et de la qualité des services, de la disponibilité de services de conseil et de dépistage volontaires, de la perception des effets, des éventuels effets indésirables du traitement, etc.</p> <p>Les traitements ARV destinés à prévenir la transmission mère-enfant ou à assurer la prophylaxie après exposition ne sont pas couverts par cet indicateur.</p>

<b>Indicateur de base 8: Poursuite des schémas thérapeutiques de première intention à 6, 12 et 24 mois du début du traitement</b> Fait partie des indicateurs d' <b>Alerte rapide à la résistance aux médicaments</b>	
<b>Définition</b>	Pourcentage des individus qui sont toujours sous traitement et suivent toujours un schéma thérapeutique standard de première intention à 6, 12 et 24 mois du début du traitement.
<b>Numérateur</b>	Nombre de patients qui sont toujours sous traitement et suivent toujours un schéma thérapeutique standard de première intention à 6, 12 et 24 mois du début du traitement.
<b>Dénominateur</b>	Nombre total des individus qui ont entamé un traitement sous le schéma thérapeutique de première intention dans le groupe de départ des TARV depuis 6, 12 et 24 mois.
<b>Objet</b>	<p>Cet indicateur est important pour capter les signaux précoces d'un éventuel échec du traitement. Les changements de schéma superflus, les échecs thérapeutiques et les TARV intermittents sont tous associés à la résistance aux médicaments anti-VIH. La première année du traitement est la plus significative de la réussite du programme en matière de permanence du schéma.</p> <p>Les programmes dans lesquels plus de 80% des nouveaux patients ne suivent pas un schéma de première intention au terme d'une année risquent d'être moins aptes à limiter à un minimum l'apparition de résistances aux médicaments anti-VIH.</p> <p>Cet indicateur mesure la proportion des patients entamant un traitement ARV de première intention dans une cohorte donnée qui sont toujours sous traitement de première intention un an après le début de leur traitement.</p>
<b>Outils et méthode de mesure</b>	<p>Les patients qui entament un premier traitement ARV sont identifiés par leurs dossiers médicaux. Pour chaque patient, le schéma thérapeutique (liste des médicaments + dosage et fréquence) est noté au début du premier mois, et les dernières prescriptions disponibles aux sixième, douzième et vingt-quatrième mois peuvent être obtenues grâce aux cartes de traitement ou aux dossiers médicaux. On peut aussi utiliser les dossiers de pharmacie. En cas de décès du patient, de perte de suivi, de transfert à un autre programme de traitement, d'arrêt du traitement ARV ou d'absence de prescription aux mois 6, 12 ou 24, on en prendra également note.</p> <p>Remarque: le patient pour lequel on remplace en raison de sa toxicité un médicament par un autre de première intention est toujours considéré comme suivant un traitement de première intention</p>
<b>Fréquence</b>	Les renseignements sont collectés chaque mois pour chaque cohorte ayant entamé le traitement 6, 12 et 24 mois auparavant. Les numérateurs et dénominateurs sont additionnés en fin d'année civile afin d'obtenir des pourcentages annuels.
<b>Points forts et limites</b>	Du fait que cet indicateur ne mesure pas les interruptions temporaires de traitement, il risque de surestimer la continuité du traitement ARV de première intention. Si possible, on se renseignera pour savoir si les médicaments ont été retirés chaque mois. La qualité de cet indicateur dépend de celle des dossiers médicaux et du registre des patients.

<b>Indicateur de base 9: Survie à 6, 12, 24, 36 mois etc. du début du traitement</b> Fait partie des indicateurs d'Alerte rapide aux résistances aux médicaments	
<b>Définition:</b>	<p>Pourcentage des personnes vivantes et dont on sait qu'elles poursuivent un traitement 6, 12, 24, 36 mois etc. après le début de leur traitement.</p> <p>Cet indicateur peut se construire comme une fourchette d'estimations de survie minimum et maximum, en fonction des critères retenus pour l'inclusion au dénominateur (vois les options (a) et (b) ci-dessous).</p>
<b>Numérateur</b>	Nombre de personnes sous traitement ARV continu à 6, 12, 24, 36 mois etc. du début de leur traitement.
<b>Dénominateur</b>	<p>(a) Survie minimum: Nombre total des individus ayant entamé un traitement ARV dans le groupe de départ des 6, 12, 24, 36, ... mois précédents, <b>y compris</b> ceux qui ont arrêté le traitement, ont été transférés ou sont perdus pour le suivi.</p> <p>(b) ) Survie maximum: Nombre total des individus ayant entamé un traitement ARV dans le groupe de départ des 6, 12, 24, 36, ... mois précédents, <b>à l'exclusion</b> de ceux qui ont arrêté le traitement, ont été transférés ou sont perdus pour le suivi.</p>
<b>Objet</b>	L'un des buts de tout programme de traitement ARV devrait être d'accroître la survie parmi les individus infectés. Cet indicateur évalue dans quelle mesure le traitement peut prolonger la vie d'une personne, en établissant le nombre d'individus qui survivent après avoir suivi un traitement pendant 6, 12, 24, 36 mois etc.
<b>Outils de mesure</b>	<p>On peut obtenir des informations sur la survie à partir des registres des patients (SGIS), en comptant les résultats de plusieurs cohortes mensuelles, chacune étant arrêtée après 6 et 12 mois de traitement, puis chaque année. Pour appréhender complètement la survie, on devra mesurer les composantes suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Nombre de personnes entamant un traitement ARV et date de début;</li> <li>Nombre de personnes sous traitement continu après 6, 12, 24, 36, etc. mois de traitement;</li> <li>Nombre de personnes ayant arrêté le traitement, transférées hors du programme, perdues pour le suivi, et décédées.</li> </ol> <p>Un certain nombre des personnes ayant arrêté le traitement ou perdues pour le suivi seront sans doute encore en vie. N'étant pas sous traitement de façon continue, elles ne devront cependant pas figurer au numérateur.</p> <p>Les personnes transférées entre différents programmes de traitement ARV et dont on connaît la date de début du traitement seront comptées comme étant sous traitement continu.</p> <p>Ces données seront présentées pour chaque période spécifiée. Il est recommandé, si possible, que les programmes suivent les patients tout au long de leur traitement, puisque le SIDA est une maladie pendant la durée de vie entière.</p> <p>Des comptages semestriels des nouveaux patients sont nécessaires pour établir cet indicateur.</p>
<b>Fréquence</b>	Les données sont collectées en permanence et agrégées conformément à la période de rapport nécessaire.
<b>Points forts et limites</b>	<p>Les points forts de cet indicateur tiennent à la facilité d'accès aux données, puisque tout programme de traitement ARV devrait suivre les patients sous traitement et déterminer le nombre d'individus qui survivent au-delà d'intervalles de temps définis.</p> <p>Les dossiers des patients peuvent ne pas comprendre les populations mobiles (par exemple les réfugiés), ou la durée actuelle de leur traitement.</p> <p>Tant que les SGIS sont en phase d'extension, on ne peut obtenir cet indicateur que dans quelques établissements de soins complexes ou de transfert, et/ou dans des études de cohortes désignées. À mesure que les SGIS s'institutionnalisent et entreront en fonctionnement, on peut espérer que les données deviendront plus complètes.</p>

## ANNEXE I

# INDICATEURS POUR LES ACTIVITÉS CONJOINTES VIH/TUBERCULOSE

L'OMS et ses partenaires ont élaboré un guide<sup>8</sup> d'aide à la gestion des programmes de tuberculose et de VIH/SIDA qui exécutent ou prévoient d'exécuter des activités conjointes contre la tuberculose et le VIH. Bien qu'il existe déjà des guides de suivi et d'évaluation et des listes d'indicateurs à la fois pour les programmes antituberculeux et pour les programmes de lutte contre le VIH, un guide distinct concernant les activités conjointes tuberculose/VIH s'avère indispensable pour les raisons suivantes.

- L'étendue de ces épidémies associées et leurs effets imposent des interventions efficaces, coordonnées et bien gérées.
- Les activités conjointes tuberculose/VIH constituent un domaine nouveau, qui se développe et doit faire la preuve de son efficacité pour justifier qu'elles deviennent partie intégrante des réponses nationales et internationales aux épidémies associées de tuberculose et de VIH.
- Le suivi et l'évaluation donnent des moyens pour évaluer la qualité, l'efficacité, la couverture et la prestation de services, et favoriser au sein des programmes une culture de l'apprentissage, assurant ainsi une amélioration continue de la santé.
- La nécessité d'agir en urgence contre la tuberculose et le VIH exige d'obtenir rapidement des résultats, afin de pouvoir étendre les interventions efficaces et renoncer aux autres ou les adapter.

Le guide propose 20 indicateurs relatifs aux intrants, au fonctionnement, au processus, aux résultats immédiats et à l'impact des activités conjointes tuberculose/VIH. L'indicateur de base concernant particulièrement l'administration de traitements antirétroviraux aux patients tuberculeux enregistrés qui sont séropositifs pour le VIH est présenté ci-après. Tous ces indicateurs figurent dans le guide sus-mentionné.

<sup>8</sup> Organisation mondiale de la Santé. *A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities*. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2004 (WHO/HTM/TB/2004.342 et WHO/HIV/2004.09).

<b>Indicateur C.5.1 Proportion des patients tuberculeux enregistrés, séropositifs pour le VIH, qui reçoivent un traitement ARV pendant leur traitement contre la tuberculose</b>	
<b>Définition</b>	Nombre de patients tuberculeux enregistrés, séropositifs pour le VIH, qui entament un traitement ARV, ou en poursuivent un précédemment entamé, au cours ou à la fin du traitement contre la tuberculose, exprimé en proportion de tous les patients tuberculeux enregistrés qui sont séropositifs pour le VIH.
<b>Numérateur</b>	Tous les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH, enregistrés au cours d'une période donnée, qui reçoivent des antirétroviraux (pour entamer un traitement ARV ou poursuivre un traitement précédemment entamé).
<b>Dénominateur</b>	Tous les patients tuberculeux séropositifs pour le VIH enregistrés au cours de la même période.
<b>But</b>	Indicateur de résultat mesurant l'engagement et la capacité du service antituberculeux à assurer aux patients tuberculeux séropositifs pour le VIH un accès au traitement ARV.
<b>Méthodologie</b>	Les méthodes de collecte des données dépendront de qui fournit les traitements ARV aux patients tuberculeux. Lorsque c'est le personnel du programme antituberculeux qui évalue les patients tuberculeux et les place sous traitement ARV s'ils remplissent les critères, les données de cet indicateur pourront être recueillies dans un registre de tuberculose modifié ou un registre distinct tuberculose/VIH. Les données seront rapportées au terme du traitement antituberculeux, afin d'inclure tous les patients tuberculeux placés sous traitement ARV à un moment quelconque de leur traitement antituberculeux. Lorsque les patients tuberculeux sont transférés vers les services de VIH ou autres pour y être évalués et éventuellement placés sous traitement ARV, il conviendra d'établir un système garantissant que le programme antituberculeux soit informé de l'issue du transfert, c'est-à-dire si le patient a ou non été placé sous traitement ARV, et que cette information soit portée sur un registre de tuberculose modifié ou un registre tuberculose/VIH. C'est là un élément important non seulement pour la gestion du programme, mais aussi pour les soins individuels dispensés au patient : le personnel du programme antituberculeux doit en effet être informé du fait qu'un patient entame ou poursuit un traitement ARV afin de gérer au mieux les réactions aux médicaments et leur interaction. Les patients tuberculeux pourront entamer un traitement ARV à tout moment de leur traitement antituberculeux. Le début du traitement ARV pourra être retardé en raison d'un délai inattendu dans le dépistage du VIH, ou pour réduire le risque d'interactions médicamenteuses intervenant pendant la phase intense. Les méthodes de collecte des données devront permettre de saisir tout traitement ARV débutant à un moment quelconque du traitement antituberculeux.
<b>Fréquence</b>	Les données sont collectées en permanence et rapportées avec les résultats trimestriels de la cohorte.
<b>Points forts et limites</b>	Le traitement antirétroviral améliore sensiblement la qualité de vie, réduit la morbidité et améliore la survie des personnes atteintes d'un VIH avancé ou du SIDA. Les patients tuberculeux qui sont séropositifs pour le VIH constituent l'un des groupes les plus importants déjà en contact avec les services de santé qui profiteraient sans doute d'un traitement ARV, et l'on devrait s'efforcer de recenser et de traiter ceux qui en remplissent les critères. Cet indicateur mesure à quel degré le traitement ARV est devenu une composante de l'ensemble de soins proposés aux patients tuberculeux séropositifs pour le VIH, et évalue l'accessibilité du traitement ARV pour les patients tuberculeux séropositifs, la disponibilité des médicaments, la mesure dans laquelle les soignants encouragent le traitement ARV dans le cadre des soins courants, ainsi que la capacité des services de tuberculose et de traitement ARV à transférer, gérer et suivre les patients tuberculeux séropositifs susceptibles de recevoir un traitement ARV (c'est-à-dire la solidité du système de transfert). Il n'établit pas si les patients sont traités convenablement à l'aide d'un schéma approprié, à quel moment du traitement antituberculeux ils sont placés sous traitement ARV, s'ils respectent le traitement, ni la qualité de la surveillance et du suivi du patient. Il ne permet pas non plus de mesurer les effets des traitements ARV sur les personnes traitées. Les valeurs que pourra prendre cet indicateur seront fonction des critères nationaux d'admissibilité au traitement ARV, et de la disponibilité ou non de moyens de numération CD4. On s'attendrait à ce que, en l'absence de numération CD4, la plupart des patients tuberculeux séropositifs pour le VIH soient placés sous traitement ARV, à l'exception de ceux qui le refusent ou qui, pour quelque autre raison, ne remplissent pas les critères d'admission. Cet indicateur est donc à interpréter avec prudence, notamment pour établir des comparaisons entre pays.
<b>Importance</b>	Indicateur de base. Les données de cet indicateur seront collectées même dans les zones où les traitements ARV ne sont pas disponibles dans le secteur public, car cette information est en elle-même importante
<b>Responsabilité</b>	NACP and NTP
<b>Outils de mesure</b>	Registre de tuberculose modifié, registre de soins du VIH modifié, ou registre distinct tuberculose/VIH avec système de transfert (le cas échéant).





Pour toute autre information, contacter:  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ  
Département VIH/SIDA  
20, Avenue Appia – CH 1211 Genève 27 – SUISSE  
Courriel : [hiv-aids@who.int](mailto:hiv-aids@who.int) – <http://www.who.int/hiv/en/>

ISBN 92 4 259291 9

