

Compendium Indicateurs d'égalité des genres et de VIH



par
Shelah S. Bloom
et
Svetlana Negroustoueva



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



UNAIDS



MEASURE
Evaluation

— *Compendium* —

Indicateurs d'égalité des genres et de VIH

par

Shelah S. Bloom

et

Svetlana Negroustoueva



Cette recherche a bénéficié du soutien du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (President's Emergency Plan for AIDS Relief - PEPFAR) à travers l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), dans le cadre de l'accord de coopération GHA-A-00-08-00003-00 de MEASURE Evaluation que met en œuvre le Carolina Population Center de l'Université de Caroline du Nord à Chapel Hill, en partenariat avec Future Group, ICF International, John Snow, Inc., Management Sciences for Health et l'Université de Tulane. Les points de vue exprimés dans ce document ne correspondent pas nécessairement à ceux du PEPFAR, de USAID ou du gouvernement américain. ms-13-82-fr (février 2014). Photo de couverture reproduite avec l'aimable autorisation d'Arne Hoel de la Banque mondiale.

MEASURE Evaluation tient à exprimer sa vive reconnaissance à toutes les personnes qui ont participé au développement du présent « Compendium des indicateurs d'égalité de genre et de VIH », et notamment aux représentants des institutions gouvernementales, des organisations de la société civile, des organes de l'ONU, des agences bilatérales et multilatérales, des ONG internationales ainsi que des autres partenaires qui ont contribué au processus de consultation participative (voir la liste complète des participants en Annexe A).

Nous souhaitons remercier tout particulièrement les membres du groupe principal de planification pour leur inspiration et leurs conseils lors du processus de consultation :

Kyeremeh Atuahene, Ghana AIDS Commission (Commission anti-sida du Ghana)
 Seng Sut Wantha, Cambodia National AIDS Authority (Autorité nationale anti-sida du Cambodge)
 Alessandra Nilo, GESTOS
 Luisa Orza et Ebony Johnson, ATHENA Network
 Avni Amin, Organisation mondiale de la Santé
 Le personnel d'ONUSIDA
 Sara Hou et Leyla Sharafi, FNUAP
 Joanna Barczyk, Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
 Daniela Ligiero, Bureau du coordinateur de la lutte contre le sida dans le monde
 Diana Prieto, ONUSIDA
 Nazneen Damji, ONU Femmes

Nous souhaitons également remercier Nazneen Damji d'ONU Femmes, Diana Prieto d'ONUSIDA et Daniela Ligiero de l'OGAC (Bureau du coordinateur américain de la lutte contre le sida dans le monde) pour avoir dirigé cette initiative.

Nous remercions aussi Jill Gay, Melanie Croce-Galis, Katherine Bourne et Saba Moussavi pour leur inestimable travail de recherche, ainsi qu'ONU Femmes et le FNUAP pour le soutien financier apporté aux réunions et consultations techniques.

Nous tenons également à remercier la contribution financière d'ONU Femmes pour la traduction du Compendium des indicateurs de l'égalité de genre et de VIH en russe, espagnol, français, et portugais.

Référence recommandée :

Bloom SS., Negroustoeva S. : Compendium of Gender Equality and HIV Indicators. MEASURE Evaluation. Novembre 2013.

La version complète de ce document peut être téléchargée dans la rubrique « Publications » du site Internet de MEASURE Evaluation. <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-13-82>

Acronymes	v
Définitions	vi
Préface	1
Égalité de genre et VIH	1
Élaboration et objet du compendium	1
Structure du compendium	2
Suivi et évaluation des programmes	6
Caractéristiques d'un bon indicateur	9
Où trouver plus d'informations sur le processus M&E	11
Listes des indicateurs	12
Indicateurs de niveau 1	12
Indicateurs de niveau 2	13
Indicateurs de niveau 3	15
Indicateur 1 : contexte sociétal	17
1.1 – Cadre juridique et politique	17
1.2 – Stigmatisation et discrimination	20
1.3 – Violence fondée sur le genre	26
1.4 – Normes de genre	33
1.5 – Autonomie financière et alphabétisation	38
1.6 – Urgences à caractère humanitaire	41
Indicateur 2 : programmes d'intervention	45
2.1 – Traitement	45
2.2 – Soutien psychologique et dépistage	48
2.3 – Intégration et liens entre les services	52
2.4 – Implication des hommes	57
Indicateur 3 : populations nécessitant une attention particulière	60
3.1 – Personnes vivant avec le VIH	60
3.2 – Populations clés	64
3.3 – Autres populations vulnérables	70
Indicateur 4 : comportement et connaissances	74
4.1 – Comportement sexuel	74
4.2 – Connaissances en matière de VIH et de sida	76
Indicateur 5 : prévalence de la maladie et santé reproductive	78
5.1 – Prévalence de la maladie	78
5.2 – Santé reproductive	79

<i>Domaines à considérer pour l'élaboration d'indicateurs dans l'avenir</i>	<u>82</u>
Environnement propice	<u>82</u>
Normes de genre, autonomisation et droits des femmes	<u>84</u>
Santé reproductive	<u>86</u>
Comportement	<u>87</u>
Populations clés et populations à risque plus élevé d'infection	<u>87</u>
Situations humanitaires et d'urgence	<u>88</u>
Indicateurs afférents aux services/résultats en matière de santé	<u>90</u>
Indicateurs afférents au trafic d'êtres humains	<u>91</u>
<i>Annexe A : Liste des participants</i>	<u>93</u>

ARV	Antirétroviraux
DHS/EIS	Enquête démographique et de santé/Enquête sur les indicateurs sida
GARPR	Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde
GBV	Violence fondée sur le genre
GEM	Échelle des attitudes favorables à l'équité entre les sexes chez les hommes
GFATM	Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
IPV	Violence au sein du couple
PCA	Populations clés affectées
M&E	Suivi-évaluation
MARPs	Populations les plus à risque
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
MERG	Groupe de référence pour le suivi-évaluation (ONUSIDA)
NCPI	Engagements nationaux et moyens d'action
OGAC	Bureau du coordinateur américain de la lutte contre le sida dans le monde
OEV	Orphelins et enfants vulnérables
PPE	Prophylaxie post-exposition
PEPFAR	Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
PTME	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
EAS	Exploitation et abus sexuels
SSE	Statut socio-économique
IST	Infection sexuellement transmissible
TB	Tuberculose
ONU	Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
UNGASS	Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida
HCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
ONU Femmes	Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
VFF/F	Violence faite aux femmes/filles
OMS	Organisation mondiale de la Santé

Genre

La notion de genre correspond à une construction sociale et culturelle qui distingue les attributs des hommes et des femmes, des filles et des garçons, et qui renvoie par conséquent aux rôles et aux responsabilités de chacun¹. La définition et les attentes liées à la définition de la condition masculine ou féminine, ainsi que les sanctions qui en découlent si de telles attentes ne sont pas respectées, varient d'une culture à l'autre et selon les époques. Elles se recoupent souvent avec d'autres facteurs comme la race, la classe et l'âge. Les individus transgenres, qu'ils s'identifient comme homme ou femme, sont soumis au même ensemble d'attentes et de sanctions.

Sexe

La notion de sexe correspond aux différences déterminées biologiquement qui définissent les êtres humains en tant que femmes ou hommes. Ces caractéristiques biologiques ne sont pas mutuellement exclusives puisque certains individus les possèdent tous deux. Cependant, elles ont tendance à servir à différencier les humains en tant qu'hommes et femmes².

Égalité de genre

Selon ce concept, tous les êtres humains, hommes et femmes, sont libres de développer leur potentiel personnel et de faire leurs propres choix sans être limités par les stéréotypes, les rôles rigides assignés à chacun des sexes et les préjugés. La notion d'égalité de genre signifie que les comportements, les aspirations et les besoins différents des femmes et des hommes sont respectés, valorisés et favorisés de manière égale. Cela ne signifie pas que les femmes et les hommes doivent devenir similaires mais que leurs droits, leurs responsabilités et leurs chances ne dépendront pas du fait qu'ils soient nés homme ou femme³.

Équité de genre

Cette notion se réfère au traitement équitable des femmes et des hommes, selon leurs besoins respectifs. Cela peut inclure un traitement égal ou un traitement différent mais considéré équivalent en termes de droits, d'avantages, d'obligations et de chances. Dans le cadre du développement, un objectif en matière d'équité de genre exige souvent la mise en place de mesures intégrées pour compenser les désavantages historiques et sociaux des femmes³.

Identité sexuelle

L'identité sexuelle correspond à l'expérience de la notion de genre, profondément ressentie au niveau intérieur et personnel, d'un individu. Elle peut ne pas correspondre au sexe déterminé à la naissance ou peut, au contraire, y correspondre. Cette notion inclut à la fois la perception personnelle du corps, qui peut engendrer une modification délibérée de l'apparence physique ou des fonctions corporelles par le biais d'une intervention médicale, chirurgicale ou autre, et d'autres expressions de genre comme l'habillement, la voix et les manières.

Analyse de genre

Une analyse de ce type permet d'observer de manière systématique les différents impacts du développement, des politiques, des programmes et de la législation sur les femmes et les hommes. Elle favorise avant tout la collecte de données référencées par sexe et d'informations sensibles au genre pour une population donnée. L'analyse de genre peut également examiner les multiples façons selon lesquelles les femmes et les hommes, en tant qu'acteurs sociaux, parti-

¹ <http://www.unicef.org/gender/training/content/scolindex.html>

² http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/

³ Stratégie du Fonds mondial en matière d'égalité des genres

cipent aux stratégies visant à transformer les rôles, les relations et les processus existants dans leur propre intérêt et dans celui des autres³.

Riposte au sida sexotransformatrice

Ce type de riposte vise non seulement à aborder les aspects du VIH et du sida propres aux sexes mais aussi à transformer les structures, les institutions et les rapports de genre existants en les fondant sur l'égalité de genre³. Les politiques et les programmes visent ainsi à transformer les rapports de genre en vue de promouvoir l'égalité de genre et de réaliser les objectifs fixés par les programmes. Cette approche tente de promouvoir l'égalité de genre en : 1) favorisant l'examen critique des inégalités et des rôles assignés à chacun des sexes, des normes et des dynamiques existantes, 2) en reconnaissant et en renforçant les normes positives qui soutiennent l'égalité de genre et un environnement propice à une telle égalité, 3) en promouvant la position relative des femmes, des filles et des groupes marginalisés, ainsi qu'en transformant les structures sociales, les politiques et les normes sociales largement acceptées qui sont sous-jacentes et qui perpétuent les inégalités de genre.

Indicateurs prenant en compte les spécificités de genre

Ces indicateurs correspondent à des mesures d'ordre quantitatif qui ont été référencées par sexe et selon d'autres critères (p. ex. l'âge, le statut socio-économique [SSE]) montrant l'existence potentielle de différences dans les résultats, les comportements, l'utilisation des services et d'autres lacunes entre et parmi des sous-groupes de femmes et d'hommes.

Indicateurs d'égalité de genre

Ces indicateurs mesurent les changements notés dans les dynamiques de pouvoir au sein des rapports sexuels entre hommes et femmes, dans les normes ou les attitudes individuelles en matière d'égalité de genre (c.-à-d. les normes de genre), le contrôle et l'accès aux ressources économiques, l'emploi, les prises de décision au sein du ménage chez les femmes, le statut des femmes, les normes communautaires en matière d'égalité de genre, ainsi que les cadres juridique et politique nationaux en faveur de l'égalité de genre⁴.

Populations clés

Elles correspondent aux populations qui présentent des risques extrêmement élevés de contracter et de transmettre le VIH ainsi qu'à celles dont les taux de mortalité et/ou de morbidité s'avèrent plus élevés dans un contexte épidémiologique donné. Les populations clés bénéficient souvent d'un accès beaucoup plus limité aux services adéquats ou les utilisent beaucoup moins que le reste de la population. Selon le type d'épidémie ou le contexte national, certains groupes d'individus peuvent nécessiter une attention explicite (par exemple, les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe, les hommes qui ont des rapports sexuels avec les femmes, et les individus transgenres)⁵.

Autres populations vulnérables

Ces populations correspondent à des groupes d'individus qui peuvent être vulnérables au VIH par rapport au reste de la population et qui bénéficient d'un accès plus limité aux services adéquats ou qui les utilisent beaucoup moins. La notion de vulnérabilité renvoie à l'inégalité des chances, à l'exclusion sociale, au chômage ou à l'emploi précaire, ainsi qu'à d'autres facteurs

⁴ <http://www.oecd.org/dac/gender-development/44952761.pdf>.

⁵ Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2013, Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011. http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_fr.pdf

sociaux, culturels, politiques et économiques qui rendent une personne plus susceptible de contracter une infection au VIH et d'être atteinte du sida. Les facteurs sous-jacents à la notion de vulnérabilité peuvent limiter les individus et les communautés dans leur capacité à éviter le risque d'infection au VIH et peuvent se trouver hors du contrôle de ces individus. Les populations vulnérables comprennent les femmes et les filles, les personnes transgenres, les partenaires sexuels des clients des professionnel(le)s du sexe, les prisonniers, les réfugiés, les immigrants, les populations déplacées au sein d'un même pays, les personnes vivant avec le VIH, les adolescents, les jeunes, les orphelins et enfants vulnérables, les personnes souffrant d'un handicap, les minorités ethniques, les personnes appartenant aux catégories sociales à bas revenus, les personnes vivant en zones rurales ou isolées géographiquement, ainsi que le ou les autre(s) groupe(s) spécifiques au contexte du pays⁵.

⁵ Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2013, Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011. http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_fr.pdf

Égalité de genre et VIH

La notion de genre correspond à la manifestation des rôles et des attentes socialement construits qui sont attribués aux êtres humains en fonction de leur sexe. Les paramètres des comportements socialement acceptables des femmes et des hommes varient considérablement d'une société à l'autre et sont dynamiques au fil du temps. Des recherches menées dans le monde entier sur des décennies ont démontré que l'inégalité de genre et la violation des droits humains des femmes ont un impact négatif sur un ensemble de résultats en matière de santé chez l'adulte et l'enfant, dont le VIH, par le biais d'effets directs et indirects. Des relations de pouvoir inégales, le manque d'équité dans l'accès et le contrôle des ressources entre les femmes et les hommes, la violence faite aux femmes et aux filles (VFF/F), les menaces de violence, ainsi que la perception de la condition des femmes comme étant plus faible que celle des hommes, accroissent la vulnérabilité des femmes et des filles au VIH. De même, l'existence de normes et de pratiques offensives en matière de genre, relatives à la définition de la condition masculine, jouent également un rôle clé dans le degré de vulnérabilité et de risque d'infection au VIH encouru par les hommes et les garçons. Ces normes de genre créent aussi des différences dans l'utilisation des services de santé, dans la capacité à adhérer à un traitement médical, et dans divers autres facteurs qui contribuent à l'augmentation des risques et des incidences en matière de VIH. Les organisations multilatérales et bilatérales qui s'intéressent à la pandémie du VIH à l'échelle mondiale ont reconnu à l'unanimité que l'inégalité de genre constitue un facteur clé de l'épidémie de VIH¹. Il a aussi été reconnu que, pour être efficaces, les programmes et les politiques développés dans le but de lutter contre le VIH doivent prendre en compte l'inégalité de genre.

Les parties prenantes et acteurs principaux de la riposte au VIH ont fréquemment souligné la nécessité de définir des indicateurs centrés sur l'inégalité de genre dans le contexte du VIH, soit des indicateurs prenant en compte les spécificités de genre. Bien que des indicateurs aient déjà été disponibles, il était nécessaire de fournir plus d'indications quant à la définition des indicateurs standards servant à mesurer la dimension femmes-hommes du VIH. Ce compendium vise à fournir de telles informations, comme présenté ci-dessous de manière détaillée.

Élaboration et objet du compendium

À la demande d'ONU Femmes, d'ONUSIDA, de l'OMS, du FNUAP, de l'OGAC, de USAID, du PNUD et du Fonds Mondial, MEASURE Evaluation a développé ce compendium, en suivant un processus collaboratif qui comprenait une grande réunion des parties prenantes tenue en septembre 2011. La liste des indicateurs a été élaborée par MEASURE Evaluation en partenariat avec un groupe principal de planification qui comprenait des représentants d'ONU Femmes, d'ONUSIDA, de l'OMS, du GFATM, de USAID et de l'OGAC, des partenaires gouvernementaux et des représentants de la société civile. Cette liste a ensuite été présentée aux parties prenantes lors de la réunion de septembre 2011. Cette réunion comptait parmi ses participants des représentants internationaux des organes d'organisations gouvernementales et non gouvernementales aux niveaux national, multilatéral et bilatéral, ainsi que

¹ Stratégie du Fonds mondial en matière d'égalité des genres : www.theglobalfund.org/documents/core/strategies/Core_GenderEquality_Strategy_en/.
Politique de l'OMS en matière de genre : <http://www.who.int/gender/documents/policy/en/>.
ONUSIDA, Éliminer les inégalités entre les sexes : <http://www.unaids.org/en/targetsandcommitments/eliminatinggenderinequalities/>

des représentants de la société civile. Cette réunion avait pour objet de fournir des recommandations quant à la liste d'indicateurs à inclure dans le compendium. Suite à celle-ci, les participants ont été invités à commenter la première ébauche du document. Les membres du comité principal de planification ont pris des décisions finales concernant la liste des indicateurs et la structure du compendium, en s'appuyant à la fois sur leur expertise et sur les commentaires des participants. Un consensus a pu être atteint par le biais de ce processus.

Une liste d'options d'indicateurs de suivi-évaluation, pouvant être utilisée par les responsables de programme, les organisations et les décideurs qui cherchent à aborder la question de l'égalité de genre dans le contexte de la riposte au VIH, a été établie. La liste des participants à la réunion est disponible en Annexe A ; le nom des membres du groupe principal de planification est annoté d'un astérisque.

Le présent compendium d'indicateurs couvre les domaines programmatiques essentiels à la question du genre dans le contexte du VIH. Chacun de ces domaines programmatiques comprend un nombre d'indicateurs pouvant être utilisés à l'échelle nationale et régionale, ou au niveau programmatique. Tous les indicateurs de ce compendium appartiennent soit à des indicateurs déjà existants et utilisés dans des études ou par les pays, ou ont été adaptés à partir d'indicateurs existants afin d'aborder la question du genre dans le contexte du VIH. Ces indicateurs peuvent être mesurés par l'intermédiaire des systèmes de collecte de données ou d'informations (p. ex. le suivi régulier des programmes, les enquêtes) dans la plupart des contextes nationaux, bien que certains puissent requérir des études ou des recherches spécifiques. Ce compendium a pour objectif de fournir aux responsables de programmes, aux organisations et aux décideurs, une série d'indicateurs leur permettant de mieux « connaître leur épidémie de VIH/leur riposte » du point de vue de la question du genre afin de :

- renforcer la manière dont les parties prenantes, aux niveaux national et infranational, appréhendent leur épidémie de VIH et leur riposte du point de vue de l'égalité de genre,
- suivre les progrès réalisés en matière d'élimination des inégalités fondées sur le genre au sein des ripostes au VIH, et
- suivre et évaluer les programmes qui se concentrent sur des types d'interventions spécifiques relatifs à l'égalité de genre dans le contexte du VIH.

Structure du compendium

Les indicateurs de ce compendium sont organisés en chapitres couvrant les cinq domaines principaux représentés dans le Cadre adapté des déterminants immédiats, illustré en Figure 1 (contexte sociétal, programmes d'intervention, populations nécessitant une attention particulière, comportement et connaissances, et prévalence de la maladie/santé reproductive), et en sous-sections dans ces mêmes chapitres. Chaque sous-section commence par une brève description des raisons justifiant la pertinence du domaine en question dans le contexte du genre et du VIH. Les indicateurs mesurent divers aspects de ces sous-sections. Les listes sont diverses de manière à permettre aux responsables des programmes, aux organisations et aux décideurs de sélectionner les indicateurs qui correspondent à leurs besoins et qui peuvent être mesurés dans leur contexte respectif (c.-à-d., en fonction des données disponibles). Ils permettront ainsi de mesurer les aspects divers relatifs à la question du genre dans le contexte du VIH.

Cadre de cartographie des indicateurs relatifs à l'égalité de genre et au VIH

Les domaines recoupant à la fois la question de genre et celle du VIH, utilisés pour organiser

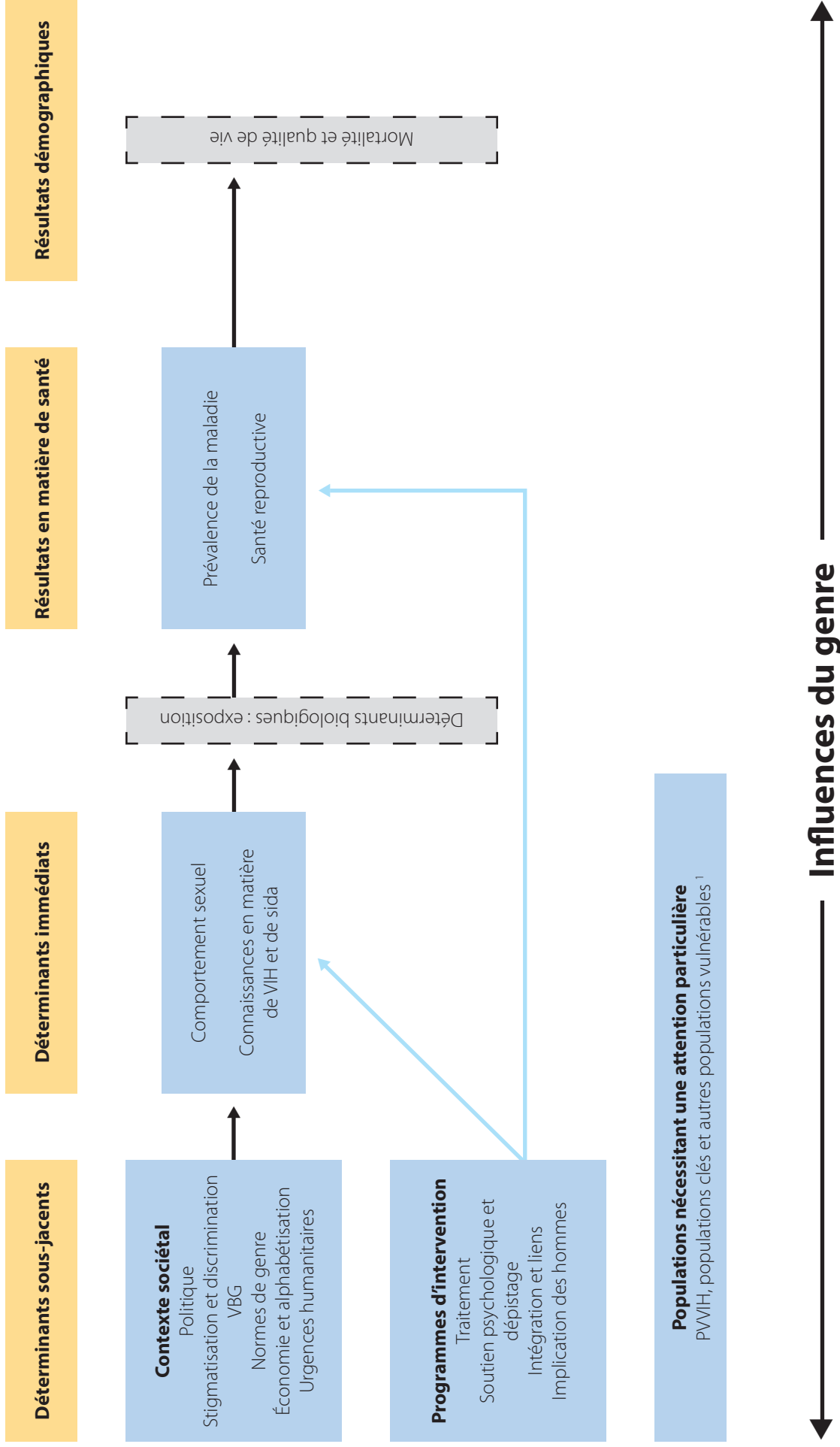


Figure 1 : Cadre adapté des déterminants immédiats relatifs à la cartographie des indicateurs prenant en compte le genre et le VIH, d'après Boerma & Weir, 2005²

¹ Les populations clés (PVIH, CDI, HSH, PS) et les autres populations à risque élevé (OEV, immigrés, etc.) sont mises en évidence dans cet encadré en raison de l'attention particulière que requièrent ces groupes.

² Ties Boerma, J. et S. Weir, *Journal of Infectious Disease*, 2005, n° 191 (Supplément 1) : S61-7.

les indicateurs de ce compendium, sont illustrés dans la Figure 1 de la prochaine page. Dans les itérations antérieures des déterminants immédiats des modèles de santé, la notion de genre a toujours été évoquée de manière implicite ou incluse de manière explicite mais en tant que facteur sous-jacent. Par exemple, Boerma et Weir² associent les rôles assignés à chacun des sexes et les normes de genre au contexte socioculturel des connaissances et des comportements pouvant engendrer un risque d'infection au VIH. Le modèle adapté présenté dans le présent guide décrit une perspective différente quant à la manière dont le genre peut interagir avec les facteurs qui influencent les risques relatifs au VIH. Les normes de genre et les rôles assignés à chacun des sexes font en effet partie du contexte sous-jacent de la santé, mais leurs impacts sur le risque d'infection au VIH peuvent être remarqués à tous les niveaux d'influence. Ce modèle a été sélectionné et adapté afin de démontrer l'importance de prendre en compte la question du genre à tous les niveaux des programmes relatifs au VIH, et par conséquent, la nécessité de mesurer l'influence du genre au niveau sous-jacent, immédiat et des résultats.

Les indicateurs de ce compendium ont été élaborés en fonction des cinq domaines programmatiques principaux définis dans le cadre : le contexte sociétal, les programmes d'intervention, les populations nécessitant une attention particulière, le comportement et les connaissances, et la prévalence de la maladie/santé reproductive. Les facteurs relatifs au genre peuvent être mesurés sur l'ensemble des domaines programmatiques. Certains indicateurs renvoient aux aspects les plus élémentaires de la question du genre en soulignant les différences entre femmes et hommes, entre filles et garçons, par le biais de données référencées par sexe. D'autres indicateurs mesurent directement l'inégalité de genre, notamment dans les normes et les croyances sociales, ou dans les problèmes comme la violence fondée sur le genre, qui peut à son tour influencer les risques d'infection au VIH, l'assimilation des programmes/utilisation des services et les résultats.

Les cinq groupes identifiés dans le cadre des déterminants représentent les domaines clés et fondamentaux devant être mesurés pour montrer les progrès réalisés dans la mise en place d'une riposte au VIH sensible au genre. Les parties prenantes ayant participé à la réunion de septembre 2011 ont identifié les sous-groupes de chaque domaine. Ces derniers ont été déterminés en fonction de la disponibilité des indicateurs existants et de l'importance de ces domaines dans le suivi et l'évaluation de l'influence du genre sur le VIH. Les indicateurs relatifs aux déterminants sous-jacents, tels que ceux appartenant au « contexte sociétal », sont importants puisqu'ils déterminent les modes de comportements et les circonstances pouvant créer un risque d'infection au VIH³. La collecte et l'analyse d'indicateurs appartenant à des déterminants plus immédiats et aux résultats contribuent à apporter les informations nécessaires à la documentation des progrès réalisés quant à la prise en compte du genre dans les programmes relatifs au VIH ou au sida. Ce compendium propose une sélection de mesures dans l'ensemble de ces domaines afin d'aider les responsables de programmes, à l'échelle nationale et infranationale, à comprendre la manière dont leurs approches prennent en compte le genre et à identifier les lacunes à combler afin d'adapter au mieux leur intervention.

² Ties Boerma, J. et S. Weir, *Journal of Infectious Disease*, 2005, n° 191 (Supplément 1) : S61–7.

³ UNIFEM, Promoting gender equality in HIV/AIDS responses.

Format des indicateurs

Tous les indicateurs de ce compendium comportent un titre, une définition (comportant un numérateur, un dénominateur et une ventilation recommandée) et un « niveau ». Pour les indicateurs qui sont expliqués de manière détaillée dans d'autres documents, un lien vers la source de la fiche de référence complète est fourni. Ces fiches de référence décrivent les besoins en données, la méthode de calcul et les éventuelles questions à prendre en compte lors de la mesure de l'indicateur. Les indicateurs restants, qui ont été adaptés pour ce compendium, comprennent des fiches de référence complètes, incluses dans le présent document.

Définition des niveaux d'indicateurs

Le groupe principal de planification a défini les niveaux d'indicateurs et les parties prenantes qui ont participé à la réunion de septembre 2011 les ont attribués à chaque indicateur.

- **Niveau 1** : ces indicateurs sont déjà utilisés pour suivre les programmes nationaux et infranationaux. Les données collectées à partir des indicateurs de niveau 1 devraient être régulièrement prises en compte afin de réaliser une analyse et une interprétation approfondies des iniquités entre femmes et hommes ou au sein de sous-groupes de femmes et d'hommes.
- **Niveau 2** : ce niveau correspond à une liste élargie d'indicateurs pouvant être utilisés par les pays, dans les projets spécifiques, les programmes, les études et les interventions spéciales qui peuvent servir à suivre et à évaluer les dimensions de l'égalité de genre dans les programmes relatifs au VIH et au sida. Lorsque des données sont collectées à partir des indicateurs de niveau 2, il est conseillé de les prendre en compte pour mieux comprendre et suivre les progrès réalisés en matière d'égalité de genre. Lorsque de telles informations ne sont pas disponibles, il sera nécessaire de considérer la manière dont des données de ce type peuvent être collectées et suivies à partir de ces indicateurs.
- **Niveau 3** : ces indicateurs ont été considérés comme importants dans le contexte du genre et du VIH. Il a été suggéré de les prendre en compte pour les besoins des programmes et dans des contextes spécifiques. Par ailleurs, il peut s'avérer nécessaire de les tester sur le terrain, étant donné qu'ils ont été jugés essentiels dans les domaines de mesure qui apparaissent.

Ces indicateurs nécessiteront peut-être d'être affinés et validés pour une utilisation future. Afin de faciliter, au niveau national, l'adaptation aux indicateurs déjà en cours d'utilisation, un tableau séparé regroupant tous les indicateurs de niveau 1 est proposé à la page **10**.

Domaines à considérer pour l'élaboration de futurs indicateurs

Le dernier chapitre, intitulé « Domaines à considérer pour l'élaboration de futurs indicateurs », dresse la liste des domaines pour lesquels il n'existe actuellement aucune mesure, et qui constituent pourtant des aspects importants de l'égalité de genre et du VIH. Certains d'entre eux sont brièvement présentés afin de montrer en quoi des indicateurs de suivi-évaluation pourraient contribuer à garantir la prise en compte, par les pays et les programmes, des aspects liés à l'égalité de genre dans les ripostes au VIH⁴.

⁴ Outre les indicateurs mis en évidence dans le présent compendium, le Groupe interinstitutions et d'experts des Nations Unies sur les statistiques ventilées par sexe (IAEG-GS) a développé une série d'au moins 52 indicateurs de genre, à la demande de la Commission de statistique des Nations Unies. L'ONU a officiellement approuvé cette liste en février 2013. Un travail méthodique en vue de l'affiner est actuellement en cours. Les indicateurs sont consultables ici : <http://unstats.un.org/unsd/statcom/doc13/2013-10-GenderStats-E.pdf>

Suivi-évaluation des programmes

La procédure de suivi-évaluation (M&E) correspond au processus selon lequel des données sont collectées, analysées et présentées afin de fournir des informations aux responsables de programmes et aux décideurs, entre autres, sur les progrès et les résultats des programmes mis en œuvre. Le M&E a pour objectif d'évaluer et d'améliorer la mise en œuvre des programmes ainsi que d'en montrer l'efficacité. La manière dont un programme collecte, analyse et rapporte des données est systématiquement présentée dans un document appelé « plan M&E ». Par exemple, un plan M&E efficace aidera à maintenir les progrès réalisés dans les programmes relatifs à la violence faite aux femmes et aux filles (VFF/F) (ou dans les aspects VFF/F de programmes plus généraux), à guider le processus nécessaire à la réalisation des objectifs fixés dans ces programmes, et à décrire comment ces derniers démontreront l'efficacité de leurs stratégies.

Suivi des programmes

Le suivi correspond au système de suivi régulier d'un programme. Il sert à comprendre si la mise en œuvre des programmes se déroule bien sur une journée, une semaine, un mois ou un trimestre, et s'il existe des goulets d'étranglement dans leur mise en œuvre générale. Le suivi permet de démontrer l'utilisation efficace des apports du programme et si ces derniers mènent aux mesures escomptées. Par exemple, un programme élaboré pour susciter une prise de conscience en matière de violence au sein du couple (IPV) dans une communauté donnée et pour en réduire la stigmatisation relative cherchera à suivre le niveau d'apports (financement, heures du personnel, développement de matériel) ainsi que les initiatives réalisées (par exemple, le nombre de fois que le personnel est intervenu dans des réunions communautaires). Tout changement détecté dans les niveaux de performance escomptés relatifs à ces apports et à ces réalisations permettra d'avertir les responsables de programme de la survenue de problèmes éventuels.

Évaluation des programmes

Le processus d'évaluation permet de démontrer l'efficacité des programmes dans la réalisation de leurs objectifs et de leurs résultats. Les données utilisées dans l'évaluation d'un programme proviennent d'un certain nombre de sources différentes comme la collecte périodique de données par l'intermédiaire d'enquêtes (DHS, MICS), les indicateurs des programmes ou d'autres études spécifiques. Les informations recueillies lors des évaluations de programme peuvent être utilisées pour revoir les pratiques d'un programme afin d'obtenir de meilleurs résultats et d'émettre des rapports à l'attention des donateurs (Rapports d'activités sur la riposte au sida dans le monde, objectifs du Millénaire pour le développement, etc.).

Les évaluations de processus mesurent la qualité et l'intégrité d'un programme, en se concentrant sur sa mise en œuvre et en évaluant son degré de couverture plutôt que sur les résultats escomptés du programme. Pour être utiles, les évaluations de processus doivent être planifiées à intervalles de temps suffisamment fréquents pour permettre d'introduire des modifications, mais après une période de temps suffisamment longue pour démontrer les besoins. L'évaluation de processus est généralement moins complexe que la mesure des résultats. Par exemple, le programme communautaire de sensibilisation à la prévention du VIH peut relever le nombre de personnes assistant aux réunions communautaires et faire les ajustements nécessaires.

Les évaluations de résultats mesurent, quant à elles, le degré de réalisation du changement souhaité ou d'obtention du résultat escompté. Pour ce type d'évaluation, les données proviennent généralement d'une étude spéciale et sont collectées de manière périodique et non

régulière. Une évaluation de résultats a pour objectif de montrer que les changements observés pour une population-cible résultent de la mise en œuvre du programme. Ce type d'évaluation est utilisé pour évaluer les changements en matière de connaissances, de comportement, de compétences, de normes communautaires, d'utilisation de services et d'indicateurs de santé d'une population donnée, comme la prévalence du dépistage du VIH ou les connaissances en matière de méthodes de prévention du VIH. Pour mesurer un changement, des données de base concernant la population-cible, en d'autres termes, des données collectées *avant* la mise en œuvre du programme, doivent être disponibles afin de les comparer avec les données collectées *après* la réalisation du programme. C'est pourquoi la planification s'avère si critique dans l'élaboration d'un processus d'évaluation fiable. Lorsqu'aucune donnée n'a été collectée avant le lancement d'un programme, l'évaluation peut être élaborée différemment en comparant une communauté qui a été exposée à ce programme avec une autre qui ne l'a pas été. Cependant, une telle approche est moins souhaitable étant donné la difficulté éventuelle de trouver des communautés comparables qui n'ont véritablement pas été exposées au programme en question, par exemple, dans le cas des campagnes de sensibilisation au VIH réalisées dans les hôpitaux ou les écoles.

Les évaluations d'impacts montrent, quant à elles, la proportion du changement qui peut être attribuée au programme, comme les améliorations notées dans la qualité de vie des PVVIH. Ces évaluations sont plus difficiles à réaliser et requièrent l'élaboration d'études très spécifiques permettant de mesurer l'étendue du changement observé sur le résultat souhaité pouvant être attribuée au programme. Ces évaluations exigent un niveau d'assistance technique particulier et un financement important.

Les informations issues des évaluations de résultats et d'impacts démontrent l'existence de stratégies de prévention et d'intervention prometteuses qui peuvent ensuite être mises en œuvre dans d'autres contextes. Les informations fournies par les programmes devraient être incorporées dans un système de M&E élargi au niveau du pays ou à l'échelle internationale, en accord avec le principe des « Trois principes directeurs »⁵. Les informations rapportées à ce niveau sont susceptibles d'attirer suffisamment d'attention et de soutien pour influencer la politique internationale et bénéficier d'un financement durable.

M&E de la question du genre dans les ripostes au VIH et au sida

La nécessité de repérer la différence de résultats et d'impacts liés au VIH des programmes menés auprès de différents sous-groupes de femmes et d'hommes, comme celle de mieux comprendre en quoi l'inégalité de genre constitue un déterminant du VIH chez les femmes et les hommes, y compris chez les hommes et les femmes transgenres, vient renforcer l'importance d'un suivi et d'une évaluation centrés sur le genre dans le cadre des programmes de lutte contre le VIH. De telles informations sont non seulement requises par les décideurs et les responsables de programmes pour prendre des décisions efficaces, mais sont de plus en plus exigées par les donateurs qui souhaitent connaître les progrès et les résultats des programmes de lutte contre le VIH, notamment en ce qui concerne la réduction de la vulnérabilité des femmes et des hommes.

Les indicateurs prenant en compte les spécificités de genre correspondent à des mesures d'ordre quantitatif qui ont été ventilées par sexe et selon d'autres facteurs (p. ex. l'âge, le SSE) qui montrent l'existence potentielle de différences dans les résultats, les comportements, l'utilisation des services entre et parmi des sous-groupes de femmes et d'hommes. Outre des indica-

⁵ ONUSIDA, http://data.unaids.org/una-docs/three-ones_keyprinciples_fr.pdf

teurs de VIH correctement ventilés, il est également nécessaire de recueillir, compiler et suivre des indicateurs qui fournissent, directement ou par l'intermédiaire de mesures approximatives, des informations montrant que l'inégalité de genre constitue un déterminant sous-jacent à la vulnérabilité des femmes et des hommes au VIH. Les mesures relatives à l'égalité de genre permettent de repérer les changements dans les dynamiques de pouvoir au sein des rapports sexuels entre hommes et femmes, dans les normes ou les attitudes individuelles en matière de violence au sein du couple, de contrôle et d'accès aux ressources économiques, d'emploi, de prises de décision au sein du ménage chez les femmes, de la condition des femmes, des normes communautaires relatives à l'égalité de genre, ainsi que des cadres juridique et politique nationaux en faveur de l'égalité de genre⁶. Au niveau le plus élémentaire qui soit, les indicateurs prenant en compte les spécificités de genre :

- aident à identifier les inégalités entre et/ou parmi des sous-groupes de femmes/filles et d'hommes/garçons qui doivent être corrigées ;
- requièrent la collecte de données ventilées par sexe, mais aussi par âge ainsi que par groupes socio-économiques et ethniques ;
- doivent être élaborés pour collecter des données concernant les facteurs qui peuvent mesurer les changements au fil du temps, étant donné la lenteur de l'évolution des structures sociétales et des valeurs liées au genre ; et
- sont élaborés, collectés et utilisés par l'intermédiaire d'approches participatives qui impliquent les communautés de femmes et d'hommes concernées.

Dans le contexte du VIH, l'existence d'un système de M&E sensible au genre s'inscrit dans la logique des « Trois principes directeurs » qui guident les ripostes nationales au VIH/sida⁷. Un système de M&E (sensible au genre) devrait renforcer la capacité des systèmes d'information à collecter et à rapporter des données ventilées et analysées par sexe et selon d'autres critères (p. ex. l'âge, le SSE, l'ethnie, etc.)⁸. Afin de solutionner ces différentiels à la base, il faut mesurer des indicateurs d'égalité de genre qui prennent en compte des facteurs structurels, comme les dimensions de pouvoir liées au genre entre femmes et hommes. Le recours à des indicateurs prenant en compte les spécificités de genre et l'égalité de genre permettra de renseigner l'élaboration des programmes, des politiques et des services, de façon à aborder les besoins spécifiques des personnes les plus affectées de manière plus adaptée. En outre, les indicateurs prenant en compte les spécificités de genre suivent et évaluent les progrès des programmes concernant la réduction des iniquités qui créent des différentiels en matière de risques et d'impact liés au VIH⁹.

Le présent document propose des indicateurs quantitatifs d'égalité de genre et de VIH. Il est important de noter que les mesures quantitatives ne couvrent qu'une partie de la situation. Les recherches qualitatives apportent une vision plus approfondie des dimensions relatives à l'égalité de genre dans le contexte du VIH et du sida. Les méthodologies qualitatives enregistrent les expériences, les opinions, les attitudes et les sentiments des personnes concernées que les méthodes quantitatives ne peuvent mesurer, et qui pourtant s'avèrent nécessaires pour comprendre les observations d'une mesure quantitative. Par exemple, des données qualita-

⁶ <http://www.oecd.org/dac/gender-development/43041409.pdf>

⁷ http://data.unaids.org/una-docs/three-ones_keyprinciples_fr.pdf

⁸ Transforming the National AIDS Response, Mainstreaming Gender Equality and Women's Human Rights into the "Three ones":

<http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2012/1/transforming-the-national-aids-response>

⁹ Why Sex/Gender And Age Matter For Evidence-Based Programming And Response:

<https://wikis.uit.tufts.edu/confluence/download/attachments/46081625/SADD.pdf?version=1&modificationDate=1313521808000>

tives peuvent expliquer pourquoi l'on observe, entre les hommes et les femmes adultes, un différentiel dans l'adhérence à la TAR. Les études qualitatives viennent compléter les résultats quantitatifs. Il est recommandé d'en réaliser pour permettre une riposte plus complète prenant en compte les aspects culturels¹⁰.

L'analyse de genre examine les différences existant entre la vie des hommes et celle des femmes, puis prend en compte les résultats de cet examen pour élaborer des politiques et fournir des services adéquats¹¹. Dans le contexte des programmes de riposte au VIH, une analyse de genre pourrait commencer par l'examen des données mesurant les inégalités entre les hommes/garçons et les femmes/filles, ainsi que de la manière dont ces inégalités interagissent dans la propagation et l'impact du VIH et du sida. Dans certains contextes, les femmes peuvent avoir moins de droits et un accès plus limité à l'information que les hommes. Les droits à l'héritage, par exemple, sont tout à fait pertinents car ils peuvent offrir aux femmes une source d'indépendance financière. Or, si ces droits sont niés, une femme pourrait alors se trouver forcée de chercher une source de revenus ailleurs, s'exposant potentiellement au risque d'infection au VIH. Par conséquent, les indicateurs prenant en compte les spécificités de genre et l'égalité de genre fournissent les données nécessaires à la réalisation d'une analyse de genre du contexte et des programmes liés au VIH. Une analyse de genre montrerait aux décideurs la manière dont les programmes et les politiques peuvent aborder la question des inégalités fondées sur le genre. Il est donc préférable d'exclure les programmes qui imposent aux femmes des contraintes excessives (p. ex. le traitement à domicile) ou qui ignorent la vulnérabilité des femmes à l'infection au VIH. Des programmes sexotransformateurs remettant en cause les normes inéquitables et s'appuyant sur les contributions que peuvent apporter les femmes et les hommes, dans leurs rôles sociaux respectifs, à la riposte au VIH et au sida peuvent être mis en œuvre à leur place.

Caractéristiques d'un bon indicateur

Un indicateur correspond à un paramètre qui mesure un aspect spécifique d'un programme ou d'un projet. Pour être efficaces, les indicateurs doivent refléter les buts et les objectifs fixés dans un programme. Ils sont utilisés pour montrer que les activités d'un programme ont été mises en œuvre comme prévu ou que le programme a influencé l'évolution d'un résultat escompté. L'aspect spécifique d'un programme mesuré par un indicateur peut correspondre à un apport, une réalisation ou un résultat escompté. Un bon indicateur se définit selon plusieurs critères. Les indicateurs doivent être valides, fiables, comparables (sur la durée ou selon les contextes), non-directionnels, précis, mesurables et pertinents d'un point de vue programmatique.

- **Validité** : les indicateurs doivent mesurer les aspects d'un programme pour lesquels ils ont été élaborés.
- **Spécificité** : les indicateurs doivent uniquement mesurer l'aspect du programme qu'ils sont censés mesurer.
- **Fiabilité** : les indicateurs doivent minimiser les erreurs de mesure et produire des résultats similaires et constants sur la durée, quels que soient l'observateur ou la personne interrogée.
- **Comparabilité** : les indicateurs doivent utiliser des unités et des dénominateurs comparables qui permettront de mieux comprendre l'impact ou l'efficacité sur différents groupes de population ou approches du programme.

¹⁰ UNIFEM, Promoting gender equality in HIV/AIDS responses.

¹¹ ACDI, Gender Analysis : [http://www.acdi-cida.gc.ca/INET/IMAGES.NSF/vLUIImages/Policy/\\$file/Policy-on-Gender-Equality-EN.pdf](http://www.acdi-cida.gc.ca/INET/IMAGES.NSF/vLUIImages/Policy/$file/Policy-on-Gender-Equality-EN.pdf)

- **Caractère non directionnel** : les indicateurs doivent être développés afin de permettre des changements dans toutes les directions et ne doivent spécifier aucune direction particulière dans leur formulation (par exemple, la formulation d'un indicateur devrait référer au « niveau de sensibilisation » plutôt qu'à une « sensibilisation accrue »).
- **Précision** : la définition des indicateurs doit être claire et bien spécifiée.
- **Faisabilité** : un indicateur doit pouvoir être mesuré à partir des outils et des méthodes disponibles.
- **Pertinence programmatique** : les indicateurs doivent être spécifiquement reliés à un apport, une réalisation ou un résultat programmatique.

Par ailleurs, le Groupe de référence pour le suivi et l'évaluation d'ONUSIDA (MERG) a approuvé une série de normes et a développé un outil permettant d'évaluer la mesure dans laquelle ces normes sont appliquées aux divers indicateurs dans des contextes variés, dans le but de renseigner les rapports demandés par les pays signataires des engagements internationaux comme la Déclaration politique sur le VIH et le sida adoptée en 2011¹².

Ces normes ont été mises en place afin de faciliter l'élaboration et la révision des indicateurs qui sont pertinents, utiles et réalisables. Le guide les regroupant stipule qu'un indicateur doit satisfaire aux cinq normes suivantes :

1. L'indicateur est nécessaire et utile.
2. L'indicateur présente une valeur technique.
3. L'indicateur est entièrement défini.
4. Il est possible de collecter et d'analyser des données pour cet indicateur.
5. L'indicateur a été testé sur le terrain ou utilisé en pratique.

La qualité des indicateurs ne peut refléter que celle des données utilisées pour les mesurer. La qualité des données recueillies commence par des protocoles bien établis servant à guider la collecte de données. Elle peut cependant être affectée plus tard, à tout moment du processus, y compris lors de la saisie des données sur les formulaires (informatisés ou non), de leur collationnement subséquent et de leur analyse pour calculer des indicateurs spécifiques. De nombreux facteurs participent à la mauvaise qualité des données collectées, dont :

- le comptage double (ou multiple) lorsqu'une personne, un service ou un autre aspect programmatique sont comptés plus d'une fois ;
- le manque de couverture nécessaire pour assurer la représentation de la population ou des services ciblés devant être inclus dans l'indicateur ;
- l'exactitude selon laquelle les données sont créées et rapportées aux entités supérieures ;
- la précision avec laquelle les données sont enregistrées ; si les données collectées reflètent ou non les informations à jour au moment de la collecte (ponctualité) ; et
- l'intégrité selon laquelle les données sont enregistrées (est-il de l'intérêt des personnes collectant les données de ne pas les rapporter avec exactitude ?).

¹² ONUSIDA : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2010/4_3_MERG_Indicator_Standards.pdf

Les personnes qui collectent et traitent les données doivent être formées à comprendre en quoi la qualité des données est essentielle à la réussite du programme, et doivent être responsabilisées en leur donnant les compétences nécessaires leur permettant de la préserver. Il est recommandé de prendre en compte la question de la qualité des données dans le plan de M&E en décrivant les normes utilisées pour la collecte, le stockage, l'analyse et l'élaboration de rapports.

Où trouver plus d'informations sur le processus de M&E

Les informations proposées dans cette section permettent d'introduire le fondement du processus de M&E et de définir brièvement ses concepts de base. Pour obtenir des informations plus détaillées sur le processus M&E, veuillez-vous référer :

- au site Internet de MEASURE Evaluation (<http://www.measureevaluation.org>) qui propose des cours en ligne, des liens vers des publications et d'autres sites Internet relatifs à des aspects spécifiques du secteur ;
- aux outils et guides d'ONUSIDA et du MERG (Groupe de référence pour le suivi et l'évaluation) (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance/>) ;
- à AIDSinfo (<http://aidsinfo.unaids.org/>), un outil de visualisation et de diffusion de données facilitant l'utilisation de données relatives au sida dans des pays donnés ou à l'échelle mondiale. Il répertorie des données sur les indicateurs clés de nombreux pays dans un format facile à lire ;
- au portail international du M&E du VIH, Global HIV M&E (<http://www.global-hivmeinfo.org>), conçu pour les spécialistes de suivi et d'évaluation (M&E) des initiatives en matière de VIH/sida. Il propose des informations sur le renforcement des capacités et les opportunités de développement professionnel dans le secteur du M&E s'appliquant au VIH ;
- le Registre d'indicateurs d'ONUSIDA (<http://www.indicatorregistry.org>), un dépôt central de données sur les indicateurs utilisés pour suivre l'épidémie et la riposte au sida menée au niveau des pays ainsi qu'à l'échelle régionale et mondiale. Les indicateurs sélectionnés dans le présent compendium font référence à ce registre où des informations supplémentaires sur les indicateurs peuvent être obtenues.

Les indicateurs de niveau 1 correspondent à ceux qui sont déjà utilisés pour suivre les programmes nationaux et infranationaux. Ceux de niveau 2 correspondent à une liste élargie d'indicateurs pouvant être utilisés par les pays, dans les projets spécifiques, les programmes, les études et les interventions spéciales qui peuvent servir à suivre et à évaluer les dimensions de l'égalité de genre dans les programmes relatifs au VIH et au sida. Les indicateurs de niveau 3 sont quant à eux considérés importants dans le contexte du genre et du VIH. Il a été suggéré de les prendre en compte pour les besoins des programmes et dans des contextes spécifiques. Par ailleurs, il peut s'avérer nécessaire de les tester sur le terrain, étant donné qu'ils ont été jugés essentiels dans les domaines de mesure qui apparaissent. Ces indicateurs nécessiteront peut-être d'être affinés et validés pour une utilisation future.

Indicateurs de niveau 1

1	CONTEXTE SOCIÉTAL	PAGE
1.1	Cadre juridique et politique	
1.1.1	Existence d'une stratégie multisectorielle dans la riposte au VIH qui comprend un budget spécifiquement alloué aux femmes atteintes du VIH	17
1.1.2	Lois, règlements ou politiques existants qui empêchent la prévention, le traitement, les soins et le soutien efficaces liés au VIH chez les populations clés et les groupes vulnérables	18
1.3	Violence basée sur le genre	
1.3.1	Prévalence de cas récents de violence au sein du couple (IPV)	26
1.3.2	Prévalence de cas de violence réguliers au sein du couple	27
1.4	Normes de genre	
1.4.1	Proportion de femmes et d'hommes qui déclarent trouver acceptable qu'un homme batte son épouse pour la discipliner	33
1.4.2	Proportion de personnes âgées de 15 à 49 ans qui pensent qu'une femme peut proposer le recours au préservatif si son époux est atteint d'une IST	34
1.4.3	Pourcentage de femmes mariées et âgées de 15 à 49 ans qui prennent généralement les décisions relatives à leurs soins de santé elles-mêmes ou qui le font conjointement avec leur époux	34
1.4.4	Mariage précoce	36
1.5	Autonomie financière et alphabétisation	
1.5.1	Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont propriétaires ou possèdent des ressources permettant la production de biens, de services et/ou de revenus en leur propre nom	38
1.5.2	Proportion de femmes salariées travaillant dans le secteur non agricole	39
1.5.3	Taux net total d'inscriptions à l'école primaire	39
2	PROGRAMMES D'INTERVENTION	PAGE
2.1	Traitement	
2.1.1	Traitement du VIH : thérapie antirétrovirale	45
2.1.2	Rétention de douze mois sous thérapie antirétrovirale	46
2.1.3	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant	46
2.2	Soutien psychologique et dépistage	
2.2.1	Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant reçu un test de dépistage du VIH au cours des 12 mois précédents et qui en connaissent le résultat	48

2.3	Intégration et liens entre les services	
2.3.1	Pourcentage de cas estimés de tuberculose liée au VIH et qui ont fait l'objet d'un traitement à la fois contre la tuberculose et contre le VIH	52
3	POPULATIONS NÉCESSITANT UNE ATTENTION PARTICULIÈRE	PAGE
3.2	Populations nécessitant une attention particulière	
3.2.1	Pourcentage de populations clés ayant bénéficié de programmes de prévention contre le VIH	64
3.2.2	Professionnel(le)s du sexe : programmes de prévention	64
3.2.3	Prévalence du VIH chez les populations clés	65
3.2.4	Consommateurs de drogues injectables : pratiques d'injection sans risques	65
3.2.5	Professionnel(le) du sexe : utilisation du préservatif	66
3.2.6	Consommateurs de drogues injectables : utilisation du préservatif	66
3.3	Autres populations vulnérables	
3.3.1	Scolarisation des orphelins	70
3.3.2	Soutien financier externe aux ménages les plus défavorisés	71
3.3.3	Proportion des enfants de moins de 15 ans qui travaillent	73
4	COMPORTEMENT ET CONNAISSANCES	PAGE
4.1	Comportement sexuel	
4.1.1	Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans	74
4.1.2	Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel chez les personnes ayant des partenaires multiples	74
4.1.3	Rapports sexuels transgénérationnels chez les jeunes femmes	75
4.2	Connaissances en matière de VIH/sida	
4.2.1	Jeunes : connaissances en matière de prévention contre le VIH	76
4.2.2	Connaissance d'une source officielle de distribution de préservatifs chez les jeunes	76
5	PRÉVALENCE ET SANTÉ REPRODUCTIVE	PAGE
5.1	Prévalence	
5.1.1	Prévalence du VIH chez les jeunes	78
5.2	Santé reproductive et sexuelle	
5.2.1	Taux de fertilité chez les adolescents	78
5.2.2	Prévalence de la contraception chez les femmes	78

Indicateurs de niveau 2

1	CONTEXTE SOCIÉTAL	PAGE
1.1	Cadre juridique et politique	
1.1.3	Proportion des services chargés de faire respecter la loi suivant un protocole national établi pour traiter les plaintes relatives à la VFF/F	18
1.2	Stigmatisation et discrimination	
1.2.1	Proportion des PVVIH qui ont récemment été victimes de stigmatisation et de discrimination en raison de leur statut VIH	20

1.2.2	Pourcentage des lieux de travail qui possèdent des politiques antidiscriminatoires en matière de statut VIH, d'égalité de genre et d'orientation sexuelle	21
1.2.3	Proportion de clients qui ont pu confier librement leurs pratiques sexuelles au personnel d'un service de santé	22
1.2.4	Attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH	22
1.3	Violence basée sur le genre	
1.3.3	Pourcentage de victimes de viol éligibles qui se présentent dans un établissement de santé dans les 72 heures suivant l'agression et qui reçoivent les soins médicaux adéquats	28
1.3.4	Nombre de professionnels spécialisés dans le traitement du VIH qui sont formés pour identifier, orienter et traiter les personnes victimes de VFF/F	28
1.3.5	Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui rapportent avoir été victimes de violence sexuelle avant l'âge de 15 ans	29
1.6	Urgences à caractère humanitaire	
1.6.1	Nombre de femmes/filles pour 10 000 personnes de la zone d'urgence ayant rapporté des épisodes de violence sexuelle sur une période déterminée	41
1.6.2	Proportion d'incidents d'exploitation et d'abus sexuels rapportés et entraînant la poursuite en justice et/ou le renvoi du personnel humanitaire	42
1.6.4	Protocoles alignés sur des normes internationales qui ont été mis en place dans la zone d'urgence, à tous les niveaux du système de santé, pour la prise en charge clinique des victimes de violence sexuelle	42
1.6.5	Pourcentage des personnes victimes de viol dans la zone d'urgence qui se présentent dans un établissement/professionnel de la santé dans les 72 heures suivant l'agression et qui reçoivent les soins médicaux adéquats	43
2	PROGRAMMES D'INTERVENTION	PAGE
2.1	Traitement	
2.1.4	Pourcentage de patients infectés par le VIH souffrant d'une coinfection VIH/hépatite B virale et qui ont été traités pour l'hépatite B	47
2.2	Soutien psychologique et dépistage	
2.2.2	Pourcentage de jeunes femmes et hommes sexuellement actifs et âgés de 15 à 24 ans ayant fait un test de dépistage du VIH au cours des 12 mois précédents et qui en connaissent les résultats	49
2.2.3	Nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dont le(s) partenaire(s) sexuel(s) a/ont fait un test de dépistage du VIH sur place, a/ont bénéficié d'un service de soutien psychologique et a/ont reçu les résultats du test	49
2.3	Intégration et liens entre les services	
2.3.2	Proportion de clients orientés vers un service et qui l'ont utilisé	53
2.4	Implication des hommes	
2.4.1	Nombre de visites réalisées par les jeunes hommes auprès de services de santé sexuelle et reproductive spécifiques	57
2.4.2	Pourcentage de femmes enceintes utilisant des services de santé prénatale et dont le partenaire masculin a réalisé un test de dépistage au VIH	58
3	POPULATIONS NÉCESSITANT UNE ATTENTION PARTICULIÈRE	PAGE
3.1	Personnes vivant avec le VIH	
3.1.1	Pourcentage de patients suivant une TAR qui bénéficient de programmes de microentreprise ou de microfinance	60

3.2	Populations nécessitant une attention particulière	
3.2.7	Consommateurs de drogues injectables : programmes de prévention	67
3.2.8	Pourcentage de populations clés comptant des cas de syphilis déclarés	68
3.2.9	Nombre de consommateurs de drogues injectables suivant un traitement de substitution aux opiacés (TSO)	69
5	PRÉVALENCE ET SANTÉ REPRODUCTIVE	PAGE
5.1	Prévalence	
5.1.2	Jeunes atteints d'une infection sexuellement transmissible	78
5.2	Santé reproductive et sexuelle	
5.2.3	Dépistage du cancer du col de l'utérus	80

Indicateurs de niveau 3

1	CONTEXTE SOCIÉTAL	PAGE
1.1	Cadre juridique et politique	
1.1.4	Existence de domaines d'intervention relatifs à l'égalité de genre dans le contexte du VIH dans un ou plusieurs plans de développement général à l'échelle du pays	19
1.1.5	Proportion de sièges occupés par les femmes dans les parlements nationaux	19
1.2	Stigmatisation et discrimination	
1.2.5	Proportion de travailleurs qui rapportent leur crainte de perdre leur emploi ou des opportunités professionnelles s'ils avaient recours aux services de conseil et de dépistage volontaire (CDV)	25
1.2.6	Nombre de membres du personnel formés sur l'objet et l'application des politiques antidiscriminatoires en matière d'orientation sexuelle, d'identité de genre et de statut VIH	25
1.3	Violence basée sur le genre	
1.3.6	Proportion de femmes avec qui l'on a abordé le thème de la violence physique et sexuelle au cours d'une consultation dans un service de santé	29
1.3.7	Proportion des services sociaux qui proposent des services relatifs à la VBG et qui sont suffisamment proches pour être accessibles	30
1.3.8	Pourcentage d'écoles qui disposent de procédures d'intervention contre les cas d'abus sexuels rapportés	30
1.3.9	Pourcentage d'écoles qui forment leur personnel sur la question de la VFF/F sexuelle et physique	31
1.3.10	Proportion des services de santé qui disposent des équipements nécessaires pour la prise en charge clinique de la VFF/F	31
1.3.11	Proportion des services chargés de faire respecter la loi suivant un protocole national établi pour traiter les plaintes relatives à la VFF/F	32
1.4	Normes de genre	
1.4.5	Indicateurs de l'autonomie des femmes	36
1.4.6	Proportion des personnes qui connaissent certains des droits légaux des femmes	37
1.4.7	Nombre d'adultes et d'enfants abordés par un individu, un petit groupe, une intervention ou un service communautaire traitant explicitement de la protection et des droits légaux des femmes et des filles affectées par le VIH/sida	38
1.5	Autonomie financière et alphabétisation	
1.5.4	Pourcentage de femmes rémunérées	40

1.5.5	Pourcentage de personnes âgées de 15 à 24 ans sachant lire et écrire et pouvant comprendre un texte simple et bref sur la vie quotidienne	40
-------	---	--------------------

1.6 Urgences à caractère humanitaire

1.6.3	Pourcentage de manuels militaires, de cadres politiques relatifs à la sécurité nationale, de codes de conduite et de procédures standards d'opérations/protocoles des forces de sécurité nationale qui comprennent des mesures visant à protéger les droits humains des femmes et des filles, et qui sont disponibles dans la zone d'urgence	43
-------	--	--------------------

2 PROGRAMMES D'INTERVENTION **PAGE**

2.2 Soutien psychologique et dépistage

2.2.4	Pourcentage d'individus âgés de 15 ans ou plus ayant effectué un test de dépistage du VIH et bénéficié d'un service de soutien psychologique, et qui ont eu connaissance des résultats de leur test en présence de leur(s) partenaire(s) au cours des 12 mois précédents	51
-------	--	--------------------

2.3 Intégration et liens entre les services

2.3.3	Nombre de femmes et d'hommes séropositifs au VIH ayant des partenaires féminins à qui l'on a remis sur site des moyens de contraception modernes	55
-------	--	--------------------

2.4 Implication des hommes

2.4.3	Disponibilité d'informations accessibles, pertinentes et fiables sur la santé sexuelle et reproductive (SSR) adaptées pour des hommes jeunes	58
-------	--	--------------------

3 POPULATIONS NÉCESSITANT UNE ATTENTION PARTICULIÈRE **PAGE**

3.1 Personnes vivant avec le VIH

3.1.2	Proportion de personnes âgées de 15 ans ou plus et vivant avec le VIH qui ont bénéficié sur place de services de conseil et de soutien psychologique sur la réduction de leur consommation d'alcool	60
3.1.3	Pourcentage des PVVIH qui ont entendu parler de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida	62
3.1.4	Pourcentage de PVVIH qui connaissent leurs droits et qui savent comment les protéger	63

4 COMPORTEMENT ET CONNAISSANCES **PAGE**

4.1 Comportement sexuel

4.1.4	Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel entre personnes pas mariées	75
-------	---	--------------------

4.2 Connaissances en matière de VIH/sida

4.2.3	Informations communiquées à l'école sur les aptitudes utiles dans la vie quotidienne à l'intention des jeunes	77
-------	---	--------------------

5 PRÉVALENCE ET SANTÉ REPRODUCTIVE **PAGE**

5.2 Santé reproductive et sexuelle

5.2.4	Prévalence des contraceptifs chez les femmes séropositives au VIH	81
-------	---	--------------------

1.1 Cadre juridique et politique

Pour assurer un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien, les ripostes au VIH et au sida doivent reposer sur des politiques qui prennent en compte les questions de genre. La discrimination de genre, la violence basée sur le genre, l'homophobie et les informations erronées stimulent fortement la propagation de l'épidémie de VIH. Les personnes dont l'orientation sexuelle est différente et les individus qui ont dévié des normes de genre généralement acceptées ont été victimes de discrimination sous la forme d'exécutions, d'exécutions extrajudiciaires, de torture, de viol, de détention arbitraire, de procès déloyaux, et, dans le cas des femmes, de stérilisation ou de grossesse forcées, et de mariage forcé ou précoce. Ces violations de droits humains se produisent à travers les agissements des représentants et des autorités d'État, ou d'acteurs n'appartenant pas à l'État mais bénéficiant de la complicité explicite ou implicite de l'État et de son impunité. Par ailleurs, les femmes sont souvent affectées négativement en raison de la discrimination afférente aux droits de succession ou aux coutumes leur refusant l'accès et le droit à la terre et à la propriété. Un grand nombre de femmes qui ne jouissent pas de droits à la terre ou à la propriété se retrouvent dans une situation d'insécurité financière et sont exposées à la pauvreté. Une telle situation peut à son tour les rendre vulnérables à la violence et au VIH, étant donné qu'elles dépendent de leur époux ou des hommes de leur famille pour survivre¹³.

Les indicateurs d'égalité de genre permettent d'évaluer, à l'échelle nationale, si les politiques et les programmes reflètent les inégalités structurelles (telles que l'engagement politique, les cadres juridiques et la législation nationale). Ils peuvent mesurer les manifestations des inégalités de genre (taux de rétention des filles scolarisées plus bas que celui des garçons, prévalence de la violence à l'égard des femmes), ou renvoyer à l'impact du manque de services de base proposés par le gouvernement sur les femmes et les hommes. Bien que les politiques et les lois relatives à la question de genre ne permettent pas de résoudre ces questions, elles constituent la base à partir de laquelle des solutions peuvent être envisagées. Les indicateurs présentés dans cette section couvrent divers objectifs politiques en matière de genre et de VIH. Le suivi de ces questions contribue à l'élaboration, à la révision et à la mise à jour périodique des cadres d'action nationaux pour le VIH (c.-à-d. les plans et les visions stratégiques).

NIVEAU 1

1.1.1 Existence d'une stratégie multisectorielle dans la riposte au VIH qui comprend un budget spécifiquement alloué aux femmes atteintes du VIH

Définition : Dans un pays qui a développé une stratégie multisectorielle dans le cadre de sa riposte au VIH, un budget spécifique pour le secteur des femmes a été prévu.

Oui : le pays a mis en place une stratégie multisectorielle dans le cadre de sa riposte au VIH, et y a inclus un budget spécifique consacré aux activités du secteur des femmes.

Non : le pays a mis en place une stratégie multisectorielle dans le cadre de sa riposte au VIH, mais celle-ci ne comprend pas de budget spécifique consacré aux activités du secteur des femmes.

¹³ Swaminathan, H., M. Rugadya et C. Walker. *Women's property rights, HIV and AIDS and domestic violence: Research findings from two districts in South Africa and Uganda*. Afrique du Sud : HSRC Press, 2008.

Fiche de référence complète (p. 84) : Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2012, inclus dans l'instrument des engagements nationaux et des moyens d'action (NCPI) http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/JC2215_Global_AIDS_Response_Progress_Reporting_fr.pdf

1.1.2 Lois, règlements ou politiques existants qui empêchent la prévention, le traitement, les soins et le soutien efficaces liés au VIH chez les populations clés et les groupes vulnérables

Définition : Le pays a mis en place des lois, des règlements ou des politiques qui empêchent la prévention, le traitement, les soins et le soutien efficaces liés au VIH chez les populations clés et les groupes vulnérables.

Oui : le pays a mis en place au moins une loi, un règlement ou une politique qui empêche la prévention, le traitement, les soins et le soutien efficaces liés au VIH, chez les populations clés et les groupes vulnérables.

Non : le pays ne possède pas de législation, de règlement ni de politique qui empêchent la prévention, le traitement, les soins et le soutien efficaces liés au VIH, chez les populations clés et les groupes vulnérables.

Fiche de référence complète (p. 84) : Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2012, inclus dans l'instrument des engagements nationaux et des moyens d'action (NCPI) : http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/JC2215_Global_AIDS_Response_Progress_Reporting_fr.pdf

NIVEAU 2

1.1.3 Proportion des services chargés de faire respecter la loi qui suivent un protocole national établi pour traiter les plaintes relatives à la VFF/F

Définition : La proportion de services chargés de faire respecter la loi qui suivent un protocole national établi pour traiter les plaintes relatives à la VFF/F.

Numérateur : Le nombre de services chargés de faire respecter la loi présents dans une région ou un pays qui suivent un protocole national établi pour traiter les plaintes relatives à la VFF/F. S'il n'existe aucun protocole national pour gérer les cas de VFF/F, cet indicateur ne peut pas être mesuré. Le protocole devra couvrir les domaines suivants :

- la manière et le lieu où les victimes de la VFF/F devraient être interrogées
- la marche à suivre pour assurer la confidentialité des réponses
- le type d'enquête et de suivi qui devraient avoir lieu suite à un rapport
- la manière dont les femmes et les filles sont protégées après le dépôt d'une plainte.

Dénominateur : Le nombre total de services chargés de faire respecter la loi interrogés.

Ventilation : région, province.

Fiche de référence complète : Compendium sur la VFF/F, indicateur 5.3.1 (p. 114)
<http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

NIVEAU 3

1.1.4 Existence de domaines d'intervention relatifs à l'égalité de genre dans le contexte du VIH dans un ou plusieurs plans de développement général à l'échelle du pays

Définition : Le pays a intégré la question du VIH dans un plan général de développement et, plus particulièrement, la réduction de l'inégalité de genre liée au VIH et l'autonomisation économique des femmes.

Oui : Les domaines suivants spécifiques au VIH sont compris dans un ou plusieurs plans de développement nationaux :

- la réduction des inégalités de genre dans le cadre de la prévention/du traitement, des soins et/ou du soutien relatifs au VIH.
- l'autonomisation économique des femmes (p. ex. l'accès au crédit, l'accès à la terre, la formation).

Non : Ces éléments relatifs aux sexes spécifiques et au VIH ne figurent pas dans le plan de développement général.

Fiche de référence complète (p. 84) : Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2012, inclus dans l'instrument des engagements nationaux et des moyens d'action (NCPI) : http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/JC2215_Global_AIDS_Response_Progress_Reporting_fr.pdf

1.1.5 Proportion de sièges occupés par les femmes dans les parlements nationaux

Définition : Le nombre de sièges occupés par les femmes au parlement national sur l'ensemble des sièges occupés.

Numérateur : Nombre de sièges occupés par des femmes au parlement national d'un pays donné.

Dénominateur : Nombre de sièges occupés au parlement national d'un pays donné

Fiche de référence complète : OMD n°12 ; « Women, girls, gender equality and HIV », A scorecard for the Eastern & Southern African region, version de juin 2011, ONUSIDA (p. 29) : <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Attach/Indicators/HandbookFrench.pdf>

1.2 Stigmatisation et discrimination

Depuis des décennies, la non-discrimination et l'égalité des chances figurent parmi les principes clés de la communauté internationale. Documentés dans de nombreux instruments internationaux, comme notamment dans les conventions des Nations Unies, ces concepts sont ancrés dans les principes universels des droits humains, des libertés fondamentales et de l'égalité. Depuis le début des années 1990, on souligne l'importance particulière de ces principes dans le contexte de l'épidémie de VIH et de sa riposte¹⁴. Dans les pays ou régions où la stigmatisation liée au VIH ou au sida est élevée, en raison de la façon dont le VIH est transmis ou parce que certains groupes sont particulièrement touchés dans des cadres spécifiques, la riposte à l'épidémie s'avère moins efficace que dans les endroits où des progrès ont été réalisés en matière de stigmatisation.

Les femmes vivant avec le VIH peuvent avoir à faire face à une stigmatisation et une discrimination doubles parce qu'elles sont des femmes mais aussi en raison de leur condition. Elles peuvent être tenues pour responsables de la maladie et/ou du décès de leur partenaire ou de leurs enfants, et avoir difficilement accès aux soins de santé. Dans certains contextes sociétaux, il est courant de voir la famille du partenaire accuser la femme d'avoir introduit le VIH dans le ménage. Les femmes sont réticentes à faire un test de dépistage du VIH ou d'en connaître les résultats par peur ou en raison de la violence domestique, des abus ou de l'abandon dont elles peuvent être victimes. Dans certains cas, les femmes vivant avec le VIH sont jugées négativement pour leur choix en matière de santé reproductive et sexuelle. Il leur est recommandé d'éviter la grossesse et elles sont parfois victimes de stérilisation ou d'interruption de grossesse forcées.

Diverses interventions nécessitant un processus de suivi dans un contexte de ce type visent à éliminer toutes les formes de stigmatisation et de discrimination fondées sur le statut VIH, le genre, l'orientation ou les pratiques sexuelles, dans les communautés, les établissements de santé et sur les lieux de travail. Les indicateurs présentés dans cette section renvoient à la question du genre dans le contexte de la stigmatisation liée au VIH¹⁵.

NIVEAU 2

1.2.1 Proportion des PVVIH qui ont récemment été victimes de stigmatisation et de discrimination en raison de leur statut VIH

Définition : La proportion des PVVIH qui, en raison de leur statut VIH, ont été victimes de répercussions négatives au cours des 12 mois précédents.

Numérateur : Nombre de PVVIH dans une zone ou région donnée qui ont été victimes de stigmatisation et de discrimination au cours des 12 mois précédents pour des raisons relatives à leur statut VIH. Les personnes qui répondent de manière affirmative à l'un des énoncés proposés sont placées dans le numérateur.

¹⁴ Mann, JM. AIDS and human rights: Where do we go from here? *Health and Human rights journal*, 1998 ; 3(1):143–9.

¹⁵ Des efforts constants sont réalisés pour élaborer de meilleurs indicateurs de stigmatisation pour la population générale et pour le secteur des soins de santé, ce qui permet également de mesurer les questions de genre dans le cadre de la stigmatisation. À l'exception des indicateurs d'indice de la stigmatisation, les autres indicateurs de la section 1.2 changeront vraisemblablement.

Questions : Avez-vous fait l'expérience d'une des situations suivantes :

- vous avez été verbalement insulté(e), menacé(e)
- l'accès aux services de santé vous a été refusé
- vous avez été forcé(e) de déménager
- l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive vous a été refusé
- on vous a menacé(e) de vous prendre vos enfants
- l'accès aux contraceptifs et/ou aux préservatifs vous a été refusé
- vous avez reçu des messages négatifs, vous avez été harcelé(e) ou victime d'actions négatives de la part d'un service chargé de faire respecter la loi/service juridique
- vous avez été forcé(e) de vous soumettre à une procédure de santé ou médicale (dont un test de dépistage du VIH)
- vous avez divorcé ou avez été abandonné(e) par votre partenaire.

Dénominateur : Le nombre de PVVIH interrogées.

Ventilation : âge, sexe, population clé/groupe vulnérable, éléments spécifiques de la stigmatisation.

Ce que l'indicateur mesure : Il mesure la stigmatisation vécue ou perçue par les PVVIH liée à leur statut VIH.

Outil de mesure : Enquête sur l'indice de la stigmatisation liée au VIH.

Méthode de mesure : Il est demandé aux hommes et aux femmes interrogés de répondre à une question leur demandant s'ils ont été victimes d'une manifestation particulière d'un élément de stigmatisation et de discrimination. S'ils répondent « oui » à l'un des énoncés proposés, ils sont placés dans le numérateur. Le numérateur est ensuite divisé par le dénominateur.

Remarques : Certains énoncés sont plus pertinents dans certains contextes que dans d'autres. Les personnes interrogées répondent en fonction de leurs propres perceptions, mais, qu'elles soient réelles ou perçues, la stigmatisation et la peur de la stigmatisation entraînent une perte d'autonomie considérable, et ce, de manière disproportionnée chez les femmes.

Source : Indice de la stigmatisation liée au VIH : <http://www.stigmaindex.org/country-analysis>

1.2.2 Pourcentage des lieux de travail qui possèdent des politiques antidiscriminatoires en matière de statut VIH, d'égalité de genre et d'orientation sexuelle

Définition : La proportion des lieux de travail qui ont élaboré par écrit des politiques en matière de statut VIH, d'égalité de genre et d'orientation sexuelle, définissant pour les employés un ensemble de droits et d'obligations en matière de VIH/sida exploitables sur le lieu de travail. Cet indicateur mesure le respect des principes de cette politique de lutte contre le VIH/sida.

Numérateur : Le nombre de lieux de travail qui ont élaboré par écrit une politique de lutte contre le VIH. Les éléments doivent inclure une déclaration antidiscriminatoire et doivent aborder d'autres questions dont l'égalité de genre et l'orientation sexuelle.

Dénominateur : Le nombre de lieux de travail interrogés.

Fiche de référence complète : « Indicators to monitor the implementation and impact of HIV/AIDS workplace policies and programs in the UN system ». OIT, 2004 n°1.1 (p. 5) : http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/publication/wcms_117826.pdf

1.2.3 Proportion de clients qui ont pu confier librement leurs pratiques sexuelles au personnel d'un service de santé

Définition : La proportion de clients d'un service de santé qui déclarent avoir pu parler librement à des professionnels de la santé de leurs pratiques sexuelles, comme leur vie sexuelle, leur risque d'infection au VIH et leur statut VIH.

Numérateur : Le nombre de clients d'un service de santé qui répondent « oui » à l'un des sujets en rapport avec la discussion qu'ils ont eue avec le professionnel de santé qu'ils ont vu ce jour-là.

Questions : Lors de votre consultation auprès du professionnel de santé X, vous êtes-vous senti(e) libre de parler de votre vie sexuelle ?... de votre statut VIH et/ou de vos risques d'infection au VIH ?

Dénominateur : Le nombre total de clients qui ont participé à l'enquête remise après la consultation.

Ventilation : sexe, âge.

Fiche de référence complète : Indicateur 5 relatif aux services (p.11), <https://www.ipfwhr.org>

NIVEAU 3

Attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH

1.2.4

Ce que l'indicateur mesure : cet indicateur mesure les progrès réalisés dans la réduction des attitudes discriminatoires et du soutien des politiques à caractère discriminatoire.

Fondement : La discrimination correspond à la violation des droits humains et est interdite par le droit international des droits humains et la plupart des constitutions nationales. Dans le contexte du VIH, la discrimination renvoie au traitement injuste (par un acte ou une omission) d'un individu fondé sur son statut VIH réel ou perçu. La discrimination accentue les risques d'infection et prive les individus de leurs droits, alimentant ainsi l'épidémie de VIH.

Cet indicateur ne constitue pas une mesure directe de la discrimination mais plutôt une mesure des attitudes discriminatoires qui peuvent résulter d'actions discriminatoires (ou d'omissions). Un élément de cet indicateur mesure le soutien potentiel exprimé par les personnes ayant répondu en faveur de la discrimination qui se manifeste au sein d'une institution alors que l'autre mesure la distanciation sociale ou les expressions comportementales de préjugés. L'indicateur composite peut être suivi en tant que mesure d'une manifestation clé de la stigmatisation liée au VIH et de la discrimination potentielle relative au VIH au sein de la population générale. Cet indicateur peut éventuellement permettre de comprendre de manière plus approfondie et d'améliorer les interventions dans le domaine de la discrimination liée au VIH en : (1) montrant une évolution sur

la durée du pourcentage de personnes adoptant des attitudes discriminatoires, (2) permettant de comparer les administrations nationales, provinciales, d'état et plus locales, et (3) indiquant les domaines prioritaires d'intervention.

Numérateur : Le nombre de personnes (âgées de 15 à 49 ans) ayant répondu « Non » ou « Cela dépend » à l'une des deux questions.

Dénominateur : Le nombre total de personnes (âgées de 15 à 49 ans) qui ont entendu parler du VIH.

Calcul : Numérateur/dénominateur.

Méthode de mesure : Enquêtes réalisées auprès de la population (enquête démographique et de santé, enquête sur les indicateurs du sida, enquête en grappes à indicateurs multiples et autres enquêtes représentatives). Cet indicateur est établi à partir des réponses obtenues à l'ensemble des questions suivantes, dans une enquête réalisée auprès de la population générale et dont les personnes interrogées ont déjà entendu parler du VIH :

- Achèteriez-vous des légumes frais auprès d'un commerçant ou d'un marchand si vous saviez que cette personne est atteinte du VIH ? [Oui ; Non ; Cela dépend ; Je ne sais pas/Je ne suis pas sûr(e)] 1
- Pensez-vous que les enfants vivant avec le VIH devraient pouvoir aller à l'école avec des enfants qui ne sont pas infectés par le VIH ? [Oui ; Non ; Cela dépend ; Je ne sais pas/Je ne suis pas sûr(e)]

Fréquence de mesure : Tous les 3 à 5 ans.

Ventilation : Des réponses à chaque question individuelle (basées sur le même dénominateur) sont requises, ainsi que des réponses consolidées pour l'indicateur composite.

Explication du numérateur : Il faudra exclure du numérateur et du dénominateur les personnes qui n'ont jamais entendu parler du VIH ou du sida. Les participants qui répondent « Je ne sais pas/Je ne suis pas sûr(e) » et ceux qui refusent de répondre devront aussi être exclus des analyses. Il est important d'évaluer la proportion des participants à l'enquête éligibles qui répondent « Je ne sais pas/Je ne suis pas sûr(e) » ou qui refusent de répondre aux questions. Une proportion élevée de réponses du type « Je ne sais pas/Je ne suis pas sûr(e) » et de refus amoindrir la précision des résultats. Elle pourra en outre indiquer l'existence de problèmes liés à l'applicabilité de la question dans le cadre de l'enquête.

Atouts et faiblesses : Cet indicateur mesure directement les attitudes discriminatoires et le soutien en faveur des politiques à caractère discriminatoire. La question sur l'achat des légumes est pratiquement identique à la question utilisée dans les enquêtes DHS pour le suivi « des attitudes d'acceptation » à l'égard des personnes vivant avec le VIH, et permet ainsi un suivi continu des tendances. Ces mesures apportent des améliorations aux mesures de l'indicateur des « attitudes d'acceptation » réalisées auparavant, en raison de leur applicabilité aux contextes où la prévalence du VIH est élevée ou basse, et aux pays à revenus élevés ou faibles. Elles sont également pertinentes à travers un large éventail de cultures. Les mesures individuelles et l'indicateur composite ne dépendent pas de l'observation d'actes manifestes de discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH dont la personne interrogée aurait pu être témoin. De tels actes sont, dans de nombreux contextes, rares et difficiles à définir comme à quantifier. Les mesures individuelles et l'indicateur composite évaluent plutôt les attitudes des individus qui peuvent influencer plus directement le comportement. Les questions recommandées évaluent le degré d'approbation

exprimé par les personnes interrogées par rapport à des situations hypothétiques et ne mesurent pas des situations de discrimination dont les personnes interrogées ont pu être les témoins. Un biais au niveau de la désirabilité sociale des enquêtes pourrait donc se produire et entraîner une sous-déclaration en matière d'attitudes discriminatoires. Il n'existe pas de mécanisme mesurant à quelle fréquence la discrimination se manifeste ou la sévérité des formes de discrimination. Outre la réalisation d'enquêtes mesurant la prévalence des attitudes discriminatoires dans une communauté donnée, il faudrait idéalement collecter des données quantitatives (dans la mesure du possible) afin de renseigner l'origine de la discrimination. Il est également recommandé de collecter des données régulièrement auprès des personnes vivant avec le VIH sur leurs expériences réelles de stigmatisation et de discrimination, par l'intermédiaire de l'indice de la stigmatisation des PVVIH (www.stigmaindex.org), et de comparer les résultats avec les données recueillies à partir de l'indicateur des attitudes discriminatoires.

Informations supplémentaires : Pour de plus amples informations au sujet de la stigmatisation et de la discrimination, et des efforts réalisés pour en mesurer la prévalence, veuillez consulter :

- Thematic Segment on Non-Discrimination, 31^{ème} réunion du Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA. Background Note. (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2012/20121111_PCB%2031_Non%20Discrimination_final_newcoverpage_en.pdf)
- Stangl, A., L. Brady, K. Fritz. *Technical Brief: Measuring HIV Stigma and Discrimination*. Washington D.C. et Londres : International Center for Research on Women et London School of Tropical Medicine; STRIVE, 2012 (http://strive.lshtm.ac.uk/system/files/attachments/STRIVE_stigma%20brief-A4.pdf).
- Stangl, A., J. Lloyd, L. Brady et al. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *Journal of the International AIDS Society*. 2013, Supplément, vol. 16. (<http://www.jiasociety.org/index.php/jias/issue/view/1464>).
- <http://www.stigmaactionnetwork.org>

Pour plus d'informations sur la méthodologie et les instruments d'enquête DHS/EIS, veuillez consulter le lien suivant : <http://www.measuredhs.com>

Remarque spécifique aux rapports de 2014 :

Comme il s'agit d'un nouvel indicateur, il est possible que de nombreux pays ne soient pas en mesure de rapporter des données sur cet indicateur pour les séries de rapports 2014. Il est demandé aux pays de rapporter à la place les données recueillies pour la version antérieure de la question 1 « Achèteriez-vous des légumes frais auprès d'un commerçant ou d'un marchand si vous saviez que cette personne est atteinte du VIH ? ». Les données relatives à cette question ont été régulièrement collectées au cours des enquêtes DHS menées dans de nombreux pays. • Pour les séries de rapports à venir, il est demandé aux pays de rapporter les données de l'indicateur complet.

1.2.5 Proportion de travailleurs qui rapportent leur crainte de perdre leur emploi ou des opportunités professionnelles s'ils avaient recours aux services de conseil et de dépistage volontaire (CDV)

Définition : La proportion de travailleurs qui rapportent leur crainte de perdre leur emploi ou des opportunités professionnelles s'ils avaient recours aux services de conseil et de dépistage volontaire (CDV), s'ils requéraient des informations à leur sujet ou si leur séropositivité au VIH était connue.

Numérateur : Le nombre de travailleurs qui rapportent leur crainte de perdre leur emploi ou des opportunités professionnelles s'ils avaient recours aux services de conseil et de dépistage volontaire (CDV), s'ils requéraient des informations à leur sujet ou si leur séropositivité au VIH était connue (ventilé par sexe).

Dénominateur : Le nombre de travailleurs figurant dans l'échantillon.

Ventilation : âge, sexe.

Fiche de référence complète : « Indicators to monitor the implementation and impact of HIV/AIDS workplace policies and programs in the UN system ». OIT, 2004, (p. 8) : http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/publication/wcms_117826.pdf

1.2.6 Nombre de membres du personnel formés sur l'objet et l'application des politiques antidiscriminatoires en matière d'orientation sexuelle, d'identité de genre ou de statut VIH.

Définition : Le nombre de membres du personnel d'une organisation qui ont été formés sur ses politiques antidiscriminatoires existantes relatives à l'un des thèmes ou à l'ensemble des thèmes suivants : orientation sexuelle, identité de genre et statut VIH.

Compte : Le nombre de membres du personnel d'une organisation qui ont été formés sur ses politiques antidiscriminatoires relatives à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre et au statut VIH.

Ventilation : Type de personnel, sexe.

Fiche de référence complète : Indicateurs de diversité sexuelle de l'IPPF : Indicateur 3 relatif aux politiques internes (p. 3) <https://www.ippfwhr.org/en/publications/sexual-diversity-tool-kit>

1.3 La violence fondée sur le genre

À l'échelle internationale, mais surtout en Afrique subsaharienne, l'observation de taux élevés d'infection au VIH chez les femmes a mis en évidence le problème de la violence à l'égard des femmes. La violence au sein du couple (IPV) est ancrée dans l'inégalité de genre. Pendant plus de dix ans, des recherches menées à travers le monde ont documenté les évidences reliant la violence basée sur le genre (VBG) au VIH. D'innombrables études ont démontré l'existence d'un lien entre la VBG et le VIH, qui constitue à la fois un facteur de risque d'infection ainsi qu'une conséquence de l'infection¹⁶. Cette relation s'opère par l'intermédiaire d'une variété de mécanismes directs et indirects¹⁷. Les mesures présentées dans cette section sur les différents aspects de la VBG sont essentielles pour la résolution de la question de l'égalité de genre dans le contexte du VIH.

NIVEAU 1

1.3.1 Prévalence de cas récents de violence au sein du couple (IPV)

Définition : La proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans, déjà mariées ou en couple, qui ont été victimes, au cours des 12 mois précédents, de violence physique ou sexuelle perpétrée par leur partenaire intime masculin. Le partenaire intime correspond au partenaire avec lequel la personne interrogée cohabite, qu'ils soient mariés ou non. La violence peut avoir été infligée après la séparation du couple.

Numérateur : Les femmes âgées de 15 à 49 ans qui vivaient avec un partenaire intime au moment de l'enquête ou qui en ont déjà eu un, et qui rapportent avoir été victimes de violence physique ou sexuelle infligée par au moins un de leur(s) partenaire(s) au cours des 12 mois précédents (selon la liste de vérification présentée ci-dessous). La femme est incluse dans le numérateur si elle rapporte qu'au cours des 12 mois précédents son ancien partenaire intime ou son partenaire actuel :

- l'a giflée ou lui a jeté quelque chose qui pourrait la blesser ;
- l'a poussée ou bousculée ;
- lui a donné un coup de poing ou l'a frappée avec quelque chose qui pourrait lui faire mal ;
- lui a donné un coup de pied, l'a traînée au sol ou l'a battue ;
- l'a étranglée ou brûlée ;
- l'a menacée avec – ou a effectivement utilisé – une arme à feu, un couteau ou un autre type d'arme à son encontre ;
- l'a physiquement forcée à avoir des rapports sexuels non consentis ;
- l'a forcée à faire quelque chose qu'elle trouvait dégradant ou humiliant ;
- lui a fait craindre ce qu'il ferait si elle refusait d'avoir de rapports sexuels avec lui.

¹⁶ Dunkle, K.L., S. Head, C. Garcia Moreno. *Current intervention strategies at the intersection of gender-based violence and HIV: A systematic review of the peer-reviewed literature describing evaluations of interventions addressing the interface between gender, violence and HIV*. Genève, OMS, 2009 (sous presse), et Programme de santé internationale et des droits humains de l'école de Harvard pour la santé publique, 2009. Version finale du projet de rapport sur la violence basée sur le genre et le VIH.

¹⁷ Maman, S., J. Campbell, M.D. Sweat, A.C. Gielen. « The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions ». *Social Science & Medicine*, 2000, n° 50, p. 459-478.

Dénominateur : Le nombre total de femmes interrogées âgées de 15 à 49 ans qui ont un partenaire intime ou qui en ont eu un auparavant.

Ventilation : âge (15 à 19 ans, 20 à 24 ans, 25 à 49 ans), statut VIH (si disponible).

Fiche de référence complète : Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2013, Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique de l'ONU sur le VIH/sida de 2011. http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_fr.pdf

1.3.2 Prévalence de cas de violence au sein du couple (IPV) en au moins une occasion

Définition : La proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans, déjà mariées ou en couple, qui ont été victimes de violence physique ou sexuelle perpétrée par leur partenaire intime masculin au moins une fois. Le partenaire intime correspond au partenaire avec lequel la personne interrogée cohabite, qu'ils soient mariés ou non. La violence peut avoir été infligée après la séparation du couple.

Numérateur : Les femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont un partenaire intime au moment de l'enquête ou qui en ont déjà eu un, et qui rapportent avoir déjà été victimes de violence physique ou sexuelle infligée par au moins l'un de leur(s) partenaire(s) (selon la liste de vérification présentée ci-dessous). La femme est incluse dans le numérateur si elle rapporte que son ancien partenaire intime ou son partenaire actuel :

- l'a déjà giflée ou lui a jeté quelque chose qui pourrait la blesser ;
- l'a déjà poussée ou bousculée ;
- lui a déjà donné un coup de poing ou l'a déjà frappée avec quelque chose qui pourrait lui faire mal ;
- lui a déjà donné un coup de pied, l'a déjà traînée au sol ou battue ;
- l'a déjà étranglée ou brûlée ;
- l'a déjà menacée avec — ou a réellement utilisé — une arme à feu, un couteau ou un autre type d'arme à son encontre ;
- l'a déjà physiquement forcée à avoir des rapports sexuels non consentis ;
- l'a déjà forcée à faire quelque chose qu'elle trouvait dégradant ou humiliant ;
- lui a fait craindre ce qu'il ferait si elle refusait d'avoir de rapports sexuels avec lui.

Dénominateur : Le nombre total de femmes interrogées âgées de 15 à 49 ans qui ont un partenaire intime ou qui en ont eu un auparavant.

Ventilation : âge, statut VIH (si disponible).

Fiche de référence complète : Compendium sur la VFF/F, combinaison des indicateurs 4.2.1 (p. 43) et 4.2.4 (p. 49) : <http://www.measurevaluation.org/publications/ms-08-30>

NIVEAU 2

1.3.3 Pourcentage de femmes violées admissibles qui se présentent dans un établissement de santé dans les 72 heures suivant une agression et qui reçoivent les soins médicaux adéquats.

Définition : La proportion de victimes de violence sexuelle qui se présentent dans un établissement de santé dans les 72 heures suivant l'agression et qui reçoivent les soins médicaux adéquats, pendant une période de temps définie.

Numérateur : Le nombre de personnes violées qui se présentent pour recevoir des soins dans un établissement de santé dans les 72 heures suivant l'agression et qui reçoivent les soins médicaux adéquats, pendant une période de temps définie (p. ex. les 12 mois suivants). Les soins médicaux adéquats proposés aux victimes de viol qui se présentent dans les 72 heures suivant l'agression comprennent : une prophylaxie post-exposition au VIH (PPE), l'administration d'un contraceptif d'urgence, un test de dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles, des services psychosociaux, des renseignements sur l'accès à l'avortement légal. D'autres éléments, comme la présence d'une professionnelle de la santé pour mener tout examen médical nécessaire, sont indiqués de manière détaillée dans le manuel interagences du HCR (UNHCR interagency field manual) relatif aux interventions sur le terrain.

Dénominateur : Le nombre de victimes de viol qui ont rapporté une agression dans les 72 heures, pendant la même période de temps définie.

Ventilation : Âge (moins de 15 ans, 15 à 20 ans, plus de 20 ans), lieu géographique.

Fiche de référence complète : Compendium sur la VFF/F, indicateur 6.1.7 (p. 162) <http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>; HCR. 1999. *Reproductive health in refugee settings: an inter-agency field manual*. Genève : HCR, OMS, FNUAP.

1.3.4 Nombre de professionnels spécialisés dans le traitement du VIH qui sont formés pour identifier, orienter et traiter les personnes victimes de VFF/F

Définition : Le nombre de professionnels spécialisés dans le traitement du VIH qui ont reçu une formation en matière de VFF/F pendant une période de temps donnée (p. ex. au cours des 12 mois précédents).

Compte : Le nombre de professionnels spécialisés dans le traitement du VIH formés au cours des 12 mois précédents ou d'une autre période (la durée dépendra de la fréquence des séances de formation proposées par le programme).

Ventilation : Le type de professionnels, la région ou la province, la zone dans laquelle ils travaillent (urbaine ou rurale).

Fiche de référence complète : Compendium sur la VFF/F, indicateur 5.1.5 (modifié pour prendre en compte les professionnels spécialisés dans le traitement du VIH plutôt que les professionnels de la santé de profil général) : <http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

1.3.5 Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui rapportent avoir été victimes de violence sexuelle avant l'âge de 15 ans

Définition : La proportion de femmes interrogées qui rapportent avoir été victimes de violence sexuelle à 14 ans ou avant l'âge de 14 ans perpétrée par une personne autre qu'un partenaire intime, telle qu'un membre de la famille, un ami, une connaissance ou un étranger. Cet indicateur prend en compte les abus sexuels infligés aux enfants ainsi que la violence sexuelle perpétrée par une personne étrangère.

Numérateur : Les femmes âgées de 15 à 49 ans qui rapportent avoir été victimes de violence sexuelle à 14 ans ou avant l'âge de 14 ans (selon la liste de vérification ci-dessous). La femme est incluse dans le numérateur si elle rapporte qu'avant l'âge de 15 ans, quelqu'un :

- l'a physiquement forcée à avoir des rapports sexuels non consentis ;
- l'a forcée à faire quelque chose qu'elle trouvait dégradant ou humiliant, ou
- lui a fait craindre ce qu'il ferait si elle refusait d'avoir des rapports sexuels.

Dénominateur : Le nombre total de femmes interrogées et âgées de 15 à 49 ans.

Ventilation : âge, statut VIH (si disponible).

Fiche de référence complète : Compendium sur la VFF/F, indicateur 4.3.5 (p. 61) : <http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

NIVEAU 3

1.3.6 Proportion de femmes avec qui l'on a abordé le thème de la violence physique et sexuelle au cours d'une visite dans un service de santé

Définition : Dans les services de santé où le dépistage de la VFF/F est disponible, la proportion de femmes qui se sont présentées aux consultations externes pour une raison quelconque, avec qui l'on a abordé le thème de la violence physique ou sexuelle, pendant une période de temps définie (p. ex. au cours des 12 mois précédents).

Numérateur : Le nombre de femmes à qui l'on a demandé, lors d'une consultation au service de santé, si elles avaient déjà été victimes de violence, physique ou sexuelle, dans la zone géographique de l'enquête (tout le pays, province, État, communauté). Si cet indicateur est mesuré à l'aide d'un examen du dossier médical, il est recommandé d'inclure dans le numérateur les dossiers de toutes les femmes interrogées indiquant un dépistage par un professionnel. S'il est mesuré par une enquête basée sur les questionnaires remis aux femmes à la sortie du service de santé, il sera demandé à toutes les femmes si un professionnel de santé leur a demandé si elles avaient été victimes de violence sexuelle ou physique. Toutes les femmes qui répondent « oui » seraient incluses dans le numérateur.

Dénominateur : Si l'indicateur est mesuré par le biais de l'examen du dossier médical, il s'agit de tous les dossiers des femmes qui ont été examinés au service de santé. Si l'indicateur est mesuré par l'intermédiaire d'un entretien de sortie, il s'agit alors du nombre total de femmes interrogées.

Ventilation : Le type de service de santé, la zone géographique (région, province, communauté urbaine ou autre).

Fiche de référence complète : Compendium sur la VFF/F, indicateur 5.1.7 (p. 97)

<http://www.measurevaluation.org/publications/ms-08-30>

1.3.7 Proportion des services sociaux qui proposent des services relatifs à la VBG et qui sont suffisamment rapprochés pour être facilement accessibles

Définition : Le nombre et le type d'organisations au sein d'une communauté qui proposent des services de protection sociale en matière de prévention et de riposte à la VBG, à un moment donné. Les services de protection sociale proposent les éléments suivants (liste non exhaustive) :

- un espace ou des abris sûrs pour les femmes et les enfants ;
- des numéros d'urgence à appeler en cas de violence au sein du couple et de violence sexuelle ;
- des services de gestion de cas individuels dont un service de soutien psychologique, des groupes de soutien, un service de planification de la sécurité, une aide/assistance juridique, un service consacré au bien-être de l'enfant et des programmes de loisirs pour les filles victimes d'abus sexuels ;
- l'acquisition de compétences d'intervention d'urgence dont la formation, la création de revenus et des techniques d'autodéfense ; et
- des programmes consacrés à l'auteur de l'agression et à sa réinsertion.

Il faudra définir les besoins liés à l'accessibilité de ces services dans chaque endroit donné, en prenant en compte la zone géographique ainsi que les moyens de transports et de communication qui sont facilement accessibles par la majorité de la population.

Compte : Le nombre d'organisations qui proposent des services de protection sociale consacrés à la prévention et à la riposte à la VFF/F dans une zone géographique spécifique (communauté, province, région).

Ventilation : Types de services proposés, comme définis dans la liste de vérification ci-dessus.

Fiche de référence complète : Compendium sur la VFF/F, indicateur 5.4.1 — modifié pour inclure le dénominateur (p. 130) <http://www.measurevaluation.org/publications/ms-08-30>

1.3.8 Pourcentage d'écoles qui disposent de procédures concernant les actions à prendre dans les cas d'abus sexuels rapportés

Définition : Le pourcentage d'écoles d'un pays ou d'une région qui ont mis en place des procédures d'enquête et d'action concernant les cas rapportés d'abus sexuel.

Numérateur : Le nombre d'écoles qui ont mis en place des procédures d'enquête et d'action concernant les cas rapportés d'abus sexuels chez les élèves. Pour être incluse dans le numérateur, chaque école doit avoir en place des procédures d'enquête et d'action pour les cas rapportés. En outre, les protocoles de chaque école doivent être à jour (avec une révision tous les 5 ans), officiellement documentés et facilement accessibles. Les procédures doivent être conformes

au code de conduite national des enseignants et/ou aux politiques et protocoles du ministère de l'Éducation en matière d'abus sexuels. Si ces derniers n'existent pas au niveau national, cet indicateur ne peut pas être mesuré.

Dénominateur : Le nombre total d'écoles ayant fait l'objet d'une enquête.

Ventilation : Le niveau de l'école (c.-à-d., primaire, secondaire, professionnel, universitaire) ; le type d'école (p. ex., utilisant l'anglais comme langue d'enseignement, à orientation religieuse, pour les filles uniquement, mixte, etc.) ; la zone géographique (p. ex., le pays/région, zone urbaine/rurale) ; le financement (public ou privé).

Fiche de référence complète : Compendium sur la VFF/F, indicateur 5.2.1 (p.106)

<http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

1.3.9 Pourcentage d'écoles qui forment leur personnel sur la question de la VFF/F sexuelle et physique

Définition : Le pourcentage d'écoles d'un pays ou d'une région qui proposent à leur personnel des formations sur les questions liées à la VFF/F sexuelle et physique, au moins une fois tous les deux ans. Le personnel d'une école comprend les enseignants, le personnel administratif et les autres personnes travaillant au sein de l'école.

Numérateur : Le nombre d'écoles qui proposent des formations en matière de VFF/F au moins une fois tous les deux ans. Les écoles comprises dans le numérateur doivent avoir des programmes de formation en place pour leur personnel qui comprennent des éléments consacrés à la violence sexuelle et physique faite aux femmes et aux filles. Les écoles peuvent être incluses si elles ne proposent la formation qu'à une seule catégorie de personnel (p. ex. les enseignants). Cela devra être, cependant, clairement noté dans l'interprétation des résultats.

Dénominateur : Le nombre total d'écoles ayant fait l'objet d'une enquête.

Ventilation : Le type de personnel formé, le niveau de l'école (c.-à-d. primaire, secondaire, professionnel, universitaire) ; le type d'école (p. ex., utilisant l'anglais comme langue d'enseignement, à orientation religieuse, pour les filles uniquement, mixte, etc.) ; la zone géographique (p. ex., le pays/région, zone urbaine/rurale) ; le financement (public ou privé).

Fiche de référence complète : Compendium sur la VFF/F, indicateur 5.2.3 (p.110) :

<http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

1.3.10 Proportion des services de santé qui disposent d'équipements et de services nécessaires à la prise en charge clinique de la VFF/F

Définition : La proportion des services de santé qui possèdent les équipements et les services nécessaires à la prise en charge clinique de la VFF/F, à un moment donné et dans la zone géographique concernée.

Numérateur : Le nombre d'établissements de santé situés dans la région géographique de l'étude (tout le pays, province, État, communauté) qui déclarent posséder les équipements et les services

nécessaires à la prise en charge clinique de la VFF/F. Les équipements et les services nécessaires peuvent comprendre les ressources spécifiées ci-dessous et disponibles au sein du service lui-même, ou un système d'orientation des patients garantissant aux femmes l'accès aux ressources ci-dessous au sein de leur communauté :

- un protocole de dépistage et de traitement
- un espace privé réservé aux examens médicaux/entretiens
- le matériel nécessaire aux tests de dépistage des IST et du VIH
- le matériel nécessaire à la prophylaxie post-exposition aux IST et au VIH
- des kits d'urgence contre le viol et le matériel nécessaire pour collecter des preuves médico-légales
- un personnel formé au dépistage, à la provision d'un soutien psychologique, à l'exécution des procédures cliniques nécessaires, et en mesure d'orienter les patientes
- des contraceptifs d'urgence
- la pratique sûre d'IVG
- une liste de ressources communautaire pouvant être fournie aux patientes.

Dénominateur : Le nombre total de services de santé enquêtés dans la zone géographique de l'étude (tout le pays, province, État, communauté).

Ventilation : type de service de santé, région ou province (s'il s'agit d'une étude nationale), zone urbaine ou rurale.

Fiche de référence complète : Compendium sur la VFF/F, indicateur 5.1.3 (p. 91) :

<http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

1.3.11 Proportion des services chargés de faire respecter la loi qui suivent un protocole établi au niveau national pour traiter les plaintes relatives à la VFF/F

Définition : La proportion de services chargés de faire respecter la loi qui adhèrent à des protocoles établis au niveau national pour traiter les plaintes relatives à la VFF/F.

Numérateur : Le nombre de services chargés de faire respecter la loi présents dans une région ou un pays qui suivent un protocole établi au niveau national pour traiter les plaintes relatives à la VFF/F. S'il n'existe aucun protocole national pour gérer les cas de VFF/F, cet indicateur ne peut pas être mesuré. Le protocole devra comprendre :

- la manière et le lieu où les victimes de la VFF/F devraient être interrogées
- la marche à suivre pour assurer la confidentialité des réponses
- le type d'enquête et de suivi qui devront avoir lieu suite au rapport
- la manière dont les femmes et les filles seront protégées après le dépôt d'une plainte.

Dénominateur : Le nombre total de services chargés de faire respecter la loi interrogés.

Ventilation : région, province.

Fiche de référence complète : Compendium sur la VFF/F, indicateur 5.3.1 (p. 114)

<http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

1.4 Les normes afférentes au genre

Les normes sociales qui définissent les comportements considérés comme acceptables pour les femmes/filles et pour les hommes/garçons sont la cause fondamentale des inégalités de genre en matière de santé. Selon diverses études, un niveau d'autonomie élevé chez les femmes se traduit par un taux de fertilité plus bas et un recours plus fréquent aux contraceptifs¹⁸, de meilleurs soins pendant la grossesse et à l'accouchement¹⁹, de meilleures connaissances au sujet du VIH²⁰, et des effets indirects sur un ensemble de résultats liés au VIH²¹.

Dans de nombreux contextes, les normes relatives à la masculinité poussent socialement les hommes et les garçons à prendre des risques en matière de sexualité, à avoir recours à la violence pour affirmer leur autorité et à estimer avoir un droit aux rapports sexuels avec leur(s) partenaire(s). En revanche, les normes relatives à la féminité encouragent certaines femmes et filles à rester passives quand il s'agit de négocier des rapports sexuels protégés ou de refuser des rapports sexuels non consentis, et de rapporter la violence dont elles sont victimes. Par ailleurs, des politiques, des lois et des pratiques juridiques qui se révèlent discriminatoires envers les femmes et les filles viennent renforcer de telles normes. Ainsi, dans de nombreux pays, le viol conjugal n'est pas reconnu ni considéré comme un délit. Dans le contexte du VIH, il est important de suivre les indicateurs présentés dans cette section sur les normes de genre et l'inégalité des relations de pouvoir parmi/entre les femmes et les hommes se manifestant dans différents contextes.

NIVEAU 1

1.4.1 Proportion de femmes et d'hommes qui déclarent trouver acceptable qu'un homme discipline son épouse en la battant

Définition : La proportion de personnes qui considèrent qu'il est acceptable qu'un homme discipline son épouse en la battant pour quelque raison que ce soit, à un moment donné.

Numérateur : Le nombre de personnes interrogées dans la zone d'enquête (région, communauté, pays) ayant répondu « oui » à l'une des questions dont la liste figure ci-dessous et relatives à la justification de la violence physique infligée aux femmes par leur époux :

Questions : Un époux peut parfois se sentir énervé ou fâché par certaines actions de sa femme. D'après vous, est-il justifié qu'un homme frappe ou batte son épouse si :

- elle lui est infidèle
- elle lui désobéit
- elle se dispute avec lui
- elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui
- elle n'effectue pas les tâches ménagères correctement.

Dénominateur : Le nombre total de personnes interrogées.

¹⁸ Gage, A. *Study in Family Planning*. Sept.-oct. 1995, n° 26(5) : p. 264–77

¹⁹ Bloom SS. et al., *Demography*, 2001, n° 38 : p. 67–78

²⁰ Bloom SS. et al., *Journal of Biosocial Science*, 2007, n° 39 : p. 557–73.

²¹ Agarwal, A., à paraître.

Ventilation : sexe, âge.

Fiche de référence complète : Compendium sur la VFF/F, indicateur 7.2.4 (p. 208) :
<http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

1.4.2 Proportion de personnes interrogées et âgées de 15 à 49 ans qui pensent qu'une femme peut proposer le recours au préservatif si son époux est atteint d'une IST

Définition : La proportion de personnes âgées de 15 à 49 ans qui pensent qu'une femme peut refuser d'avoir des rapports sexuels avec son époux ou peut lui proposer le recours au préservatif s'il est atteint d'une infection sexuellement transmissible.

Numérateur : Le nombre de personnes ayant répondu qui pensent que la femme peut refuser d'avoir des rapports sexuels avec son époux ou lui proposer un préservatif, s'il est atteint d'une IST.

Question : si une femme sait que son époux est atteint d'une maladie qu'elle peut contracter au cours d'un rapport sexuel, est-il justifié qu'elle lui demande d'utiliser un préservatif lors de leurs rapports sexuels ?

Dénominateur : Le nombre total de personnes interrogées.

Ventilation : sexe, âge.

Fiche de référence complète : ONUSIDA/DHS, adaptée d'après :
http://hivdata.measuredhs.com/ind_detl.cfm?ind_id=46&prog_area_id=7

1.4.3 Pourcentage de femmes mariées et âgées de 15 à 49 ans qui prennent généralement les décisions relatives à leurs soins de santé elles-mêmes ou conjointement avec leur époux

Définition : La proportion de femmes interrogées qui sont mariées et qui prennent les décisions relatives à leurs soins de santé elles-mêmes ou conjointement avec leur époux.

Numérateur : Le nombre de femmes mariées et âgées de 15 à 49 ans qui répondent à la question suivante par « Vous » ou « Vous conjointement avec votre époux/partenaire ».

Question : Qui prend généralement les décisions concernant vos soins de santé ?

- Vous
- Votre époux/partenaire
- Vous conjointement avec votre époux/partenaire
- Quelqu'un d'autre

Dénominateur : Toutes les femmes mariées interrogées.

Ventilation : âge.

Ce que l'indicateur mesure : Cet indicateur mesure la latitude dont disposent les femmes mariées dans la prise de décision relative à leurs propres soins de santé dans une zone donnée (région, pays, communauté). Une proportion élevée indique que la plupart des femmes de la population ciblée sont en mesure de prendre la décision relative aux soins de santé qu'elles veulent obtenir pour elles-mêmes, ou d'y contribuer.

Outil de mesure : Une enquête démographique telle qu'une enquête de type DHS.

Méthode de mesure : Cet indicateur utilise la question spécifiée ci-dessus. Toute personne qui répond par « Vous » ou « Vous conjointement avec votre époux/partenaire » est comptée dans le numérateur. Ce nombre est ensuite divisé par le dénominateur, qui inclut le nombre total de toutes les femmes mariées participant à l'enquête. Cet indicateur est ventilé par âge.

Facteurs à prendre en compte : Cet indicateur est mesuré à l'aide des mêmes questions depuis la fin des années 1990. La question utilisée est facile à poser et à comprendre. Le recours aux méthodes d'analyse et de collecte de données normalisées, qui permettent des comparaisons entre les pays, mettent en valeur l'utilité de cet indicateur pour mesurer les variations à travers les pays et les changements réalisés dans la durée.

Cet indicateur évalue les progrès réalisés quant à l'évolution des normes de genre afférentes aux rôles des femmes et donne une indication sur le degré d'égalité de genre existant dans la zone enquêtée. Ainsi, une augmentation de l'implication directe des femmes dans la prise de décisions concernant leurs propres soins de santé indique un déclin de l'inégalité de genre — l'un des facteurs structurels alimentant l'épidémie de VIH. Étant donné que cet indicateur suit l'évolution des normes, l'on s'attend qu'il ne change que lentement au fil du temps. Par ailleurs, il ne concernerait directement que les programmes abordant spécifiquement les normes de genre, tout en restant indirectement lié à tout autre type de programmes. Il est recommandé de l'analyser avec d'autres indicateurs de normes de genre, tels que l'indicateur des rapports de genre au sein des ménages et au niveau communautaire, celui des droits légaux et coutumiers des femmes, celui des inégalités de genre dans l'accès aux soins de santé, à l'éducation ainsi qu'aux ressources économiques et sociales, et celui de l'implication des hommes dans la santé reproductive et de l'enfant.

Cet indicateur se base sur une question posée à des personnes ayant fait l'objet d'une enquête. Il est donc autodéclaré et peut être influencé par la désirabilité sociale ou d'autres types de préjugés. Puisque seules les femmes mariées sont interrogées, il indique directement les normes existant au sein du mariage. Cependant, il est fort probable que de telles normes reflètent l'inégalité de genre dans l'ensemble de la société.

Ressources : Registre d'indicateurs d'ONUSIDA : <http://www.indicatorregistry.org/?q=fr/node/1066>.
Pour plus d'informations sur la méthodologie et les instruments d'enquête DHS/EIS, veuillez consulter : <http://www.measuredhs.com>.

1.4.4 Mariage précoce

Définition : La proportion des femmes interrogées qui ont été mariées alors qu'elles avaient moins de 18 ans.

Numérateur : Le nombre de femmes âgées de 18 à 24 ans qui ont rapporté avoir été mariées avant l'âge de 18 ans.

Dénominateur : Le nombre total de femmes interrogées et âgées de 18 à 24 ans.

Ventilation : groupe d'âge, région/zone, ethnie, religion.

Fiche de référence complète : Compendium sur la VFF/F, indicateur 4.5.1 (p. 75) :

<http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

NIVEAU 3

1.4.5 Indicateurs de l'autonomie des femmes

Définition : Le degré d'autonomie de la femme dans les domaines suivants :

- être en mesure d'acheter un préservatif elle-même
- prendre des décisions quant à l'utilisation de ses revenus
- prendre des décisions pour le ménage
- être en mesure de rendre visite à sa famille (par opposition à sa belle-famille)
- connaissance et utilisation des programmes de microcrédit, liberté de mouvement
- chaque question constitue son propre indicateur

Numérateur : Le nombre de femmes qui répondent à l'une des questions suivantes de manière affirmative ou qui déclarent qu'elles prennent les décisions elles-mêmes ou conjointement avec leur époux.

Questions :

- si vous le souhaitiez, pourriez-vous acheter un préservatif vous-même ?
- qui décide habituellement de la manière de dépenser vos revenus (vous, votre époux, vous conjointement avec votre époux, quelqu'un d'autre) ?
- qui décide habituellement des achats importants du ménage (vous, votre époux, vous conjointement avec votre époux, quelqu'un d'autre) ?
- qui décide habituellement de rendre visite à votre famille/vos proches (vous, votre époux, vous conjointement avec votre époux, quelqu'un d'autre) ?
- connaissez-vous les programmes de microcrédit disponibles dans votre région ?
- si vous le souhaitiez, seriez-vous en mesure de décider de votre participation à un programme de microcrédit ?
- pouvez-vous sortir de chez vous sans permission ?

Dénominateur : Le nombre total de femmes interrogées.

Ventilation : âge.

Ce que l'indicateur mesure : Cet indicateur mesure l'autonomie des femmes dans un ensemble de domaines. L'utilisation d'une série de questions ou d'une autre dépendra du contexte. Toutes les formes d'inégalité entre les sexes accroissent la vulnérabilité des femmes à l'infection au VIH de trois manières étroitement liées. Le manque d'opportunités économiques pour les femmes, qui viennent renforcer les pratiques socioculturelles et le système juridique, les forcent à dépendre des hommes dont les intérêts ne coïncident pas toujours avec les besoins des femmes. Ensuite, en privant les femmes de leur droit à l'autonomie et au contrôle de leur corps, elles sont également privées de leur droit à refuser des rapports sexuels et à demander aux hommes des rapports sexuels protégés. Enfin, certaines pratiques culturelles, dont nombre sont protégées ou ignorées par la loi, sont dangereuses et peuvent entraîner une infection au VIH.

Outil de mesure : Une enquête DHS ou autre enquête démographique.

Méthode de mesure : Pour chaque domaine mesuré, les femmes qui répondent affirmativement aux questions fermées et celles qui répondent qu'elles prennent les décisions par elles-mêmes ou conjointement avec leur époux sont placées dans le numérateur. Le numérateur est ensuite divisé par le dénominateur.

Facteurs à prendre en compte : Selon les contextes, certains domaines sont plus pertinents que d'autres. Ces indicateurs dépendent du comportement autodéclaré, ce qui implique un certain nombre de biais potentiels.

Source : Demographic and Health Surveys, Women's Status Module : http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=709

1.4.6 Proportion des personnes qui connaissent certains des droits légaux des femmes

Définition : La proportion des personnes qui connaissent certains des droits légaux et constitutionnels spécifiques des femmes, dans un pays et à un moment donnés.

Numérateur : Questions à poser — Savez-vous qu'à/au/en (nom du pays), les femmes ont le droit de (liste des droits dans le pays en question, tels que le droit au divorce, au travail, au mariage avec la personne de leur choix) ?

- X (p. ex. le divorce)
- Y (p. ex. le travail)

Dénominateur : Le nombre total de personnes interrogées.

Ventilation : zone géographique, sexe des personnes interrogées.

Fiche de référence complète : Compendium sur la VFF/F, indicateur 7.2.1 (p.202) : <http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

1.4.7 Nombre d'adultes et d'enfants auxquels s'est intéressé un individu, un petit groupe ou un programme d'intervention ou service communautaire se consacrant explicitement à la protection et aux droits légaux des femmes et des filles touchées par le VIH/sida

Définition : le nombre de personnes interrogées qui déclarent avoir été approchées par un programme ou un service spécialisé dans le domaine de la protection et des droits légaux des femmes et des filles qui sont touchées par le VIH/sida, la « prise de contact » ayant pu être réalisée par un individu, un petit groupe ou une intervention ou un service à caractère communautaire.

Comptage : Le nombre de personnes qui rapportent avoir entendu parler de la protection et des droits légaux des femmes et des filles qui sont touchées par le VIH/sida, par le biais d'un mécanisme d'intervention quelconque se consacrant à ce domaine.

Ventilation : Sexe, âge.

Fiche de référence complète : <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

1.5 Autonomie financière et alphabétisation

L'éducation et l'indépendance financière influencent de manière directe et indirecte un grand nombre de résultats en matière de lutte contre le VIH. L'autonomisation économique des femmes est considérée comme nécessaire pour favoriser la croissance et le développement économiques équitables et durables au niveau régional, national, local et du district²². Même dans les pays possédant un taux de chômage élevé et des conditions de travail précaires, les hommes jouissent généralement d'une meilleure stabilité financière que les femmes. L'inégalité de genre entrave sensiblement le développement humain et social tout en intensifiant la propagation du VIH. Les indicateurs de la présente section s'intéressent aux aspects économiques et d'alphabétisation des différentiels de genre qui contribuent à l'incidence du VIH.

NIVEAU 1

1.5.1 Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont propriétaires de biens ou possèdent des ressources permettant la production de biens, de services, et/ou de revenus en leur nom

Définition : le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui possèdent des biens et des ressources productives en leur propre nom. Plusieurs enquêtes ont défini les ressources en question comme des terres, une maison, une entreprise ou une affaire, du bétail, des produits ou des récoltes, des biens durables, des outils, de l'argent et des comptes bancaires.

²² Conférence des Nations Unies Beijing +15, 2010.

Numérateur : le nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans qui rapportent posséder, en leur propre nom, des biens ou des ressources productives (dont la définition peut dépendre de l'enquête spécifique utilisée).

Dénominateur : le nombre total de femmes interrogées et âgées de 15 à 49 ans.

Ventilation : âge.

Fiche de référence complète : Base de données des indicateurs de santé reproductive de la population, PF/SR de MEASURE Evaluation

http://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/crosscutting/wgse/percent-of-women-who-own-property-or-productive

1.5.2 Proportion de femmes salariées travaillant dans le secteur non agricole

Définition : proportion de femmes salariées travaillant dans le secteur non agricole. Le secteur non agricole comprend les secteurs de l'industrie et des services. Comme défini par la Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI), le secteur de l'industrie comprend l'industrie minière et de carrières (y compris la production de pétrole), l'industrie de transformation, le bâtiment, l'électricité, le gaz et l'eau. Les services comprennent la vente de détail et de gros, la restauration et l'hôtellerie, les transports, le stockage et les communications, les finances, les assurances, l'immobilier et les services professionnels, les services à la personne, sociaux et communautaires.

Numérateur : le nombre de femmes salariées travaillant dans le secteur non agricole.

Dénominateur : le nombre de personnes salariées travaillant dans le secteur non agricole comprises dans cette enquête.

Fiche de référence complète : OMD n°11 (p. 27) :

<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Attach/Indicators/HandbookFrench.pdf>

1.5.3 Taux net total d'inscriptions à l'école primaire

Définition : le taux net d'inscriptions correspond au nombre d'enfants ayant atteint l'âge officiel de scolarisation (comme défini par le système de l'éducation nationale de chaque pays) inscrits à l'école primaire par rapport au nombre total d'enfants d'une population donnée ayant atteint l'âge officiel de scolarisation. L'éducation primaire permet aux enfants d'acquérir des compétences de base en lecture, en écriture et en mathématiques ainsi qu'une compréhension élémentaire d'autres matières comme l'histoire, la géographie, les sciences naturelles, les sciences sociales, l'art et la musique.

Numérateur : le nombre d'élèves inscrits appartenant à la tranche d'âge appropriée, selon les registres des écoles rapportés aux ministères de l'Éducation.

Dénominateur : le nombre d'enfants en âge d'être inscrits à l'école primaire.

Ventilation : sexe.

Fiche de référence complète : OMD n°6 :

<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Attach/Indicators/HandbookFrench.pdf>

NIVEAU 3

1.5.4 Pourcentage de femmes rémunérées

Définition : Cet indicateur mesure le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui travaillent soit à domicile ou à l'extérieur, et sont rémunérées. Aucun nombre minimum n'est spécifié.

Numérateur : le nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont rémunérées.

Dénominateur : le nombre total de femmes interrogées et âgées de 15 à 49 ans.

Fiche de référence complète : Base de données des indicateurs de santé reproductive de la population, PF/SR de MEASURE Evaluation http://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/crosscutting/wgse/percent-of-women-who-earn-cash

1.5.5 Pourcentage de personnes âgées de 15 à 24 ans sachant lire et écrire et pouvant comprendre un énoncé simple et bref sur la vie quotidienne

Définition : le taux d'alphabétisation des 15-24 ans, ou taux d'alphabétisation juvénile, correspond au pourcentage de jeunes qui savent lire et écrire, et qui peuvent comprendre un énoncé simple et bref sur la vie quotidienne. La définition de l'alphabétisation s'étend parfois à l'arithmétique de base et aux autres compétences liées à la vie quotidienne.

Numérateur : le nombre de personnes âgées de 15 à 24 ans qui savent lire et écrire.

Dénominateur : la population totale de ce même groupe d'âge.

Ventilation : âge, sexe.

Fiche de référence complète : OMD n°8 (p. 22) :

<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Attach/Indicators/HandbookFrench.pdf>

1.6 Urgences à caractère humanitaire

Les conflits et les crises humanitaires accroissent le risque d'infection au VIH des populations. Les facteurs qui influencent la transmission du VIH pendant ces situations extrêmes sont complexes et varient selon le contexte spécifique de la situation d'urgence. Les caractéristiques qui définissent une situation d'urgence complexe comme un conflit, l'instabilité sociale, la pauvreté, la destruction et l'impuissance environnementales, peuvent augmenter la vulnérabilité et le risque d'infection au VIH des populations affectées en :

- réduisant l'accès aux services de prévention et d'information en matière de VIH,
- en provoquant la mise hors service des infrastructures,
- en perturbant les réseaux de soutien social,
- en accroissant l'exposition à la violence et aux abus sexuels, et
- en entraînant des mouvements de population vers une zone où la prévalence du VIH est plus élevée.

Les femmes et les enfants sont particulièrement vulnérables au VIH en raison de la violence et de l'exploitation sexuelles perpétrées par les forces armées. Le viol peut être utilisé comme un moyen de combat. Le Conseil de sécurité des Nations Unies a récemment adopté la Résolution 1983/2011 sur le VIH. Cette résolution exige de la part des États membres des Nations Unies une intensification des efforts en matière de VIH dans le cadre des missions de maintien de la paix. Elle exige en outre que le personnel en uniforme aligne ses efforts de prévention du VIH avec ceux mis en œuvre pour éradiquer la violence sexuelle ayant lieu dans les situations de conflit ou post-conflit²³. Pour les hommes et les femmes en quête d'opportunités économiques, la formation fréquente de nouveaux réseaux sexuels accroît également la vulnérabilité au VIH. Les indicateurs de la présente section aideront à aborder les domaines où les questions de genre et le VIH se recoupent dans le contexte des urgences à caractère humanitaire.

NIVEAU 2

1.6.1 Nombre de femmes/filles pour 10 000 personnes de la zone d'urgence ayant rapporté des épisodes de violence sexuelle, pendant une période donnée

Définition : les incidents de violence sexuelle rapportés pendant une période donnée (à définir dans le cadre de la situation d'urgence).

Numérateur : le nombre d'incidents de violence sexuelle rapportés au cours de la période donnée.

Dénominateur : la population totale du camp/zone/pays au cours de la même période.

Calcul : diviser le numérateur par le dénominateur et multiplier le résultat par 10 000.

Ventilation : âge (moins de 15 ans, 15 à 20 ans, plus de 20 ans), situation géographique.

Fiche de référence complète : Compendium sur la VFF/F, indicateur 6.1.6 (p.159)

<http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

²³ Le VIH dans les situations d'urgence humanitaire : <http://www.un.org/News/Press/docs/2011/sc10272.doc.htm>

1.6.2 Proportion d'incidents d'exploitation et d'abus sexuels rapportés et entraînant la poursuite en justice et/ou le renvoi du personnel humanitaire

Définition : les rapports résultant en la poursuite en justice de l'auteur de l'incident et de son renvoi, exprimés en proportion du nombre total d'incidents liés à l'exploitation et aux abus sexuels (EAS) se produisant lorsque leurs auteurs travaillent pour des organisations humanitaires intervenant dans le cadre d'une situation d'urgence. Sont concernés tous les membres du personnel de l'ONU, y compris les agents de maintien de la paix, le personnel des organisations bilatérales ainsi que les personnes travaillant pour des organisations gouvernementales et non gouvernementales.

Numérateur : le nombre d'incidents EAS rapportés, à la fois faisant l'objet d'une enquête et référés à une cour de justice, dans lesquels sont impliqués des membres du personnel humanitaire intervenant dans la zone d'urgence, et qui aboutissent à la poursuite en justice et/ou au renvoi de l'auteur de l'agression.

Dénominateur : le nombre total d'incidents EAS rapportés qui impliquent des travailleurs humanitaires.

Fiche de référence complète : Compendium sur la VFF/F, indicateur 6.1.4 (p.155) : <http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

1.6.4 Protocoles alignés sur les normes internationales qui ont été mis en place dans la zone d'urgence, à tous les niveaux du système de santé, pour la prise en charge clinique des victimes de violence sexuelle

Définition : la prise en charge clinique des victimes de violence sexuelle est complexe et implique de multiples aspects liés aux soins et au soutien de ces victimes. Pour garantir que les femmes bénéficient des soins appropriés, un protocole conforme aux normes internationales doit exister à tous les niveaux du système de santé de la zone d'urgence.

Oui : un protocole pour la prise en charge clinique des victimes de violence sexuelle existe à tous les niveaux du système de santé établi de la zone d'urgence en question. Ce protocole est également conforme aux normes internationales, telles que le Dispositif minimum d'urgence (DMU) et le protocole de l'OMS afférents à la prise en charge clinique des personnes victimes de viol.

Non : il n'existe aucun protocole, ou il en existe un qui s'applique à seulement certains aspects du système de santé et qui n'est pas aligné sur les normes internationales.

Fiche de référence complète : Compendium sur la VFF/F, indicateur 6.1.1 (p.148) : <http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

1.6.5 Pourcentage des personnes victimes de viol dans la zone d'urgence qui se présentent dans un établissement/professionnel de santé dans les 72 heures suivant l'agression et qui reçoivent les soins médicaux adéquats

Définition : la proportion de personnes victimes de violence sexuelle qui se présentent dans un établissement de santé dans les 72 heures suivant l'agression et qui reçoivent les soins médicaux adéquats, pendant une période déterminée.

Numérateur : le nombre de personnes victimes d'un viol qui se présentent dans un établissement de santé dans les 72 heures suivant l'agression et qui reçoivent les soins médicaux adéquats pendant une période déterminée (p. ex. les trois mois précédents). Les soins médicaux adéquats proposés aux personnes victimes de viol et qui se présentent dans les 72 heures suivant l'agression comprennent : une prophylaxie post-exposition au VIH (PPE), l'administration d'un contraceptif d'urgence, un test de dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles, des services psychosociaux et des renseignements sur l'accès à l'avortement légal. D'autres éléments, comme la présence d'une professionnelle de la santé pour la conduite de tout examen médical, sont indiqués de manière détaillée dans le manuel de terrain interagences du HCR (UNHCR interagency field manual).

Dénominateur : le nombre de personnes victimes d'un viol qui ont rapporté une agression dans les 72 heures, pendant la même période déterminée.

Ventilation : âge (moins de 15 ans, 15 à 20 ans, plus de 20 ans), situation géographique.

Fiche de référence complète : Compendium sur la VFF/F, indicateur 6.1.7 (p. 162) — relatif à l'indicateur essentiel P6.1.D du PEPFAR ; Groupe de travail interagences (IAWG), n°33 : <http://www.measureevaluation.org/publications/ms-08-30>

NIVEAU 3

1.6.3 Pourcentage de manuels militaires, de cadres politiques relatifs à la sécurité nationale, de codes de conduite et de procédures standards d'opérations/ protocoles des forces de sécurité nationale qui comprennent des mesures visant à protéger les droits humains des femmes et des filles, et qui sont disponibles dans la zone d'urgence

Définition : la proportion de tous les éléments disponibles dans la zone d'urgence qui comprennent des mesures de protection des droits humains des femmes et des filles.

Numérateur : le nombre de manuels militaires, de cadres politiques relatifs à la sécurité nationale, de codes de conduite et de procédures standards d'opérations/protocoles des forces de sécurité nationale utilisés dans la zone d'urgence et qui comprennent des mesures visant à protéger les droits humains des femmes et des filles.

Dénominateur : le nombre de manuels militaires, de cadres politiques relatifs à la sécurité nationale, de codes de conduite et de procédures standards d'opérations/protocoles des forces de sécurité nationale utilisés dans la zone d'urgence.

Ce que l'indicateur mesure : cet indicateur évalue, en accord avec les normes internationales, la mesure dans laquelle les acteurs de la sécurité internationale, nationale et non étatique interviennent et sont tenus pour responsables de toute violation des droits des femmes et des filles.

Outil de mesure : enquête spécifique.

Méthode de mesure : les informations y relatives sont disponibles dans des documents existants et facilement accessibles (par le biais d'une étude documentaire), mais celles-ci doivent être collectées et analysées systématiquement. Le nombre de ressources contenant des références aux droits des femmes et des enfants est compté dans le numérateur. Le numérateur est ensuite divisé par le dénominateur.

Facteurs à prendre en compte : cet indicateur aborde la question de la réactivité des forces de sécurité par rapport aux besoins précis des femmes en matière de sécurité dans des contextes particuliers, à travers l'identification de mesures spécifiques figurant dans des directives, manuels, codes de conduite, procédures d'opérations standards et autres ressources visant à prévenir les violations des droits humains des femmes et des filles. Cet indicateur prend en compte la pertinence des informations fournies aux agents de maintien de la paix civils et en uniforme, ainsi qu'au personnel de police civile et militaire, et elles devraient indiquer les types de mesures à prendre.

Source : Conseil de sécurité de l'ONU, Indicateur de réalisation 5b (p. 5, p. 16)
http://www.peacewomen.org/assets/file/Indicators/sg_report_on_1889-op17.pdf

2.1 Traitement

Les besoins spécifiques des femmes atteintes du VIH ou vivant avec le VIH en termes de diagnostic, de traitement et de soins indiquent la nécessité de mettre en œuvre des programmes sexotransformateurs en leur faveur. La peur de la stigmatisation, de la discrimination et de la violence empêchent souvent les femmes d'accéder au dépistage, au traitement ou aux soins. Ces facteurs peuvent également avoir un effet adverse sur l'observance d'un traitement antirétroviral par les femmes²⁴. Le genre peut aussi constituer un facteur d'influence important dans le choix d'une thérapie antirétrovirale — question qui devra faire l'objet de recherches plus approfondies²⁵. Les normes de masculinité peuvent également représenter des barrières pour les hommes en matière d'accès au traitement, et les femmes qui n'ont pas révélé leur statut VIH pourraient hésiter à suivre des programmes de traitement par crainte des répercussions, comme la violence et l'abandon, qui pourraient s'y associer. Quoi qu'il en soit, la couverture du traitement devrait refléter les tendances d'infection observées chez les adultes et les enfants. S'il existe des traitements différenciés, ils devraient refléter les mêmes différences observées dans les modes d'infection, sinon certains groupes pourraient ne pas bénéficier d'un accès égal aux services. Les indicateurs dans la présente section sont ventilés par sexe et par âge afin d'encourager l'observation des différences dans leur interprétation.

NIVEAU 1

2.1.1 Traitement du VIH : thérapie antirétrovirale

Définition : le pourcentage d'adultes et d'enfants suivant actuellement une thérapie antirétrovirale à laquelle ils peuvent prétendre.

Ceci montre les progrès réalisés en matière d'accès à une trithérapie antirétrovirale pour toutes les personnes pouvant prétendre à recevoir le traitement.

Numérateur : le nombre d'adultes et d'enfants suivant actuellement une trithérapie antirétrovirale à laquelle ils peuvent prétendre, en conformité avec le protocole de traitement approuvé au niveau national (ou avec les normes de l'OMS/ONUSIDA) à la fin de la période de rapport.

Dénominateur : le nombre estimé d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH.

Ventilation : âge (jusqu'à 15 ans, plus de 15 ans), sexe. Si cela est possible, l'indicateur devrait être davantage ventilé comme suit : jusqu'à 1 an, 1 à 4 ans, 5 à 9 ans, 10 à 14 ans, 15 à 19 ans, 20 à 24 ans, 25-49 ans, et 50 ans ou plus.

Fiche de référence complète : Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2013, Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique 2011 de l'ONU sur le VIH/sida. http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_fr.pdf; <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

²⁴ ONUSIDA : http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/unaids_action_framework.pdf

²⁵ Hirsch, J.S. « Gender, sexuality, and antiretroviral therapy: using social science to enhance outcomes and inform secondary prevention strategies. » *AIDS*. Oct. 2007, n°21, Suppl. 5 : S21–9.

2.1.2 Rétention de douze mois sous thérapie antirétrovirale

Définition : le pourcentage de personnes atteintes du VIH qui ont suivi une thérapie antirétrovirale (TAR) pendant au moins 12 mois après son commencement. Cet indicateur mesure les progrès réalisés quant à l'augmentation des cas de survie, grâce au maintien de la thérapie antirétrovirale, chez les adultes et les enfants infectés.

Numérateur : le nombre d'adultes et d'enfants toujours vivants et sous thérapie antirétrovirale, 12 mois après le début du traitement.

Dénominateur : le nombre total d'adultes et d'enfants ayant débuté une thérapie antirétrovirale et devant subir un traitement prévu de 12 mois pendant la période de rapport, y compris les personnes décédées après le début de leur thérapie antirétrovirale, celles qui ont arrêté leur thérapie antirétrovirale et celles dont le suivi jusqu'au 12^{ème} mois n'a pas pu être réalisé.

Ventilation : âge (jusqu'à 15 ans, plus de 15 ans), sexe, stade de la grossesse au début de la thérapie, allaitement au début de la thérapie.

Fiche de référence complète : Rapport d'activité 2013 sur la riposte au sida dans le monde, Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique 2011 de l'ONU sur le VIH/sida. http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_fr.pdf; <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

2.1.3 Prévention de la transmission de la mère à l'enfant

Définition : le pourcentage de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des antirétroviraux dans le but de réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant. Cet indicateur mesure les progrès réalisés en matière de prévention de la transmission de la mère à l'enfant pendant la grossesse et l'accouchement grâce à l'administration de médicaments antirétroviraux.

Numérateur : le nombre de femmes enceintes séropositives à qui l'on a administré des médicaments antirétroviraux au cours des 12 mois précédents dans le but de réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant.

Dénominateur : le nombre estimé de femmes enceintes séropositives au cours des 12 mois précédents.

Ventilation : par les six options de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (les trois premières sont recommandées) proposées aux femmes enceintes séropositives.

Fiche de référence complète : Rapport d'activité 2013 sur la riposte au sida dans le monde, Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique 2011 de l'ONU sur le VIH/sida. http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_fr.pdf; <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

NIVEAU 2

2.1.4 Pourcentage de patients infectés par le VIH souffrant d'une co-infection VIH/hépatite B virale et qui sont traités pour l'hépatite B

Définition : cet indicateur mesure le nombre de patients souffrant d'une co-infection VHB/VIH, traités pour l'hépatite B ou pour les deux (hépatite B et VIH) — pour lesquels, si probant, des antirétroviraux sont administrés — parmi le nombre de patients recevant des soins pour une infection au VIH, qui ont été examinés pour évaluer l'évolution de leur hépatite B et qui peuvent prétendre au traitement.

Numérateur : le nombre de cas de VIH/Hépatite B pouvant prétendre à un traitement pour l'hépatite B qui ont reçu un traitement pour l'hépatite B ou pour les deux (hépatite B et VIH) — pour lesquels, si probant, des antirétroviraux sont administrés —, pendant l'année de rapport.

Dénominateur : le nombre de cas de VIH/hépatite B pouvant prétendre à un traitement pour l'hépatite B pendant l'année de rapport.

Ventilation : âge, sexe.

Fiche de référence complète : Indicateur n° 7.8/EUR16 (p. 97), « A Guide on Indicators for Monitoring and Reporting on the Health Sector Response to HIV/AIDS, Adaptation for the European Region », OMS/ONUSIDA, 01/2001 :

http://www.indicatorregistry.org/sites/default/files/UA2011_indicator_guide_EURO_en_3.pdf

2.2 Soutien psychologique et dépistage

Le dépistage du VIH soulève de nombreuses questions liées entre autres aux droits humains en matière de stigmatisation, de discrimination et d'équité. Chez les femmes en particulier, les barrières financières et d'accès au dépistage ainsi que les inquiétudes suscitées par la stigmatisation et la violence peuvent les retenir d'approcher des services de dépistage et de soutien psychologique, et de révéler leur statut VIH²⁶. Des rapports réalisés en Afrique subsaharienne soulignent la réticence des femmes à faire un test de dépistage du VIH ou à prendre connaissance de leurs résultats, en raison de leur peur de la violence domestique dont elles pourraient être victimes. Dans les contextes où le consentement de l'époux est exigé pour les procédures médicales réalisées auprès des femmes (y compris le besoin d'avoir sa permission pour accéder aux centres de santé), un conflit potentiel relatif à la confidentialité et au consentement éclairé peut se produire²⁷. Dans le cadre des soins prénatals, il est parfois exigé des femmes qu'elles subissent un test de dépistage du VIH, alors que ce type de test devrait toujours être volontaire, confidentiel et informé. D'autre part, les normes autour de la masculinité ainsi que les heures d'accès aux services en journée peuvent décourager les hommes de subir un test de dépistage du VIH ou d'approcher des services de soutien psychologique. Il a été établi que les tests réguliers et initiés par les professionnels de santé sont généralement susceptibles de réduire les barrières face au dépistage du VIH²⁸. Une approche en matière de politiques, de programmes et de pratiques de dépistage du VIH garantissant le respect, la protection et la réalisation des droits humains est compatible avec les bonnes pratiques de santé publique et leurs résultats. Les indicateurs de la présente section sont ventilés par sexe afin d'encourager l'observation des différences dans leur interprétation.

NIVEAU 1

2.2.1 Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans ayant subi un test de dépistage du VIH au cours des 12 mois précédents et qui en connaissent le résultat

Définition : la proportion de personnes qui ont subi un test de dépistage et qui en connaissent le résultat permet de mesurer les progrès dans la mise en œuvre des programmes de dépistage et de soutien psychologique proposés à l'échelle du pays ou des régions.

Numérateur : le nombre de personnes âgées de 15 à 49 ans interrogées qui ont subi un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois précédents et qui en connaissent le résultat.

Dénominateur : le nombre total de personnes interrogées, âgées de 15 à 49 ans.

Ventilation : âge (15 à 19 ans, 20 à 24 ans et 25 à 49 ans), sexe.

Fiche de référence complète : Rapport d'activité 2013 sur la riposte au sida dans le monde,

²⁶ Maman, S., J. Campbell, M.D. Sweat, A.C. Gielen, 2000. « The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions ». *Social Science & Medicine*, n°50, p. 459-478.

²⁷ Joseph, S. « Examining sex differentials in the uptake and process of HIV testing in three high prevalence districts of India ». *AIDS Care*. Mars 2010 ; n°22(3) : p. 286-95.

²⁸ Weiser, S.D., M. Heisler, K. Leiter, F. Percy-de Korte, S. Tlou et al., 2006. « Routine HIV Testing in Botswana : A Population-Based Study on Attitudes, Practices, and Human Rights Concerns. » *PLoS Medicine*, n° 3(7) : e261. doi:10.1371/journal.pmed.0030261

Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique 2011 de l'ONU sur le VIH/sida. http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_fr.pdf ; <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

NIVEAU 2

2.2.2 Pourcentage de jeunes femmes et d'hommes sexuellement actifs et âgés de 15 à 24 ans ayant subi un test de dépistage du VIH au cours des 12 mois précédents et qui en connaissent les résultats

Définition : la proportion de personnes qui ont subi un test de dépistage et qui en connaissent le résultat permet de mesurer les progrès dans la mise en œuvre des programmes de dépistage et de soutien psychologique auprès des jeunes sexuellement actifs, à l'échelle du pays ou des régions.

Numérateur : le nombre de personnes ayant répondu, âgées de 15 à 24 ans, qui ont subi un test de dépistage du VIH au cours des 12 mois précédents et qui en connaissent le résultat.

Dénominateur : les personnes interrogées, âgées de 15 à 24 ans, qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 mois précédents.

Ventilation : âge (15 à 19 ans, 20 à 24 ans), sexe.

Fiche de référence complète : <http://www.indicatorregistry.org/?q=fr/node/1066>

2.2.3 Nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dont le(s) partenaire(s) sexuel(s) a/ont fait un test de dépistage du VIH sur place, ont bénéficié d'un service de soutien psychologique et ont reçu les résultats du test

Définition : le comptage du nombre de PVVIH dont les partenaires sexuels ont subi un test de dépistage du VIH sur place, ont bénéficié d'un service de soutien psychologique et ont reçu les résultats du test.

Comptage : nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dont le(s) partenaire(s) sexuel(s) a/ont subi un test de dépistage du VIH sur place, bénéficié d'un service de soutien psychologique et reçu les résultats du test.

Ventilation : sexe, contexte (service de santé/consultations externes, communauté/domicile).

Ce que l'indicateur mesure : le test de dépistage du VIH accompagné d'un soutien psychologique proposé au partenaire constitue un élément clé dans les interventions de prévention minimum chez les PVVIH (Indicateur P7.1.D du PEPFAR NFI) – une approche qui vient consolider la mise à disposition de services de prévention du VIH complets et fondés sur des données probantes pour les PVVIH. Cet indicateur tente de mesurer la mesure dans laquelle les programmes intègrent des services de dépistage du VIH et de soutien psychologique pour les partenaires dans les services proposés aux PVVIH. Les partenaires sexuels des PVVIH présentent un risque élevé d'infection au VIH. L'identification du statut VIH du partenaire détermine le type de services de prévention

adéquats à la fois pour le partenaire sexuel en tant qu'individu mais aussi pour la PVIH et son partenaire sexuel en tant que couple.

Pour les partenaires sexuels séronégatifs, un soutien psychologique adapté aux couples sérodifférents s'avère critique : il fournit aux couples les informations nécessaires et leur permet d'adopter les pratiques adéquates pour réduire les risques d'infection au VIH du partenaire séronégatif. Cela permet également aux couples qui envisagent d'avoir un enfant de bénéficier de soins de prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH. De même, chez les partenaires sexuels qui vivent avec le VIH, les services de traitement et de soins du VIH pour le partenaire infecté, auxquels s'ajoutent des services de prévention complets destinés aux PVIH, deviennent une priorité. Le soutien psychologique et l'assistance aux PVIH visant à encourager les tests de dépistage de leurs partenaires sexuels devraient être continus plutôt que d'être proposés une seule fois lors de l'admission au service, afin qu'ils s'adaptent aux nouveaux partenaires sexuels et qu'il soit possible de renouveler les tests des partenaires séronégatifs. Les interventions en consultation externe/dans des structures médicalisées devraient être renforcées par le biais de programmes communautaires. Tous les programmes communautaires devraient orienter les patients vers des programmes en consultation externe/dans des structures médicalisées et comprendre les liens nécessaires vers ce type de programmes.

Le test de dépistage du VIH chez le partenaire devrait toujours être accompagné par les services suivants :

- des services de soins et de traitement du VIH pour les partenaires séropositifs des PVIH.
- des services de soutien psychologique et d'assistance destinés aux couples sérodifférents pour les partenaires sérodifférents.
- le renouvellement des tests de dépistage du VIH chez les partenaires séronégatifs, mené selon les directives nationales sur le dépistage du VIH.

Outil de mesure : les données peuvent être obtenues à l'aide des outils de suivi de programme existants ou modifiés, tels que les registres/bases de données des établissements de santé ou les registres et dossiers du patient/client.

Méthode de mesure :

Explication du numérateur : le numérateur peut être généré en comptant le nombre de PVIH pour lesquels au moins l'un des partenaires sexuels a reçu les résultats de son test de dépistage du VIH pendant la période de rapport, soit dans le cadre d'un programme en consultation externe/dans des structures médicalisées ou communautaires/au domicile. Pour être pris en compte par cet indicateur, le dépistage des partenaires sexuels doit comprendre le test de dépistage initial des partenaires sexuels et les tests de dépistage renouvelés des partenaires séronégatifs, conformément aux directives nationales pour le dépistage et le soutien psychologique en matière de VIH.

Explication du dénominateur : se référer à l'indicateur de prévention des PVIH n° P7.11.D recommandé par le PEPFAR et la NIF pour une explication du dénominateur.

Notes sur la ventilation : étant donné que le même individu peut bénéficier des services d'un établissement de santé comme de services communautaires, les équipes de pays pourront choisir, lors de la ventilation de cet indicateur parmi les partenaires multiples, d'autoriser le comptage double, auquel cas le « nombre de personnes ayant bénéficié des services communautaires » + le « nombre de personnes ayant bénéficié des services d'un établissement médical » ≥ le « nombre total de personnes ayant bénéficié d'un service ».

Facteurs à prendre en compte : cet indicateur informe sur le nombre total d'individus comptés une seule fois ayant bénéficié de services de soutien psychologique et de dépistage sur place fournis aux partenaires des PVVIH. En déterminant l'étendue du service (utilisation du numérateur uniquement), cet indicateur aidera à démontrer dans quelle mesure les partenaires sexuels des PVVIH bénéficient de services de dépistage du VIH. Le potentiel de cet indicateur dépend de la qualité des données utilisées pour le générer.

Source : <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

NIVEAU 3

2.2.4 Pourcentage d'individus âgés de 15 ans ou plus ayant subi un test de dépistage du VIH et bénéficié d'un service de soutien psychologique s'adressant aux couples/partenaires, et qui ont eu connaissance des résultats de leur test en présence de leur(s) partenaire(s) au cours des 12 mois précédents

Définition : la proportion d'individus âgés de 15 ans ou plus ayant subi, en couple/avec leur partenaire, un test de dépistage du VIH et bénéficié d'un service de soutien psychologique, et qui ont eu connaissance des résultats de leur test ensemble, au cours des 12 mois précédents. Cet indicateur suit les tendances liées à l'utilisation des services de dépistage et de soutien psychologique destinés aux couples/partenaires par les individus, au cours d'une période donnée pour un pays concerné.

Numérateur : les personnes de 15 ans ou plus ayant subi, en couple/avec leur partenaire, un test de dépistage du VIH et bénéficié d'un service de soutien psychologique, et qui ont eu connaissance des résultats de leur test ensemble, au cours des 12 mois précédents.

Dénominateur : les personnes interrogées, âgées de 15 ans ou plus.

Ventilation : âge (15 à 19 ans, 20 à 24 ans, plus de 25 ans), sexe.

Fiche de référence complète : OMS, indicateur G1a (p. 36) : http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501347_eng.pdf

2.3 Intégration et liens entre les services

L'accent est de plus en plus souvent mis sur la nécessité d'intégrer la question du genre aux services et programmes de traitement du VIH et du sida. La nécessité d'intégrer les services de traitement du VIH et du sida à d'autres types de soins de santé en rapport avec les besoins des personnes vivant avec le VIH, a notamment été soulignée²⁹. Les femmes profiteront particulièrement d'une telle approche, car elles sont moins mobiles et disposent de temps et de ressources limités pour accéder à des services séparés. Les hommes peuvent également en bénéficier, étant donné que dans de nombreux cas, ils sont plus susceptibles de travailler hors de chez eux et donc d'avoir peu de chances d'utiliser des services de santé pendant leurs heures de travail. Par exemple, une co-infection au VIH et à la tuberculose (TB) peut fragiliser la santé des femmes et des hommes. Les femmes enceintes vivant avec le VIH présentent un risque 10 fois plus élevé de développer une tuberculose active que les femmes enceintes séronégatives³⁰. Les taux de dépistage des cas de tuberculose sont considérablement plus bas chez les femmes parce que celles-ci reportent leur traitement, ne sont pas prises en compte par les programmes de promotion sanitaire et font face à la stigmatisation et à la discrimination. Ainsi, en Afrique, le nombre de décès dus à la tuberculose associée au VIH est 20 % plus élevé chez les femmes que chez les hommes³¹.

De plus, l'intégration des services de traitement du VIH et du sida aux services de santé sexuelle et reproductive (p. ex. les services de planification familiale et de soins prénatals) peut aider à satisfaire les différents besoins des femmes et à potentiellement réduire la stigmatisation. Les femmes vivant avec le VIH sont souvent jugées négativement pour leur choix en matière de santé reproductive et sexuelle. Il leur est recommandé d'éviter la grossesse, et elles sont parfois victimes de stérilisation ou d'interruption de grossesse forcées. D'autre part, les hommes sont souvent influencés par les pressions sociales qui rendent difficile leur adoption de comportements protecteurs pour eux-mêmes et pour leurs partenaires sexuels. Par exemple, comme les hommes sont plus susceptibles d'avoir recours à des services de traitement de la TB et des IST, l'intégration des services de traitement du VIH et du sida est susceptible d'aboutir à une couverture et à un accès au traitement plus élargis pour les hommes et les garçons. Les indicateurs de la présente section ont pour objectif d'examiner les tendances pour mesurer les progrès réalisés dans ce domaine³².

NIVEAU 1

2.3.1 Pourcentage de cas estimés de tuberculose présentant une infection au VIH et qui ont bénéficié d'un traitement correspondant aux deux affections

Définition : la proportion de personnes séropositives atteintes de tuberculose qui ont subi un traitement correspondant aux deux affections. Cet indicateur mesure les progrès réalisés dans le dépistage et le traitement de la TB chez les personnes vivant avec le VIH.

²⁹ ONUSIDA/OMS, http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/policy%20statement_gwh.pdf

³⁰ Pillay, T. et al. « The increasing burden of tuberculosis in pregnant women, newborns and infants under 6 months of age in Durban, KwaZulu-Natal. » *The South African Medical Journal*, novembre 2001, n°91, p. 983–7.

³¹ OMS, Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde, 2012.

³² Des travaux supplémentaires en vue de développer des indicateurs d'intégration sont actuellement en cours. Quand les indicateurs seront finalisés, ils seront disponibles dans le Registre des indicateurs (<http://www.indicatorregistry.org>).

Numérateur : le nombre d'adultes et d'enfants infectés par le VIH qui ont subi une trithérapie antirétrovirale en accord avec le protocole de traitement national approuvé (ou les normes de l'OMS/ONUSIDA) et qui ont commencé un traitement pour la TB (en accord avec les directives sur le programme national de traitement de la TB).

Dénominateur : nombre estimé de cas de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.

Ventilation : âge (moins de 15 ans, 15 ans ou plus), sexe.

Fiche de référence complète : Rapport d'activité 2013 sur la riposte au sida dans le monde, Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique 2011 de l'ONU sur le VIH/sida. http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_fr.pdf ; <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

NIVEAU 2

2.3.2 Proportion de patients orientés vers un service et qui l'ont utilisé

Définition : proportion des patients orientés vers un service de traitement du VIH et qui l'ont utilisé. Dans le cadre de l'égalité de genre et du VIH : la proportion de patients se présentant à des services de traitement du VIH qui ont été orientés vers divers autres services et qui ont demandé et reçu des soins au service recommandé. Les services recommandés peuvent inclure des services relatifs à la VBG, à la nutrition, à la santé mentale, aux activités économiques, etc.

Numérateur : le nombre de patients qui ont utilisé le service vers lequel ils avaient été orientés. Les services concernés sont liés aux domaines suivants : la VBG, la nutrition, la santé mentale, les activités économiques, etc.

Dénominateur : le nombre de patients orientés vers un service spécialisé par les services référents.

Ventilation : sexe.

Ce que l'indicateur mesure : dans le contexte de plus en plus complexe des services, l'intégration des services de traitement du VIH entre eux et avec d'autres services s'avère être un facteur important en matière d'accessibilité des services aux patients et de garantie de leur efficacité au sein du système de santé et, au bout du compte, pour l'amélioration des résultats auprès des individus et des familles. L'intégration de divers services de traitement du VIH dans un continuum homogène suscite un certain intérêt (p. ex. l'intégration de CDV avec la thérapie ARV) ; il en va de même pour l'intégration des services de traitement du VIH avec d'autres services de santé (p. ex. la planification familiale [FP], le traitement de la tuberculose [TB] et les soins prénatals) ainsi que pour l'intégration de divers services de traitement du VIH avec des services extérieurs au système de santé (p. ex. les services éducatifs, les services sociaux et de protection, etc.). Par exemple, l'orientation d'un patient vers un service de dépistage du VIH fait partie de la formule complète proposant des services intégrés PF/VIH et constitue un élément important de la prévention du VIH, y compris la PTME. Les femmes sont susceptibles de profiter particulièrement d'une telle approche, étant donné qu'elles sont moins mobiles et disposent de temps et de ressources limités

pour accéder à des services séparés. Aussi, la formalisation et le suivi des liens entre les services, en accordant une attention toute particulière à leur accessibilité pour les femmes et les communautés marginalisées, s'avèrent-ils essentiels.

Outil de mesure : liste des patients orientés vers un service spécialisé ou liste des activités/ services ; registres du service référent, bordereaux de suivi-patient, registres des intervenants communautaires.

Méthode de mesure : les données doivent inclure :

- le nombre d'orientations de patients vers un service spécialisé et/ou de contre-références réalisées et suivies par le patient (s'il est possible de collecter ce type d'informations).
- le type d'orientation (le service vers lequel le patient est orienté), et
- le lieu vers lequel/ depuis lequel le patient a été orienté.

Le numérateur est généré en comptant le nombre de patients pour lesquels il est possible de prouver, d'après leur dossier médical, qu'ils ont utilisé le service vers lequel ils ont été orientés, soit sur le registre du service initial qui les avait orientés mis à jour lors de leur visite suivante, soit auprès du service vers lequel ils ont été orientés et où le bordereau de suivi-patient a été collecté et renvoyé au service référent, à la fin de la période de rapport.

Le dénominateur correspond au comptage de tous les patients qui ont été orientés vers un service spécialisé par un service/un établissement de santé référent, quel que soit le type de soins requis, comme spécifié dans le registre à la fin de la période de rapport. Afin d'être exploitées au mieux pour les décisions de gestion, les données doivent être examinées selon une ventilation par service. Par exemple, les orientations des patients CDV séropositifs vers un service s'occupant spécifiquement d'initier leur thérapie ARV doivent être suivies de manière granulaire et non pas mélangées avec les autres orientations de patients qui n'y sont pas associées, comme celle des patients nécessitant une thérapie préventive par INH contre la tuberculose, etc.

Facteurs à prendre en compte : généralement, l'élaboration d'un mécanisme formel pour répertorier les orientations de patients nécessite de travailler avec des organisations partenaires afin d'obtenir toutes les données pertinentes. Cependant, il est parfois impossible d'obtenir des données relatives aux orientations de patients ou aux contre-références émises et suivies. Des informations supplémentaires (p. ex. le pourcentage d'orientations de patients vers un service spécialisé que le patient a utilisé) permettent d'identifier les problèmes et d'améliorer le système d'orientation des patients.

Cet indicateur ne mesure pas la pertinence des orientations de patients individuelles émises par le professionnel de santé/intervenant, ni la qualité des services reçus par les individus. Cet indicateur ne mesure pas non plus la bonne mise en œuvre des protocoles, ni le niveau de qualité des données relatives aux orientations de patients vers des services spécialisés.

Source : Le Fonds mondial, CSS 3.2 (Guide de suivi et d'évaluation, Partie 5 : Renforcement des systèmes de santé et des systèmes communautaires, Le Fonds mondial, 2011) ; d'après les indicateurs de la diversité sexuelle de l'IPPF : Indicateur 4, Partenariats (p. 5). <http://www.ahrq.gov/>; Referral System Assessment and Monitoring Toolkit

NIVEAU 3

2.3.3 Nombre de femmes et d'hommes séropositifs possédant des partenaires féminins à qui l'on a remis sur place des moyens de contraception modernes

Définition : le nombre de femmes séropositives et d'hommes séropositifs possédant des partenaires féminins à qui l'on a remis des contraceptifs sur place.

Comptage : le nombre de femmes séropositives et d'hommes séropositifs possédant des partenaires féminins à qui l'on a remis sur place des moyens de contraception modernes.

Ventilation : cadre (consultation externe/établissement de santé, communauté/domicile).

Ce que l'indicateur mesure : Cet indicateur fournit des informations sur le nombre total d'individus, comptés une seule fois, à qui l'on a remis sur place des moyens de contraception modernes. En déterminant l'étendue du service, cet indicateur aide à démontrer dans quelle mesure les PVVIH ont accès à des moyens de contraception modernes. Il n'indiquera pas les moyens spécifiques en question ni leur efficacité à prévenir de la grossesse. Dans l'établissement de la couverture, le dénominateur surestimera le nombre de personnes nécessitant un contraceptif, étant donné qu'il pourrait inclure les femmes qui ne sont plus en âge de procréer, les femmes qui souhaitent avoir un enfant, les femmes qui ne souhaitent pas utiliser de contraceptifs ainsi que les femmes et leurs partenaires qui ne sont pas évalués sur leur intention de procréation. Cet indicateur ne se réfère généralement qu'au recours aux services SSR des établissements de santé ; cependant, les évaluateurs peuvent décider d'inclure les services SSR assurés par des prestataires du même type ou des agents de santé communautaires. Parmi les services de santé présentant un intérêt particulier figurent le soutien psychologique, le dépistage et le traitement liés au VIH, le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), ainsi que les services de soutien psychologique et d'intervention liés à la circoncision masculine.

Outil de mesure : les données peuvent être obtenues à l'aide des outils de suivi de programmes existants ou adaptés, tels que les registres/bases de données des établissements de santé ou les registres et dossiers du patient/client.

Méthode de mesure : cet indicateur peut être généré en comptant le nombre de femmes séropositives et d'hommes séropositifs ayant une femme comme partenaire et à qui l'on a remis sur place un moyen de contraception moderne dans le cadre d'un programme de consultation externe/en établissement de santé ou communautaire/au domicile, pendant la période de rapport. Les moyens de contraception modernes comprennent les pilules contraceptives orales combinées, les progestatifs injectables, les dispositifs intra-utérins, les pilules progestatives et les implants hormonaux. La vasectomie et la stérilisation féminine sont également incluses.

Dans le cas des hommes séropositifs, leurs besoins en planification familiale et ceux de leur partenaire pourront initialement être évalués et, s'il s'avère souhaitable, la/les partenaire(s) féminin(s) de ces hommes séropositifs se verra(ont) proposer un moyen de contraception (soit à la consultation externe ou dans un lieu communautaire, ou dans un autre endroit où le service est fourni). Cependant, seuls les hommes séropositifs devraient être comptés dans le cadre de cet indicateur. Puisque l'homme séropositif constitue l'indice patient, les partenaires féminins ne devraient pas être comptés excepté si elles sont des clientes séropositives du programme.

Notes sur la ventilation : étant donné qu'il est possible que le même individu bénéficie des services d'un établissement de santé et d'un service communautaire, les équipes de pays pourront choisir, lors de la ventilation de cet indicateur sur des partenaires multiples, d'autoriser le comptage double, auquel cas le « nombre de personnes ayant bénéficié des services communautaires » + le « nombre de personnes ayant bénéficié des services d'un établissement médical » \geq le « nombre total de personnes ayant bénéficié d'un service ».

Facteurs à prendre en compte : les services de planification familiale et de contraception (financés par des programmes complémentaires) constituent un élément clé des interventions de prévention minimum chez les PVVIH (Indicateur P7.1.D), ce qui consolide la mise à disposition de services de prévention du VIH complets et fondés sur des données probantes pour les PVVIH. Cet indicateur tente d'établir la mesure dans laquelle un programme intègre les services de contraception moderne aux services destinés aux femmes séropositives ainsi qu'aux hommes séropositifs par l'intermédiaire de leur partenaire féminin.

L'évaluation du désir de grossesse des PVVIH devrait idéalement être intégrée à la plupart des services du programme et réalisée lors de chaque entretien avec les clients par un professionnel de la santé ou un conseiller. Pour celles qui ne souhaitent pas une grossesse dans l'immédiat, la prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives constitue un facteur clé de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME). Étant donné le taux élevé de grossesses non désirées documenté chez les femmes séropositives, il devient absolument critique d'évaluer les désirs de fertilité des PVVIH tout en leur proposant des services d'assistance et de soutien en matière de contraception.

Idéalement, les programmes devraient intégrer un soutien en matière de planification familiale et donner accès aux moyens de contraception, permettant ainsi l'accès immédiat à des services de soutien et d'assistance en continu. Les interventions en consultation externe/en établissement de santé devraient être renforcées par le biais de programmes communautaires. Tous les programmes communautaires proposant des services de prévention pour les PVVIH devraient comprendre les liens et les orientations de patients adéquats aux programmes en consultation externe/en établissement de santé.

Les moyens de contraception modernes proposés sur place doivent toujours être accompagnés :

- d'une évaluation du désir de grossesse,
- d'une évaluation des besoins contraceptifs, et
- d'un filtrage de l'éligibilité médicale des femmes en matière de contraceptifs.

Source : <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

2.4 Implication des hommes

Outre le fait de contribuer aux risques d'infection et à la vulnérabilité des femmes, les normes de genre et l'inégalité des relations de pouvoir entre les femmes et les hommes peuvent également influencer le risque d'infection au VIH chez les hommes. Les normes culturelles en matière de masculinité font souvent obstacle à la mise en œuvre efficace de la riposte au VIH et au sida : elles entravent particulièrement le changement des dynamiques de pouvoir entre les hommes et les femmes ainsi que la possibilité pour les hommes à obtenir des informations, à bénéficier d'un traitement et d'un accompagnement ou à assumer leur part de responsabilité en matière de soins. Les normes et la vision traditionnelles et stéréotypées des femmes, des hommes et des relations qu'ils entretiennent entre eux freinent l'efficacité de la riposte au VIH. Un nombre croissant de preuves donne à penser que l'élaboration méticuleuse d'interventions sexotransformatrices auprès des hommes et des garçons peut engendrer des améliorations importantes des attitudes et des pratiques en matière de genre chez les hommes et les garçons, avec une incidence sur les risques d'infection au VIH et l'impact des interventions. Les rôles rigides actuellement assignés à chacun des sexes poussent les hommes et les garçons à identifier leur masculinité à des comportements risqués et, inversement, à considérer les comportements en faveur des soins de santé comme allant à l'encontre de leur masculinité. Par conséquent, l'implication des hommes et des garçons — qui sont les partenaires et proches des femmes et des filles, des chefs de communauté et des décideurs, les auteurs d'actes de discrimination et de violence, et des personnes ayant des besoins en matière de santé sexuelle et reproductive spécifiques à leur sexe — dans les questions liées aux inégalités de genre dans le contexte du VIH s'avère critique. Les programmes relatifs à la santé reproductive, au VIH et aux autres services associés devraient inclure un travail de collaboration avec les hommes et les garçons visant à changer les normes en matière de paternité, de responsabilité sexuelle, de prise de décision et de violence. La prise en charge de la santé sexuelle et reproductive des hommes profite à la fois aux résultats en matière de santé des hommes et des femmes. Par exemple, une éducation en matière de VIH/sida, adaptée à l'âge et au sexe des jeunes gens qui la reçoivent, peut éventuellement changer les perceptions qui influenceront ensuite les comportements³³. Une telle approche peut également constituer un tremplin important à l'éducation des hommes concernant la vulnérabilité des femmes à l'infection au VIH et promouvoir leurs rôles en tant qu'acteurs de changement.

NIVEAU 2

2.4.1 Nombre de visites réalisées par les jeunes hommes auprès de services de santé sexuelle et reproductive spécifiques

Définition : le nombre de visites réalisées par de jeunes hommes auprès de services de santé reproductive et sexuelle (SSR) spécifiques, mesuré par le biais des dossiers médicaux de l'établissement de santé (seule l'utilisation du service est mesurée).

Comptage : le nombre de jeunes âgés de 10 à 24 ans utilisant un service SSR, ventilé par le service reçu, sur une période définie. Cet indicateur ne se réfère généralement qu'au recours aux services

³³ EngenderHealth et Association de planification familiale d'Afrique du Sud (Planned Parenthood Association of South Africa), 2001. *Men as Partners*.

SSR des établissements de santé ; cependant, les évaluateurs peuvent décider d'inclure les services SSR assurés par des prestataires du même type ou des agents de santé communautaires. Parmi les services de santé présentant un intérêt particulier figurent les services de conseil, de dépistage et de traitement en matière de VIH, le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), ainsi que les services de conseil et d'intervention liés à la circoncision masculine.

Ventilation : type de service.

Fiche de référence complète : d'après la base de données des indicateurs de santé reproductive de la population, PF/SR de MEASURE Evaluation http://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/specific/arh/use-of-specified-rh-health-services-by-young
<http://www.engenderhealth.org/files/pubs/gender/ppasamanual.pdf>

2.4.2 Pourcentage de femmes enceintes ayant recours à des services de santé prénatale et dont le partenaire masculin a subi un test de dépistage du VIH

Définition : le pourcentage de femmes enceintes ayant recours à des services de santé prénatale et dont le partenaire masculin a subi un test de dépistage du VIH pendant la grossesse de sa partenaire, au cours des 12 mois précédents.

Numérateur : le nombre de femmes enceintes utilisant des services de santé prénatale et dont le partenaire masculin a subi un test de dépistage du VIH, au cours des 12 mois précédents.

Dénominateur : le nombre estimé de femmes enceintes au cours des 12 mois précédents.

Ventilation : âge.

Fiche de référence complète : OMS, indicateur G1b (p. 38). *Guide sur les indicateurs pour le suivi et le bilan de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida* :
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501347_eng.pdf

NIVEAU 3

2.4.3 Disponibilité d'informations accessibles, pertinentes et fiables sur la santé sexuelle et reproductive (SSR) à l'attention des hommes jeunes

Définition : le nombre et les types de sources proposant des informations accessibles, pertinentes et fiables sur la santé sexuelle et reproductive (SSR) s'adressant spécifiquement aux adolescents et aux jeunes hommes de 10 à 24 ans. Les sources d'informations peuvent englober les médias, les programmes et les établissements de santé, les programmes de mentorat et d'éducation par les pairs, les programmes d'éducation sexuelle pour les jeunes hommes scolarisés ou non scolarisés, une éducation et des services de santé reproductive proposés au niveau communautaire ou sur le lieu de travail. Il faut définir localement les besoins liés à l'accessibilité de ces services, en prenant en compte la zone géographique ainsi que les moyens de transport et de communication qui sont facilement accessibles par la majorité de la population.

Une zone d'étude géographique ou programmatique devra être définie. Les ressources et les opportunités de participation au programme doivent être facilement disponibles et accessibles, et idéalement présentées dans un format et un cadre centrés sur les hommes et/ou incitant à la participation masculine. Les informations pertinentes et fiables qui sont fournies s'intéressent aux besoins, aux inquiétudes et aux risques encourus par la population cible en matière de SSR. Elles s'appuient sur des directives, des ressources, des campagnes médiatiques, des formations et des programmes éducatifs, à la fois appropriés, pédagogiques et motivants, élaborés et testés pour les groupes d'âge ciblés et ayant fait l'objet de recherches rigoureuses au préalable.

Comptage : le nombre de sources d'informations SSR à l'attention des jeunes hommes.

Ventilation : type.

Fiche de référence complète : Base de données des indicateurs de santé reproductive de la population, PF/SR de MEASURE Evaluation

http://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/specific/me/availability-of-accessible-relevant-and-accurate-information-about-sexual-and-reproductive-health-tailored-to-young-men

3.1 Personnes vivant avec le VIH

Les personnes vivant avec le VIH doivent faire face à un ensemble de problèmes qui résultent des inégalités de genre. L'insuffisance de fonds ou le manque de contrôle sur les dépenses du ménage empêchent souvent les femmes d'accéder à la TAR. Nombre d'entre elles, plus particulièrement celles vivant avec le VIH, perdent leur foyer, leur héritage, leurs biens, leurs moyens de subsistance voire même leurs enfants quand leur partenaire décède. Aussi, les programmes de partage des coûts désavantagent-ils souvent plus les femmes que les hommes. Les programmes qui encouragent les opportunités économiques pour les femmes (p. ex. par le biais de programmes de microfinance ou de microcrédit, de formations professionnelles ainsi que d'autres activités rémunératrices), peuvent protéger et promouvoir leurs droits de succession et intensifier les efforts pour garder les filles à l'école. Les indicateurs de cette section couvrent les questions qui doivent être abordées pour les PVVIH dans le contexte des questions de genre.

NIVEAU 2

3.1.1 Pourcentage de patients suivant une TAR qui bénéficient de programmes de microentreprise ou de microfinance

Définition : la proportion des patients suivant une TAR qui bénéficient d'un programme de microfinance quelconque, dans une région ou un pays donné.

Numérateur : le nombre de patients suivant une TAR qui bénéficient de programmes de microentreprise ou de microfinance

Dénominateur : le nombre total de patients interrogés suivant une TAR.

Ventilation : sexe.

Fiche de référence complète : OMS, Monitoring Equity in Access to AIDS Treatment Programs, Intersectoral Action 8b (p. 73) :

<http://apps.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?sesslan=1&codlan=1&codcol=15&codcch=801>

NIVEAU 3

3.1.2 Proportion de personnes âgées de 15 ans ou plus et vivant avec le VIH qui ont bénéficié sur place de services de conseil et d'accompagnement en matière de réduction de leur consommation d'alcool

Définition : la proportion de personnes vivant avec le VIH qui ont bénéficié de services de conseil et d'accompagnement en matière de réduction de leur consommation d'alcool, au cours d'une consultation auprès d'un professionnel de la santé.

Numérateur : le nombre de personnes (de 15 ans ou plus) vivant avec le VIH qui ont bénéficié sur place de services de conseil et d'accompagnement concernant la réduction de leur consommation d'alcool.

Dénominateur : le nombre d'individus séropositifs (de 15 ans ou plus) ayant bénéficié au moins d'un service de consultation externe.

Ventilation : sexe, contexte (établissement/consultation externe, communauté/domicile).

Ce que l'indicateur mesure : cet indicateur donne des informations sur le nombre total d'individus comptés une seule fois ayant bénéficié de services de conseil et d'accompagnement concernant la réduction de leur consommation d'alcool, dans le cadre d'un service proposé sur place. En déterminant l'étendue du service (utilisation du numérateur uniquement), cet indicateur aide à démontrer la mesure dans laquelle les PVVIH bénéficient de services de conseil et d'accompagnement relatifs à la réduction de leur consommation d'alcool dans le cadre de l'ensemble des soins reçus. Les conseils et l'accompagnement en matière de réduction d'alcool font partie de la démarche de prévention complète des PVVIH. La consommation d'alcool va de pair avec un comportement sexuel plus risqué, avec une observance amoindrie du traitement aux ARV et avec la VBG, facteurs qui viennent accroître le risque de transmission et d'exposition au VIH. En Afrique subsaharienne, le taux de consommation d'alcool chez de nombreux individus séropositifs est élevé ; et pourtant, des efforts minimes ont été faits pour évaluer la consommation d'alcool chez les PVVIH et intégrer un service d'accompagnement visant à réduire (si ce n'est éliminer) la consommation d'alcool chez les PVVIH dans le cadre de leurs soins.

Ce type de services s'avère essentiel et nécessite la plus grande attention. Les programmes devraient inclure une évaluation routinière de la consommation d'alcool à chaque fois que le client consulte des professionnels de la santé et des conseillers. Idéalement, les programmes devraient intégrer des conseils et un accompagnement en matière de réduction de la consommation d'alcool afin de donner accès aux services de conseil et d'accompagnement. Toutes les interventions en consultation externe/en établissement de santé devraient être renforcées par le biais de programmes communautaires. Les patients présentant des problèmes liés aux drogues et à l'alcool devraient être orientés vers des programmes de traitement de la toxicomanie, lorsqu'ils sont disponibles. Tous les programmes communautaires proposant des services devraient être reliés de manière adéquate aux programmes de consultation externe/en établissement de santé et être en mesure d'orienter les patients vers de tels programmes.

Outil de mesure : les données peuvent être obtenues à l'aide des outils de suivi de programme existants ou adaptés, tels que les registres/bases de données des établissements de santé ou les registres et dossiers du patient/client.

Méthode de mesure : le numérateur peut être généré en comptant le nombre de PVVIH qui ont bénéficié sur place d'informations relatives à la réduction de la consommation d'alcool, de conseils et d'un accompagnement en matière d'élimination ou de réduction de la consommation d'alcool pendant la période de rapport, soit dans le cadre d'un programme de consultation externe/en établissement de santé ou communautaire/au domicile. Les conseils et l'accompagnement fournis en matière de réduction de la consommation d'alcool peuvent être proposés sous les formes suivantes : le prestataire de santé et/ou le conseiller proposent des messages encourageant l'abstinence ou la réduction de la consommation, des séances de conseil privées ou des services d'accompagnement dont, entre autres, des séances de sensibilisation en petit groupe et des groupes d'accompagnement. Le dénominateur correspond au nombre d'individus séropositifs (de 15 ans ou plus) ayant bénéficié au moins d'un service en consultation externe. Le numérateur est divisé par le dénominateur.

Notes sur la ventilation : étant donné qu'il est possible que le même individu bénéficie des services d'un établissement de santé comme de services communautaires, les équipes de pays pourront choisir, lors de la ventilation de cet indicateur sur des partenaires multiples, d'autoriser le comptage double, auquel cas le « nombre de personnes ayant bénéficié de services communautaires » + le « nombre de personnes ayant bénéficié des services d'un établissement médical » \geq le « nombre total de personnes ayant bénéficié d'un service ».

Facteurs à prendre en compte : La fiabilité des indicateurs dépendra de la qualité des données de l'établissement de santé et du programme.

Source : <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

3.1.3 Pourcentage des PVVIH qui ont entendu parler de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida

Définition : la proportion des PVVIH qui ont entendu parler de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida dans une région ou un pays donné.

Numérateur : le nombre de PVVIH interrogées dans une région ou un pays qui ont entendu parler de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida à un moment donné.

Dénominateur : le nombre total de PVVIH interrogées.

Ventilation : sexe (ou genre auto-identifié), groupes sociaux (populations clés), âge.

Ce que l'indicateur mesure : de nombreuses PVVIH n'ont pas conscience de leurs droits et de la manière de les protéger ou ne pensent pas qu'il soit possible de faire respecter leurs droits. Cet indicateur mesure le degré de conscience chez la population PVVIH de l'existence de cette importante Déclaration qui protège leurs droits.

Outil de mesure : enquête sur l'indice de la stigmatisation liée au VIH.

Méthode de mesure : il est demandé aux personnes interrogées si elles ont entendu parler de cette déclaration. Celles qui répondent « oui » sont placées dans le numérateur. Toutes les personnes interrogées sont placées dans le dénominateur. Le numérateur est ensuite divisé par le dénominateur.

Facteurs à prendre en compte : cet indicateur mesure le degré de conscience chez les PVVIH et non pas si elles se sentent suffisamment responsabilisées pour exercer leurs droits. Il ne mesure pas non plus le poids exercé par cette Déclaration dans un pays donné, ni son application effective.

Source : Indice de la stigmatisation liée au VIH : <http://www.stigmaindex.org/about-index>; http://www.ippf.org/sites/default/files/piecing_it_together.pdf

3.1.4

Pourcentage de PVVIH qui connaissent leurs droits et qui savent comment les protéger

Définition : la proportion de PVVIH qui connaissent leurs droits comme stipulés dans les lois, les règlements ou les politiques existants qui entravent l'efficacité de la prévention, du traitement, des soins et de l'accompagnement en matière de VIH pour les populations vulnérables, et qui savent comment les protéger.

Numérateur : questions à poser : Savez-vous qu'à/au/en (nom du pays), les PVVIH ont droit à (liste des droits du pays en question, tel que le droit au traitement, à l'emploi, etc.) ?

- X (p. ex. à l'emploi)
- Y (p. ex. au traitement)

Dénominateur : le nombre total de PVVIH interrogées.

Ventilation : sexe (ou genre auto-identifié) de la personne interrogée, groupes sociaux (MARPs), âge.

Ce que l'indicateur mesure : dans de nombreux pays, le degré de connaissance des PVVIH concernant leurs droits légaux demeure faible, particulièrement chez les femmes. L'UNGASS NCPI collecte des informations auprès des gouvernements sur l'existence de telles lois, règlements et politiques, alors que cet indicateur évalue le degré de connaissance de celles-ci chez les populations concernées. Il peut être de l'intérêt des responsables et des évaluateurs de programmes de savoir dans quelle mesure les PVVIH connaissent leurs droits comme définis par les lois et les politiques de leurs pays. Cet indicateur de résultats évalue dans quelle mesure les PVVIH ont conscience de l'existence de tels droits.

Outil de mesure : enquête démographique.

Méthode de mesure : cet indicateur est mesuré en posant une série de questions, comme définie ci-dessus, élaborée selon chaque pays pour refléter les droits légaux et constitutionnels du pays en question. Si une personne répond « oui » à l'une quelconque des questions posées, elle est placée dans le numérateur. Ce nombre est ensuite divisé par le dénominateur qui comprend le nombre total des personnes interrogées.

Facteurs à prendre en compte : la mesure de cet indicateur illustre uniquement le degré de connaissance des personnes interrogées concernant une loi donnée et ne mesure en aucun cas à quel point les personnes interrogées comprennent les droits légaux des PVVIH et ce à quoi elles ont droit. Dans les lieux où les droits légaux des femmes sont très limités, cet indicateur peut s'avérer inutile. Cependant, il peut être utilisé pour suivre les changements se produisant sur la durée, au fur et à mesure que la législation commence à inclure davantage de droits pour les PVVIH.

Source : Indice de stigmatisation liée au VIH : <http://www.stigmaindex.org/about-index>; http://www.ippf.org/sites/default/files/piecing_it_together.pdf

3.2 Populations clés

La question de l'inégalité de genre prend une importance grandissante dans l'élaboration des programmes s'adressant aux populations clés. Pour être efficaces, les programmes liés au VIH doivent prendre en compte les dynamiques de genre des professionnel(le)s du sexe et des CDI afin que les interventions soient basées sur ces facteurs d'influence. Les hommes et les femmes CDI présentent des comportements de consommation et d'injection de drogues différents, un accès différent aux thérapies de substitution ainsi qu'aux services de conseil et de dépistage³⁴. Par exemple, les femmes CDI s'injectent de la drogue souvent après leur partenaire en raison des relations de pouvoirs existant entre eux ou parce qu'elles ne savent pas comment s'injecter la substance, et leur partenaire la leur injecte dans la plupart des cas. Par ailleurs, les femmes CDI doivent faire face à la violation de certains de leurs droits humains spécifiques, comme notamment l'éloignement forcé de leurs enfants — pratique qui peut les retenir d'approcher les services pouvant les aider. Les partenaires féminins des hommes CDI peuvent ne pas éprouver le besoin d'accéder aux services de dépistage et de soins du VIH ou peuvent hésiter à y avoir recours par peur de la violence dont elles pourraient être victimes. Les indicateurs de la présente section ont été sélectionnés de façon à rendre possible une focalisation sur les questions de genre affectant les populations clés.

NIVEAU 1

3.2.1 Pourcentage de populations clés ayant bénéficié de programmes de prévention contre le VIH

Définition : la proportion des populations clés qui ont bénéficié des programmes de prévention contre le VIH dans une région ou un pays donné.

Numérateur : le nombre de populations clés qui ont bénéficié d'une formule (minimum) de base en matière de service de prévention contre le VIH.

Dénominateur : le nombre estimé de populations clés ciblées.

Ventilation : populations clés (jeunes, minorités ethniques, professionnel(le)s du sexe, etc.), puis leur âge, sexe (pour les professionnel(le)s du sexe hommes/femmes et les transgenres).

Fiche de référence complète : <http://www.indicatorregistry.org>

3.2.2 Professionnel(le)s du sexe : programmes de prévention

Définition : le pourcentage de professionnel(le)s du sexe ayant bénéficié de programmes de prévention contre le VIH.

³⁴ Kozul, K. et al. « Risk behavior of customers in centers for free voluntary HIV counselling and testing in two Croatian cities—Osijek and Zadar ». *Collegium Antropologicum*, juin 2010, n°34(2) : p. 509-13.

Numérateur : le nombre de professionnel(le)s du sexe qui ont répondu « oui » aux deux questions suivantes :

- Savez-vous où aller pour un dépistage du VIH ?
- Avez-vous obtenu des préservatifs au cours des 12 derniers mois ? (par exemple auprès d'un service de proximité, d'un centre d'accueil, d'un dispensaire de santé sexuelle) ?

Dénominateur : le nombre total de professionnel(le)s du sexe interrogés.

Ventilation : sexe (féminin, masculin, transgenre), âge (moins de 25 ans, 25 ans ou plus).

Fiche de référence complète : Rapport d'activité 2013 sur la riposte au sida dans le monde, Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique 2011 de l'ONU sur le VIH/sida. http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_fr.pdf, indicateur n°1.7. Guide de suivi et d'évaluation. « HIV, Tuberculosis, Malaria and Health and Community Systems Strengthening », 2011, #HIV-P5: <http://reliefweb.int/report/world/monitoring-and-evaluation-toolkit-hiv-tuberculosis-malaria-and-health-and-community>

3.2.3 Prévalence du VIH chez les populations clés

Définition : le pourcentage de populations clés vivant avec le VIH. La proportion devrait être calculée séparément pour chaque groupe de population.

Numérateur : le nombre de CDI, HSH, transgenres, PS dont le test de dépistage du VIH est positif.

Dénominateur : le nombre de personnes dans une population clé dont le test de dépistage du VIH est positif.

Ventilation : population clé (PS, CDI, HSH, transgenres), sexe, âge.

Fiche de référence complète : Rapport d'activité 2013 sur la riposte au sida dans le monde, Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique 2011 de l'ONU sur le VIH/sida. http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_fr.pdf ; <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

3.2.4 Consommateurs de drogues injectables : pratiques d'injection sans risques

Définition : la proportion de personnes consommatrices de drogues injectables qui déclarent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection de drogues.

Numérateur : le nombre de personnes consommatrices de drogues injectables qui déclarent avoir utilisé du matériel d'injection stérile lors de leur dernière injection de drogues.

Dénominateur : le nombre de personnes consommatrices de drogues injectables qui ont déclaré avoir consommé des drogues injectables au cours du mois précédent.

Ventilation : âge (moins de 25 ans, 25 ans ou plus), sexe.

Fiche de référence complète : Rapport d'activité 2013 sur la riposte au sida dans le monde, Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique 2011 de l'ONU sur le VIH/sida, indicateur 2.3 (p. 54) : http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_fr.pdf

3.2.5 Professionnel(le)s du sexe : utilisation du préservatif

Définition : le pourcentage de professionnel(le)s du sexe qui rapportent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client.

Numérateur : le nombre de professionnel(le)s du sexe qui rapportent avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client.

Dénominateur : le nombre de professionnel(le)s du sexe qui ont rapporté avoir eu des rapports sexuels tarifés au cours des 12 mois précédents.

Ventilation : sexe (féminin, masculin, transgenre), âge (moins de 25 ans, 25 ans ou plus).

Fiche de référence complète : Rapport d'activité 2013 sur la riposte au sida dans le monde, Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique 2011 de l'ONU sur le VIH/sida, indicateur 1.8 (p. 34) : http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_fr.pdf

3.2.6 Consommateurs de drogues injectables : utilisation du préservatif

Définition : la proportion de consommateurs de drogues injectables qui rapportent avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels, au cours du mois précédent.

Numérateur : le nombre de consommateurs de drogues injectables qui ont rapporté avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels.

Dénominateur : le nombre de consommateurs de drogues injectables qui ont rapporté avoir consommé des drogues injectables et avoir eu des rapports sexuels au cours du mois précédent.

Ventilation : sexe, âge (moins de 25 ans, 25 ans ou plus).

Fiche de référence complète : Rapport d'activité 2013 sur la riposte au sida dans le monde, Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique 2011 de l'ONU sur le VIH/sida, indicateur 2.2 (p. 52) : http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_fr.pdf

NIVEAU 2

3.2.7 Consommateurs de drogues injectables : programmes de prévention

Définition : le nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par consommateur de drogues injectables par an par le biais de programmes de distribution d'aiguilles et de seringues.

Ce que l'indicateur mesure : il évalue les progrès réalisés dans la couverture d'un service essentiel de prévention du VIH chez les consommateurs de drogues injectables.

Fondement : la consommation de drogues injectables est la principale cause de transmission d'environ 10 % des infections au VIH dans le monde et 30 % des infections hors de l'Afrique subsaharienne. La prévention de la transmission du VIH par la consommation de drogues injectables est l'un des défis clés à relever pour réduire l'impact du VIH. Les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues (PAS) constituent l'une des neuf interventions de l'ensemble complet de services de l'OMS, de l'ONUSIDA et de l'ONUSIDA en matière de prévention, de traitement et de soins liés au VIH auprès des consommateurs de drogues injectables. Ce sont les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues qui ont l'impact le plus important sur la prévention du VIH chez les consommateurs de drogues injectables ; les preuves scientifiques ne manquent pas pour attester leur efficacité dans la prévention de la propagation du VIH (voir <http://www.who.int/hiv/topics/idu/needles/en/index.html>)

Numérateur : le nombre d'aiguilles et de seringues distribuées au cours des 12 mois précédents par les PAS.

Dénominateur : le nombre de consommateurs de drogues injectables dans le pays.

Calcul : numérateur/dénominateur.

Méthode de mesure : les données du programme qui sont utilisées pour compter le nombre d'aiguilles et de seringues distribuées (numérateur). Estimation du nombre de consommateurs de drogues injectables dans le pays (dénominateur).

Fréquence de mesure : tous les deux ans.

Ventilation : aucune.

Atouts et faiblesses : Quelques difficultés sur la façon de comptabiliser le nombre d'aiguilles et de seringues ont été rapportées. Les ensembles constitués d'une aiguille et d'une seringue de 1 ou 2 ml sont les plus couramment utilisés, mais on trouve aussi des seringues auxquelles des aiguilles supplémentaires doivent être ajoutées. Dans la plupart des cas, les seules données disponibles sont celles constituées par le nombre de seringues distribuées par les PSA et non pas celles des ventes en pharmacie. Estimer le nombre de populations de CDI au niveau du pays présente quelques défis. Il existe de multiples définitions des consommateurs de drogues injectables et les estimations de leur nombre peuvent fortement varier. Le groupe de référence du VIH et de la consommation de drogues injectables auprès des Nations Unies est chargé d'examiner les documents disponibles

pour arriver à estimer le nombre de consommateurs de drogues injectables et d'utiliser ces estimations lorsqu'il n'existe aucune information sur la taille de l'échantillon. Les pays peuvent suivre cet indicateur en se basant sur les niveaux de couvertures suivants :

- faible : <100 seringues par CDI par an
- moyen : >100– <200 seringues par CDI par an
- élevé : >200 seringues par CDI par an

Ces niveaux sont basés sur des études ayant été développées dans des cadres nationaux et sont le fruit d'enquêtes réalisées sur le niveau de la distribution des seringues et sur son impact sur la transmission du VIH. Veuillez noter que les niveaux requis pour la prévention de l'hépatite C sont susceptibles d'être bien plus élevés que ceux présentés ici.

Informations supplémentaires : une description complète de cet indicateur est consultable dans : OMS, ONUDC et ONUSIDA, Guide technique pour la définition d'objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009. (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/fr/index.html>). Pour toutes informations supplémentaires, veuillez consulter les ressources suivantes :

- *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among IDUs*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/e4a-needle/en/index.html>).
- ONUDC Global Assessment Programme on Drug Abuse. *Estimating prevalence: indirect methods for estimating the size of the drug problem*. Vienne, ONUDC, 2003.
- Hickman, M. et al. « Estimating the prevalence of problematic drug use: a review of methods and their application ». *Bulletin des stupéfiants des Nations Unies*, 2002, n°54 : p. 15–32.
- *Most at risk populations sampling strategies and design tool*. Atlanta, Département de la santé et des services humains des États-Unis, Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis, Équipe de surveillance GAP, 2009. (<http://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/default/files/content/pphg/surveillance/CDC-MARPs/index.htm>).
- http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/2011_Estimating_Populations_fr.pdf (lignes directrices 2010 relatives à l'estimation de l'échantillon des populations les plus exposées au VIH du Groupe de travail de l'OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST).
- Groupe de travail de l'OMS/ONUSIDA sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST : *Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV*. Genève, ONUSIDA, 2011. (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf)

3.2.8 Pourcentage de populations clés comptant des cas de syphilis active

Définition : la proportion de populations clés [professionnel(le)s du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, individus transgenres et consommateurs de drogues injectables] qui sont affectés par la syphilis active. La proportion devrait être calculée séparément pour chaque groupe de population.

Numérateur : le nombre de CDI, HSH, PS dont le test de dépistage de la syphilis est positif.

Dénominateur : le nombre de personnes du même groupe ayant subi un test de dépistage de la syphilis.

Ventilation : sexe, âge

Fiche de référence complète basée sur l'infection au VIH consultable à : *Guide sur les indicateurs pour le suivi et le bilan de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida*, février 2012. Indicateur 1.17 sur les IST : pourcentage de professionnel(le)s du sexe (PS) qui sont affecté(e)s par la syphilis active ; Indicateur 1.17 sur les IST : pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et qui sont affectés par la syphilis active. http://www.who.int/hiv/data/UA2012_indicator_guide_fr.pdf

3.2.9 Nombre de consommateurs de drogues injectables suivant un traitement de substitution aux opiacés (TSO)

Définition : le nombre de consommateurs de drogues injectables suivant un traitement de substitution aux opiacés.

Comptage : le nombre de consommateurs de drogues injectables suivant un TSO.

Ventilation : âge, sexe.

Fiche de référence complète : *Guide sur les indicateurs pour le suivi et le bilan de la riposte du secteur de la santé au VIH/sida*, février 2012, indicateur 2.6 : http://www.who.int/hiv/data/UA2012_indicator_guide_fr.pdf

3.3 Autres populations vulnérables

Les autres populations vulnérables correspondent aux groupes d'individus susceptibles d'être vulnérables au VIH par rapport au reste de la population, et qui bénéficient d'un accès plus limité aux services adéquats ou qui les utilisent beaucoup moins. Les orphelins et les enfants vulnérables en font notamment partie. Depuis le tout début de l'épidémie, les orphelins et enfants vulnérables (OEV) figurent parmi les groupes nécessitant une attention particulière. Les données disponibles indiquent que les garçons sont plus susceptibles d'être économiquement actifs que les filles, et que les filles sont plus souvent chargées de s'occuper des travaux et des soins à domicile, y compris de s'occuper de leurs jeunes frères et sœurs lorsque l'un des parents ou les deux sont encore en vie. Leur scolarisation est particulièrement préoccupante, puisqu'en abandonnant l'école elles s'exposent au risque d'infection au VIH de diverses manières. Les indicateurs de cette section s'intéressent aux différences de genre chez les OEV en matière de scolarisation et d'assistance financière.

NIVEAU 1

3.3.1 Scolarisation des orphelins

Définition : Le taux de scolarisation actuel des orphelins et des non-orphelins (10 à 14 ans, école primaire, école secondaire). Cet indicateur est divisé en deux parties afin de comparer les orphelins et les enfants non orphelins :

- partie A : taux actuel de fréquentation des orphelins âgés de 10 à 14 ans dans les écoles primaires et secondaires.
- partie B : taux actuel de fréquentation des orphelins âgés de 10 à 14 ans dans les écoles primaires et secondaires, dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un d'entre eux.

Numérateur :

- partie A : le nombre d'enfants âgés de 10 à 14 ans, ayant perdu leurs deux parents, scolarisés en école primaire et en école secondaire.
- partie B : le nombre d'enfants âgés de 10 à 14 ans, dont les deux parents sont toujours en vie et qui vivent avec au moins l'un d'entre eux, scolarisés en école primaire et en école secondaire.

Dénominateur :

- partie A : le nombre d'enfants dont les deux parents ne sont plus en vie.
- partie B : le nombre d'enfants dont les deux parents sont en vie et qui vivent avec au moins l'un d'entre eux.

Ventilation : sexe.

Fiche de référence complète : Rapport d'activité 2013 sur la riposte au sida dans le monde, Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique 2011 de l'ONU sur le VIH/sida. http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_fr.pdf ; <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

3.3.2 Soutien économique externe aux ménages les plus défavorisés

Définition : la proportion des ménages les plus défavorisés ayant bénéficié d'un soutien économique externe au cours du trimestre précédent.

Ce que l'indicateur mesure : il mesure les progrès réalisés dans l'apport d'un soutien économique externe aux ménages les plus pauvres affectés par le VIH et le sida.

Fondement : le soutien économique (qui se concentre sur l'assistance sociale et les aides financières) fourni aux ménages pauvres affectés par le VIH conserve un caractère fortement prioritaire dans bon nombre de programmes complets de soins et d'assistance. Cet indicateur reflète l'engagement international croissant pour une protection sociale tenant compte du VIH. Il reconnaît que les ménages devraient constituer le premier élément d'analyse, étant donné que de multiples services de soins et d'assistance sont dirigés au niveau des ménages. Le suivi de la couverture des ménages du quintile le plus pauvre dans lesquels vivent des orphelins reste une priorité en matière de développement.

Numérateur : le nombre de ménages les plus pauvres ayant reçu une forme quelconque de soutien économique externe au cours des 3 mois précédents. On définit le soutien économique externe comme une aide économique libre (subventions en espèces, aide pour les frais de scolarité, soutien matériel pour l'éducation, aide à la création de revenus en espèces ou en nature, aide alimentaire fournie au niveau du ménage et aide matérielle ou financière pour se loger) issue d'une source autre que les amis, la famille ou les voisins, à moins qu'ils ne travaillent pour un groupe ou une organisation à assise communautaire. Il est plus probable que cette source soit le gouvernement ou une organisation de la société civile.

Dénominateur : le nombre total des ménages les plus pauvres. On définit les ménages les plus défavorisés comme ceux situés dans le quintile le plus pauvre. Les pays devraient utiliser la définition et la méthode de mesure exacte de cet indicateur pour effectuer un suivi et établir un rapport d'activité des progrès standardisés aux niveaux national et mondial. Cela permettra de suivre les changements sur la durée et de faire des comparaisons entre les pays. Les pays peuvent toutefois ajouter ou exclure localement d'autres catégories (par exemple, d'autres quintiles de richesse) selon les besoins du pays en rapport à la planification et la mise en œuvre des programmes nationaux.

Calcul : numérateur/dénominateur.

Méthode de mesure : Enquêtes réalisées auprès de la population telles que les enquêtes démographiques et de santé, les enquêtes sur les indicateurs sida, les enquêtes en grappes à indicateurs multiples et les autres enquêtes représentatives.

Une évaluation de la richesse du ménage (en évaluant les biens qu'il possède) est réalisée lors de l'analyse des données en utilisant le quintile de richesse pour identifier les 20 % des ménages les plus pauvres. Cependant, vu qu'il n'est pas possible d'identifier les ménages les plus pauvres au moment de la collecte de données, les questions relatives au soutien économique devraient être posées à tous les ménages. Seuls ceux qui font partie du quintile de richesse le plus faible seront inclus dans l'indicateur.

Dans le cadre des enquêtes réalisées auprès des ménages, une liste du ménage doit être utilisée afin de connaître tous les membres du ménage en précisant leur âge, et d'identifier tous les ménages qui comptent des enfants âgés de moins de 18 ans et des orphelins, au cours des 12 mois précédant l'enquête. Des questions sont ensuite posées à tous les ménages qui répondent à ces critères au sujet des types de soutien économique qu'ils ont reçus au cours des trois mois précédents, ainsi que de la source primaire de cette aide. Les questions suivantes sont posées aux personnes interrogées ou aux chefs du ménage sur le type de soutien économique externe qu'ils ont reçu au cours des 3 mois précédents. Votre foyer a-t-il bénéficié de l'une des formes suivantes de soutien économique externe au cours des 3 derniers mois ? :

- a) un virement en espèces (p. ex. retraite, pension d'invalidité, bourse pour un enfant, à adapter selon le contexte national)
- b) aide pour les frais de scolarité
- c) aide matérielle pour l'éducation (p. ex. uniformes, livres scolaires, etc.)
- d) aide à la création de revenus en espèces ou en nature (p. ex. des intrants agricoles)
- e) aide alimentaire fournie au foyer ou dans une institution externe (p. ex., à l'école)
- f) aide matérielle ou financière pour se loger
- g) autre forme de soutien économique (préciser)

Une évaluation de la richesse du ménage (en évaluant les biens qu'il possède) est réalisée lors de l'analyse des données en utilisant le quintile de richesse au niveau duquel il sera possible d'évaluer la mesure dans laquelle les ménages les plus pauvres bénéficient d'un soutien externe.

Fréquence de mesure : tous les 4 à 5 ans.

Ventilation : il est recommandé de ventiler cet indicateur par type de soutien économique externe afin de suivre les différents types de soutien économique apportés — en particulier afin d'établir une distinction entre l'accès à une assistance sociale libre comme les transferts d'argent en espèces (qui s'adressent en général aux ménages pauvres où le taux de chômage est élevé) et les aides financières qui s'adressent en général aux ménages pauvres qui sont moins touchés par le chômage. Il est également recommandé de ventiler l'indicateur selon les ménages qui comptent ou non un orphelin, étant donné que le fait d'être orphelin demeure un déterminant principal de la vulnérabilité, en particulier pour ce qui est de l'accès aux services. Lorsque cela est possible, il faudra aussi ventiler les données par zone de résidence, rurale et urbaine. Pour ce qui concerne les pays qui choisissent d'ajouter des données relatives à des ménages appartenant à des quintiles de richesse autres que le quintile inférieur, l'indicateur peut également être comparé à d'autres quintiles de richesse, ce qui permet de savoir si le soutien économique externe atteint le quintile inférieur, par rapport aux quintiles supérieurs.

Atouts et faiblesses : cet indicateur apporte de nouvelles preuves de la nécessité d'accorder une attention plus grande aux aspects de la vulnérabilité relatifs aux moyens personnels ainsi qu'au fait que le ciblage basé sur la pauvreté extrême dans les contextes de forte prévalence du VIH garantit une bonne couverture des ménages pauvres affectés par le VIH et le sida³⁵. Des indicateurs

³⁵ Des données tirées des programmes d'assistance sociale mis en œuvre au Malawi et en Zambie montrent l'efficacité de l'utilisation de critères de vulnérabilité sans référence spécifique au sida pour cibler les enfants et les familles affectés par le VIH. Ces programmes ciblent les ménages vivant dans l'extrême pauvreté et touchés par le chômage. En utilisant ces critères, les chercheurs ont trouvé que 80 % des ménages directement affectés par le VIH et le sida, vivant dans l'extrême pauvreté et touchés par le chômage, avaient bénéficié du programme.

supplétifs portant sur l'affectation par le sida (comme la « maladie chronique ») ont rarement été associés au VIH, sont peu associés aux résultats négatifs en matière de développement, et se sont avérés difficiles à définir dans les questionnaires destinés aux ménages.

Cet indicateur montre les niveaux de changement du soutien économique apporté aux ménages les plus pauvres. Dans les contextes de forte prévalence en particulier, la majorité d'entre eux est susceptible d'être affectée par le VIH. Cet indicateur démontre également les changements dans la composition du soutien externe (p. ex., espèces, nourriture, moyens de subsistance) dont les ménages les plus pauvres bénéficient. Cet indicateur n'évalue pas directement le soutien économique apporté aux ménages infectés et affectés par le VIH, ce qui est difficile à établir pendant une enquête, mais il indique implicitement que les ménages vivant dans le quintile de richesse le plus bas, dans des contextes de forte prévalence, sont plus susceptibles d'être négativement touchés par le VIH et le sida et de nécessiter une aide économique. Pour que l'évaluation demeure aussi simple que possible, cet indicateur ne cherche pas à identifier les différentes sources de soutien apporté aux ménages, mais cela pourrait en partie apparaître dans les évaluations nationales des dépenses relatives au sida (NASA).

La collecte de données grâce à des enquêtes de population, en particulier les DHS et les MICS, signifie que cet indicateur ne tient pas compte du statut des personnes qui ne vivent pas au sein d'un ménage, telles que les enfants de la rue, les enfants qui vivent dans des institutions ainsi que les populations déplacées dans leur pays. Il est nécessaire de réaliser des enquêtes séparées pour suivre la couverture des populations vulnérables de ce type.

Informations supplémentaires : Pour toutes informations supplémentaires, veuillez consulter le site Internet suivant : http://www.unicef.org/aids/index_documents.html

3.3.3 Proportion des enfants de moins de 15 ans qui travaillent

Définition : la proportion des enfants de moins de 15 ans qui travaillent désigne les enfants qui sont employés dans une activité économique pour gagner de l'argent, faire un profit ou accroître les ressources de la famille. L'activité économique en question correspond à la production de biens et de services pour un salaire, un profit ou pour l'usage du ménage même. Le terme « employé » renvoie à la participation à une activité économique pendant une période de référence spécifique ou une période d'absence temporaire de ladite activité.

Numérateur : le nombre d'enfants employés de moins de 15 ans.

Dénominateur : le nombre total d'enfants de moins de 15 ans interrogés.

Ventilation : âge, sexe.

Fiche de référence complète :

<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Attach/Indicators/HandbookFrench.pdf>

4.1 Comportement sexuel

À l'échelle mondiale, les infections au VIH se produisent, dans la grande majorité des cas, par des contacts sexuels. Les dynamiques de genre régissent les conditions selon lesquelles ont lieu tous les types d'activité sexuelle et le degré de protection des rapports sexuels que les femmes et les hommes adoptent. La plupart des relations hétérosexuelles s'inscrivent dans le contexte de l'inégalité de genre, et les dynamiques de pouvoir fondées sur le genre ont également une incidence dans les relations sexuelles entre les personnes du même sexe. Cette considération est valide tant pour les relations entre partenaires de la population générale que parmi d'autres groupes de population comme les professionnel(le)s du sexe ou les consommateurs de drogues injectables. De plus, les rapports sexuels chez les jeunes sont susceptibles d'être plus risqués, surtout pour les filles puisqu'elles initient souvent des rapports sexuels avec un partenaire plus âgé, potentiellement séropositif. Les indicateurs de la présente section se concentrent sur les facteurs affectant les rapports sexuels risqués dans le contexte du genre.

NIVEAU 1

4.1.1 Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

Définition : la proportion de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans.

Numérateur : le nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 24 ans) qui ont déclaré avoir eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans.

Dénominateur : le nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans.

Ventilation : âge (15 à 19 ans, 20 à 24 ans), sexe.

Fiche de référence complète : Rapport d'activité 2013 sur la riposte au sida dans le monde, Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique 2011 sur le VIH/sida.

http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_fr.pdf ; <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

4.1.2 Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel chez les personnes ayant des partenaires multiples

Définition : le pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 mois précédents et qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport.

Numérateur : le nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 49 ans) qui ont déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 mois précédents et qui ont également indiqué avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.

Dénominateur : le nombre de personnes interrogées (âgées de 15 à 49 ans) qui ont déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 mois précédents.

Ventilation : âge (15 à 19 ans, 20 à 24 ans, 25 à 49 ans), sexe.

Fiche de référence complète : Rapport d'activité 2013 sur la riposte au sida dans le monde, Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique 2011 sur le VIH/sida. http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_fr.pdf ; <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

4.1.3 Rapports sexuels transgénérationnels chez les jeunes femmes

Définition : la proportion de jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 mois précédents avec un partenaire âgé de 10 ans de plus qu'elles ou plus âgé.

Numérateur : le nombre de jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 mois précédents avec un partenaire âgé de 10 ans de plus qu'elles ou plus âgé.

Dénominateur : les femmes interrogées âgées de 15 à 24 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 mois précédents.

Ventilation : âge (15 à 19 ans, 20 à 24 ans), sexe.

Fiche de référence complète : Outils MEASURE DHS en ligne : http://hivdata.measuredhs.com/ind_detl.cfm?ind_id=122&prog_area_id=9

NIVEAU 3

4.1.4 Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel entre personnes pas mariées

Définition : le pourcentage de jeunes jamais mariés (âgés de 15 à 24 ans) qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.

Numérateur : le nombre de jeunes jamais mariés et âgés de 15 à 24 ans qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel au cours des 12 mois précédents.

Dénominateur : le nombre total de jeunes jamais mariés et âgés de 15 à 24 ans qui déclarent avoir eu des rapports sexuels au cours des 12 mois précédents.

Ventilation : âge (15 à 19 ans, 20 à 24 ans), sexe.

Fiche de référence complète : http://hivdata.measuredhs.com/ind_detl.cfm?ind_id=58&prog_area_id=9 ; <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf>

4.2 Connaissances en matière de VIH et de SIDA

Bien qu'insuffisantes en elles-mêmes, les connaissances en matière de VIH et de sida sont essentielles dans l'adoption de comportements visant à réduire le risque de transmission du VIH. Selon de nombreuses études, les hommes sont plus susceptibles d'être conscients des risques d'infection au VIH et du sida et d'avoir davantage de connaissances en la matière, bien que celles-ci restent faibles chez les jeunes femmes comme chez les jeunes hommes³⁶. Les indicateurs de la présente section sont axés sur les différences de connaissances chez les jeunes.

NIVEAU 1

4.2.1 Jeunes : connaissances en matière de prévention contre le VIH

Définition : le pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui identifient correctement des moyens de prévention contre la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant la transmission du VIH.

Numérateur : le nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans qui ont répondu correctement à l'ensemble des cinq questions. Poser la série de questions suivante :

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

Dénominateur : le nombre de personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans.

Ventilation : âge (15 à 19 ans, 20 à 24 ans), sexe.

Fiche de référence complète : Rapport d'activité 2013 sur la riposte au sida dans le monde, Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique 2011 sur le VIH/sida, indicateur n°1.1 (p. 24) : http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_fr.pdf

4.2.2 Connaissance d'une source officielle de distribution de préservatifs auprès des jeunes

Définition : le pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans qui connaissent au moins une source officielle de distribution de préservatifs.

³⁶ Hoang, D. et al. « Knowledge and Perceptions of HIV-Infected Patients Regarding HIV Transmission and Treatment in Ho Chi Minh City, Vietnam ». *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 23 déc. 2011 ; Hurtado, J.J. et al. « Knowledge of HIV transmission and condom use among HIV-positive heterosexual men and women in Guatemala ». *Journal of the International AIDS Society*, 19 déc. 2011, n° 14 : p. 58.

Numérateur : le nombre total de jeunes âgés de 15 à 24 ans qui peuvent nommer au moins une source officielle de distribution de préservatifs.

Dénominateur : le nombre total de personnes interrogées âgées de 15 à 24 ans.

Ventilation : âge (15 à 19 ans, 20 à 24 ans), sexe.

Fiche de référence complète : OMS. National AIDS Programs. A guide to indicators for monitoring and evaluating national HIV/AIDS prevention programs for young people, 2004 :

http://hivdata.measuredhs.com/ind_detl.cfm?ind_id=119&prog_area_id=2

NIVEAU 3

4.2.3 Informations communiquées aux jeunes en milieu scolaire sur les aptitudes utiles dans la vie quotidienne

Définition : le nombre ou le pourcentage (si le dénominateur est disponible) de jeunes âgés de 10 à 24 ans qui ont bénéficié de programmes éducatifs sur le VIH à l'école sur les aptitudes utiles dans la vie quotidienne.

Numérateur : le nombre de jeunes ayant bénéficié d'une initiative scolaire quelconque, notamment d'une initiative d'éducation par les pairs, de séances d'information, d'éducation et de communication dispensées à la classe, en petits groupes et/ou en séances individuelles, ou de présentations sur les changements de comportement, afin de promouvoir un changement de comportement dans le milieu scolaire.

Dénominateur : le nombre de jeunes scolarisés dans les écoles ciblées.

Ventilation : âge (10 à 14 ans, 15 à 19 ans, 20 à 24 ans), sexe.

Fiche de référence complète : Registre d'indicateurs : <http://www.indicatorregistry.org>

5.1 Prévalence de la maladie

Chez les groupes de personnes plus âgées, il faut souvent du temps pour que les changements dans la prévalence du VIH reflètent les variations du taux de nouveaux cas d'infections (incidence du VIH) en raison de la durée moyenne, généralement longue, de l'infection. Un déclin de la prévalence du VIH peut indiquer une saturation de l'infection chez les individus qui sont les plus vulnérables et une mortalité croissante plutôt que des changements liés à l'incidence. Chez les jeunes, les tendances de la prévalence du VIH donnent une meilleure indication des tendances récentes en matière de prévalence du VIH et de comportements à risques. Ainsi, la prévalence du VIH chez les 15-24 ans (ou même chez les 15 à 19 ans, si cette tranche d'âge est disponible) peut donner une indication de la réduction de l'incidence du VIH liée au changement de comportements. Des différences entre les sexes, qu'il est essentiel de mesurer, émergeront dans ce groupe de jeunes. Les indicateurs de cette section se concentrent sur les jeunes.

NIVEAU 1

5.1.1 Prévalence du VIH chez les jeunes

Définition : pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans vivant avec le VIH.

Numérateur : le nombre de personnes (âgées de 15 à 24 ans) fréquentant un dispensaire prénatal et ayant subi un test de dépistage du VIH dont le résultat est positif.

Dénominateur : le nombre de personnes (âgées de 15 à 24 ans) fréquentant un dispensaire prénatal et ayant subi un test de dépistage du VIH.

Ventilation : aucune.

Fiche de référence complète : Rapport d'activité 2013 sur la riposte au sida dans le monde, Élaboration d'indicateurs de base pour le suivi de la Déclaration politique 2011 sur le VIH/sida, indicateur n°1.6 (p. 30) :

http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_fr.pdf

NIVEAU 2

5.1.2 Jeunes atteints d'une infection sexuellement transmissible

Définition : la proportion de jeunes atteints d'une IST détectée par le biais d'un test diagnostique. Le type ou les types d'IST pris en compte devraient dépendre des priorités locales. Si plus d'un type d'IST est pris en compte, il est recommandé de communiquer les résultats séparément par infection ainsi que par total cumulé.

Numérateur : le nombre de tests diagnostiques réalisés chez les 15-24 ans confirmant l'existence d'une IST.

Dénominateur : Le nombre total de personnes âgées de 15 à 24 ans qui ont subi des tests diagnostiques pour les IST.

Ventilation : âge, sexe.

Fiche de référence complète : OMS. National AIDS Programs. A guide to indicators for monitoring and evaluating national HIV/AIDS prevention programs for young people, 2004:

<http://www.indicatorregistry.org/?q=fr/node/1066>

5.2 Santé reproductive

Les conditions et les services de santé sexuelle et reproductive sont directement liés au VIH. Plusieurs grandes organisations internationales reconnaissent l'importance de relier entre eux les services, les politiques et les programmes en matière de santé reproductive (SR) et de VIH/sida, puisque ces liens s'avèrent essentiels pour atteindre les cibles et les objectifs de développement international, dont les OMD³⁷. Il est important de prendre en compte la SR dans le contexte du VIH pour permettre aux patientes des services de traitement du VIH qui ne souhaitent pas être enceintes d'avoir davantage accès aux contraceptifs, ou pour assurer une grossesse et un accouchement sûrs et sains à celles qui souhaitent avoir un enfant. Le taux de prévalence des contraceptifs constitue un indicateur de santé, de population, de développement et d'autonomisation des femmes. Il sert également à mesurer indirectement l'accès aux services de santé reproductive qui sont essentiels dans la réalisation de nombreux OMD, particulièrement de ceux en rapport avec la mortalité infantile, la santé maternelle, le VIH/sida et l'égalité de genre. Pour les femmes et les hommes atteints du VIH qui sont sexuellement actifs mais qui ne souhaitent pas avoir d'enfant, le recours aux contraceptifs présente l'avantage supplémentaire de réduire les naissances séropositives et, par extension, le nombre d'enfants nécessitant un traitement, des soins et un accompagnement en matière de VIH. De plus, les préservatifs peuvent prévenir de nouvelles infections et réduire le nombre de grossesses non désirées. La prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives constitue l'une des quatre pierres angulaires de la démarche complète de prévention verticale de la transmission du VIH, aussi connue sous le nom de prévention de la mère à l'enfant (PTME) du VIH.

Le papillomavirus humain (PVH) sexuellement transmissible constitue l'une des principales causes de cancer du col de l'utérus. Toute femme qui est sexuellement active s'expose au risque de développer un cancer du col de l'utérus. Les dynamiques de genre concernant les résultats en matière de santé reproductive et l'utilisation des services y relatifs ont été amplement documentées. Les indicateurs de cette section ont trait à la fertilité, à la contraception et au cancer du col de l'utérus.

³⁷ OMS. « Strategic considerations for strengthening the linkages between Family planning and HIV policies, programs and services » : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/linkages/fp_hiv_strategic_considerations.pdf

NIVEAU 1

5.2.1 Taux de fertilité chez les adolescents

Définition : le taux de fertilité chez les personnes âgées de 15 à 19 ans.

À calculer : au cours d'une période donnée, le nombre de naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans au cours de la même période.

Source : Division des Nations Unies pour la population ; Banque mondiale ; Plan d'action de la Banque mondiale pour la santé génésique : 2010–2015 ; « Women, girls, gender equality and HIV », A scorecard for the Eastern & Southern African region, version préliminaire de juin 2011, ONUSIDA : <http://data.worldbank.org/indicator/SP.ADO.TFRT/countries>

5.2.2 Prévalence de la contraception chez les femmes

Définition : la proportion de femmes en âge de procréer qui utilisent (ou dont le partenaire utilise) un moyen de contraception à un moment donné.

Numérateur : le nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans qui rapportent utiliser un type de contraceptif moderne à un moment donné.

Dénominateur : le nombre total de femmes interrogées âgées de 15 à 49 ans.

Ventilation : âge.

Fiche de référence complète : OMD 5.3 ; http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/WHS2013_IndicatorCompendium.pdf

« Women, girls, gender equality and HIV », A scorecard for the Eastern & Southern African region, version préliminaire de juin 2011, ONUSIDA ; Plan d'action pour la santé génésique de la Banque mondiale : 2010–2015.

NIVEAU 2

5.2.3 Dépistage du cancer du col de l'utérus

Définition : prévalence de cas chez les femmes âgées de 30 à 49 ans qui ont subi au moins un test de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Numérateur : le pourcentage de femmes âgées de 30 à 49 ans qui ont subi au moins un test de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Dénominateur : le nombre total de femmes interrogées âgées de 30 à 49 ans.

Ventilation : indice de richesse, région/zone.

Fiche de référence complète : Indicateur de riposte du système de santé n°1, « A comprehensive global monitoring framework, including indicators and a set of voluntary global targets, for the prevention and control of noncommunicable diseases » : http://www.who.int/nmh/events/2012/discussion_paper3.pdf ; http://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/specific/cervical-cancer/percent-of-women-30-49-who-have-been-screened-at

NIVEAU 3

5.2.4 Prévalence des contraceptifs chez les femmes séropositives

Définition : la proportion de femmes infectées au VIH et en âge de procréer qui utilisent (ou dont le partenaire utilise) un moyen de contraception à un moment donné.

Numérateur : le nombre de femmes infectées au VIH âgées de 15 à 49 ans qui utilisent un type de contraceptif moderne à un moment donné.

Dénominateur : le nombre total de femmes interrogées âgées de 15 à 49 ans et infectées au VIH.

Ventilation : âge.

Source : Guide de suivi et d'évaluation. « HIV, Tuberculosis, Malaria and Health and Community Systems Strengthening ». 2011, #HIV-P11, <http://www.theglobalfund.org/en/search?q=Monitoring+and+Evaluation+toolkit>

Prévalence de la contraception. Registre d'Indicateurs et de métadonnées. OMS : Genève.

Disponible à : http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=5

Le présent chapitre met en évidence les domaines qu'il est important de considérer dans le cadre du processus de suivi-évaluation de la riposte au VIH et au sida dans le contexte de l'égalité de genre. En raison de l'absence d'indicateurs pour ces domaines, il faudra développer et tester sur le terrain des indicateurs — démarche qui exigera d'identifier des domaines et des paramètres spécifiques pour formuler des mesures exploitables permettant d'assurer une approche complète et de qualité envers l'égalité de genre et le VIH.

Environnement propice

Économie des soins

À l'échelle mondiale, ce sont les femmes qui fournissent la majorité des soins liés au VIH — situation qui vient ainsi renforcer les normes de genre³⁸. Il est tout aussi vrai que certains hommes ont aidé des enfants vivant avec le VIH tout comme leur partenaire, leur mère, leur sœur ou leur épouse. Le débat reste toujours ouvert quant à la meilleure façon de délivrer des soins sur le long terme aux personnes vivant avec le VIH qui ont accès au traitement. Il est évident que les femmes qui apportent des soins ont également besoin d'assistance. Par ailleurs, il est nécessaire de comptabiliser le travail non rémunéré qu'elles réalisent au lieu de le considérer uniquement comme une activité « économique ». Les femmes qui fournissent des soins perdent leur revenu, ne travaillent pas, doivent faire face à l'insécurité alimentaire et à d'autres difficultés. Le fait qu'un pays propose des mécanismes de protection sociale, des transferts d'espèces, des allocations, etc. jouera un rôle critique dans l'évaluation de l'assistance dont les femmes qui délivrent des soins bénéficient. Les femmes plus âgées, telles que les grands-mères qui s'occupent des orphelins et des enfants vulnérables, ont tout particulièrement besoin d'une aide de ce type. L'assistance à la création de revenus demeure le besoin le plus pressant, mais l'assistance sociale et davantage d'informations sur le VIH sont aussi nécessaires. Les personnes délivrant les soins qui vivent avec le VIH ont besoin d'une assistance supplémentaire à partir du moment où elles décident de déclarer leur séropositivité. Les allocations peuvent également alléger le fardeau lié à la délivrance de soins. Cependant, il est essentiel de garantir des emplois rémunérés aux femmes comme aux hommes. L'accès aux soins palliatifs est également nécessaire. Une fois le traitement commencé, il n'existe aucun ensemble de soins qui puissent être considérés comme tels. Une assistance externe pour les soins nécessaires au domicile ou dans la communauté doit être proposée.

Propriété

Les lois qui nient le droit des femmes à la propriété renforcent leur condition de subordonnées³⁹. Par ailleurs, dans les pays où la loi nationale ou coutumière n'autorise pas les femmes à être propriétaires, ces dernières peuvent être confrontées à la difficulté de négocier la pratique

³⁸ Nyangara, F., T. Thurman, P. Hutchinson et W. Obiero, 2009 b. *Effects of Programs Supporting Orphans and Vulnerable Children: Key Findings, Emerging Issues, and Future Directions from Evaluations of Four Projects in Kenya and Tanzania*. Chapel Hill, NC : MEASURE Evaluation, et P. Surkan, J. Mukherjee, D. Williams, E. Eustache, E. Louis, T. Jean-Paul, W. Lambert, F. Scanlan, C. Oswald et M. Fawzi, 2010. « Perceived Discrimination and Stigma toward Children Affected by HIV/AIDS and their HIV-positive Caregivers in Central Haiti. » *AIDS Care*, n°22 (p. 7) : p. 803–815 in J. Gay, M. Croce-Galis et K. Hardee, 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2^{ème} édition. Washington D.C. : Futures Group, Health Policy Project.

³⁹ Ezer, T., A. Glasford, E. Hollander, L. Poole, G. Rabenn et A. Tindall, 2007. « International Women's Human Rights Clinic Report: Divorce Reform: Rights Protections in the New Swaziland ». *Georgetown Journal of Gender and the Law*, n°8 (883) : p. 889 in J. Gay, M. Croce-Galis, K. Hardee, 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2^{ème} édition. Washington D.C. : Futures Group, Health Policy Project, 2012

de rapports sexuels protégés⁴⁰. Dans certains pays, les femmes vivant avec le VIH n'ont qu'un accès limité au système juridique officiel. Les femmes ont aussi besoin de connaître leurs droits légaux afférents à la propriété et à l'accès équitable au système juridique, mais, dans certains pays, les femmes vivant avec le VIH n'ont qu'un accès limité au système juridique officiel⁴¹. L'application des lois ayant trait aux droits à la propriété — y compris la protection des droits légaux des personnes vivant avec le VIH — s'avère essentielle. Lorsque les droits des femmes à la propriété sont niés, soit à la suite d'un décès, d'un divorce ou d'un abandon, les femmes peuvent se retrouver plongées dans la pauvreté ou sans domicile. Dans le cadre des mariages polygames, seule une des épouses peut avoir droit à la propriété. Une femme veuve peut se voir chassée de la propriété où elle vit, interdite de voir ses enfants et être contrainte d'avoir recours à la prostitution pour survivre⁴².

Immigration

L'immigration peut accroître le risque d'infection au VIH, étant donné que le migrant est susceptible d'établir de nouvelles relations sexuelles puis de retourner chez lui auprès du/de la partenaire resté/e au domicile⁴³. Les femmes immigrées ne bénéficient souvent que d'un accès limité à de l'information, même élémentaire, à propos de la transmission du VIH⁴⁴. Par ailleurs, dans certains pays, des restrictions sont imposées aux femmes et aux hommes vivant avec le VIH concernant l'entrée sur le territoire ou le statut de résidence. Les immigrés sont souvent tenus pour responsables de la transmission du VIH, ce qui vient aggraver la stigmatisation dont les femmes immigrées vivant avec le VIH sont déjà victimes.

Éducation et VIH

Les indicateurs de l'UNESCO ont été testés au préalable (se référer à UNESCO, 2009. HIV and Education indicators: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001850/185003E.pdf>).

⁴⁰ Strickland, R. « To Have and To Hold: Women's Property and Inheritance Rights in the Context of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa. » Document de travail de l'ICRW. Washington, D.C. : International Center for Research on Women ; Kilonzo, N., N. Ndung'u, N. Nthamburi, C. Ajema, M. Taegtmeier, S. Theobald et R. Tolhurst, 2009b. « Sexual Violence Legislation in Sub-Saharan Africa: The Need for Strengthened Medico-Legal Linkages. » *Reproductive Health Matters*, n° 17 (p. 34) : p. 10-19 in Gay, J., M. Croce-Galis et K. Hardee, 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2^{ème} édition. Washington D.C. : Futures Group, Health Policy Project.

⁴¹ Kalla, K. et J. Cohen, 2007. *Ensuring Justice for Vulnerable Communities in Kenya: A Review of AIDS-related Legal Services*. New York, NY : Open Society Institute. <http://www.soros.org> in Gay, J., M. Croce-Galis, K. Hardee, 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2^{ème} édition. Washington D.C. : Futures Group, Health Policy Project.

⁴² Jürgens, R. et J. Cohen, 2007. *Human Rights and HIV/AIDS: Now More than Ever — 10 Reasons Why Human Rights Should Occupy the Center of the Global AIDS Struggle*. New York, NY : Open Society Institute, in Gay, J., M. Croce-Galis, K. Hardee, 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2^{ème} édition. Washington D.C. : Futures Group, Health Policy Project.

⁴³ Abdool Karim, Q. et H. Humphries, 2010. *Reducing HIV Infection in Young Women in Southern Africa: The Key to Altering Epidemic Trajectories in a Generalized, Hyperendemic Setting*. Washington, D.C. : USAID, AIDSTAR-One, in Gay, J., M. Croce-Galis, K. Hardee, 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2^{ème} édition. Washington D.C. : Futures Group, Health Policy Project.

⁴⁴ PNUD, 2008. *HIV Vulnerability Faced by Women Migrants: From Asia to the Arab States. From Silence, Stigma and Shame to Safe Mobility with Dignity, Equity and Justice*. Colombo, Sri Lanka : PNUD. <http://www.undprcc.lk> in Gay, J., M. Croce-Galis, K. Hardee, 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2^{ème} édition. Washington D.C. : Futures Group, Health Policy Project.

Normes de genre, autonomisation et droits des femmes

Autonomisation des femmes

Une plus grande participation des femmes, notamment de celles vivant avec le VIH et des expertes en questions de genre, s'avère particulièrement nécessaire au niveau des prises de décision ayant trait aux processus nationaux. Les femmes vivant avec le VIH courent le risque d'être socialement exclues, même au sein des réseaux de personnes vivant avec le VIH, et de se voir refuser la part du lion en matière de financement, de formation et d'impact. Les femmes étant les personnes les plus touchées par le VIH à l'échelle mondiale, leur impact éventuel sur les politiques sera critique dans l'évolution de la pandémie.

Droits des femmes

La mise en place de cadres juridiques et politiques s'avère nécessaire pour interdire aux époux, aux familles et aux autres acteurs de dépouiller de leurs droits les femmes, et particulièrement les veuves, tout comme la mise en place d'une législation visant à soutenir les femmes victimes de la violence.

Normes de genre chez les hommes

On considère généralement que la divulgation d'informations sensibles (comme notamment celle du statut VIH chez les hommes) sur son propre compte présente des effets bénéfiques sur la santé de l'individu, réduit son niveau de stress et favorise une meilleure santé psychologique. Les individus vivant avec le VIH/sida qui révèlent leur séropositivité sont mieux placés pour prendre des décisions en matière de santé reproductive et de soutien psychologique. On associe de nombreux facteurs à la divulgation du statut VIH⁴⁵. Le genre est aussi considéré comme étant l'un des facteurs y étant associés⁴⁶. Une étude menée en Afrique du Sud a mis en évidence que les hommes ont tendance à partager le résultat de leur test de dépistage avec leur partenaire plus souvent que les femmes⁴⁷. En revanche, une autre étude sud-africaine⁴⁸ a montré que les rapports sexuels chez les hommes sont associés à la non-divulgation de leur statut VIH.

Violence et utilisation du préservatif

Il a été démontré que les femmes victimes de violence sont plus susceptibles d'être séropositives⁴⁹, et que la violence peut accroître leur risque d'infection au VIH. On associe aussi la violence faite aux femmes à l'inégalité de genre⁵⁰. Des études indiquent que les professionnelles du sexe sont plus à même de négocier l'utilisation du préservatif avec leurs clients que les

⁴⁵ Deribe et al., 2008. « Disclosure experience and associated factors among HIV positive men and women clinical service users in South-West Ethiopia », *BMC Public Health*, n°8 : p. 81, doi : 10.1186/1471-2458-8-81. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/81/>

⁴⁶ OMS, 2004. *Gender Dimensions of HIV Status Disclosure to Sexual Partners: Rates, Barriers and Outcomes—A Review Paper*. Genève. <http://www.who.int/gender/documents/en/genderdimensions.pdf>

⁴⁷ Skogmar, S., D. Shakely, M. Ians, J. Danell, R. Andersson, N. Tshandu, A. Ode'n, S. Roberts, W.D. Francois Venter. *Effect of antiretroviral treatment and counseling on disclosure of HIV-serostatus in Johannesburg, South Africa*.

⁴⁸ Olley, B.O., S. Seedat, D.J. Stein. « Self-Disclosure of HIV Serostatus in Recently Diagnosed Patients with HIV in South Africa ». *African Journal of Reproductive Health*, 2004, n°8 : p. 71–76.

⁴⁹ Dude, A., 2009. « Spousal Intimate Partner Violence Is Associated with HIV and other STIs among Married Rwandan Women ». *AIDS & Behavior*, n° 15 (1) : p. 142-152 in Gay, J., M. Croce-Galis, K. Hardee, 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2^{ème} édition. Washington D.C. : Futures Group, Health Policy Project. <http://www.whatworksforwomen.org>.

⁵⁰ Pulerwitz, J., S. Martin, M. Mehta, T. Castillo, A. Kidanu, F. Verani et S. Tewolde, 2010a. *Promoting Gender Equity for HIV and Violence Prevention : Results from the PEPFAR Male Norms Initiative Evaluation in Ethiopia*. Washington, D.C. : PATH, in Gay, J., M. Croce-Galis, K. Hardee, 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2^{ème} édition. Washington D.C. : Futures Group, Health Policy Project. <http://www.whatworksforwomen.org>.

partenaires mariées ou régulières⁵¹. Diverses études ont également mis en évidence le fait que tant les professionnelles du sexe que les femmes en couple craignent de négocier l'utilisation du préservatif par peur de la violence éventuelle qui pourrait résulter d'une telle demande⁵².

Violence, dépistage et traitement

La violence constitue à la fois un facteur de risque d'infection au VIH et une conséquence directe de la révélation du statut VIH⁵³. Une analyse menée par l'Institut de Médecine des États-Unis a montré que la violence ou la peur de la violence infligée par un partenaire intime représente un obstacle ou une conséquence du test de dépistage du VIH⁵⁴. En outre, la violence peut entraver l'observance du traitement. Des études ont mis en évidence le fait que les femmes qui révèlent leur séropositivité peuvent devenir victimes de violence⁵⁵. Dans de nombreux pays, la mise en place de liens efficaces entre les systèmes juridique et de santé s'avère nécessaire, en particulier pour les femmes vivant avec le VIH. En ayant accès aux programmes de microfinance, à des revenus et à l'emploi, les femmes vivant avec le VIH peuvent alors être en mesure de quitter une relation abusive ou violente.

⁵¹ Raingruber, B., E. Uwazie et S. Bowie, 2010. « Women's Voices: Attitudes and Behaviors of Female and Ghanaian Sex Workers regarding HIV Prevention and AIDS-related Stigma ». *Issues in Mental Health Nursing*, n°31 (8) : p. 514-519 in Gay, J., M. Croce-Galis, K. Hardee, 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2^{ème} édition. Washington D.C. : Futures Group, Health Policy Project. <http://www.whatworksforwomen.org>.

⁵² Maman, S., J. Campbell, M. Sweat et A. Gielen, 2000. « The Intersections of HIV and Violence: Directions for Future Research and Interventions ». *Social Science and Medicine*, n° 50 (4) : p. 459-478 ; Zablotska, I., R. Gray, D. Serwadda, F. Nalugoda, G. Kigozi, N. Weankambo, T. Lutalo, F. Mangen et M. Wawer, 2006. « Alcohol Use Before Sex and HIV Acquisition : A Longitudinal Study in Rakai, Uganda ». *AIDS*, n°20 : p. 1191-1196 ; Miner, S., L. Ferrer, R. Cianelli, M. Bernales et V. Cabieses, 2011. « Intimate Partner Violence and HIV Risk Behaviors among Socially Disadvantaged Chilean Women ». *Violence against Women*, n°17 (4) : p. 517-531 ; Townsend, L., R. Jewkes, C. Mathews, L. Johnston, A. Fisher, Y. Zembe et M. Chopra, 2011. « HIV Risk Behaviours and their Relationship to Intimate Partner Violence (IPV) among Men Who Have Multiple Female Sexual Partners in Cape Town, South Africa ». *AIDS & Behavior*, n°15 : p. 132-141 ; Andersson, N., A. Cockcroft et B. Shea, 2008. « Gender-based Violence and HIV: Relevance for HIV Prevention in Hyperendemic Countries of Southern Africa ». *AIDS*, n°22 (Supplément n°4) : S73-S86 in Gay, J., M. Croce-Galis, K. Hardee, 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2^{ème} édition. Washington D.C. : Futures Group, Health Policy Project. <http://www.whatworksforwomen.org>.

⁵³ Organisation mondiale de la Santé (OMS) et ONUSIDA, 2010f. *Addressing violence against women and HIV/AIDS: What Works?* Genève, Suisse : OMS et ONUSIDA, in Gay, J., M. Croce-Galis, K. Hardee, 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2^{ème} édition. Washington D.C. : Futures Group, Health Policy Project.

⁵⁴ Campbell, J., M. Baty, R. Ghandour, J. Stockman, L. Francisco et J. Wagman, 2008b. « The Intersection of Violence against Women and HIV/AIDS ». Document de référence pour l'OIM, 2008. *Violence Prevention in Low-and Middle-Income Countries: Finding a Place on the Global Agenda*. Washington, D.C. : National Academies Press. <http://www.nap.edu> in Gay, J., M. Croce-Galis, K. Hardee, 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2^{ème} édition. Washington D.C. : Futures Group, Health Policy Project.

⁵⁵ Hale, F. et M. Vazquez, 2011. « Violence against Women Living with HIV/AIDS: A Background Paper ». Washington, D.C. : Development Connections, ICW Global, et ONU Femmes. <http://developmentcn.org/>; <http://www.salamandertrust.net/resources/VAPositiveWomenBkgrdPaperMarch2011.pdf>; <http://www.icwglobal.org> in Gay, J., M. Croce-Galis, K. Hardee, 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2^{ème} édition. Washington D.C. : Futures Group, Health Policy Project.

Santé reproductive

Renforcement des capacités et techniques de négociation pour l'utilisation de dispositifs de prévention

Il est important de mesurer le degré de réussite dans la promotion et la diffusion des dispositifs et des services de prévention et de réduction du risque d'infection au VIH qui autonomisent les femmes et les filles dans leurs propres choix en matière de prévention, comme l'utilisation de préservatifs féminins, de lubrifiants à base d'eau et d'autres moyens éprouvés, tout en renforçant les capacités et les techniques de négociation concernant le recours à ces moyens de prévention.

Accès et utilisation des préservatifs féminins

La modélisation mathématique montre l'efficacité du préservatif féminin (un essai randomisé contrôlé ne serait pas éthique) et constitue à ce jour le seul moyen de prévention du risque d'infection au VIH entièrement contrôlé par les femmes. Des études ont souligné que l'utilisation du préservatif féminin accroît le nombre de rapports sexuels protégés, mais son accès et sa disponibilité demeurent limités. Un accès facilité au préservatif féminin accompagné d'une campagne d'éducation efficace sur son utilisation restent des facteurs critiques pour que les femmes puissent avoir un plus grand contrôle sur leur protection. Par ailleurs, certains hommes peuvent préférer l'utilisation de préservatifs féminins plutôt que de leur équivalent masculin⁵⁶.

Accès aux services de prévention, de soins et de traitement du VIH hors du contexte de la grossesse (chez les femmes vivant avec le VIH)

À l'échelle mondiale, la plupart des femmes subissent un test de dépistage du VIH dans le cadre de leurs soins prénatals ; cependant, les services de santé reproductive et sexuelle peuvent également constituer des points de services importants en matière de VIH et informer les personnes susceptibles de suivre une TAR⁵⁷. Il est donc impératif d'explorer ces options ainsi que d'autres opérations de prévention, soins et traitement hors du contexte de la grossesse. Bien que le dépistage pratiqué dans le cadre des soins prénatals accroisse l'observance de thérapies anti-rétrovirales — si elles sont justifiées ou pratiquées selon les directives nationales —, il peut également être extrêmement stressant pour une femme de découvrir sa séropositivité au cours de sa grossesse. Si le test de dépistage d'un jeune enfant s'avère positif, la confidentialité de la séropositivité de la mère peut être difficile à maintenir. Le suivi des femmes qui ont accès aux ARV pendant leur grossesse et qui, selon les directives nationales en matière de traitement, sont éligibles à un traitement ARV peut se trouver interrompu lors de leur transition des services de santé maternelle aux services de traitement du VIH. Quant aux adolescents séropositifs, ils ne bénéficient pas de services adaptés à leurs besoins puisque la plupart des soins sont destinés aux enfants ou aux adultes⁵⁸.

⁵⁶ Gay, J., M. Croce-Galis, K. Hardee, 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2^{ème} édition. Washington D.C. : Futures Group, Health Policy Project.

⁵⁷ Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2003a. « Entry Points to Antiretroviral Treatment » Genève, Suisse : OMS et Interact Worldwide, International HIV/AIDS Alliance, Global AIDS Alliance, Population Action International, IPPF, et Les Amis du Fonds mondial Afrique, 2008. *Guidelines for Integrating Sexual and Reproductive Health into the HIV/AIDS Component Country Coordinated Proposals to be Submitted to the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: Round 8 and Beyond*, in Gay, J., M. Croce-Galis, K. Hardee, 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2^{ème} édition. Washington D.C. : Futures Group, Health Policy Project.

⁵⁸ Birungi, H., F. Obare, A. van der Kwaak et J. Namwebya, 2011a. « Maternal Health Care Utilization among HIV-Positive Female Adolescents in Kenya ». *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, n°37 (3) : p. 143-149 in Gay, J., M. Croce-Galis, K. Hardee, 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2^{ème} édition. Washington D.C. : Futures Group, Health Policy Project.

Comportement

Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) qui ont aussi des rapports sexuels avec les femmes

Des recherches montrent que les hommes déclarant avoir des rapports bisexuels et homosexuels adoptent des comportements plus risqués que les hommes ayant des rapports hétérosexuels. Il a également été démontré que les réseaux homosexuels et hétérosexuels ne sont pas mutuellement exclusifs et qu'ils sont reliés par les hommes bisexuels. Les programmes de prévention du VIH s'adressant aux hommes homosexuels ont par conséquent un impact bénéfique sur l'épidémie affectant la population hétérosexuelle.

Compréhension du traitement

Comprendre que l'observance d'une thérapie antirétrovirale peut améliorer les chances de survie reste un facteur tout à fait essentiel dans la réussite du traitement. De même, comprendre que le VIH ne peut pas être soigné et qu'il peut toujours être transmis, même après le début de la thérapie, demeure un concept essentiel. La manière dont les communautés sont éduquées au sujet de la thérapie antirétrovirale et l'exactitude de leurs connaissances restent des éléments importants de la pandémie du sida. Plus susceptibles d'analphabétisme que les hommes, les femmes ne sont pas en mesure d'avoir, dans certaines sociétés, des connaissances équivalentes leur permettant de bien comprendre le traitement.

Autostigmatisation

Jain et Nyblade (2012)⁵⁹ décrivent un certain nombre de types de stigmatisation : la stigmatisation anticipée, la stigmatisation vécue, la stigmatisation secondaire, la stigmatisation intériorisée, la stigmatisation composée/en couches et la stigmatisation observée. Des recherches montrent que la stigmatisation affecte les comportements préventifs, la recherche du dépistage et de soins, la qualité des soins proposés aux clients séropositifs, ainsi que la perception et le traitement des personnes vivant avec le VIH par les communautés et les familles⁶⁰. Les femmes sont, quant à elles, victimes d'une stigmatisation double associée à leur statut VIH et à la position inférieure qu'elles occupent dans la société par rapport aux hommes⁶¹.

Populations clés et populations à risque plus élevé d'infection

La transmission du VIH entre partenaires intimes chez les populations clés et celles à risque plus élevé d'infection, entre autres les professionnel(le)s du sexe, les femmes consommatrices de drogues et celles dont le partenaire masculin consomme des drogues, les femmes incarcérées, les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes (HSH) et les personnes transgenres, reste une question critique. Il sera important de développer des indicateurs standardisés prenant en compte les droits humains et les cadres juridiques des populations clés et de celles à risque plus élevé d'infection au VIH.

⁵⁹ Jain, A. et L. Nyblade, 2012. *Scaling Up Policies, Interventions, and Measurement for Stigma-free HIV Prevention, Care, and Treatment Services*. Document de travail n°3, Washington, D.C. : Futures Group, Health Policy Project, in Gay, J., M. Croce-Galis, K. Hardee, 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2^{ème} édition. Washington D.C. : Futures Group, Health Policy Project. <http://www.whatworksforwomen.org>.

⁶⁰ Brown, L., K. MacIntyre et L. Trujillo, 2003. « Interventions to Reduce HIV/AIDS Stigma: What Have We Learned? », *AIDS Education and Prevention*, n°15 (1) : p. 49-69 in Gay, J., M. Croce-Galis, K. Hardee, 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2^{ème} édition. Washington D.C. : Futures Group, Health Policy Project. <http://www.whatworksforwomen.org>.

⁶¹ Pour plus d'informations sur la stigmatisation, voir : <http://www.stigmaactionnetwork.org>.

- Bien qu'il soit probable que les professionnelles du sexe utilisent des préservatifs avec leurs clients, de nombreuses études ont montré qu'elles sont moins susceptibles de le faire avec leur petit ami ou leur époux. Pourtant, les professionnelles du sexe peuvent contracter le VIH lors de leurs rapports sexuels non protégés avec leur petit ami et/ou leur époux. Puisqu'elles présentent partout dans le monde certains des taux d'infection au VIH les plus élevés alors que leurs taux d'accès aux services sont parmi les plus bas⁶², il est essentiel de comprendre quand et comment les professionnelles du sexe contractent le VIH afin de protéger leur santé et de trouver des solutions à la pandémie de VIH d'un point de vue général. L'accès aux ressources aura également une incidence sur l'autonomisation des professionnelles du sexe quant à l'utilisation de préservatifs avec leurs partenaires intimes. Les femmes consommatrices de drogues et celles qui sont les partenaires intimes d'hommes consommant des drogues encourent un risque plus élevé d'infection au VIH que les hommes, tout en ayant un accès limité aux services nécessaires à leurs besoins.
- Les femmes qui consomment des drogues sont rarement en mesure de négocier l'utilisation du préservatif avec leurs partenaires intimes et sont davantage victimes de violence⁶³, tout comme les professionnelles du sexe⁶⁴.
- Les populations incarcérées et les dynamiques de genre dans les prisons : l'épidémie de VIH/sida représente un défi majeur pour les prisons du monde entier. Depuis 2008,

⁶² Baral, S., C. Beyrer, K. Muessig, T. Poteat, A. Wirtz, M. Decker, S. Sherman et D. Kerrigan, 2012a. « Burden of HIV among Female Sex Workers in Low-income and Middle-income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis ». *Lancet Infectious Diseases*, n°12 (7) : p. 538-549 in Gay, J., M. Croce-Galis, K. Hardee, 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2^{ème} édition. Washington D.C. : Futures Group, Health Policy Project. <http://www.whatworksforwomen.org>.

⁶³ Abdala, N., T. Kershaw, T. Krasnoselskikh et A. Kozlov, 2011. « Contraception Use and Unplanned Pregnancies among Injection Drug-using Women in St. Petersburg, Russia ». *Journal of Family Planning & Reproductive Health Care*, n°37 : p. 158-164 ; Shapoval, A. S. et Pinkham, 2011. *Technical Report: Women and Harm Reduction in Central Asia. Quality Health Care Project in the Central Asian Republics*. Washington, D.C. : USAID, Abt Associates ; Parry, C., T. Carney, P. Peterson, S. Dewing et R. Needle, 2009. « HIV-risk Behavior among Injecting or Non-injecting Drug Users in Cape Town, Pretoria and Durban, South Africa ». *Substance Use & Misuse*, n°44 (6) : p. 886-904 ; Nieburg, P. et L. Carty, 2011. *HIV Prevention among Injection Drug Users in Kenya and Tanzania: New Opportunities for Progress*. Washington, D.C. : Center for Strategic & International Studies. <http://www.csis.org> in Gay, J., M. Croce-Galis, K. Hardee, 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2^{ème} édition. Washington D.C. : Futures Group, Health Policy Project. <http://www.whatworksforwomen.org>.

⁶⁴ Tucker, J., X. Ren et F. Sapio, 2010. « Incarcerated Sex Workers and HIV Prevention in China: Social Suffering and Social Justice Countermeasures ». *Social Science and Medicine*, n° 70 (1) : p. 121-129 ; Munoz, J., A. Adedimeji et O. Alawode, 2010a. « They Bring AIDS to Us and Say We Give it to Them: Socio-structural Context of Female Sex Workers' Vulnerability to HIV Infection in Ibadan Nigeria ». *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance*, n° 7 (2) : p. 52-61 ; Lafort, Y., D. Geelhoed, L. Cumba, C. Lázaro, W. Delva, S. Luchters et M. Temmerman, 2010. « Reproductive Health Services for Populations at High Risk of HIV: Performance of a Night Clinic in Tete Province, Mozambique ». *BMC Health Services Research*, n° 10 : p. 144 ; Okal, J., M. Chersich, S. Tsui, E. Sutherland, E. M. Temmerman et S. Luchters, 2011. « Sexual and Physical Violence against Female Sex Workers in Kenya: A Qualitative Enquiry ». *AIDS Care*, n° 23 (5) : p. 612-618 ; Go, V., A. Srikrishnan, M. Salter, S. Mehta, S. Johnson, S. Sivaram, W. Davis, S. Solomon et D. Celentano, 2010. « Factors Associated with the Perpetration of Sexual Violence among Wine-shop Patrons in Chennai, India ». *Social Science and Medicine*, n°71 (7) : p. 1277-1284 ; Decker, M., A. Wirtz, S. Baral, A. Peryshkina, V. Mogilnyi, R. Weber, J. Stachowiak, V. Go et C. Beyrer, 2012. « Injection Drug Use, Sexual Risk, Violence and STI/HIV among Moscow Female Sex Workers ». *Sexually Transmitted Infections*, n°88 (4) : p. 278-283 ; Gould, C. et N. Fick, 2008. *Selling Sex in Cape Town: Sex Work and Human Trafficking in a South African City*. Le Cap, Afrique du Sud : Institute for Security Studies and SWEAT. <http://www.sweat.org.za> ; Arnott, J. et A.-L. Crago, 2009. *Rights Not Rescue: A Report on Female, Male and Trans Sex Workers' Human Rights in Botswana, Namibia and South Africa*. New York, NY : Open Society Institute. <http://www.soros.org> in Gay, J., M. Croce-Galis, K. Hardee, 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2^{ème} édition. Washington D.C. : Futures Group, Health Policy Project. <http://www.whatworksforwomen.org>.

plus de 9,8 millions de personnes ont été incarcérées⁶⁵, parmi lesquelles un demi-million étaient des femmes⁶⁶. Une étude de l'ONUDC a fait ressortir que, même si les femmes représentaient une petite proportion de la population totale incarcérée dans le monde, ces chiffres augmentent plus rapidement que ceux des hommes. Les prisons ont été principalement conçues pour accueillir des hommes et, par conséquent, les besoins sanitaires des femmes sont souvent négligés, y compris leurs besoins en matière de prévention, de traitement et de soins du VIH. Les programmes de prévention reconnus comme capables de réduire la transmission du VIH sont rarement disponibles auprès des prisonniers, et nombre d'entre eux qui sont infectés par le VIH ne peuvent pas accéder au traitement antirétroviral vital. Quant aux tests de dépistage du VIH, certaines prisons imposent un dépistage obligatoire, ce qui va à l'encontre des droits humains.

- Dans de nombreux pays, les activités des HSH sont fortement criminalisées, et pourtant, les personnes concernées doivent faire face à un risque accru d'infection au VIH. Les besoins en services liés au VIH sont énormes, mais la criminalisation implique que les HSH qui accèdent aux services peuvent se retrouver condamnés à mort ou emprisonnés.
- Les personnes transgenres s'exposent à un risque très élevé d'infection au VIH, et pourtant il n'existe que très peu de services s'adressant spécifiquement à cette population.

Situations humanitaires et d'urgence

Suivi du type d'accès au traitement ARV dont les PVVIH bénéficient dans les situations humanitaires et d'urgence

Les conflits peuvent accentuer les inégalités de genre et affecter les droits à la propriété et les moyens de subsistance⁶⁷, ce qui a une incidence sur l'accès à la thérapie antirétrovirale dont les personnes vivant avec le VIH bénéficient. Les situations de conflit peuvent également empêcher les personnes vivant avec le VIH d'accéder à l'un ou l'autre type de service de santé. Cependant, d'après les résultats d'études présentant des données ventilées par sexe, il a déjà été possible d'administrer avec succès des thérapies antirétrovirales dans des situations de conflit⁶⁸.

⁶⁵ Jürgens, R., M. Nowak et M. Day, 2011. « HIV and Incarceration: Prisons and Detention ». *Journal of the International AIDS Society*, n°14 : p. 26 in Gay, J., M. Croce-Galis, K. Hardee, 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2^{ème} édition. Washington D.C. : Futures Group, Health Policy Project. <http://www.whatworksforwomen.org>.

⁶⁶ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC), 2009. *La santé des femmes en milieu carcéral : Éliminer les disparités entre les sexes en matière de santé dans les prisons*. Copenhague, Danemark : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, in Gay, J., M. Croce-Galis, K. Hardee, 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2^{ème} édition. Washington D.C. : Futures Group, Health Policy Project. <http://www.whatworksforwomen.org>.

⁶⁷ Seckinelgin, H., J. Bigirumwami et J. Morris, 2011. « Conflict and Gender: The Implications of the Burundian Conflict on HIV/AIDS Risks ». *Conflict, Security & Development*, n°11 (1) : p. 55-78 in Gay, J., M. Croce-Galis, K. Hardee, 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2^{ème} édition. Washington D.C. : Futures Group, Health Policy Project. <http://www.whatworksforwomen.org>.

⁶⁸ O'Brien, D., S. Venis, J. Greig, L. Shanks, T. Ellman, K. Sabapathy, L. Frigati et C. Mills, 2010. « Provision of Antiretroviral Treatment in Conflict Settings: The Experience of Médecins sans Frontières ». *Conflict and Health*, n°4 : p. 12 in Gay, J., M. Croce-Galis, K. Hardee, 2012. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2^{ème} édition. Washington D.C. : Futures Group, Health Policy Project.

Indicateurs afférents aux services/résultats en matière de santé

Qualité de vie⁶⁹

La majorité des données limitées dont on dispose sur la qualité de vie des femmes vivant avec le VIH montre que la qualité de vie de ces femmes pour ce qui concerne leur état de santé est inférieure à celle des hommes infectés au VIH. Comprendre les différences de genre et d'âge (et la manière dont elles interagissent) peut fournir des informations potentiellement utiles pour la planification d'interventions visant à améliorer la qualité de vie et la santé mentale des personnes vivant avec le VIH, en particulier si les données sont considérées par sexe.

Indicateurs afférents à la qualité des soins et des services⁷⁰

On a pu établir une corrélation entre l'accès aux services par les femmes et les hommes et la qualité de ces mêmes services. Dans le domaine de la planification familiale, de nombreux guides ont été élaborés pour évaluer et mesurer la qualité des soins (Bruce, 1990 ; Engenderhealth's COPE, etc.). Bien que des normes aient été établies dans certains pays, celles-ci ne sont pas universellement partagées, en partie à cause des inégalités qui existent à l'échelle mondiale en matière d'accès aux services de santé et de traitement du VIH. La qualité des soins peut, cependant, s'avérer critique quant à la prise et à l'observance d'un traitement ainsi qu'en matière de prévention. La qualité des soins qui pourrait être approuvée et mesurée de manière universelle reste encore à être développée. Les femmes vivant avec le VIH mentionnent souvent la mauvaise qualité des soins proposés dans les services de traitement du VIH, en particulier celle des services de santé reproductive proposés aux femmes vivant avec le VIH.

Dépistage, conseils et traitement des IST

Le taux d'infection aux IST est cinq fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Alors que de nombreuses études ont mis en évidence un lien entre les IST et le VIH, le dépistage, le traitement et les conseils en matière d'IST n'ont pas nécessairement été associés à la réduction du risque d'infection au VIH. Cependant, les IST constituent une charge considérable pour la santé reproductive. Le dépistage et le traitement des IST sont essentiels à tout programme de santé publique. Simultanément, ceux qui se présentent aux dispensaires de traitement des IST peuvent bénéficier d'un test de dépistage et d'un traitement pour le VIH. Les femmes vivant avec le VIH ont également besoin d'être conseillées, de subir un test de dépistage et d'être traitées pour les IST, puisque les IST non soignées peuvent mener à l'infertilité et à une progression plus rapide de la maladie. Afin de réduire la possibilité de réinfection à certaines IST, les deux partenaires devraient subir un test de dépistage et être conseillés et traités.

Conseils pour les couples sérodifférents

Dans un certain nombre de pays, une proportion importante de la population vit en couples sérodifférents. Il est donc essentiel que ces couples comprennent le concept de sérodifférence, de façon à ce que le partenaire séronégatif le demeure, plutôt que de présumer que si l'un des partenaires est séropositif, les deux partenaires le sont. Une fois que les deux partenaires auront connaissance de leur sérodifférence et comprendront ce qu'elle signifie, ils auront besoin d'un accompagnement pour les aider à maintenir leur relation et pratiquer des rapports sexuels protégés. S'ils souhaitent avoir des enfants, ils devront avoir accès à la prophylaxie préexposition et savoir exactement à quel moment la femme est la plus fertile. Il faudra également

⁶⁹ http://icmr.nic.in/annual/2004-05/trc/social_research.pdf

⁷⁰ Voir les indicateurs de la qualité des soins de santé de l'OCDE :

<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-indicators.htm>

et du Agency for Healthcare Research and Quality : <http://www.qualityindicators.ahrq.gov>

aborder la question de la peur de la violence ou de l'abandon éprouvée par les femmes. Aucun indicateur mesurant le type de conseils ou la manière d'évaluer la qualité des services de conseils proposés n'existe actuellement.

Survie après 12 mois de traitement chez les femmes vivant avec le VIH

La proportion de femmes qui bénéficient d'une trithérapie où le taux de CD4 ou la charge virale seront déterminants dans les taux de survie des femmes vivant avec le VIH. L'observance et l'accompagnement à l'observance influenceront les chances de survie après 12 mois. De plus, les normes de genres qui retiennent les femmes de révéler leur séropositivité peuvent affecter leurs chances de survie.

Proportion des services de planification familiale qui proposent un test de dépistage du VIH

Les femmes qui ont accès aux services de contraception peuvent aussi être exposées au risque d'infection au VIH. Par conséquent, il peut être utile d'évaluer quels services de planification familiale proposent également des tests de dépistage du VIH et dans quelle mesure il convient aux femmes de pouvoir subir un test de dépistage du VIH lorsqu'elles accèdent aux services de planification familiale.

Indicateurs afférents à la traite des personnes

Les Nations Unies définissent l'expression « traite des personnes » comme « le recrutement, le transport, le transfert, l'hébergement ou l'accueil de personnes, par la menace de recours ou le recours à la force ou à d'autres formes de contrainte, par enlèvement, fraude, tromperie, abus d'autorité ou d'une situation de vulnérabilité, ou par l'offre ou l'acceptation de paiements ou d'avantages pour obtenir le consentement d'une personne ayant autorité sur une autre à des fins d'exploitation ». La traite des personnes affecte la vie, la santé et le bien-être de millions de personnes dans le monde. Les femmes et les filles sont particulièrement vulnérables à cette pratique et à ses terribles conséquences (p. ex. la violence basée sur le genre, l'exploitation sexuelle) en raison de leur condition subordonnée. Parmi les causes premières de la traite des personnes, on trouve la pauvreté, la discrimination fondée sur le genre ainsi que les pénuries saisonnières de denrées et de ressources, etc. Les femmes, les hommes et les enfants sont victimes de la traite des personnes pour diverses raisons comme notamment la prostitution et l'exploitation sexuelle, le travail ou les services forcés, l'esclavage ou des pratiques similaires, la servitude et le prélèvement d'organes.

Les personnes victimes de la traite sont extrêmement vulnérables aux problèmes de santé comme le VIH, aux problèmes liés à la santé mentale ou à la violence basée sur le genre et autres conséquences négatives, en raison de la nature même d'une telle pratique. Il est difficile d'obtenir des données et des statistiques sur la prévalence du VIH chez les personnes victimes de la traite en partie à cause de la difficulté même à estimer le nombre de personnes victimes de la traite, mais aussi en raison de la nature clandestine de cette pratique qui ne facilite pas l'accès à ces personnes. La traite des personnes avait été considérée comme une composante importante des mesures à prendre en compte dans ce compendium, en raison de ces implications sur la vulnérabilité au VIH et parce que l'inégalité de genre constitue un facteur clé de l'activité même et influence les expériences, les vulnérabilités et les risques d'infection au VIH des personnes victimes de la traite. Le compendium devait inclure plusieurs indicateurs qui avaient été proposés pour la mesure de cette composante. Cependant, ils n'ont pas été inclus dans le

présent document. Il a été décidé d'inclure les indicateurs afférents à la traite des personnes dans la catégorie des indicateurs nécessitant un développement supplémentaire. Cette décision a été motivée par plusieurs considérations :

- premièrement, les indicateurs afférents à la traite des personnes qui étaient disponibles présentaient un amalgame de la traite des personnes et du commerce du sexe, ce qui peut engendrer la mise en place de lois et d'interventions pouvant potentiellement affecter les professionnel(le)s du sexe de manière négative (p. ex. violence, abus ou exploitation supplémentaires), tout en sapant simultanément les efforts mis en œuvre pour arrêter la traite de personnes. La Note d'orientation de l'ONUSIDA sur le VIH et le commerce du sexe (UNAIDS Guidance Note on HIV and Sex Work) stipule clairement que la traite des personnes à des fins d'exploitation sexuelle constitue une grossière violation des droits humains. Dans le même temps, cette Note d'orientation déclare clairement et fermement que la traite des personnes, quel que soit son objectif, comme l'exploitation sexuelle commerciale, ne devrait en aucun cas être implicitement ou explicitement amalgamée avec le commerce du sexe.
- deuxièmement, les indicateurs afférents à la traite des personnes doivent être en mesure de prouver quelles sont les « bonnes pratiques » ou les programmes efficaces qui permettent d'empêcher la traite des personnes et de répondre aux besoins en matière de VIH des personnes victimes de la traite tout en protégeant les droits des professionnel(le)s du sexe. Actuellement, de telles « bonnes pratiques » restent à être identifiées et compilées avant qu'il ne devienne possible de définir les indicateurs adéquats à l'évaluation des progrès.
- troisièmement, les discussions au sujet des indicateurs afférents à la traite des personnes doivent faire l'objet d'un processus consensuel supplémentaire par le biais d'une discussion plus élargie abordant la question des interventions politiques et programmatiques relatives à la traite des personnes, les parties prenantes concernées – dont les partenaires de l'ONU, les groupes de la société civile, les chercheurs, les donateurs et les parties prenantes des pays – participant à la prévention et aux interventions en matière de traite des personnes.

Le présent compendium signale le caractère critique de la traite des personnes et la nécessité d'élaborer à l'avenir des indicateurs qui y ont trait. Il propose également que, dans ce processus d'élaboration, il soit aussi pris en considération la situation des enfants, et plus particulièrement des filles, victimes de la traite des personnes, et la nécessité de consulter un large éventail de parties prenantes.

Liste des personnes ayant participé à la Consultation technique sur l'élaboration d'indicateurs harmonisés pour suivre les progrès réalisés afférents à l'égalité de genre et sur les dimensions des interventions en matière de VIH et de sida (Technical Consultation on Developing Harmonized Indicators for Monitoring Progress on Gender Equality, Dimensions of the HIV and AIDS Responses) qui s'est tenue à New York, du 21 au 23 septembre 2011. (Liste classée par ordre alphabétique des prénoms, * indiquant que la personne faisait partie du comité principal de planification).

Abby Cannon

Analyste des questions de genre
MEASURE Evaluation
États-Unis
accannon@unc.edu

Adrienne Germain

Présidente émérite
Coalition internationale pour la santé des femmes (International Women's Health Coalition)
États-Unis
agermain@iwhc.org

Akudo Ikpeazu

Directeur, coordination de programme
Agence nationale pour le contrôle du sida (National Agency for the control of AIDS)
Nigéria
aikpeazu@yahoo.com

Alexandra Garita

Chargée de programme, politique internationale
Coalition internationale pour la santé des femmes
États-Unis
agarita@iwhc.org

Alessandra Nilo

Directrice exécutive
GESTOS
Brésil
Alessandra.nilo@gestos.org

Anna Guthrie

Conseillère en santé et sida
Département pour le développement international (Department for International Development - DFID)
Royaume-Uni
a-guthrie@dfid.gov.uk

Avni Amin*

Agent technique
Département Santé et recherche génésiques
Organisation mondiale de la Santé (OMS)
Suisse
amina@who.int

Chiho Suzuki

Spécialiste, suivi et statistiques
Division des politiques et des pratiques
Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
États-Unis
csuzuki@unicef.org

Claudia Ahumada

Agent technique
Coalition internationale pour les femmes et le sida (Global Coalition on Women and AIDS)
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)
Suisse
ahumadac@unaids.org

Daniela Ligiero*

Conseillère principale pour les questions de genre
Bureau du coordinateur américain de la lutte contre le sida dans le monde
États-Unis
ligierodp@state.gov

Dean Peacock

Cofondateur et directeur
Sonke Gender Justice Network
Afrique du Sud
dean@genderjustice.org.za

Diana Prieto*

Conseillère principale pour les questions de genre
Agence des États-Unis pour le développement international (USAID)
États-Unis
dprieto@usaid.gov

Ebony Johnson*

Délégué nord-américain
Délégué des ONG au CCP de l'ONUSIDA
États-Unis
femme_poz@yahoo.com

Gang Zeng

Assistant chercheur
Centre national pour la prévention et le contrôle du sida/MST
Centre chinois de contrôle des maladies
Chine
hxydzg@163.com

Ivana Bozicevic

Directrice exécutive
Collaborating Centre for Capacity Development in HIV surveillance
Organisation mondiale de la Santé (OMS)
Croatie
Ivana.Bozicevic@lshtm.ac.uk

Jay Silverman

Professeur en médecine et santé internationale
Université de Californie, San Diego
États-Unis
jgsilverman@ucsd.edu

Joan Kraft

Spécialiste du comportement
Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis (United States Centers for Disease Control and Prevention)
États-Unis
jjk4@cdc.gov

Joanna Barczyk*

Agent technique, suivi-évaluation
Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM)
Suisse
Joanna.Barczyk@theglobalfund.org

Karolina Kvarnare

Première secrétaire
Conseillère régionale, VIH et sida
Équipe régionale VIH et sida pour l'Afrique
Ambassade de Suède à Lusaka
Agence suédoise pour le développement international (Swedish International Development Agency - Sida)
Zambie
karolina.kvarnare@foreign.ministry.se

Katherine Bourne

École Wagner des services publics de l'université de New York (NYU Wagner University School of Public Service), et Bard College

Consultante

États-Unis

katebourne444@yahoo.com

Kavutha Mutuvi

Conseillère sur les questions de genre au Conseil national de contrôle du sida (National AIDS Control Council)

Kenya

kavutha.mutuvi@nacc.or.ke

Kavutha.mutuvi@unwomen.org

Kevin Osborne

Conseiller principal sur la question du VIH

Fédération internationale pour la planification familiale (International Planned Parenthood Federation) (IPPF)

Royaume-Uni

kosborne@ippf.org

Kristen Wares

Conseillère en santé publique

Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), Conseil pour la santé mondiale (Global Health), Bureau du VIH/sida des États-Unis (Office of HIV/AIDS Unites States).

kwares@usaid.gov

Kyeremeh Atuahene

Directeur, recherche et suivi-évaluation

Commission du Ghana pour le sida (Ghana AIDS Commission)

Ghana

katuahene@ghanaims.gov.g

Lillian Mworeko

Coordinatrice régionale

Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH, Afrique de l'Est (ICW)

Ouganda

lmworeko@icwea.org

Linda Kupfer

Conseillère principale

Département d'État des États-Unis, Bureau du coordinateur américain de la lutte contre le sida dans le monde (OGAC)

États-Unis

linda.kupfer@nih.gov

Lola Yuldasheva

Directrice du suivi-évaluation

Projet sur la qualité des soins de santé au Tadjikistan de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID)

lola.yuldasheva@gmail.com

Luisa Orza

Coordinatrice de programme

ATHENA/HEARD

Royaume-Uni

luisa.orza@gmail.com

Lynn Collins

Conseillère technique sur le VIH

Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP)

États-Unis

Collins@unfpa.org

Mabel Bianco

Présidente

Fundación Para Estudio e Investigación De la Mujer (FEIM)

Argentine

mbianco@feim.org.ar

Maribel Derjani Bayeh

Spécialiste de programme

Genre et VIH/sida

Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU Femmes)

États-Unis

maribel.derjani-bayeh@unwomen.org

Marleen van der Ree

Spécialiste technique

Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP)

États-Unis

vanderree@unfpa.org

Mary Ellsberg

Vice-présidente, recherche et programmes

Le centre international pour la recherche sur les femmes (ICRW)

États-Unis

mellsberg@icrw.org

Monica Alonso

Conseillère régionale sur la surveillance du VIH
Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé (OPS/OMS)
États-Unis
alonsomon@paho.org

Nazneen Damji*

Conseillère politique, égalité de genre et VIH/sida
Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
(ONU Femmes)
États-Unis
nazneen.damji@unwomen.org

Nchedi Maphokga-Moripe

Directeur exécutif, intersection et relations internationales
Ministère des Femmes, des enfants et des personnes souffrant d'un handicap
Afrique du Sud
nchedi@dwcpd.gov.za

Oldri Mukuan

Point focal régional
Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH, Asie du Sud-Est (ICW)
Indonésie
alldree@yahoo.com

Olga Gvoztetska

Directrice de programme
Réseau national ukrainien de personnes vivant avec le VIH/sida
Ukraine
sova@network.org.ua

Patrick Kaburi

Directeur, suivi-évaluation et recherche
Conseil national de contrôle du sida (National AIDS Control Council)
Kenya
pkaburi@yahoo.com

Per Strand

Directeur, suivi-évaluation
« Star for Life » (programme de prévention du VIH proposé en milieu scolaire)
Afrique du Sud
pmstrand@gmail.com

Priscilla Idele

Conseillère principale, statistiques et suivi
Division des politiques et des pratiques
Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
États-Unis
pidele@unicef.org

Rachel Albone

Conseillère politique sur les questions de VIH et de sida
HelpAge International
Royaume-Uni
ralbone@helpage.org

Renee Mckenzie

Analyste
Agence canadienne de développement international (ACDI)
Canada
renee.mckenzie@acdi-cida.gc.ca

Roberta Clarke

Directrice régionale de programme
Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
(ONU Femmes Caraïbes)
Barbade
Roberta.clarke@unwomen.org

Robin Gorna (facilitateur)

Directeur
Stratégie, mobilisation et plan d'action contre le sida (ASAP)
Royaume-Uni
rgorna@gmail.com

Samantha Dovey

Spécialiste, suivi-évaluation
ICF Macro
États-Unis
sdovey@icfi.com

Seng SutWantha

Conseillère technique sur les questions de genre et de VIH
Autorité nationale contre le sida (National AIDS Authority)
Cambodge
wanthas@yahoo.com

Shelah S. Bloom*

Conseillère technique principale sur les questions de genre
MEASURE Evaluation, Université de Caroline du Nord (Chapel Hill)
États-Unis
ssbloom@email.unc.edu

Sidonie Uwimpuhwe

Conseillère principale
Égalité de genre et VIH
Centre biomédical du Rwanda (Rwanda Biomedical Center)
Institut de contrôle et de prévention des maladies et du VIH du Rwanda
Sidonie.uwimpuhwe@cns.gov.rw

Susana Fried

Responsable de groupe (provisoirement), intégration, genre et OMD
et conseillère principale sur les questions de genre
Programme des Nations Unies pour le développement
Groupe VIH/sida
États-Unis
Susana.fried@undp.org

Svetlana Negroustoueva*

Associée M&E principale
ICF Macro/Measure Evaluation
États-Unis
snegroustoueva@icf.com

Tobias Alfven*

Conseiller technique M&E
Analyse et suivi de la riposte
Département Réalité, stratégie et résultats
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)
Suisse
alfvent@unaid.org

Tonya Nyagiro

Conseiller politique principal, questions de genre
Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM)
Suisse
tonya.nyagiro@theglobalfund.org

Vo Hai Son

Directeur adjoint
Département de surveillance et de suivi-évaluation
Autorité vietnamienne de contrôle du VIH/sida
Vietnam
vohaison@gmail.com

MEASURE Evaluation
Carolina Population Center
University of North Carolina at Chapel Hill

400 Meadowmont Village Circle, 3rd Floor
Chapel Hill, North Carolina 27517
Phone: +1 919-445-9350 | Fax: +1 919-445-9353
Email: measure@unc.edu
www.measureevaluation.org

Cette recherche a bénéficié du soutien du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (President's Emergency Plan for AIDS Relief - PEPFAR) à travers l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), dans le cadre de l'accord de coopération GHA-A-00-08-00003-00 de MEASURE Evaluation que met en œuvre le Carolina Population Center de l'Université de Caroline du Nord à Chapel Hill, en partenariat avec Future Group, ICF International, John Snow, Inc., Management Sciences for Health et l'Université de Tulane. Les points de vue exprimés dans ce document ne correspondent pas nécessairement à ceux du PEPFAR, de USAID ou du gouvernement américain. ms-13-82 (février 2014). Photo de couverture reproduite avec l'aimable autorisation d'Arne Hoel de la Banque mondiale.



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



UNAIDS

