



ANALYSE ET UTILISATION DE DONNÉES FOURNIES PAR DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS

Fascicule d'exercices

pour responsables de
programmes de lutte
contre le VIH

DOCUMENT DE TRAVAIL, NOVEMBRE 2019



ANALYSE ET UTILISATION DE DONNÉES FOURNIES PAR DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS

Fascicule d'exercices pour responsables de programmes de lutte contre le VIH

DOCUMENT DE TRAVAIL, NOVEMBRE 2019

© Organisation mondiale de la santé 2019

Tous droits réservés. Ceci est un document de travail et il est interdit de le citer, reproduire, traduire ou adapter en partie ou dans son intégralité, peu importe la forme ou les moyens.

Contenus

Remerciements	iii
Comment cet outil s'organise	1
Exercice 1 : introduction aux tableaux de bord relatifs au VI	3
Exercice 2 : analyse et utilisation des données relatives au fardeau de l'infection à VIH.....	8
Exercice 3 : évaluer la cascade test-lien-traitement-maintien-suppression du VIH	13
Exercice 4 : utilisation de tableaux de classement de districts pour évaluer des performances dans des zones géographiques.....	19
Exercice 5 : utilisation de cartes pour évaluer des performances par zones géographiques	23
Exercice 6 : utilisation des évolutions chronologiques pour détecter des problèmes dans la mise en place	26

Remerciements

Ce fascicule d'exercices a été conçu par l'Organisation mondiale de la santé avec l'appui de bourses octroyées par Bloomberg Philanthropies Data for Health Initiative, Gavi, l'Alliance du vaccin, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et la Norwegian Agency for Development Cooperation.

Comment cet outil s'organise

Les exercices figurant dans cette brochure font partie d'un ensemble de matériels utilisés pour développer des compétences nécessaires à l'utilisation de données de routine fournies par des établissements pour des responsables de programmes de lutte contre le VIH à l'échelon unitaire national et sous-national (USN).

Cet ensemble comprend :

- un module d'orientation d'analyse d'établissements¹, accompagné d'un jeu de tableaux de bord standard, pour gérer et améliorer les programmes aux échelons nationaux/USN1 (p. ex. régional), USN2 (p. ex. district), et E (établissement). Il est fait référence à la version de ces tableaux de bord relatifs au VIH comme « Charge virale 2.0 » et « VIH 2.0 »²
- une session de formation (ou version) dans le DHIS2 expliquant l'utilisation des tableaux de bord standard
- ce fascicule d'exercices examine la manière dont des responsables peuvent interpréter chaque graphique compris dans les tableaux de bord standard
- un supplément au fascicule d'exercices contient des instructions permettant de naviguer et utiliser les tableaux de bord standard dans le DHIS2.

Ce fascicule d'exercices est conçu pour expliquer l'utilisation de tous les diagrammes présentés dans les tableaux de bord standard, à l'aide de données provenant d'un programme mondial réel de lutte contre le VIH, afin d'en comprendre les performances et améliorer des services ou entreprendre un examen approfondi.³ Le module, les tableaux de bord et le fascicule d'exercice tirent leurs racines d'une orientation normative existante, y compris les règles unifiées du système international de 2015 et les directives de 2017 en matière de suivi centré sur la personne. En plus, ils sont destinés à compléter un manuel d'analyse de cascades qui sera lancé en 2018. Ces exercices sont conçus pour être compatibles avec tous les systèmes d'information sur la gestion sanitaire (SIGS) utilisés, cependant, les instructions complémentaires sont faites sur mesure pour utiliser l'application VIH dans le DHIS2.

Ces exercices présentent des diagrammes provenant de tableaux de bord conçus pour un responsable de programmes à l'échelon USN1 ou national, des remarques figurant dans tous les exercices expliquent comment modifier le matériel pour le faire coïncider avec la perspective du responsable à l'échelon USN2 et des établissements.

¹ Analyse et utilisation de données d'établissements de soins : Directive pour responsables de programmes de lutte contre le VIH, 2018 (en préparation)

² Pour faciliter la référence entre le document d'orientation, fascicule d'exercices et la session de formation, le nom de chaque graphique des tableaux de bord commence par un échelon géographique et une lettre, en plus d'une brève description du contenu.

³ Avec la permission du Programme de contrôle des maladies sexuellement transmissibles (NASCOP), la session de formation en DHIS2 utilisée dans cet ensemble présente des données du Kenya modifiées pour fournir des exemples utiles à la formation, tirés d'un contexte mondial véritable. Les chiffres générés par la session de formation ne devraient pas être interprétés comme des données réelles du Kenya ni attribuées à des zones sous-nationales spécifiques ou des établissements. Il faudrait aussi ne pas oublier que pour conserver une approche plus générique par rapport au référencement des différents échelons sous-nationaux, les matériels de formation se réfèrent à USN1 par « régional » et USN2 par « district », même si ceux-ci ne sont pas des termes usités au Kenya. Pour simplifier la session de formation afin qu'elle soit utilisée simultanément par de multiples utilisateurs dans le cadre d'un atelier, le nombre de régions et de districts a été réduit.

Comment personnaliser le module de formation avec des exercices

Les exercices de ce document sont utilisables de façon modulaire pour convenir à une formation adaptée aux compétences, à la disponibilité des données, au temps de formation et à la capacité technique de différents groupes de participants. Il est possible qu'un formateur préfère faire appel à des exemples provenant de la session relative au SIGS/DHIS2 du pays du participant et reproduise les diagrammes équivalents en utilisant les données du pays du participant pour remplacer les chiffres présentés ici.

Orientation vers le jeu de données de formation pour DHIS2

Les données d'échantillon utilisées dans ces exercices proviennent d'un jeu de données établi à partir de véritables données mondiales, mais reconfigurées pour représenter un pays fictif. La hiérarchie organisationnelle du pays va de l'échelon national, régional (USN1), du district (USN2) et des établissements.⁴ Bien que certains noms d'établissement et zones géographiques ressemblent à ceux de vrais lieux, parce que les données ont été ajustées pour créer de bons exemples de formation, il ne faudrait pas supposer que les graphiques représentent la situation réelle des lieux portant les mêmes noms.

⁴ Dans ce jeu de données, il existe aussi un échelon sous-district, alors que cet échelon n'est pas utilisé dans les exercices pour des tableaux de bord relatifs au VIH, il est plus largement utilisé dans d'autres domaines de programme, telles que l'immunisation et la RMNCAH (Santé de la reproduction de la mère, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents).

Exercice 1 : introduction aux tableaux de bord relatifs au VIH

Objectifs d'apprentissage :

- orientez des utilisateurs vers le contenu général des tableaux de bord relatifs au VIH recommandés (VIH 2.0 – échelon N/IU1, VIH 2.0 – échelon USN2, VIH 2.0 échelon E, charge virale 2.0) et leurs relations les uns aux autres ;
- expliquez dans un tableau de bord les différences entre ce dont les responsables de l'échelon national et USN2 ont besoin et les implications sur la manière dont les diagrammes sont configurés;
- donnez des exemples expliquant comment la disposition d'un diagramme peut aider des responsables à utiliser plus efficacement des données du SIGS.

Les indicateurs utilisés pour ces tableaux de bord sont alignés sur les indicateurs clés standard compris dans les 100 indicateurs de santé clés (à partir de données fournies par des établissements).⁵ Le tableau de bord principal (VIH 2.0) a une version appropriée pour des responsables à l'échelon national/USN1 (p. ex. échelon régional), USN2 (p. ex. district) et pour ceux à l'échelon des établissements. Ces variables du tableau de bord principal utilisent des chiffres semblables avec des modifications pour rendre chacune d'elle plus utiles aux responsables à cet échelon. Le tableau de bord relatif à la charge virale 2.0 présente, sur le plan épidémiologique, des données pertinentes qui fournissent des données contextuelles majeures pour suivre les performances de la riposte.⁶

Types de tableau de bord relatif au VIH

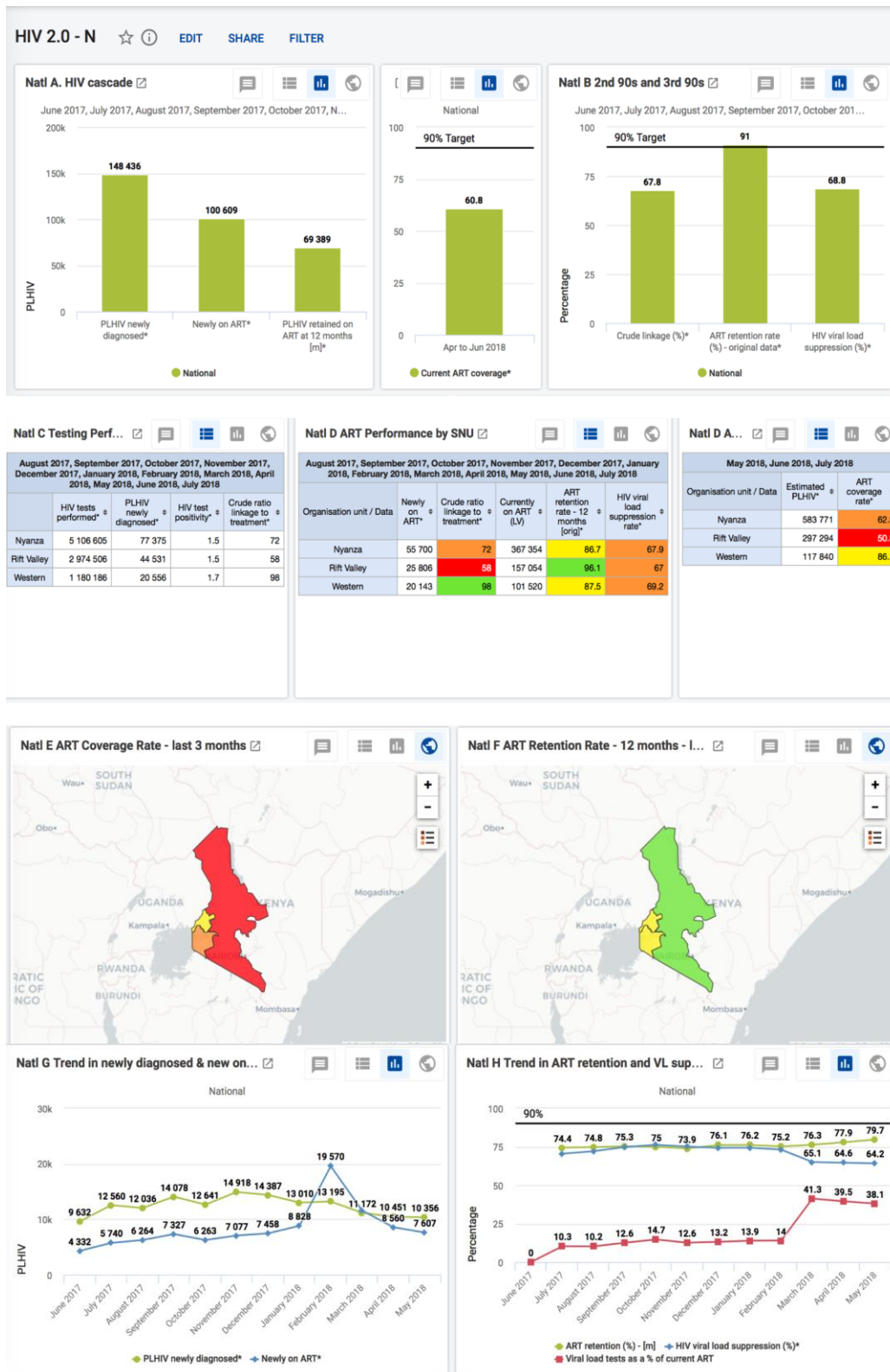
Nom du tableau de bord	Utilisateur principal	Fréquence d'utilisation recommandée	# de graphiques
VIH 2.0 N/USN1	Responsables de programmes nationaux et USN1 (p. ex. régional)	Trimestrielle/annuelle	10
VIH 2.0 N/USN2	Responsables de programmes USN2 (p. ex. district)	Au mois	8
VIH 2.0 F	Responsables de programmes relatifs à des établissements	Au mois	6
Charge virale 2.0	Responsables de programmes à tous les échelons ; agents de surveillance	Annuelle	3

1. La figure 1 ci-dessous présente le tableau de bord relatif au VIH 2.0 à l'échelon national. Remarquez l'utilisation de différents styles de visualisation : diagrammes en barres, tableaux, cartes et graphiques linéaires.

⁵ Global Reference List of 100 Core Health Indicators, WHO 2015 (Liste de références mondiales des 100 indicateurs clés pour la santé, OMS 2015). Disponible sur : <http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en/>

⁶ L'exercice 2 entre plus dans le détail dans la compréhension et l'interprétation de ce tableau de bord.

Figure 1 : le tableau de bord relatif au VIH 2.0 - échelon national/USN1 de la session de formation sur l'utilisation des données du DHIS2

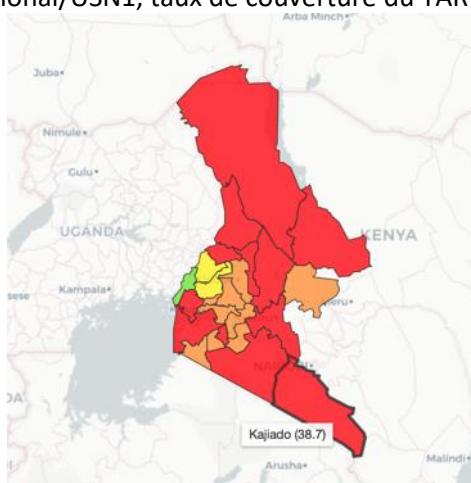


Remarque : avec la permission du Programme de contrôle des maladies sexuellement transmissibles (NAS COP), la session de formation en DHIS2 utilisée dans cet ensemble présente des données du Kenya modifiées pour fournir des exemples utiles à la formation, tirées d'un contexte mondial vérifiable. Les chiffres générés par la session de formation ne devraient pas être interprétés comme des données réelles du Kenya ni attribués à des zones sous-nationales spécifiques ou des établissements.

- a. Listez deux manières d'observer des indicateurs clés à l'aide de cartes régionales susceptibles d'aider des responsables de programmes nationaux à prendre des décisions.

[Les cartes donnent aux responsables de programmes une vue synthétique des performances par zone qui s'utilise intuitivement. Une carte présente simplement le niveau de performance des différentes parties du pays dans une zone de service spécifique, p. ex. premier, deuxième ou troisième 90. Les cartes permettent également aux responsables de voir si les mêmes modèles géographiques de performance parmi les indicateurs ou si la performance est en corrélation avec des caractéristiques géographiques (p. ex. zones frontalières, couloirs de transport, régions reculées, etc.)]

- b. La même carte peut avoir différentes utilisations pour des responsables à différents échelons. Regardez la première carte du tableau de bord relatif au VIH 2.0 qui a été générée pour un utilisateur à un échelon régional/USN1, taux de couverture du TAR - mois dernier (par district) :



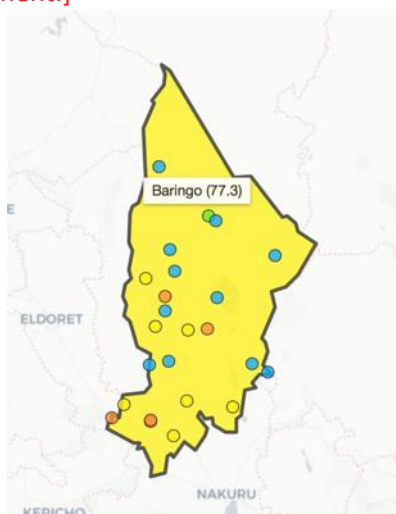
Comment un responsable de district peut-il utiliser cette carte pour l'aider à gérer ses programmes ?

[Des responsables de district peuvent comparer les performances de leur pays par rapport à d'autres zones géographiques similaires ou avoisinantes pour évaluer leurs performances en termes relatifs, ainsi que par rapport à des objectifs (représentés par le choix d'un code couleur). Si comparé aux autres zones, le district a de faibles performances, le fait de voir que d'autres pays ont été capables d'atteindre des objectifs définis, peut favoriser la motivation d'exécutants moins performants pour qu'ils fassent mieux.]

- c. Pensez à la deuxième carte du tableau de bord, taux de maintien sous TAR sur 12 mois. Comment serait-il possible de modifier autrement une carte pour qu'elle devienne plus informative pour un responsable à l'échelon du district ?

[Il est possible de changer la carte pour qu'elle présente des performances de l'échelon sous-district, p. ex. établissements avec TAR en code couleur par taux de maintien, afin que les responsables puissent identifier les lieux où des améliorations sont nécessaires dans les performances des districts. Dans l'exemple ci-dessous, bien que le district de Baringo (dans la région de la vallée du Rift) ait un taux de maintien raisonnablement élevé (77 %), il existe des établissements ayant de faibles niveaux de maintien, indiqués par les points orange. Si les établissements proposant des TAR sont catégorisés par type dans le SIGS, il est alors possible d'afficher différents types d'établissement, p. ex. hôpitaux vs. centres de santé ou de distinguer

des sites par investisseur, etc., en utilisant différents symboles avec des formes. Les responsables à l'échelon du district peuvent ensuite chercher des tendances pour voir si des taux de maintien varient selon le type d'établissement.]



Remarque : avec la permission du Programme de contrôle des maladies sexuellement transmissibles (NAS COP), la session de formation en DHIS2 utilisée dans cet ensemble présente des données du Kenya modifiées pour fournir des exemples utiles à la formation, tirées d'un contexte mondial véritable. Les chiffres générés par la session de formation ne devraient pas être interprétés comme des données réelles du Kenya ni attribués à des zones sous-nationales spécifiques ou des établissements.

2. Le tableau de bord 2.0 comprend des lignes évolutives présentant les changements des indicateurs clés d'un mois à l'autre.
 - a. Quel genre de tendance un responsable de programmes recherche-t-il dans un tableau de séries chronologiques pour identifier des problèmes dans une mise en œuvre de programmes ?

[Une évolution est un moyen utile de détecter des variations soudaines dans des performances signalées. Un système stable présentera une évolution stable. Quand un changement de l'évolution est détecté, notamment un qui se caractérise par un pic inhabituel ou une baisse, il est impératif que les responsables enquêtent pour savoir si ces changements soudains sont le résultat d'un problème de qualité des données (p. ex. erreur de transcription, rapports incomplets, changement des définitions des indicateurs ou procès-verbaux de rapports) ou d'un changement réel des services fournis. Il se peut que des changements spectaculaires en raison d'un événement programmatique soient liés à p. ex. une rupture de stock, un poste vacant pour des positions clés de personnel ou au lancement d'une campagne majeure pour faire la promotion de services. Les responsables se doivent de connaître ces types d'événements programmatiques et prévoir qu'ils se reflèteront dans les évolutions des services. Les responsables se doivent aussi d'être à l'affût de changements imprévus de services fournis ou d'augmentations plus graduelles de la demande de services ou de niveaux en baisse de l'utilisation des services. La ligne évolutive devrait être comparée aux performances prévues, c'est-à-dire aux objectifs, pour déterminer si des problèmes de mise en œuvre existent. La forte fluctuation des lignes évolutives est aussi un indicateur d'un programme instable.]

- b. Les deux graphiques avec des évolutions présentent plusieurs indicateurs (c'est-à-dire des lignes multiples dans le même graphique), ce qu'un responsable peut comprendre des performances des programmes en incluant à la fois le nombre de PVVS nouvellement diagnostiquées et le nombre de nouvellement sous TAR dans le même diagramme (cf. Évolution de nouvellement diagnostiqués et nouvellement sous TAR.)

[Certains indicateurs ont un rapport avec un autre indicateur ou en dépendent. En présentant ces indicateurs côte à côte, les responsables de programmes peuvent voir s'il existe une corrélation des performances. Par exemple, dans un programme de TAR « Traitement pour tous », toutes les PVVS nouvellement diagnostiquées devraient commencer un TAR dès que possible. En supposant une absence de problème de qualité des données, un responsable peut prévoir que la ligne présentant des nouvellement sous TAR sera au moins aussi élevée que celle des nouvellement diagnostiqués. Pendant une certaine période, le nombre de nouvellement sous TAR dépasse celui des nouvellement diagnostiqués si des patients sur listes d'attente de TAR sont effacés et commencent à recevoir un traitement.]

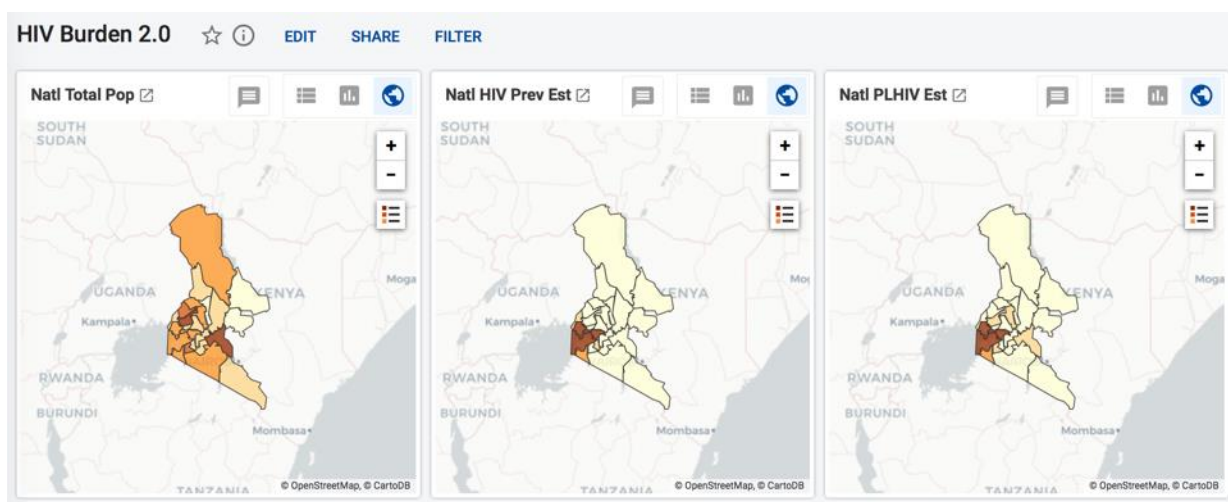
Exercice 2 : analyse et utilisation des données relatives au fardeau de l'infection à VIH

Objectifs d'apprentissage :

- orientez l'utilisateur par rapport aux types de carte, y compris le tableau de bord de la charge virale
- décrivez de quelle manière chaque carte est utile en contextualisant des données de programmes dans les principaux tableaux de bord relatifs au VIH.
- comprenez la source des données utilisées dans le tableau de bord relatif à la charge virale et comment cela influe sur l'interprétation des diagrammes à la fois dans le tableau de bord principal relatif au VIH et de celui relatif à la charge.
- présentez comment des données des tableaux de bord relatifs à la charge virale jouent un rôle dans la détermination d'objectifs pour les indicateurs clés.

Le tableau de bord relatif à la charge virale présente trois cartes de districts indiquant a) la taille de la population générale, b) le nombre estimé de PVVS et c) la prévalence estimée du VIH. Les cartes indiquent l'échelon géographique le plus bas pour lequel il existe des estimations de prévalence du VIH et celles de PVVS. Dans cette session de formation en DHIS2, les estimations sont disponibles jusqu'à l'échelon USN2/district. Les données présentées dans ces tableaux de bord sont des intrants pour les dénominateurs de certains indicateurs clés et sont la base de calcul des objectifs utilisés pour d'autres. Le dénominateur est utile dans une comparaison des performances entre différentes zones géographiques. Dans l'idéal, les données utilisées pour ces trois cartes sont téléchargées sur le SIGS où les données de routine fournies par les établissements sont hébergées.

1. Examinez les cartes, y compris le tableau de bord relatif à la charge virale. Remarquez les titres et les légendes utilisés pour chaque carte. (Dans l'aperçu du tableau de bord DHIS2, les longs noms des diagrammes ne sont pas indiqués). Les noms entiers sont : Population nationale totale (recensement, 2017) ; Estimation nationale de la prévalence du VIH (Spectrum, 2017) et Estimation nationale de PVVS (Spectrum, 2017)



Note: Avec la permission du Programme de contrôle des maladies sexuellement transmissibles (NASCO), la session de formation en DHIS2 utilisée dans cet ensemble présente des données du Kenya modifiées pour fournir des exemples utiles à la formation, tirées d'un contexte

ANALYSE ET UTILISATION DE DONNÉES FOURNIES PAR DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS :
cahier d'exercices pour responsables de programmes de lutte contre le VIH
DOCUMENT DE TRAVAIL, NOVEMBRE 2019

mondial véritable. Les chiffres générés par la session de formation ne doivent pas être interprétés comme étant des données réelles du Kenya ni attribués à des zones ou des établissements sous-nationaux spécifiques.

- a. Quelle serait la source de données pour chacune de ces trois cartes si ce tableau de bord était généré avec des données de votre pays ? Quand chacune de ces sources de données a-t-elle été téléchargée ?

Les données générales de population se basent habituellement sur le recensement mené par le Bureau national des statistiques. Les années intermédiaires durant lesquelles le recensement est mené, la plupart des pays utilise un système de projections pour représenter la croissance de la population et son mouvement. Pour estimer la prévalence du VIH et le nombre de PVVS, les pays s'appuient souvent sur des résultats modélisés, tels que ceux du SPECTRUM. Parce que le pack SPECTRUM est actualisé tous les ans, pour incorporer des paramètres complémentaires ou des caractéristiques de modélisation susceptibles d'améliorer l'ajustement des données par rapport au modèle, des estimations des PVVS des années antérieures peuvent changer si des estimations plus récentes sont générées. Quand les données des estimations sont importées dans le DHIS2, toute estimation d'années antérieures devrait être générée en utilisant la même version de SPECTRUM comme celle utilisée pour les estimations les plus récentes afin de permettre des comparaisons appropriées (c'est-à-dire des évolutions au fil du temps). Des estimations directes de la prévalence du VIH provenant d'enquêtes sur la population générale peuvent être une autre source, cependant celles-ci sont probablement utilisées comme intrant essentiel pour des estimations basées sur un modèle. Certains pays utilisent des modèles autres que SPECTRUM pour leurs estimations en fonction du type d'épidémie et de celui de données d'intrants disponibles.]

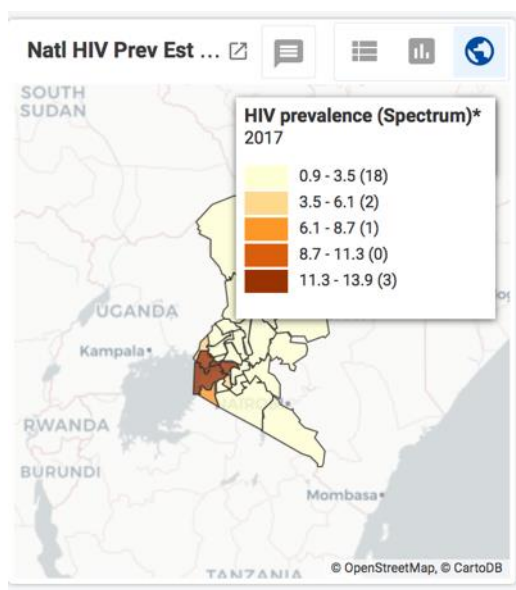
- b. Décrivez les points forts et faibles de chaque source de données (qui serait utilisée dans votre pays) en ce qui concerne la fiabilité d'une source pour l'indicateur que chaque carte représente, c'est-à-dire la source de données, comprend-t-elle la population totale ou certaines populations, sont-elles moins représentées par ces sources de données ? P. ex. populations clés, populations migrantes, communautés de minorités ethniques, populations institutionnalisées, etc.

[Les problèmes à prendre en compte comprennent : à quel point les données sont récentes (y compris les intrants utilisés pour des estimations modélisées) ; si des données sont d'une fiabilité équivalente et à jour dans toutes les parties du pays ; si la source de données prend en compte des populations spécifiques susceptibles d'être affectées de façon disproportionnée par le VIH, p. ex. populations clés, prisonniers, réfugiés, individus ayant de faibles revenus, etc. Dans certains cas, des sources de données pour des saisies importantes ont pu être affectées par des événements ponctuels, p. ex. mouvement de masse lié à des catastrophes naturelles, changement de politique, conflit, crise économique, etc., qui devraient être notés. Les données d'enquêtes ou de modèles s'accompagnent de fourchettes d'incertitude qu'il faudrait prendre en compte lors de l'interprétation de performances d'un programme dont ces données servent de dénominateur. La prise en compte de fourchettes d'incertitude lors de l'interprétation des performances d'un programme garantit que les différences observées entre des régions, groupes ou au fil du temps seront significatives d'un point de vue statistique.]

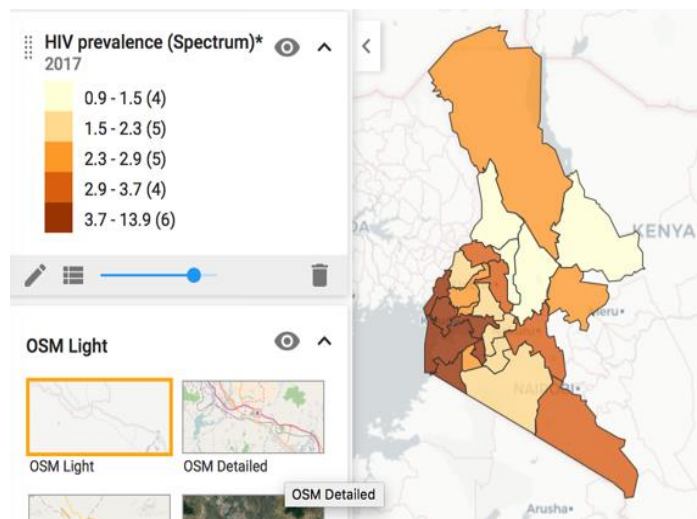
2. Quelle est la différence dans l'interprétation de la carte présentant une prévalence du VIH et de celle présentant une estimation de PVVS ?

[La prévalence du VIH est un pourcentage calculé comme le nombre de PPVS divisé par la population générale de la même zone géographique. Le nombre estimé de PPVS est uniquement le numérateur, c'est-à-dire qu'il donne un nombre plutôt qu'un pourcentage. La prévalence du VIH peut être forte dans une petite population, mais avoir toujours un petit nombre de PPVS comparé à la zone ayant une large population générale, mais une prévalence du VIH raisonnable. Une zone à forte prévalence du VIH est susceptible de revêtir une importance parce qu'elle indique qu'il y a eu ou qu'il y a des taux élevés de transmission et que des interventions de prévention sont nécessaires. Il faut aussi que les responsables prêtent attention au grand nombre absolu de PPVS en termes de garantie de services adéquats et de ressources qui sont disponibles pour approvisionner des personnes en tests et traitements.]

3. Ces cartes sont conçues pour coder en couleur les districts en cinq « intervalles égaux ». Cela signifie que la plage de valeurs dans tous les districts est calculée et divisée en cinq catégories. Par exemple, la carte de prévalence du VIH a une fourchette de prévalence de 0,9 à 13,0 %. Chaque catégorie de couleur représente une répartition de 2,6 points de pourcentage. La légende indique aussi le nombre de districts allant dans chaque catégorie. Dans cet exemple, la vaste majorité (18 sur 24) va dans la catégorie de prévalence la plus faible. Comment interpréter différemment la carte si les districts étaient divisés en quintiles au lieu d'utiliser cette méthode d'« intervalles égaux » ?



[Quand les quintiles sont utilisés pour coder des cartes en couleur, cela signifie qu'il existe un nombre égal de districts dans chaque catégorie, peu importe la fourchette. La même carte codée en couleur par quintiles est présentée ci-dessous :



Note: avec la permission du Programme de contrôle des maladies sexuellement transmissibles (NASCO), la session de formation en DHIS2 utilisée dans cet ensemble présente des données du Kenya modifiées pour fournir des exemples utiles à la formation, tirées d'un contexte mondial véritable. Les chiffres générés par la session de formation ne devraient pas être interprétés comme des données réelles du Kenya ni attribués à des zones sous-nationales spécifiques ou des établissements.

Quand un responsable se sert de cette méthode, cela lui permet de distinguer facilement les cinq districts ayant une prévalence la plus forte, toutefois, la fourchette de prévalence dans la catégorie la plus élevée est très large, elle va de 3,7 à 13,9 % de prévalence. Cela n'a aucun sens de regrouper un district ayant 3,7 de prévalence avec un dont la prévalence dépasse les 10 %. De la même façon, dans les catégories de prévalence plus faible, il est possible que cela n'ait aucun sens du point de vue programmatique ou épidémiologique pour distinguer un district ayant une prévalence de 2,3 et 3,7 %. Il est important pour des responsables d'examiner les deux valeurs de classification relatives et absolues, quand ils privilégient des zones nécessitant plus d'attention managériale ou de ressources.]

4. Quelle est le lien entre des données affichées dans le tableau de bord relatif à la charge virale et la détermination d'objectifs pour des indicateurs clés ?

[Parce que la source de données du tableau de bord relatif à la charge virale est actualisée au maximum tous les ans, celui-ci ne changera pas toutes les semaines ou tous les mois. Le tableau de bord relatif à la charge virale est plus utile pour donner aux responsables de programmes le contexte permettant d'examiner des performances de programmes. C'est-à-dire l'importance de garantir de bonnes performances des programmes dans des zones où la charge virale est la plus grande. À un niveau plus quantitatif, les estimations de PVVS donnent la taille de la population nécessitant des services, c'est-à-dire que cela fixe la limite supérieure pour déterminer des objectifs. Certaines estimations de références d'indicateurs clés de PVVS, par exemple l'indicateur du taux de couverture du TAR, se servent du nombre de PVVS du tableau de bord relatif à la charge virale comme d'un dénominateur, p. ex. une couverture de 75 % du TAR est calculée comme 75 % du nombre estimé de PVVS dans le pays. Il est procédé à un calcul semblable pour des objectifs à l'échelon sous-national, p. ex. 75 % de la couverture du TAR à l'échelon USN2 sont calculés comme 75 % du nombre estimé de PVVS dans le district. De nombreux pays se servent aussi des estimations de prévalence du VIH comme d'une référence pour déterminer l'efficacité des

programmes de dépistage du VIH. (Bien que des objectifs de rendement du dépistage doivent aussi prendre en compte l'historique du dépistage et la proportion de PVVS qui ont été déjà diagnostiqués.)

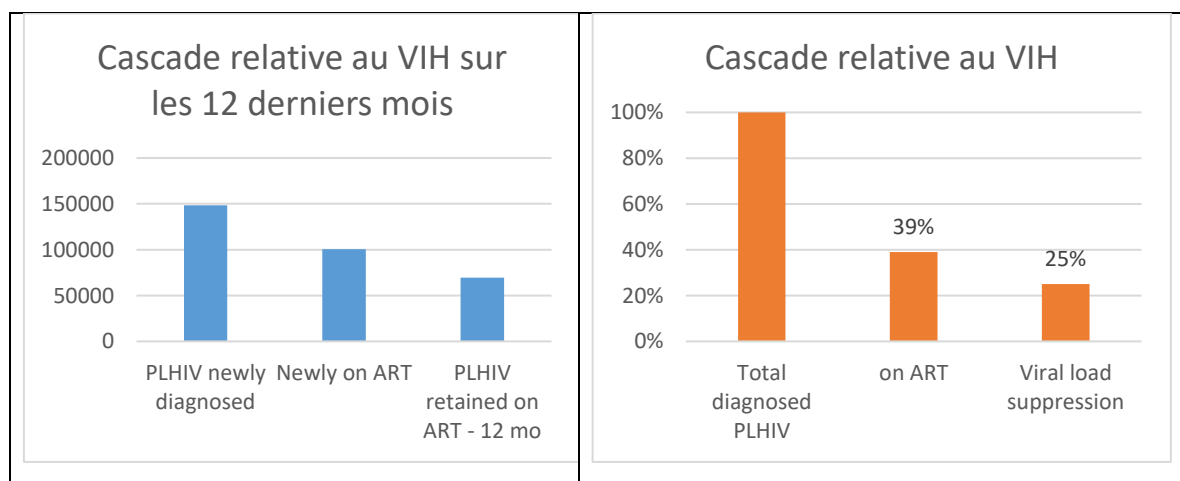
À cause de l'importance des estimations pour déterminer les objectifs et mesurer les performances des programmes, les calculs des objectifs et la couverture basés sur les estimations des PVVS devraient prendre en compte l'incertitude associée à ces estimations. Une incertitude pour des estimations de PVVS peut dépendre largement de la disponibilité et la qualité des données utilisées comme intrants pour les modèles employés en vue de générer les estimations. Au fil du temps, plus les données indiquent un large éventail de zones géographiques dans le pays, au mieux le modèle est adapté et plus l'incertitude des estimations est faible à l'échelon national. Il se peut que des estimations réalisées à l'échelon régional ou du district aient même des degrés d'incertitude plus grands à cause de points de données relativement peu nombreux susceptibles d'être disponibles pour correspondre aux modèles utilisés.]

Exercice 3 : évaluer la cascade test-lien-traitement-maintien-suppression du VIH

Objectifs d'apprentissage :

- orientez l'utilisateur vers les diagrammes utilisés pour représenter la cascade de la prise en charge du VIH dans les tableaux de bord relatifs au VIH 2.0 à l'aide de données intersectionnelles d'établissements
- prenez conscience des tendances typiques observées à partir des cascades dans le tableau de bord relatif au VIH 2.0
- illustrez la manière d'identifier des défis représentés par des services et une inégalité (p. ex. par sexe) à l'aide de cascades ventilées
- servez-vous des caractéristiques comme d'une variable de ventilation pour décrire les performances des différents modèles de services fournis.
- comprenez comment des données de couverture du dépistage de la CV exercent une influence sur l'interprétation des taux de suppression de la charge virale (CV).

1. Le tableau de bord relatif au VIH 2.0 commence par un diagramme en cascade relatif au VIH qui caractérise des données facilement disponibles à partir des systèmes classiques SIGS : # de nouvellement diagnostiqués, # PVVS nouvellement sous TAR et # de PVVS maintenues sous TAR sur 12 mois, pendant les 12 derniers mois. La cascade de la prise en charge du VIH présente l'analyse fondamentale nécessaire pour évaluer les progrès du diagnostic (premier 90), du début de la prise du traitement (deuxième 90) et la réussite de suppression du virus (troisième 90).

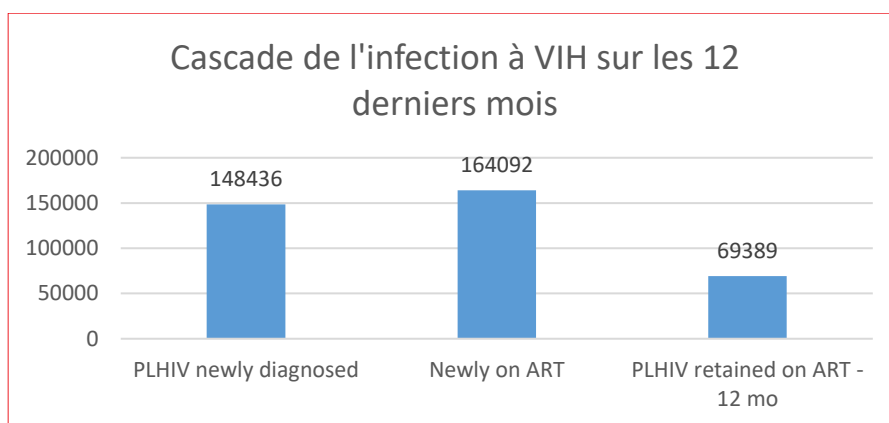


- a. Le diagramme (ci-dessus) à gauche est celui compris dans le tableau de bord relatif au VIH 2.0 qui utilise des données fournies par des établissements. Le diagramme à droite illustre une manière différente de présenter la cascade dont des responsables de programmes sont peut-être familiers. Quelles sont les différences dans les sources de données et l'interprétation de ces deux formats, si l'on suppose qu'ils reflètent les données du même pays et de la même période ?

[Une différence fondamentale est que la cascade à gauche donne des nombres absolus alors que celle de droite utilise des pourcentages. Plus précisément, la cascade à gauche ne donne que les

nombre de personnes bénéficiant du service pendant une période de 12 mois, ce qui correspond vraisemblablement à une période standard financière et de mise en place. Cela signifie que les barres du diagramme de gauche comprennent différents groupes de PVVS qui se chevauchent partiellement. Tandis que le diagramme à droite représente les données pour toutes les barres comme un pourcentage de toutes les PVVS JAMAIS diagnostiquées et encore en vie. La cascade à droite est représentée de manière intuitive, toutefois, il est impossible que ces chiffres soient obtenus d'un SIGS d'établissement classique, en particulier s'ils ont été reportés sous une forme globale. Souvent, ils proviennent d'enquêtes nationales sur la population ou de diverses sources de données différentes.]

- b. Dans une cascade typique de service de santé, chaque barre est un sous-ensemble de personnes capturées dans la barre précédente du diagramme. La hauteur décroissante de chaque barre suivante illustre la baisse d'utilisation de services entre des étapes dans la cascade. Cependant, dans certains pays, il se peut que le diagramme en cascade de l'infection à VIH, tel que traduit dans le tableau de bord relatif au VIH 2.0, présente le # de nouvellement sous TAR comme étant plus grand que le # de nouvellement diagnostiqués, tel que illustré ci-dessous. Décrivez des situations programmatiques susceptibles d'expliquer ce résultat inattendu.



[Malgré une assimilation de l'orientation normative de l'OMS de 2015 recommandant un test de dépistage universel et le commencement d'un TAR précoce le même jour, leur mise en place reste incomplète dans certains pays et il est probable qu'il y ait une liste d'attente de PVVS ayant été diagnostiquées mais qui ne satisfaisaient pas les critères médicaux d'éligibilité au TAR, ou bien des ressources en personnel étaient insuffisantes pour que leur TAR soit prise en charge. Quand il y a un changement de politique ou une meilleure disponibilité des ressources, des pays peuvent inciter à augmenter la prise en charge du TAR, notamment pour ceux qui ont été sur des listes d'attente pour celui-ci. Si cela arrive, mais qu'un dépistage du VIH et des découvertes de cas n'ont pas changé, il est possible que la barre indiquant le nombre de nouvellement sous TAR dépasse ceux qui sont nouvellement diagnostiqués pendant la même période de référence. Actuellement, c'est plus un résultat commun à des échelons sous-nationaux où un dépistage et la capacité du service de traitement ne correspondent probablement pas parfaitement, contraignant alors des PVVS d'une USN nouvellement diagnostiquées à chercher un traitement dans une autre USN.]

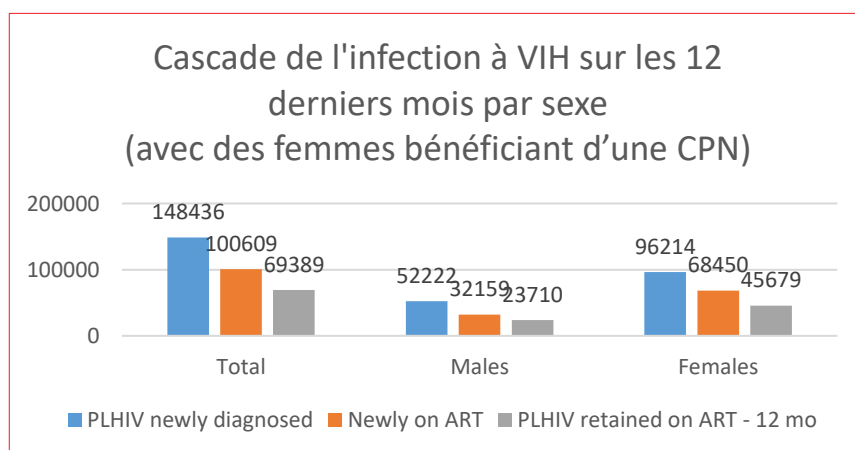
Dans certaines USN, cette disparité entre le lieu où les PVVS sont diagnostiquées et celui où elles commencent un TAR peut apparaître régulièrement à cause de schémas migratoires ou d'idées que des services sont fournis avec une meilleure qualité et confidentialité. Détecter et comprendre les raisons de ces schémas récurrents sera crucial pour permettre à des responsables d'interpréter correctement des cascades pour leurs points de service.]

- c. En vue d'être cohérent avec les « trois 90 » il serait préférable pour la cascade de la prise en charge du VIH du tableau de bord relatif au VIH 2.0 qu'elle présente une suppression de la CV plutôt qu'un maintien d'un TAR sur 12 mois. Décrivez pourquoi présenter le « nombre de patients subissant des tests de charge virale <1000 copies / mL dans les 12 derniers mois » serait problématique comme la troisième barre du diagramme marquée « cascade de la prise en charge du VIH sur les 12 derniers mois », présentée ci-dessus.

[L'indicateur calculé à partir d'un jeu de données agrégées de rapports engloberait n'importe quel patient recevant un test de dépistage de la CV pendant la même période, peu importe la raison du dépistage, c'est-à-dire de routine ou sur la base ciblée de signes ou symptômes. Pendant une période de 12 mois, le nombre prévu de patients subissant un test de CV devrait se rapprocher du nombre total de patients bénéficiant de soins ou de TAR, parce que des directives relatives au traitement de la plupart des pays recommandent de tester annuellement la charge virale pour la prise en charge des soins et du traitement des PVVS. En revanche, la figure en cascade présentée ci-dessus limite le nombre de patients pour chaque barre aux personnes diagnostiquées dans l'année ou maintenues sous TAR pendant une période d'un an. Un indicateur plus comparable serait le nombre de patients subissant un test de dépistage de la CV <1000 copies/mL sur 12 mois pendant un TAR. (Par définition, ce groupe de patients sous TAR serait celui qui commencerait un TAR dans l'année précédant la période de référence comprise dans le diagramme, et ne serait pas égal à celui qui serait diagnostiqué pendant la période de référence.) Cependant, dans un système de rapports agrégés, il est inhabituel de saisir des données de tests de dépistage de la charge virale afin qu'il n'y ait pas de concordance pendant la durée du traitement.

En plus des difficultés d'inclusion d'une population de patients comparable dans chaque barre de la cascade, « le nombre de patients subissant des tests de charge virale <1000 copies/mL » est en lui-même difficile à interpréter sans un dénominateur, à savoir le nombre de tests de charge virale menés. Dans une cascade basée sur une cohorte de patients pour lesquels chaque barre est un sous-ensemble clair de la barre précédente, l'interprétation ne laisse pas de place au doute. Cependant, il est impossible que les types de cascade susceptibles de se produire avec des données ajoutées intersectionnelles puissent formuler cette hypothèse à propos du dénominateur.]

2. Là où cela est possible, le tableau de bord relatif au VIH 2.0 devrait présenter la cascade de l'infection à VIH ventilée par sexe, telle que présentée ci-dessous.



- a. Qu'est-ce qui est utile pour des responsables de programmes en vue de comparer des données en cascade parmi les hommes et les femmes ?

[Une comparaison de performances en cascade entre des groupes et des unités géographiques administratives est cruciale pour identifier des écarts dans l'accès aux services et à la qualité et/ou identifier des facteurs associés à des performances fortes ou faibles. Une analyse en cascade est une évaluation de base de performances de programmes qui s'applique à n'importe quel sous-groupe de patients (par sexe, zone géographique, type d'établissement, etc.), expliquant les écarts où des taux de nouvelles infections et de mortalité associée au VIH sont plus élevés. La ventilation par sexe est particulièrement essentielle dans des pays où une grande partie des PPVS féminines sont diagnostiquées ou leur TAR est pris en charge par un programme de PTME. Ces types de programme, y compris la corrélation avec un traitement, opèrent différemment par rapport aux personnes à la recherche d'un dépistage du VIH dans un centre de dépistage destiné à une population générale. Dans cet exemple, le ratio brut d'une corrélation par rapport à un traitement pour les hommes est de 62 % (32159/52222) comparé à celui des femmes qui est de 71 % (68450/96214). Analyser l'inégalité entre les sexes dans les services fournis est un critère majeur pour évaluer la qualité des services.]

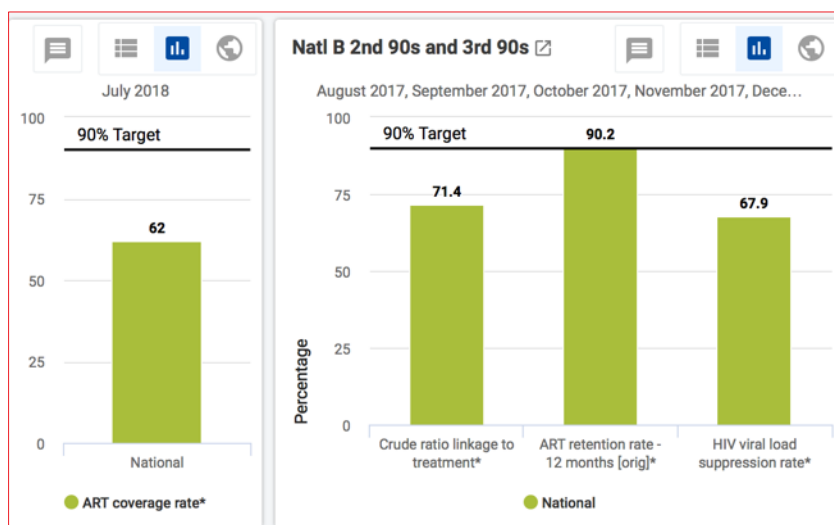
- b. Remarquez que dans cet exemple de pays, les PPVS féminines sont beaucoup plus nombreuses à être diagnostiquées par rapport aux hommes. Cela signifie-t-il que la charge virale est plus importante chez les femmes que chez les hommes ? Pourquoi ou pourquoi pas ?

[Le nombre de PPVS diagnostiquées reflète à la fois le fardeau de l'infection et la manière dont les programmes de dépistage ciblent et encouragent celui-ci parmi différentes populations. Dans plusieurs pays, des femmes enceintes sont contrôlées systématiquement pour le VIH. Des femmes diagnostiquées de cette manière constituent une part relativement grande de nouveaux cas détectés dans des zones où la couverture du dépistage du VIH est faible. Pour déterminer si la charge virale est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, la positivité au test de dépistage, c'est-à-dire # de PPVS diagnostiquées / # de personnes dépistées, devrait être comparée entre les hommes et les femmes. Si une positivité au test de dépistage est supérieure chez les hommes, il peut être utile de décrire la manière dont les hommes sont ciblés pour être dépistés et si le groupe dépisté est un groupe à très haut risque et si les populations masculines devraient être ciblées par plus de dépistage.]

- c. Quelles sont les variables de ventilation par type d'établissement disponibles dans le SIGS de votre pays ?

[Cela pourrait comprendre : domaine du programme (tuberculose, consultation prénatale, etc.) ; niveau d'établissement (hôpital, centre de santé, dispensaire, etc.) ; investisseur (gouvernement, Fonds mondial, PEPFAR, etc.), propriété (public/privé/ONG, etc.)]

3. Les deuxième et troisième diagrammes du tableau de bord présentent des calculs dérivés par analyse en cascade, illustrant une baisse d'un service à l'autre en termes de pourcentage. Ces pourcentages correspondent au « 2e 90 », c'est-à-dire au taux de couverture du TAR, le ratio des nouvellement sous TAR par rapport aux nouvellement diagnostiqués et le % de maintien sous TAR pendant 12 mois ; et le « 3e 90 », c'est-à-dire % du taux de suppression de la CV. »



- a. Qu'est-ce que l'indicateur du taux de couverture du TAR vous révèle à propos du programme de traitement qui diffère de la corrélation du ratio brut avec un traitement ? Est-il possible d'avoir de bonnes performances en corrélation avec un traitement, mais de faibles performances d'une couverture de TAR ? Et vice versa (est-il possible d'avoir de bonnes performances d'une couverture de TAR mais de faibles performances en corrélation avec un traitement) ?

[Les taux de couverture d'un TAR sont calculés à l'aide du dénominateur du nombre total estimé de PVVS connaissant ou ne connaissant pas leur statut sérologique. Le ratio brut se sert du nombre de nouvellement sous TAR comme numérateur et le nombre de PVVS nouvellement diagnostiquées comme dénominateur. Les taux de couverture d'un TAR et le ratio brut mesurent différents aspects d'une qualité de programme. La couverture d'un TAR examine comment le programme assure globalement par rapport au besoin épidémique et aux objectifs 2e 90, tandis que le ratio brut de corrélation avec un traitement examine l'aspect plus spécifique de garantir aux PVVS diagnostiquées qu'elles seront associées à un traitement et atteindront les objectifs de commencement de traitement à l'égard du 2e 90.]

- a. Ce diagramme présente à la fois le taux d'un maintien sous TAR sur 12 mois et le taux de suppression de la charge virale du VIH sur les 12 derniers mois. Quels sont les avantages à faire appel à une mesure plutôt qu'à l'autre pour déterminer l'efficacité du programme relatif au TAR ?

[Le résultat premier de la réussite d'un programme relatif au TAR se détermine par la supposition que les PVVS réussissent à supprimer leur charge virale grâce à l'application efficace d'un TAR (sur base du maintien, l'observance et la prévention de résistance aux médicaments contre le VIH). C'est pourquoi la mesure idéale d'exécution est le taux de suppression de la charge virale plutôt que le simple taux de maintien sous TAR sur 12 mois. Le taux de suppression de la charge virale se sert du nombre de tests de CV menés pendant la période de référence comme dénominateur. Dans des pays, où le dépistage de la CV n'est pas disponible pour toutes les PVVS sous TAR, il se peut qu'il existe certains écarts dans le taux de suppression mesuré, c'est-à-dire que le résultat n'est pas généralisable à toutes les expériences de patients sous TAR.

Quand il est impossible de généraliser les taux de suppression de la CV, le taux de maintien sous TAR sur 12 mois peut donner une mesure plus fiable des performances d'un programme relatif au TAR. Pour cette raison, la connaissance du pourcentage de PVVS sous TAR, dont la charge virale a

été dépistée, donne au responsable de programmes un aperçu de l'écart potentiel de la mesure de suppression de la CV. C'est notamment essentiel au plus bas échelon USN en raison de la disparité plus grande des zones où le dépistage de la CV est disponible. Cette information est disponible au cours de l'évolution du maintien et la suppression de la CV est représentée dans la dernière partie du tableau de bord. L'interprétation de tous ces diagrammes sera abordée à l'exercice 6. Dans cet exemple, le taux de maintien sous TAR apparaît beaucoup plus élevé que le taux de suppression de la charge virale. Cela reflète que l'observance et le maintien parmi les patients dans les 12 premiers mois du traitement sont probablement meilleurs que ceux des patients ayant été sous TAR pendant de nombreuses années. Cependant, sans regarder plus en détail la couverture de dépistage de la CV, il est impossible de déterminer ce qui est plus approprié à utiliser.]

4. Si les diagrammes « 2e 90 et 3e 90 » étaient présentés pendant un courte période, p. ex. les 3 derniers mois, comment cela changerait-il l'interprétation de chaque diagramme ?

[En général, la période des 3 derniers mois donne aux responsables un aperçu plus récent des performances du programme par rapport aux 12 derniers mois. Cela peut être utile si le programme a récemment mis en place des changements dans la manière de promouvoir le maintien sous TAR et l'observance du traitement, p. ex. par le biais d'un suivi actif et d'une recherche de PVVS perdues jusqu'à leur suivi. Un des inconvénients à adopter une période plus courte pour examiner les performances est que le nombre de patients compris dans le dénominateur est moins important et présente une plus grande fluctuation. Il se peut qu'il y ait un problème si la disponibilité du dépistage de la charge virale est inégale pendant l'année, parce que la mesure pendant une période plus courte n'est pas représentative de l'ensemble de la période des 12 mois.]

Exercice 4 : utilisation de tableaux de classement de districts pour évaluer des performances dans des zones géographiques

Objectifs d'apprentissage :

- comprenez l'importance de l'examen de l'ensemble des quatre indicateurs : volume de dépistage, nombres diagnostiqués, positivité au test de dépistage et corrélation du ratio brut avec un traitement pour évaluer des performances locales d'un programme de dépistage.
- montrez comment utiliser les tableaux pour identifier des zones géographiques présentant de grandes et de faibles performances en ce qui concerne des programmes de dépistage et de TAR.
- faites la distinction entre des indicateurs qui sont utilisés pour comparer directement des performances de programmes de district et ceux où d'autres facteurs contextuels sont nécessaires.

Il existe deux tableaux inclus dans le tableau de bord principal relatif au VIH : performances d'un dépistage et performances d'un TAR par USN. Chaque tableau présente la valeur de multiples indicateurs côte à côte pour chaque district. Le classement des tableaux se fait alphabétiquement et/ou pour chaque indicateur du plus fort au plus faible.

1. Le tableau présentant des performances d'un dépistage par district comprend quatre indicateurs : nombre dépisté, nombre de tests positifs, la positivité au test de dépistage et la corrélation du ratio brut avec un traitement. (Les exemples présentés dans cet exercice adopteront la perspective d'un responsable USN1/régional examinant des performances à l'échelon USN2/du district. Cependant, il pourrait être procédé à une analyse semblable pour un responsable à l'échelon national examinant des performances de l'échelon régional.)
 - a. Quels sont les avantages d'ordonner le tableau, c'est-à-dire de classer des districts selon le nombre de tests réalisés vs le nombre de nouveaux tests positifs ?

[Un classement des districts par tests réalisés signale où les programmes relatifs au dépistage sont plus actifs. Un classement des districts par nombre le plus important de nouveaux diagnostics révèle aux responsables où la découverte de cas a réussi et quels districts ont le plus grand nombre de PVVS nécessitant d'être associées à un traitement. (Cependant, l'interprétation du dernier est meilleure en considérant le # de nouveaux diagnostics comme un pourcentage de # dépistés, c'est-à-dire positivité au test de dépistage). Ce type d'information est utile pour prévoir le besoin en consommables et personnel.]

- b. Comment les colonnes présentant une positivité au test de dépistage et une corrélation de ratio brut avec un traitement aident-elles des responsables à déterminer si le programme relatif au dépistage du VIH dans un district est performant comme prévu ?

[La positivité au test de dépistage donne aux responsables de programmes le sentiment que le programme relatif au dépistage dans des districts est efficace. Certains districts peuvent dépister un grand nombre de personnes, mais ne détectent que très peu de cas. Ceci signale que les bons groupes ne sont pas ciblés par le programme relatif au dépistage. Les programmes ayant une

positivité au test de dépistage plus élevée sont plus efficaces, cependant, les comparaisons directes d'une positivité au test d'un district à l'autre doivent prendre en considération la proportion de PVVS ayant déjà été diagnostiquées et la prévalence sous-jacente du VIH dans la zone. La corrélation du ratio brut avec un traitement dans le tableau a présentant des performances d'un programme de dépistage renforce la responsabilité des programmes relatifs au dépistage du VIH pour garantir à ceux nouvellement diagnostiqués qu'ils seront associés avec succès à un traitement. Un programme solide pour identifier des cas, mais faible dans la corrélation avec un traitement, est un programme de dépistage qui a échoué. Pour finir, l'évaluation des performances d'un programme de dépistage doit se baser sur un profile composé des quatre indicateurs accompagnés de ventilations sociodémographiques appropriées.]

Les tableaux présentant des performances d'un TAR par district comprend sept indicateurs : # nouvellement sous TAR, corrélation du ratio brut avec un traitement, # actuellement sous TAR, maintien sous TAR sur 12 mois, taux de suppression de la CV, PVVS estimées, taux de couverture d'un TAR et PVVS estimées.⁷

July 2017, August 2017, September 2017, October 2017, November 2017, December 2017, January 2018, February 2018, March 2018, April 2018, May 2018, June 2018						
Organisation unit / Data	Newly on ART* †	Crude ratio linkage to treatment* †	Currently on ART (LV) †	ART retention rate - 12 months [orig]* †	HIV viral load suppression rate* †	
Homa Bay	13 597	64.4	93 474	90.2	69.8	
Kisii	4 468	68.5	26 481	89.2	71.5	
Kisumu	11 828	59.7	92 081	83.2	66.4	
Migori	9 061	67.4	61 646	88.3	79.7	
Nyamira	2 372	70.4	12 614	94.7	80.2	
Siaya	13 554	94.1	73 655	85.5	62.3	

Note: avec la permission du Programme de contrôle des maladies sexuellement transmissibles (NASCO), la session de formation en DHIS2 utilisée dans cet ensemble présente des données du Kenya modifiées pour fournir des exemples utiles à la formation, tirés d'un contexte mondial véritable. Les chiffres générés par la session de formation ne devraient pas être interprétés comme des données réelles du Kenya ni attribuées à des zones sous-nationales spécifiques ou des établissements.

- a. En supposant que la qualité des données est la même, lequel de ces indicateurs peut être utilisé pour comparer directement des performances d'un TAR de différents districts ?

Des dénominateurs sont utilisés en règle générale pour standardiser des indicateurs afin de réaliser des comparaisons entre des zones ou des groupes. La corrélation du ratio brut avec un traitement, le taux de couverture du TAR, le taux de maintien sous TAR sur 12 mois et le taux de suppression de la CV est comparable d'un district à l'autre. Les références appropriées sont fixées à des valeurs absolues plutôt que liées aux performances des autres zones ou groupes. Nouvellement sous TAR, actuellement sous TAR et PVVS estimées sont des nombres absolus et ne sont pas standardisés de manière à être utilisés pour évaluer des performances de programmes. Ces indicateurs sont compris dans le tableau pour fournir un contexte, p. ex. où le programme de TAR se développe rapidement, quelles zones ont la charge la plus élevée, etc.]

⁷ Dans l'interface DHIS2, tous les indicateurs présentés dans un tableau doivent être agrégés par période semblable. Pour cette raison, une couverture du TAR et des PVVS estimées sont présentées dans un tableau séparé, parce que ces indicateurs sont plus utiles quand ils sont calculés sur une période plus courte.

- b. Dans ce tableau, remarquez que les cellules des 3 derniers indicateurs apparaissent dans différentes couleurs : rouge, orange, jaune, vert et bleu. Quel est le lien entre la couleur et la valeur numérique des données ?

[Le code couleur indique le niveau de performance par rapport aux références standard. Les cellules en rouge indiquent de faibles performances, l'orange et le jaune présentent des performances moyennes à bonnes, les cellules en vert ou bleu présentent des districts qui excellent. Les catégories standard utilisées pour ces indicateurs sont en rouge = <60 %, orange = 60-75 %, jaune = 75-90 %, vert = >90 %, bleu = >100 %. Comme traité dans des exercices précédents, pour certains indicateurs la couverture en % dépasse les 100 % en raison de disparités dans les sources de données pour le numérateur et le dénominateur.]

- c. Quel indicateur organiseriez-vous dans le tableau afin de comparer et évaluer la probabilité de districts proposant de vastes programmes relatifs au TAR d'avoir des taux de maintien plus élevés que ceux proposant des programmes relatifs au TAR d'une moindre importance ? En utilisant les échantillons de données, testez votre méthode et exposez vos conclusions.

[Organisez par nombre actuel sous TAR pour voir s'il existe plus de cellules rouges dans la colonne du taux de maintien sous TAR en haut par rapport au bas de la liste. Le résultat ressemblera à ceci :

July 2017, August 2017, September 2017, October 2017, November 2017, December 2017, January 2018, February 2018, March 2018, April 2018, May 2018, June 2018					
Organisation unit / Data	Currently on ART (LV) †	Newly on ART* †	Crude ratio linkage to treatment* †	ART retention rate - 12 months [orig]* †	HIV viral load suppression rate* †
Homa Bay	93 474	13 597	64.4	90.2	69.8
Kisumu	92 081	11 828	59.7	83.2	66.4
Siaya	73 655	13 554	94.1	85.5	62.3
Migori	61 646	9 061	67.4	88.3	79.7
Kisii	26 481	4 468	68.5	89.2	71.5
Nyamira	12 614	2 372	70.4	94.7	80.2

Note: avec la permission du Programme de contrôle des maladies sexuellement transmissibles (NASCO), la session de formation en DHIS2 utilisée dans cet ensemble présente des données du Kenya modifiées pour fournir des exemples utiles à la formation, tirées d'un contexte mondial véritable. Les chiffres générés par la session de formation ne devraient pas être interprétés comme des données réelles du Kenya ni attribués à des zones sous-nationales spécifiques ou des établissements.

Cette analyse rapide révèle que les taux de maintien sous TAR sont généralement bons, mais certains des programmes de moindre importance ont des niveaux plus élevés de maintien sous TAR sur 12 mois.

Il faudrait réaliser une analyse semblable pour évaluer si des zones géographiques ayant de larges besoins (c'est-à-dire un grand nombre de PVVS estimées) ont de bonnes performances.]

- d. Pour comprendre si un district a de bonnes performances par rapport au # de nouvellement sous TAR ou # d'actuellement sous TAR, de quelles informations complémentaires avez-vous besoin ?

[Des objectifs spécifiques pour nouvellement sous TAR ou actuellement sous TAR ou des seuils de performance pour un maintien sur 12 mois aideront à comparer les performances des districts avec les prévisions de ceux-ci. Cela est important parce que tous les districts ne reçoivent pas le

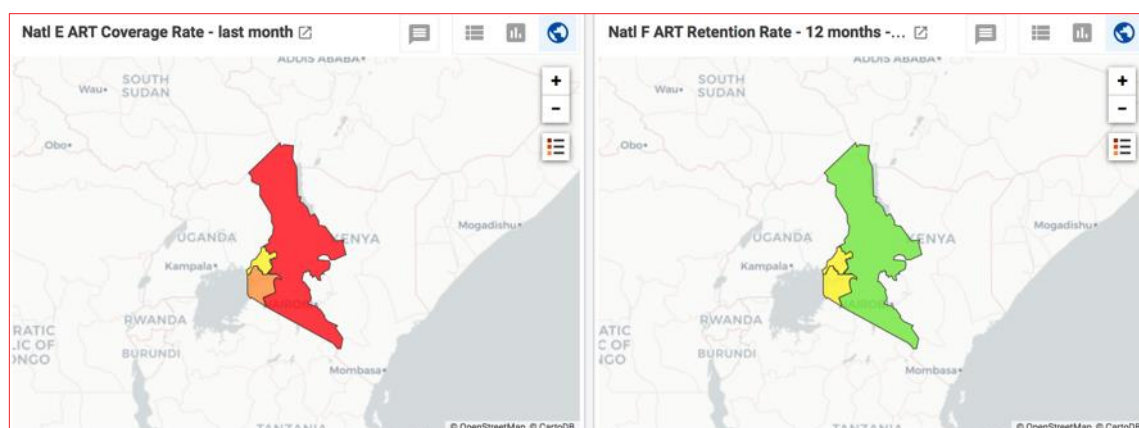
même niveau de ressources. Pour ces raisons, il serait utile d'intégrer des objectifs à l'échelon du district dans ce type de tableau relatifs aux performances d'un TAR. Cependant, à cause de certains objectifs basés sur des estimations qui comportent des incertitudes, ceux-ci devraient être présentés de la même façon comme ayant eux-mêmes un certain niveau d'incertitude.]

Exercice 5 : utilisation de cartes pour évaluer des performances par zones géographiques

Objectifs d'apprentissage :

- faites une démonstration de la manière d'utiliser des cartes pour identifier des zones géographiques présentant de grandes et de faibles performances en ce qui concerne le dépistage, la couverture du traitement et le maintien sous TAR.
- familiarisez-vous avec les différentes sources de données de dénominateur utilisées dans des indicateurs spécifiques et les implications d'interprétation de performances des programmes
- explorez comment l'analyse de données pendant différentes périodes peut modifier l'interprétation en ce qui concerne les performances des programmes.

1. Il existe deux cartes comprises dans le tableau de bord principal relatif au VIH : taux de couverture du TAR et taux de maintien sous TAR sur 12 mois (12 derniers mois).



Note: avec la permission du Programme de contrôle des maladies sexuellement transmissibles (NASCO), la session de formation en DHIS2 utilisée dans cet ensemble présente des données du Kenya modifiées pour fournir des exemples utiles à la formation, tirés d'un contexte mondial véritable. Les chiffres générés par la session de formation ne devraient pas être interprétés comme des données réelles du Kenya ni attribués à des zones sous-nationales spécifiques ou des établissements.

- a. Ces deux indicateurs ont des dénominateurs. Établissez le dénominateur pour un indicateur de chaque carte, quelle est la source de données du dénominateur ?

[Le dénominateur pour un taux de couverture d'un TAR est le nombre estimé de PVVS (d'ordinaire à partir de SPECTRUM). Le dénominateur pour un taux de maintien sous TAR sur 12 mois est le nombre de PVVS ayant commencé un TAR 12-24 mois avant la date de la création du diagramme.]

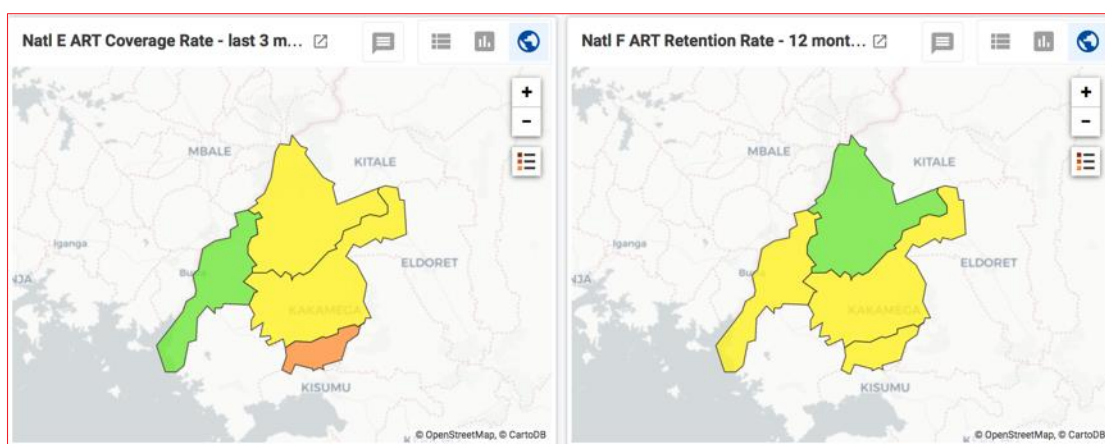
- b. Si l'on suppose que les données sont complètes, l'avantage d'utiliser des données de routine fournies par des établissements est une absence d'erreur statistique ou d'incertitude associée à l'évaluation. Pour chacun des dénominateurs, utilisés dans les cartes comprises dans le tableau de bord, lequel se fonde sur des données de routine d'établissements et lequel se fonde sur des échantillonnages d'enquête ou des estimations modélisées ? Quel niveau d'incertitude est associé à chacune de ces sources de données (dans votre pays) ?

[Dans le cas d'une session de formation, le nombre estimé de PVVS est une estimation basée sur un modèle ayant une fourchette d'incertitude qui lui est associée. Le nombre de PVVS ayant commencé un TAR sur 12-24 mois, précédant le moment où le diagramme a été créé, provient de données de suivi de routine et n'a pas d'incertitude qui lui est associée.]

- c. L'objectif d'une utilisation de dénominateur est de « standardiser » l'indicateur lors d'une comparaison de zones géographiques. Combien l'interprétation de chaque carte serait différente si seulement le numérateur était utilisé à la place (c'est-à-dire # d'actuellement sous TAR, # de maintenus sous TAR pour 12 mois)

[L'absence de dénominateur rendrait difficile la comparaison d'une zone géographique avec une autre en termes d'évaluation du niveau de performance. Une zone géographique comptant un grand nombre de patients a de mauvaises performances en ce qui concerne le taux de couverture ou celui de maintien, mais le nombre absolu d'actuellement sous TAR ou de maintenus pour 12 mois semble plus important qu'une zone, comptant des personnes vivant avec une faible charge virale, qui possède un programme relatif à un TAR d'excellente qualité. De la même façon, le dénominateur permet de déterminer les écarts absolus et de pourcentage de traitement qui sont essentiels pour informer des priorités de planification.]

2. La carte ci-dessous présente les cartes du tableau de bord pour un responsable d'USN1 de la région occidentale. Remarquez que le même code couleur de catégorie est appliqué pour les deux cartes, à savoir jaune = 75-90 %. Quels sont les districts ayant de faibles performances pour chaque carte ? Les districts sous-performants sont-ils les mêmes pour les deux indicateurs ?



Note: avec la permission du Programme de contrôle des maladies sexuellement transmissibles (NASCO), la session de formation en DHIS2 utilisée dans cet ensemble présente des données du Kenya modifiées pour fournir des exemples utiles à la formation, tirées d'un contexte mondial véritable. Les chiffres générés par la session de formation ne devraient pas être interprétés comme des données réelles du Kenya ni attribués à des zones sous-nationales spécifiques ou des établissements.

[Dans cet exemple, la performance par rapport aux deux indicateurs est en général bonne. Toutefois, il ne semble pas y avoir de forte corrélation en ce qui concerne un district ayant une réussite excellente >90 % dans le maintien sous TAR sur 12 mois et une excellente couverture de TAR. Plusieurs explications sont possibles. D'un côté, la couverture de TAR est un indicateur cumulatif depuis le début du programme relatif au traitement, tandis que le maintien sur 12 mois est un indicateur d'une performance assez récente. Les actions du programme pour augmenter la couverture sous TAR peuvent fonctionner séparément de celles pour maintenir des patients sous TAR. Si un pays compte principalement sur un modèle basé sur la communauté pour supporter l'observance et le maintien sous traitement des patients sous TAR, il est possible de séparer des

changements, en matière de ressources ou des problèmes de gestion pour des services communautaires, des ressources qui affluent par l'intermédiaire des établissements de soins du secteur public qui déterminent le nombre de patients sous TAR qui sont diagnostiqués et dont le traitement est pris en charge. Donc, comme traitée dans la partie précédente de l'exercice, la catégorisation des districts par couverture de TAR s'accompagne d'un certain degré d'incertitude à cause de la fourchette associée au dénominateur, le nombre de PVVS estimées dans le district. Il est nécessaire de prendre en compte les données de couverture dans le contexte de niveaux d'investissement de ressources et d'une action des programmes et de surveiller au fur et à mesure que les nouvelles sources de données améliorent les estimations modélisées.]

3. L'indicateur du taux de maintien sous TAR sur 12 mois prend en compte le maintien sous TAR pendant les 12 premiers mois du traitement. Cet indicateur se calcule au cours de différentes périodes, p. ex. un mois, 3 mois, 12 mois, etc. Le taux de maintien sous TAR sur 12 mois calculé pour 3 mois prend en compte le nombre de patients dont le TAR est pris en charge pendant une période de 3 mois et qui sont encore sous TAR 12 mois après avoir commencé le traitement.

Listez les avantages et inconvénients de l'application d'une période de 12 mois par rapport à une carte d'une période de 3 mois ou du dernier mois pour le maintien sous TAR sur 12 mois.

[Avantages : la période de 12 mois est plus stable et dépend moins des fluctuations saisonnières ou d'une seule période si une interruption du service avait lieu.

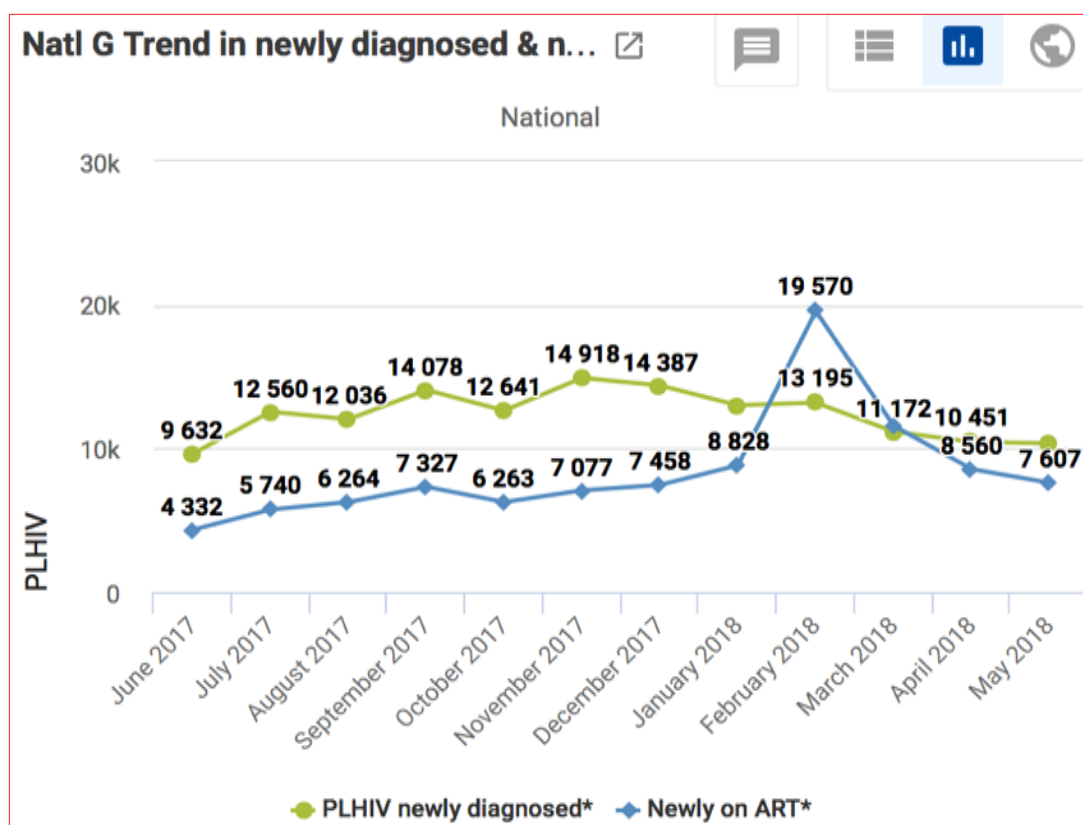
Inconvénients : si le programme a subi de récentes modifications, la période prolongée masque les effets et rend plus difficile de faire la corrélation des changements avec l'amélioration du maintien.]

Exercice 6 : utilisation des évolutions chronologiques pour détecter des problèmes dans la mise en place

Objectifs d'apprentissage :

- démontrez comment il est possible d'identifier des problèmes de performance de programmes à l'aide d'évolutions chronologiques
- comprenez des exemples quand l'inclusion de deux lignes évolutives dans le même diagramme aide à évaluer la performance des programmes
- montrez des exemples expliquant combien il est crucial de comprendre des directives ou une politique de programme pour interpréter des évolutions chronologiques

1. La première évolution chronologique figurant dans le principal tableau de bord présente le nombre de nouvellement diagnostiqués et le nombre de nouvellement sous TAR dans le même diagramme.



- a. Quel est le lien escompté entre ces deux évolutions ?

[Dans un programme « Traitement pour tous », le traitement de toute PVVS diagnostiquée devrait être pris en charge peu après la confirmation de sa séropositivité. Pour cette raison, la ligne évolutive des nouveaux diagnostiqués et des nouvellement sous TAR devrait comporter de fortes similitudes.]

- b. Comment le lien escompté change-t-il pendant une période quand la mise en œuvre d'une politique de « Traitement pour tous » n'a pas été totale ?

[Quand le « Traitement pour tous » n'a pas été mis en œuvre totalement, il se peut qu'il y ait un rattrapage du retard dans le traitement de PVVS, qui ont été diagnostiquées, mais se trouvent sur liste d'attente pour une prise en charge de leur traitement. En fonction de la manière dont les ressources sont allouées, le rattrapage du retard dans le traitement de PVVS précédemment diagnostiquées est irrégulier et ne correspond pas à l'évolution des nouvellement diagnostiqués.]

- c. Comment interpréteriez-vous et enquêteriez-vous plus en profondeur la raison expliquant le pic de ces nouvellement sous TAR pendant le mois de février 2018 ?

[L'augmentation est forte (~ 75 % d'augmentation), ce qui pourrait donc s'expliquer uniquement par un changement à grande échelle dans le programme pendant ce mois-ci et il serait également possible de s'attendre à ce que ce changement se maintienne pendant plus d'un mois. Les responsables sont censés connaître ce type de changement de programmes. Une autre explication à explorer est le problème de la qualité des données, p. ex. une aberration/erreur de données. D'où la nécessité d'examiner si le pic s'observe dans un grand nombre de zones géographiques ou juste dans un ou deux établissements/zones. Pour un changement dans les programmes, on observerait ce pic dans des zones géographiques affectées/impliquées. Une erreur de données a plus tendance à être aléatoire et isolée à un site spécifique.]

- d. Quelles informations complémentaires concernant les réglementations relatives au traitement ou le programme relatif au traitement sont utiles à avoir afin d'interpréter ce cas de figure pour déterminer si des performances étaient prévues ?

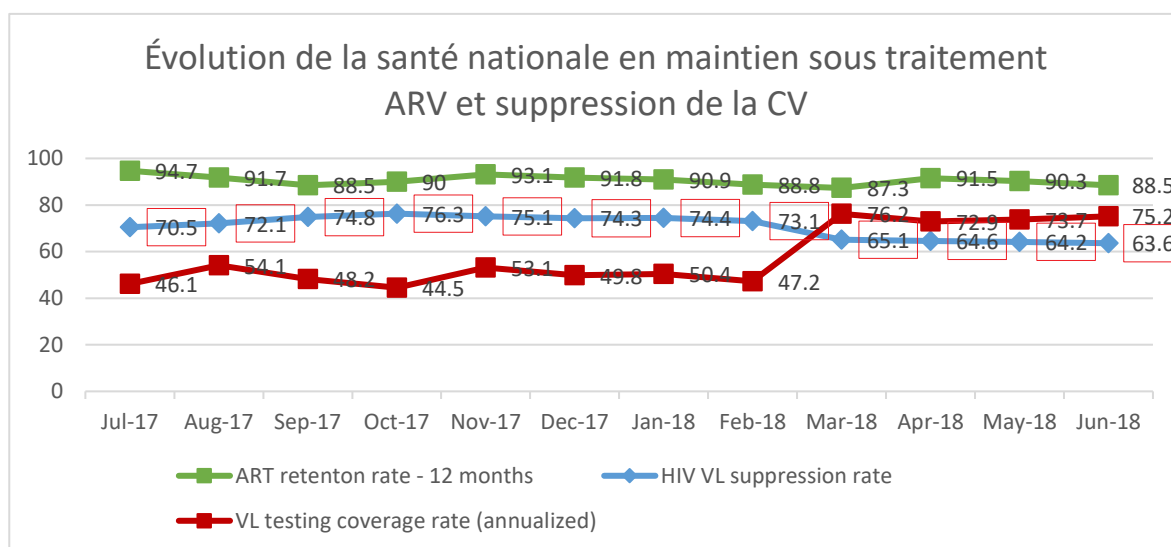
[Des informations cruciales comprennent : des critères d'éligibilité au traitement, une disponibilité des ressources pour le TAR et des objectifs de prise en charge du TAR dans chaque zone par mise en place d'une période.]

- e. Quelles informations supplémentaires concernant des programmes sont nécessaires en vue de d'interpréter l'hypothèse que ce diagramme d'évolution chronologique a été créé pour un établissement spécifique ?

[Il est nécessaire de comprendre la disponibilité des services et le flux de patients du dépistage au traitement dans cet établissement. Par exemple, quel pourcentage de nouveaux bénéficiaires du TAR sont diagnostiqués dans le même établissement vs. ceux qui sont adressés par d'autres centres de dépistage. Si différents donateurs ont investi dans l'établissement, ces différences sont-elles dans la manière dont la corrélation avec le traitement se crée en fonction de différentes populations de patients et comment cela a-t-il changé au cours des différentes périodes d'investissement ?]

2. La deuxième évolution chronologique présente le taux de maintien sous TAR sur 12 mois (vert) et le taux de suppression de la charge virale (bleu).

3. Une troisième ligne (rouge) présente le % de patients sous TAR qui ont reçu un test de dépistage de la charge virale (annualisé).⁸



- a. Quel est le lien escompté entre l'évolution du taux de maintien sous TAR sur 12 mois et le taux de suppression de la CV ?

[En général, un patient maintenu sous TAR pour une période prolongée réussira probablement à supprimer le virus. Il est improbable que des taux de suppression de la CV soient élevés si le maintien sous TAR sur 12 mois est faible. Cependant, même si le maintien sous TAR sur 12 mois est élevé, d'autres facteurs sont susceptibles de provoquer la baisse du taux de suppression de la CV, p. ex. faible observance à long terme ou développement d'une résistance aux médicaments.]

- b. Cette couverture de dépistage annualisée de la charge virale est utile pour évaluer si le taux de suppression de la CV sera probablement représentatif de tous les patients sous TAR et pour suivre la progression au fur et à mesure que les services de dépistage de la charge virale s'intensifient. Dans cet exemple, interprétez l'évolution du maintien sous TAR vs. suppression de la CV et décrivez la manière dont vous utilisez les données annualisées de couverture de dépistage de la CV dans votre interprétation.

[Dans l'exemple de ce pays, le maintien sous TAR sur 12 mois a une grande cohérence avec le taux de suppression de la CV pendant les sept premiers mois. Dès le mois de mars 2018, le taux de suppression de la CV chute. Au même moment, on assiste à un grand changement dans la couverture de dépistage de la CV. Ce taux de dépistage augmente de 40-60 %. Cela suggère quelques changements dans le profil des patients qui reçoivent un dépistage de la charge virale et qui sont inclus dans les données du taux de suppression de la CV. Ceci s'explique peut-être par le fait que pendant cette première période, ces patients recevant des tests de CV venaient d'établissements sélectionnés dont la qualité des soins était supérieure. Ensuite, au fur et à

⁸ Il faut annualiser la couverture de dépistage de la CV parce que chaque mois, seule une partie de patients sous TAR est prévue pour recevoir un test de dépistage de la CV. Si le dépistage de la CV est recommandée une fois par an pour les patients sous TAR, environ 1/12 de tous les patients sous TAR devrait recevoir un test de dépistage de la CV tous les mois. Dans cet indicateur mensuellement annualisé, voici le calcul : (12 * le # de tests de dépistage de la CV menés pendant le mois) / # de patients actuellement sous TAR pendant ce mois).

mesure que la couverture de dépistage de la CV s'est étendue à d'autres établissements, il a été possible d'extrapoler en plus la population de patients. Le responsable pourrait en conclure que le taux de suppression de la CV évalué avant mars 2018 était moins représentatif de l'expérience des patients dans le pays, plutôt qu'il y a une chute soudaine dans la qualité des soins survenue à partir de mars 2018. Pour tester cette hypothèse, une séparation des tendances pourrait être créée pour des établissements ayant un historique plus important de dépistage classique de la CV, à partir d'établissements où le dépistage de la CV est devenu récemment plus largement disponible. En plus des tests de charge virale, des responsables pourraient rechercher des changements dans des TAR parmi les patients de ces établissements qui seraient associés à l'échec du traitement.]

- c. À quel suivi le responsable de programmes procède-t-il si l'évolution du maintien sous TAR sur 12 mois était élevée, mais celle de la suppression de la charge virale était faible ou en baisse ? Et vice et versa (que faire si l'évolution du maintien sous TAR sur 12 mois était faible ou en baisse, mais celle de la suppression de la charge virale était élevée ?)

[Si des taux de maintien sous TAR paraissent élevés mais que ceux de suppression de la CV paraissent faibles, les responsables doivent déterminer si un dépistage de la CV est représentatif. Ou cela peut refléter des différences de pratiques de gestion de patients pendant la première année du traitement et de patients qui ont été sous traitement pendant une longue période ou ayant des antécédents de résistance aux médicaments contre le VIH. Une fois le lien opposé trouvé, les mêmes problèmes s'appliquent, c'est-à-dire que le dépistage de la CV peut ne pas être représentatif ou il existe des explications du pourquoi les patients inclus dans l'évaluation du maintien sous TAR sont très différents de ceux qui ont reçu un dépistage de la CV. Dans tous les cas, les responsables doivent caractériser les populations de patients et considérer des groupes de patients plus comparables.]

Organisation mondiale de la santé
20, Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse