

CADRE STRATÉGIQUE POUR L'ÉLIMINATION DES NOUVELLES INFECTIONS À VIH CHEZ LES ENFANTS EN AFRIQUE D'ICI À 2015



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Bureau régional de l'Afrique
Brazzaville • 2013



CADRE STRATÉGIQUE POUR L'ÉLIMINATION DES NOUVELLES INFECTIONS À VIH CHEZ LES ENFANTS EN AFRIQUE D'ICI À 2015

Cadre stratégique pour l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants en Afrique d'ici à 2015

1. Infections à VIH – dans l'enfance – traitement médicamenteux – prévention et contrôle – transmission
 2. Transmission verticale de maladie infectieuse – prévention et contrôle
 3. Éradication de maladie
 4. Enfant
 5. Prestation de soins de santé intégrés
- I. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional pour l'Afrique

ISBN 978 92 9 031187 4

(NLM Classification: WC 503.6)

© Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2013

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du protocole n° 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès de la Bibliothèque du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, B.P. 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39425; télécopie : +47 241 39501 ou +47 241 39503; courriel : bibliotheque@afro.who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire la présente publication – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à la même adresse.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif. La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les mesures raisonnables pour vérifier l'exactitude des informations contenues dans la présente publication. Toutefois, cette publication est diffusée sans aucune garantie, fut-elle expresse ou sous-entendue. Le lecteur est responsable de l'interprétation des informations qu'elle contient et de l'utilisation qui en est faite. L'OMS ne peut en aucun cas être tenue responsable des dommages qui pourraient découler de l'utilisation de ces informations.

Conception graphique et impression au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
en République du Congo

Sommaire

	Page
Résumé analytique	
Remerciements	v
Abréviations	iv
1. Introduction	1
2. Analyse de la Situation	2
3. Justification	10
4. Principes directeurs	10
5. Cadre stratégique	11
6. Actions prioritaires	
6.1. Assurer le leadership et l'appropriation par les pays	11
6.2. Améliorer la couverture, l'accès et l'utilisation des services	12
6.3. Renforcer la qualité des services de SMNI	13
6.4. Renforcer la fourniture des services associés	23
6.5. Renforcer les ressources humaines, la chaîne d'approvisionnement et les systèmes d'information	23
6.6. Développer et mettre à contribution les systèmes communautaires	24
6.7. Améliorer l'évaluation de la performance et de l'impact	24
7. Rôles et Responsabilités	14
8. Implications en Termes de Ressources	14
9. Suivi et Évaluation	15
10. Conclusion	
11. Références	16

Annexes

1 : Options prophylactiques de l'OMS	28
2 : Responsabilité en matière de rapports	29
3 : Objectifs-cibles et indicateurs pour les quatre volets de la PTME	30
4 : Normes de bonne pratique durant le cycle de vie des données	33

UNE GÉNÉRATION SANS VIH/SIDA



Résumé analytique

En 2009, on estime que 400 000 enfants ont été nouvellement infectés par le VIH, 90 % de ces infections touchant les enfants en Afrique subsaharienne par le biais de la transmission de la mère à l'enfant (TME). Sans intervention, le risque de transmission de la mère à l'enfant varie entre 20 % et 45 % ; sans traitement, la moitié des bébés mourront avant leur deuxième anniversaire. Environ 42 000 à 60 000 femmes enceintes meurent des suites du VIH. Par contre, dans les pays à haut revenu, le nombre de nouvelles infections chez les enfants ainsi que le nombre de décès maternels et infantiles dus au VIH est quasiment nul. Il est possible de freiner les nouvelles infections à VIH chez les enfants et de maintenir leurs mères en vie si les femmes enceintes vivant avec le VIH et leurs enfants ont accès à temps à des médicaments antirétroviraux de qualité permettant de sauver des vies pour leur propre santé, comme indiqué, ou comme traitement prophylactique pour arrêter la transmission du VIH durant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. Lorsque les médicaments antirétroviraux sont disponibles à titre de traitement prophylactique, la transmission de la mère à l'enfant du VIH peut être réduite à moins de 5 %. Un appel urgent est lancé aux organisations mondiales et régionales ainsi qu'aux gouvernements afin qu'ils agissent pour l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici à 2015 ; ceci inclut également de garder les mères en vie et de garantir la survie des enfants qui vivent avec le VIH.

Avec la vision d'une génération en vie et exempte du VIH et de la syphilis, le but de ce Cadre régional pour l'Afrique est d'éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici à 2015 et de maintenir leurs mères en vie. Le présent cadre présente le but, les objectifs, les cibles et les actions prioritaires pour éliminer les nouvelles infections à VIH et de la syphilis chez les enfants dans la Région africaine d'ici à 2015 et de maintenir leurs mères en vie. Le cadre est destiné à fournir aux pays de la Région une approche systématique vis-à-vis de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (ETME) en fonction de la typologie du pays (épidémiologie et interventions) et de l'amélioration de la santé et de la survie de la mère et de l'enfant dans le contexte de la lutte contre le VIH/sida. Les deux objectifs-cibles à réaliser d'ici à 2015 sont de réduire le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants de 90 % par rapport au niveau de référence de 2009 et de réduire de 50 % le nombre de décès maternels liés au sida.

Les actions prioritaires proposées dans le cadre de l'initiative ETME se fondent sur les sept axes fondamentaux suivant pour une action accélérée : i) assurer le leadership et l'appropriation par les pays ; ii) améliorer la couverture, l'accès et l'utilisation des services ; iii) renforcer la qualité des services de SMNI pour offrir des interventions de PTME efficaces ; iv) améliorer la prestation des services connexes ; v) renforcer les capacités en ressources humaines, la gestion de la chaîne d'approvisionnement et la tenue à jour des systèmes d'information ; vi) améliorer l'évaluation de la performance et de l'impact ; et vii) mettre en place des systèmes communautaires et collaborer avec eux.

Le suivi et l'évaluation seront assurés conformément au Cadre et stratégie mondiaux de suivi et évaluation du Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH d'ici à 2015. Ce cadre stratégique s'appuie sur les jalons définis aux niveaux mondial, Régional et national dans le document *Compte à rebours jusqu'à zéro: Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici à 2015 et maintenir leurs mères en vie, 2011–2015*. Des objectifs-cibles, des indicateurs, des étapes, des rôles et responsabilités clairs ont été définis en donnant la priorité à l'évaluation des progrès enregistrés dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infantile.

Il existe un consensus aux niveaux mondial et régional en faveur de l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants et du maintien en vie des mères, ainsi qu'une adhésion en faveur de la mise en relation de ces efforts avec ceux visant à éliminer la syphilis congénitale, compte tenu de la similitude entre les modes d'intervention pour la transmission et la prévention de l'infection. Les pays auront besoin d'un soutien pour mettre en œuvre des interventions efficaces pour l'élimination de la TME du VIH et de la syphilis afin d'assurer une couverture universelle rentable et durable. Il est aussi indispensable de mobiliser des ressources suffisantes, de responsabiliser les communautés et d'accroître les moyens des femmes vivant avec le VIH d'accéder aux services de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH dont elles ont besoin pour elles-mêmes, leurs enfants et leurs familles. Il est impérieux d'impliquer les partenaires tout en observant et en respectant les droits des femmes vivant avec le VIH.

Les dirigeants nationaux et mondiaux doivent agir de concert pour soutenir les efforts déployés par les pays, accepter l'idée d'assurer la responsabilité conjointe de veiller à la réalisation des résultats et garantir l'intégration avec les autres initiatives importantes pour améliorer les services de SMNI. Ce cadre est une feuille de route pour accélérer les actions en vue de permettre à chaque pays de cette Région, quel que soit le contexte ou les circonstances, de prendre des mesures concrètes en vue d'éliminer les nouvelles infections à VIH et de la syphilis chez les enfants et de maintenir leurs mères en vie.

Remerciements

L'équipe régionale sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant exprime ses remerciements et sa gratitude à toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration du Cadre stratégique pour l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants en Afrique d'ici à 2015. Il s'agit notamment des représentants des pays et de la société civile qui ont participé aux consultations régionales qui ont eu lieu à Nairobi du 15 au 17 mars 2011 et à Dakar du 12 au 14 avril 2011, des représentants d'organisations et d'institutions comme l'Union africaine, des Centres de lutte et de prévention des maladies, de la Fondation Elizabeth Glaser de lutte contre le sida pédiatrique, du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, du Programme conjoint des Nations Unies pour la lutte contre le VIH/sida, *United Nation Population Fund*, du Fonds des Nations Unies pour l'enfance, de l'Organisation ouest-africaine de la santé, de la Communauté économique de l'Afrique de l'Est, centrale et australe et de l'Organisation mondiale de la santé.

Les personnes suivantes ont apporté des contributions utiles qui ont influencé l'élaboration et la finalisation du document :

UNION AFRICAINE

Dr Benjamin Djoudalbaye
Dr Marie-Goretti Harakeye

CDC

Dr Kassim Sidibe

EGPAF

Mrs Mary Pat Kieffer

ONUSIDA

Dr Marie-Odile Emond
Dr Sibongile Dlodlu

UNFPA

Dr Yelibi Sibili
Dr Margaret Anyetei

UNICEF

Dr Andrew Agabu
Dr Claudes Kamenga

Dr Dorothy Mbori-Ngacha

Mrs Macoura Oulare

Dr Tesfaye Shiferaw

OMS

Dr Emil Asamoah-Odei

Dr Ghislaine Conombo

Dr Kim Eva Dickson

Dr Tigest Ketsela

Dr Frank John Lule

Dr Khadidiatou Mbaye

Dr Morkor Newman

Dr Triphonie Nkurunziza

Dr Innocent Bright Nuwagira

Dr Paul Assimawe Pana

Dr Charles Sagoe-Moses

Dr Habib Somandje

Dr Saliyou Sanni

Dr Isseu Diop Touré

Nous remercions également les consultants, Dr Padmini Srikantiah et Dr Inam Chitsike, pour la rédaction du document, et le comité de publication du Bureau Régional pour l'Afrique OMS/HPR, Dr Patience Mensah et Dr Magaran Bagayoko, qui ont participé à la révision du document.



Abréviations

3TC	Lamivudine
ABC	Abacavir
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
ANC	Soins prénataux
ARV	Antirétroviral
TAR	Traitement antirétroviral/Thérapie antirétrovirale
UA	Union africaine
AZT	Zidovudine
CD4	Taux de CD 4
CTX	Cotrimoxazole
DBS	Échantillon de sang séché
ECSA	Communauté économique de l'Afrique de l'Est, centrale et australe
CS-ECSA	Communauté de santé de l'Afrique de l'Est, centrale et australe
CEDEAO	Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest
ECS	Élimination de la syphilis congénitale
EFV	Efavirenz
ESTHER	L'Alliance européenne ESTHER
DPE	Diagnostic précoce chez les nourrissons
ETME	Élimination de la transmission de la mère à l'enfant
DPT	Vaccin combiné contre le tétanos, la diphtérie et la coqueluche
PF	Planification familiale
HIV	Virus d'immunodéficience humaine
IMCI	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
T+A	Travail et accouchement
LPVr	Lopinavir
SMI	Santé maternelle et infantile
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement
SMNI	Santé maternelle, néo-natale et infantile
TME	Transmission du VIH de la mère à l'enfant
NVP	Névirapine
PCR	Réaction en chaîne à la polymérase
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH/sida
PTME	Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
SP	Soins postnataux

SADC	Communauté de développement de l'Afrique australe
SSR	Santé sexuelle et reproductive
ASS	Afrique subsaharienne
IST	Infection sexuellement transmissible
TWG	Groupe de travail technique
ONU	Nations Unies
ONUSIDA	Programme conjoint des Nations Unies pour la lutte contre le VIH/sida
UNGASS	Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
OOAS	Organisation ouest-africaine de la santé
OMS	Organisation mondiale de la santé

Introduction

À l'échelle mondiale, on dénombre 15,7 millions de femmes vivant avec le VIH dont 12 millions (60 %) vivent en Afrique subsaharienne (1). Environ 91 % des femmes porteuses du VIH de par le monde vivent dans 25 pays dont 23 se situent dans la Région africaine de l'OMS. Dans ces pays durement touchés, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes varie entre 5 % et 42 %. Selon le Rapport sur l'accès universel de 2011, en 2010, on estime à 1 360 000 le nombre de femmes vivant avec le VIH qui ont donné naissance à 400 000 nourrissons nouvellement infectés par le VIH. Par ailleurs, 91 % des cas sont survenus en Afrique subsaharienne par transmission de la mère à l'enfant (TME). En l'absence de toute intervention, le risque de TME est compris entre 20 % et 45 % et en l'absence de traitement, environ la moitié des enfants infectés par le VIH mourront avant leur deuxième anniversaire (2). Le VIH est aujourd'hui responsable de 7,5 % de la mortalité totale des enfants de moins de 5 ans dans les pays de l'Afrique de l'Est et australe. Huit pays ont déclaré plus de 10 % de mortalité des enfants de moins de 5 ans causée par le VIH, tandis que l'Afrique du Sud et le Swaziland ont déclaré plus de 40 % (5). Également en 2009, 42 000 à 60 000 femmes enceintes sont mortes des suites du VIH au niveau mondial, la majorité de ces décès étant survenus dans la Région africaine (1). Par contre, le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants ainsi que le nombre de décès maternels et infantiles dans les pays à haut revenu étaient quasiment nuls.

Les données factuelles ont révélé qu'il est possible de prévenir de nouvelles infections à VIH chez les enfants et de maintenir leurs mères en vie (3) si les femmes enceintes vivant avec le VIH ont accès en temps voulu à des médicaments antirétroviraux vitaux de qualité pour leur propre santé ou comme traitement prophylactique durant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. La prévention de l'infection du VIH chez les femmes présentant un risque accru d'infection à VIH et la satisfaction des besoins de planification familiale des femmes vivant avec le VIH peuvent contribuer de façon sensible à réduire l'incidence des infections à VIH pédiatriques (4). En outre, la transmission postnatale du VIH par l'allaitement peut être également réduite de près de 22,3 % à 24 mois en l'absence d'ARV à moins de 5 % avec des ARV et des pratiques d'alimentation des nourrissons appropriées (5). Les efforts déployés pour éliminer la syphilis congénitale peuvent contribuer à réduire la transmission et l'acquisition du VIH, et le diagnostic et traitement de la syphilis pendant la grossesse est une méthode de prévention primaire du VIH et une intervention prénatale présentant un bon rapport coût-efficacité (6).

L'équipe spéciale inter-agences est parvenue à un consensus sur une approche globale vis-à-vis de la PTME du VIH. Cette approche repose sur quatre volets qui doivent être élargis afin de réaliser l'objectif de l'élimination de l'infection (voir l'encadré 1).

¹ Afrique du Sud, Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigeria, Ouganda, Rwanda, Swaziland, République démocratique du Congo, République unie de Tanzanie, Tchad, Zambie et Zimbabwe

ENCADRÉ 1 : L'APPROCHE GLOBALE VIS-À-VIS DE LA PTME COMPORTE QUATRE VOLETS :

- la prévention primaire du VIH chez les femmes en âge de procréer ;
- la prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives ;
- la prévention de la transmission à VIH par les femmes vivant avec le VIH à leurs nourrissons ;
- la fourniture d'un traitement, d'une prise en charge et d'un soutien appropriés aux femmes et enfants vivant avec le VIH et leurs familles.

Les pays ont réalisé d'énormes progrès dans la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH. Selon le Rapport mondial 2010 de l'ONUSIDA (1), l'infection à VIH chez les enfants nés de mères vivant avec le VIH a nettement diminué, passant de 500 000 en 2001 à 370 000 en 2009. Cinq pays ont atteint plus de 80 % de couverture de la prophylaxie et du traitement antirétroviraux chez les femmes enceintes²

Face à ces évolutions, des engagements ont été pris aux niveaux mondial et régional en vue d'éliminer les nouvelles infections à VIH chez les nourrissons d'ici à 2015 et de maintenir leurs mères en vie.

Les engagements au niveau mondial sont les suivants :

1. les objectifs du Millénaire pour le développement 4, 5 et 6 (définis par les États membres des Nations Unies en 2000) visent à réduire la mortalité chez les enfants, à améliorer la santé maternelle et la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et les autres maladies.
2. En juin 2011, la Résolution 65/277 de l'Assemblée générale intitulée "Déclaration politique sur le VIH/sida : Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida" a engagé les États membres à œuvrer pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant d'ici à 2015 et à réduire de façon substantielle les décès maternels liés au sida.
3. En juin 2011, le Plan mondial (7), Compte à rebours jusqu'à zéro : plan mondial pour éliminer les nouvelles infections chez les enfants d'ici à 2015 et maintenir leurs mères en vie, 2011–2015, a été élaboré et signé par les gouvernements de 25 pays.
4. Élaboration des Lignes directrices 2010 de l'OMS (4, 5) : Les Lignes directrices de l'OMS ont été élaborées pour fournir des normes internationales en vue de soutenir les efforts déployés au niveau mondial pour reproduire à plus grande échelle les interventions les plus efficaces visant à prévenir la TME dans les pays où les ressources sont limitées.

² Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Namibie, Swaziland.

5. Élaboration du document Prévenir le VIH et les grossesses non désirées : Cadre stratégique 2011-2015 en appui au Plan mondial intitulé Compte à rebours jusqu'à zéro. Le cadre fournit des orientations pour la prévention des infections à VIH et la prévention des grossesses non désirées, qui sont toutes deux des stratégies essentielles pour améliorer la santé maternelle et infantile et pour éliminer les nouvelles infections.

Les engagements au niveau régional sont :

1. Engagement de l'Union africaine : Lors de la quinzième Session ordinaire de la Conférence des Chefs d'État de l'Union le 27 juillet 2010 à Kampala en Ouganda, les États Membres se sont engagés à éradiquer la TME de sorte qu'aucun enfant ne naisse avec le VIH/sida.
2. En 2009, la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) a recommandé l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant d'ici à 2015.

Les engagements au niveau des pays :

1. À l'occasion de la réunion de haut niveau organisée à New-York en juin 2011, les pays africains ont signé l'engagement d'éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici à 2015 et de maintenir leurs mères en vie.
2. En 2011, la Communauté de santé de l'Afrique de l'Est, centrale et australe a adopté une résolution relative à la réalisation des OMD 4, 5 et 6 qui exhortait les États membres à élaborer des stratégies intégrées pour éliminer la TME du VIH et mettre en œuvre le Plan mondial, Compte à rebours jusqu'à zéro.
3. La Stratégie de lutte contre le VIH/sida pour la Région africaine partage la vision de la Stratégie mondiale du secteur de la santé sur la lutte contre le VIH/sida (GHSS), 2011–2015, qui vise à atteindre les objectifs de « Zéro nouvelles infections à VIH; zéro décès liés au sida et zéro discrimination dans un monde où les personnes vivant avec le VIH puissent vivre longtemps et en bonne santé ».

La décision d'élaborer ce Cadre stratégique pour la Région africaine a été prise après avoir consulté les pays de la Région et conformément à leur engagement à œuvrer à éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et à maintenir leurs mères en vie, l'Initiative ETME. Le Cadre stratégique est destiné à fournir à la Région africaine une approche systématique vis-à-vis de l'élimination de la TME. Le public cible comprend des décideurs politiques, des gestionnaires de programmes, des agents de mise en œuvre et d'autres parties prenantes essentielles telles que les réseaux de femmes vivant avec le VIH, la société civile, le secteur privé et les organisations professionnelles. Le cadre sera partagé avec les bailleurs de fonds, les partenaires d'exécution, les gestionnaires de programmes, les cliniciens et les groupes de la société civile afin de soutenir l'initiative ETME.

2. Analyse de la Situation

D'après les estimations de l'ONUSIDA/OMS (1), en décembre 2009, 22,5 millions de personnes vivaient avec le VIH dans la Région africaine. Ceci représente deux tiers des 33,5 millions de personnes enregistrés à l'échelle mondiale, bien que seulement 10 à 12 % de la population mondiale vivent dans la Région. Sur les vingt-deux pays durement touchés, vingt-un se situent dans la Région africaine.

Même si la prévalence du VIH demeure élevée dans la Région, l'on a observé une tendance à la baisse. La prévalence chez les femmes enceintes fréquentant les centres de consultation prénatale a baissé de 9,5 % pendant l'année 2000 à 3,4 % en 2008. En 2009, d'après les estimations, on a dénombré 1,8 million de nouvelles infections dans la Région, ce qui correspond à une diminution d'environ 25 % des nouvelles infections par rapport aux données datant du milieu des années 90 (1).

La contribution du VIH aux décès maternels a été estimée à 9 % en Afrique subsaharienne (ASS). Les pays affichant les taux de prévalence du VIH les plus élevés ont enregistré des augmentations sensibles du taux de mortalité maternelle (TMM) de 1990 à 2008; le Botswana a enregistré une hausse de 133 %, le Zimbabwe 102 %, l'Afrique du Sud 80 %, le Swaziland 62 % et le Lesotho 44 % (8).

Le Rapport des statistiques sanitaires mondiales 2010 a estimé que 4 % de la mortalité des enfants de moins de 5 ans dans la Région africaine étaient liés au VIH. Dans les pays comme l'Afrique du Sud et le Swaziland, le VIH est resté la plus importante cause de décès des enfants de moins de 5 ans, représentant respectivement 46 % et 49 % (9). Les femmes vivant avec le VIH continuent d'avoir un besoin non satisfait de planification familiale. Le taux de grossesse non désirée atteint 20 à 40 %, avec un besoin de contraception non satisfait de 20 à 35 % (10). Si aucune réponse n'est apportée à ce besoin non satisfait chez les femmes enceintes séropositives, il sera impossible d'éliminer le sida pédiatrique.

Au niveau mondial, on estime que 1,8 million de femmes enceintes sont infectées par la syphilis, avec des taux dépassant 5 % dans au moins sept pays d'ASS. Bien qu'étant considéré comme une intervention essentielle pour toutes les femmes enceintes, les pays d'ASS qui ont transmis des rapports ont indiqué que seulement 59 % ont subi un test de dépistage en 2010 (10).

³ Afrique du Sud, Angola, Botswana, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigeria, Ouganda, République démocratique du Congo, République unie de Tanzanie, Swaziland, Tchad, Zambie et Zimbabwe.

⁴ République centrafricaine, Guinée équatoriale, Liberia, Madagascar, Mozambique, Swaziland et Zambie.

En Afrique subsaharienne, le pourcentage de femmes enceintes qui ont fait le test du VIH a légèrement augmenté. En 2010, 42 % d'entre elles ont fait l'objet d'un test de dépistage du VIH contre 35 % en 2009 et 29 % en 2008. Le taux de dépistage du VIH était plus élevé en Afrique de l'Est et australe, atteignant 61 % en 2010 contre 25 % en Afrique occidentale et centrale (10).

L'ASS a atteint un taux de 60 % de couverture des mères en traitement antirétroviral dans le but de prévenir la transmission de la mère à l'enfant en 2010. En Afrique de l'Est et australe, la couverture était de 77 %, tandis que l'Afrique occidentale et centrale enregistrait un taux de couverture de 21 %. Les pays ont adopté des directives nationales de PTME conformément aux recommandations de l'OMS publiées en 2010 ; 11 pays ont adopté l'Option A et les autres pays ont adopté les deux options A et B, l'option B ou une modification de l'option B. Les différentes options sont décrites à l'Annexe 2. La couverture en antirétroviraux maternels nécessaires pour parvenir à éliminer la TME est de 90 % (11). Le déficit de couverture en ARV n'est pas réparti de façon égale et peut être attribué à 14 pays qui représentent plus de 80 % du déficit mondial. À lui seul, le Nigeria contribue à 29 % du déficit, tandis que la part de la République démocratique du Congo correspond à 7 % (10).

Si des progrès considérables ont été enregistrés dans l'extension des programmes de PTME en ASS, des défis importants subsistent. Une solution effective doit être apportée à ces défis si l'on souhaite que les pays réalisent l'objectif d'éliminer les nouvelles infections à VIH d'ici à 2015 et de maintenir les mères en vie. La coordination et la collaboration insuffisantes entre les composantes des programmes constituent des sujets de préoccupation majeure, par exemple, l'intégration de la prise en charge du VIH chez les enfants et les mères dans les services de santé sexuelle et reproductive (SSR) et de santé maternelle, néo-natale et infantile (SMNI).

Le faible taux d'accès et de consommation des services de soins prénataux, les enregistrements tardifs de premières visites et une forte proportion de femmes accouchant à domicile permettent très difficilement à de nombreuses femmes enceintes d'accéder aux services de PTME offerts dans les structures sanitaires. En outre, la majorité des femmes dans les centres de consultation prénatale seront séronégatives, mais une stratégie de promotion de la santé qui intègre la prévention du VIH n'est souvent pas une priorité. L'on rate souvent des occasions de faire en sorte que ces femmes restent séronégatives et pourtant on a observé la séroconversion durant la grossesse.

Des systèmes de santé défaillants et dysfonctionnels entraînent des goulets d'étranglement, notamment en termes d'insuffisance de capacités en ressources humaines, de nombreux pays étant confrontés à de graves pénuries de personnel qualifié. Les systèmes de suivi et d'évaluation sont aussi déficients, avec des données non fiables pour un certain nombre d'indicateurs tels que les rapports s'appuient souvent sur des projections et des estimations plutôt que sur des données empiriques, exactes et à jour émanant des programmes.

En raison d'une variété de contraintes opérationnelles et de défaillances des systèmes, de nombreuses mères continuent de recevoir une dose unique de névirapine plutôt que des régimes antirétroviraux (ARV) plus efficaces pour la prévention de la TME et une thérapie antirétrovirale (TAR) pour leur propre santé lorsqu'elles sont éligibles. La transmission postnatale par l'allaitement reste aussi un sujet très préoccupant et est souvent la conséquence de messages insuffisamment clairs concernant l'alimentation du nourrisson, le manque d'adhésion à l'allaitement exclusif et une bonne nutrition des nourrissons, ainsi que la faible couverture postnatale en ARV pour les mères et les nourrissons.

L'insuffisance des financements destinés aux programmes et le peu d'importance accordé à la santé dans les politiques économiques et de développement au niveau national sont aggravés par l'utilisation peu rationnelle des ressources existantes. Les ressources extérieures, souvent imprévisibles, peu pérennes et non alignées sur les priorités des pays, continuent également de constituer la base des interventions de financement, ce qui entraîne une inconstance dans la mise en œuvre.

Dans la plupart des pays de la Région, l'on observe une faible implication des communautés et des hommes (le taux de participation global des hommes est de 5 %). On observe aussi un degré élevé de stigmatisation et de discrimination qui compromet la mise en œuvre des interventions de PTME.

3. Justification

Le Plan mondial fournit des orientations aux pays prioritaires en vue de parvenir à éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et à maintenir leurs mères en vie. La quasi-totalité des pays ciblés (21 sur 22) se situent dans la Région africaine.

Ce cadre stratégique définit la perspective épidémiologique et de mise en œuvre Régionale de l'initiative d'élimination et fournit des orientations à tous les pays africains. Il est reconnu que les épidémies du VIH dans la Région sont de natures diverses. Les pays présentent des profils variés, avec un taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes variant de moins de 5 % à plus de 40 %, une couverture en médicaments antirétroviraux variant entre moins de 30 % et plus de 80 %, et une faible fréquentation des centres de soins prénataux sur la base de quatre consultations prénatales. Le cadre aborde ces situations diverses et les solutions spécifiques à appliquer dans chaque situation pour parvenir à éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et à maintenir les mères en vie.

Le cadre renforce les actions prioritaires du Plan mondial dans les pays ciblés. Il est indispensable pour obtenir l'adhésion, le soutien actif et l'implication des organisations des parties prenantes et des communautés comme l'Union africaine (UA), la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC), la Communauté de santé de l'Afrique de l'Est, centrale et australe (ECSA-HC), la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) et pour tirer parti des autres initiatives régionales et des synergies. L'initiative pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants, maintenir les mères en vie et éliminer la syphilis congénitale contribue également directement à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) 3, 4, 5 et 6. En apportant aux pays un soutien appuyé afin qu'ils puissent toucher toutes les femmes et tous les enfants exposés au VIH et à la syphilis et en forgeant un consensus aux niveaux mondial et Régional, il est possible pour les pays de la Région d'atteindre ces objectifs.

4. Principes directeurs

La planification et la mise en œuvre de ce cadre Régional pour l'élimination des nouvelles infections à VIH et à la syphilis chez les enfants sont sous-tendues par six principes directeurs :

1. L'appropriation, le leadership et la responsabilisation au niveau du pays de l'adaptation et la mise en œuvre du cadre stratégique pour l'élimination au niveau des pays.
2. Une approche basée sur les droits et la prise en compte du genre pour garantir la protection des droits humains standards, notamment l'autonomie pour la prise de décisions éclairées sur les questions de santé reproductive et l'accès universel et équitable aux services de santé essentiels, notamment pour les populations difficiles à toucher et marginalisées.
3. Une approche centrée sur la famille et l'intégration de la PTME avec les services essentiels pour réaliser les objectifs d'élimination de la TME du VIH et de la syphilis et améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile.
4. L'intégration de la PTME avec les services existants de santé reproductive et de SMNI comme une condition essentielle pour fournir une prise en charge axée sur le client qui soutient le couple mère-nourrisson tout au long du continuum des soins et la pérennité.
5. La participation des communautés pour s'assurer que les parties prenantes clés, notamment les organisations de la société civile et les PVVIH, ont la possibilité de jouer leur rôle dans l'extension des interventions à tous les niveaux, favorisant ainsi l'utilisation des services et le partage des responsabilités.
6. La coopération et la collaboration entre les partenaires pour garantir l'efficacité dans l'affectation et l'utilisation des ressources financières, techniques et humaines et la responsabilité mutuelle aux niveaux mondial, Régional et national afin d'assurer la réalisation des objectifs d'élimination convenus.

⁵ OMD3 : Promouvoir l'égalité hommes-femmes et l'autonomisation des femmes ; OMD4 : Réduire la mortalité infantile ; OMD5 : Améliorer la santé maternelle ; OMD6 : Lutter contre le VIH/sida, le paludisme et les autres maladies .

5. Le cadre stratégique

BUT

Le but du cadre stratégique est d'éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici à 2015 et de maintenir leurs mères en vie.

OBJECTIFS

Les objectifs du cadre stratégique, sur la base de l'étude de base de 2009, sont de :

1. Réduire de 90 % le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 ;
2. Réduire de moitié le nombre de décès maternels liés au sida à l'horizon 2015.

CIBLES : Les cibles programmatiques pour 2015 sont :	
CIBLE DU VOLET 1	<ul style="list-style-type: none">• Réduire l'incidence du VIH chez les femmes âgées de 15 à 49 ans de 50 % ;• Dépister 90 % des femmes enceintes contre la syphilis.
CIBLE DU VOLET 2	<ul style="list-style-type: none">• Réduire à zéro le besoin non satisfait de planification familiale chez toutes les
CIBLE DU VOLET 3	<ul style="list-style-type: none">• Réduire à 5 % le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant ;• Fournir à 90 % des mères une thérapie antirétrovirale périnatale ou un traitement prophylactique ;• Fournir à 90 % des couples nourrisson-mère allaitante une thérapie antirétrovirale ou un traitement prophylactique ;• Traiter de façon appropriée 90 % des femmes enceintes séropositives à la syphilis.
CIBLE DU VOLET 4	<ul style="list-style-type: none">• Fournir à 90 % des femmes enceintes ayant besoin d'une thérapie antirétrovirale pour leur propre santé une thérapie antirétrovirale tout au long de la vie ;• Fournir une thérapie antirétrovirale à tous les enfants infectés par le VIH ;• Réduire de 50 % les décès de nourrissons liés au sida.

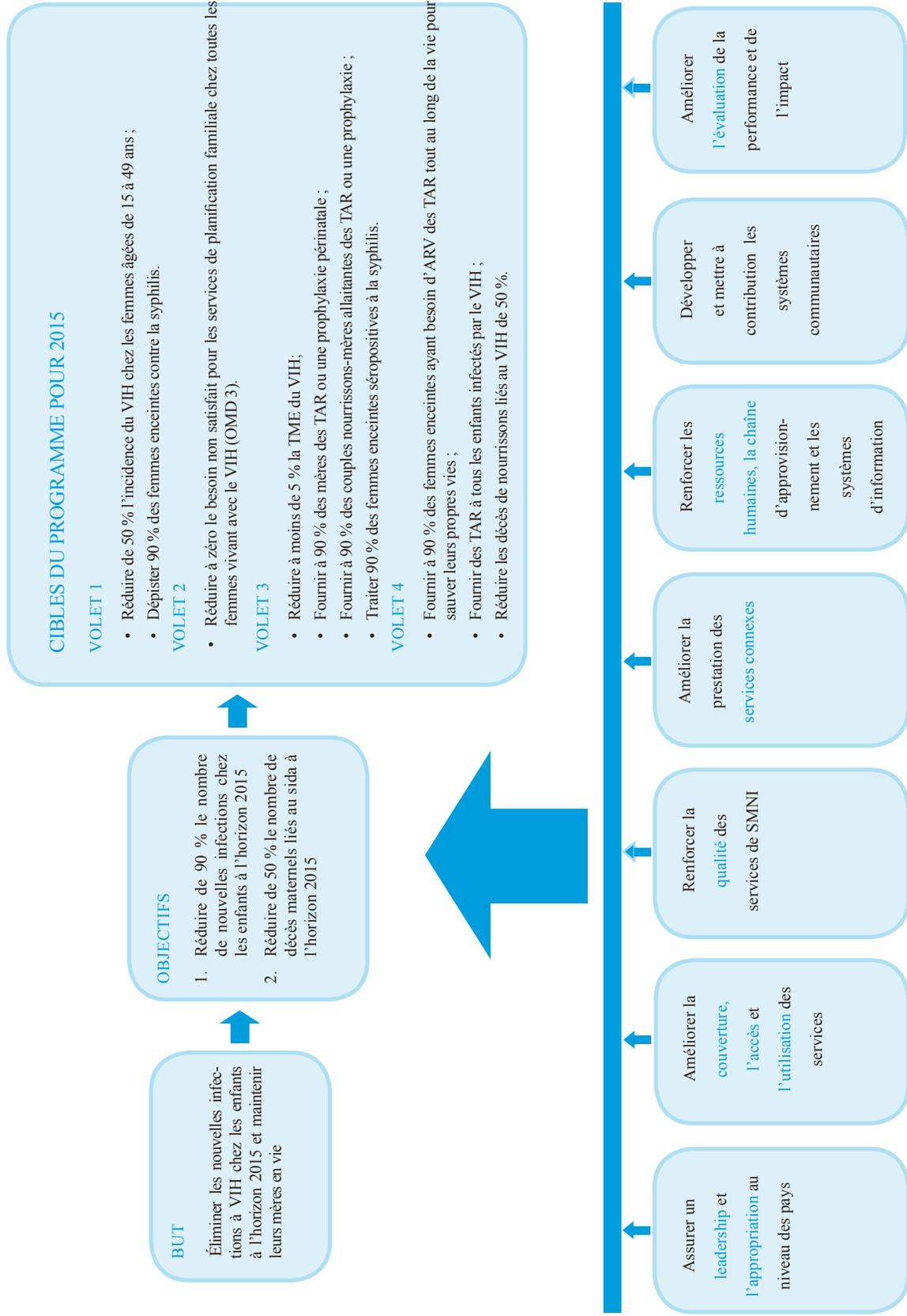
6. Actions prioritaires

Les actions prioritaires proposées dans le Cadre stratégique sont basées sur sept domaines prioritaires désignés comme « axes fondamentaux » (voir Figure 1). Ces axes fondamentaux constituent la base essentielle d'une intervention cohérente et globale pour l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants. Les sept axes fondamentaux sont : i) assurer le leadership et l'appropriation par les pays ; ii) améliorer la couverture, l'accès et l'utilisation des services ; iii) renforcer la qualité des services de SMNI pour des interventions efficaces de PTME du VIH et de la syphilis ; iv) améliorer la prestation de services connexes ; v) renforcer les capacités en ressources humaines, la gestion de la chaîne d'approvisionnement et les systèmes d'information ; vi) améliorer l'évaluation de la performance et de l'impact, et vii) développer et mettre à contribution les systèmes communautaires.

Les actions prioritaires essentielles pour chacun des axes fondamentaux sont examinées ci-dessous.



Figure 1: Cadre stratégique



6.1 Assurer le leadership et l'appropriation par les pays

Un ferme engagement politique en faveur de l'élimination des nouvelles infections à VIH et par la syphilis chez les enfants et pour le maintien de leurs mères en vie est la base pour la mise en place de plans opérationnels couronnés de succès. Il est crucial que les dirigeants gouvernementaux bénéficient du soutien total des partenaires à l'intérieur du pays et du secteur privé.

ACTIONS PRINCIPALES

- a) S'assurer de la coordination et du soutien des plus hautes autorités gouvernementales, notamment le ministère de la Santé et autres secteurs concernés ;
- b) Renforcer les capacités du Groupe de travail technique (TWG)⁶ pour l'amélioration de la SMNI et l'élimination de la TME du VIH et de la syphilis.

6.2 Améliorer la couverture, l'accès et l'utilisation des services

Les progrès vers la réalisation des objectifs d'élimination de la TME dans de nombreux pays sont freinés par la couverture, l'accès et l'utilisation limités des services de santé. Parmi les obstacles rencontrés, on peut citer la faible couverture des services de PTME et de maternité, notamment dans les zones rurales et difficiles d'accès, la faible utilisation de services prénataux suffisamment précoces et des services d'accouchement assurés par un personnel qualifié et des services des CPN/T+A/CPostN sans test de dépistage du VIH et de la syphilis, sans pénicilline intramusculaire et sans ARV pour les femmes et leurs partenaires de sexe masculin.

ACTIONS PRINCIPALES

- a) Plaider pour la fourniture de services complets de PTME et de SMNI gratuits aux points de prestation de services ;
- b) S'assurer que des services complets de PTME du VIH et de la syphilis sont disponibles dans tous les CSP, maternités et centres de bien-être de l'enfant ;
- c) Mettre au point des méthodes innovantes pour améliorer l'accès et l'utilisation des soins prénataux précoces et des services d'accouchement assistés par du personnel qualifié ;
- d) Renforcer l'approche axée sur le client dans la fourniture de services de SMNI, d'IST et de VIH intégrés et efficaces où les femmes et leurs partenaires de sexe masculin ont accès aux soins ;
- e) Mettre au point des méthodes innovantes pour encourager la participation des communautés et l'implication des partenaires de sexe masculin ;
- f) Améliorer la collaboration avec les groupes de la société civile afin d'améliorer l'utilisation des services et réduire la stigmatisation et la discrimination au sein de la communauté.

⁶ Les tâches du TWG consiste entre autres à définir au niveau national des cibles et des délais sur la base de données probantes ; à élaborer un plan national de plaidoyer avec la participation de la société civile ; à s'assurer que la priorité est accordée à l'élimination de la TME du VIH et de la syphilis dans les processus de planification du secteur de la santé ; définir un calendrier et un plan national d'élimination chiffré pour réaliser les résultats au niveau des pays prescrits par le Plan mondial ; élaborer un plan de suivi et évaluation au niveau des pays pour suivre les progrès accomplis, démontrer un impact, garantir l'obligation de rendre compte et présenter les besoins d'assistance technique ; assurer la coordination et garantir l'engagement de tous les groupes de partenaires clés.

6.3 Renforcer la qualité des services de SMNI

Afin de réaliser les objectifs d'élimination, il est essentiel de mettre en place et de fournir un paquet complet de services de SMNI validé scientifiquement et de grande qualité qui intègre systématiquement des interventions de qualité en matière de PTME du VIH et de la syphilis. Ces interventions doivent être mises en œuvre en respectant les quatre volets de la PTME décrits ci-dessous et dans tous les endroits où les femmes et leurs partenaires masculins ont accès aux services de soins prénataux, de planification familiale, d'IST, d'accouchement, de soins post-nataux ou de soins aux enfants.

ACTIONS PRINCIPALES

Volet 1 : Prévention primaire du VIH et de la syphilis chez les femmes en âge de procréer

- a) Intégrer la prévention du VIH et des IST pour les femmes en âge de procréer, en particulier les femmes séronégatives dans tous les endroits où les femmes ont accès aux services de santé de la reproduction ;
- b) Intégrer des messages de PTME dans le conseil après dépistage pour les hommes et les femmes à tous les endroits où les services de dépistage et de conseil sur le VIH sont fournis ;
- c) Étendre le recours aux interventions de prévention combinée et les relier aux services de PTME ;
- d) Étendre les actions d'éducation à la prévention afin d'y inclure des messages adaptés selon l'âge dans les écoles, en particulier en ciblant les jeunes filles et les relier aux actions visant à garder les jeunes filles à l'école.

ACTIONS PRINCIPALES

Volet 2 : Prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH

- e) Uniformiser la fourniture des services de planification familiale de routine pour les femmes bénéficiant des services de PTME et d'ARV/TAR dans les lieux offrant des services de prise en charge et de traitement en SMNI, IST et VIH ;
- f) Soutenir et établir un lien avec les initiatives à base communautaire de planification familiale touchant les hommes et les femmes au sein de la communauté et sur le lieu de travail.

ACTIONS PRINCIPALES

Volet 3 : Prévention de la transmission du VIH d'une femme vivant avec le VIH à son nourrisson

- g) Fournir des régimes d'ARV combinés hautement efficaces pour toutes les femmes enceintes conformément aux orientations les plus actuelles de l'OMS ;
- h) Fournir de la pénicilline intramusculaire aux femmes enceintes séropositives à la syphilis ;
- i) Promouvoir des méthodes sans risque d'alimentation des nourrissons, y compris un traitement prophylactique aux ARV pendant l'allaitement.

ACTIONS PRINCIPALES

Volet 4 : Fourniture d'un traitement, d'une prise en charge et d'un soutien appropriés aux mères vivant avec le VIH et à leurs enfants et leurs familles

- j) Renforcer le continuum des services entre les interventions de PTME dans le centre de SMNI et une prise en charge et un traitement tout au long de la vie (dans les centres de SMNI et les centres spécialisés dans la lutte contre le VIH) pour les mères vivant avec le VIH et leurs enfants exposés. Un accent particulier devrait être mis sur :
- l'évaluation des CD4 afin de déterminer l'admissibilité au traitement et pour la fourniture/liaison rapide au TAR pour les femmes qui en ont besoin pour leur propre santé ;
 - le diagnostic précoce du VIH et la fourniture de cotrimoxazole chez les nourrissons exposés et la fourniture/liaison avec un TAR précoce pour les nourrissons séropositifs.

6.4 Renforcer la fourniture des services associés

Dans le cadre de la mise en place d'un paquet de services complet, intégré et axé sur le client, les pays devraient privilégier la mise en place d'un système de référence formel bidirectionnel et de liaison entre les programmes de SMNI et de VIH. Ce système de référence et de soutien aux programmes liés entre eux est essentiel pour assurer que les femmes enceintes porteuses du VIH sont rapidement reliées à des services de traitement et de prise en charge appropriés du VIH et qu'elles bénéficient des références et de l'accès appropriés à une prise en charge continue du VIH après l'accouchement.

ACTIONS PRINCIPALES

Volet 4 : Fourniture d'un traitement, d'une prise en charge et d'un soutien appropriés aux mères vivant avec le VIH et à leurs enfants et leurs familles

- a) Intégrer la prestation de services de lutte contre le VIH dans les programmes offrant des services aux femmes et aux enfants (SMNI, SSR, PF, IS, tuberculose, IMCI) ;⁷
- b) Privilégier la mise en place d'un continuum de soins entre les services de PTME et de prise en charge/traitement (TAR) du VIH d'une part et les mécanismes de référence et de suivi, d'autre part ;
- c) Promouvoir la coordination entre les programmes de SMNI et de VIH pour permettre une prévision, passation de marchés et une gestion des approvisionnements plus précises des médicaments essentiels et des diagnostics.

⁷ SMNI : santé maternelle, néo-natale et infantile ; SSR : santé sexuelle et reproductive ; PF : planification familiale ; IST : infection sexuellement transmissible ; TB : tuberculose ; GIME : Gestion intégrée des maladies de l'enfance.

6.5 Renforcer les ressources humaines, la chaîne d'approvisionnement et les systèmes d'information

Une campagne efficace pour l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants dépend fortement de la capacité des systèmes de santé primaires existants aux niveaux national et local à assurer efficacement la prestation de services. Les lacunes liées aux capacités en ressources humaines, à la gestion de la chaîne d'approvisionnement et aux systèmes d'information contribuent toutes à ralentir l'extension des services et à limiter l'efficacité des interventions.

PRINCIPALES ACTIONS

- a) Concevoir des approches novatrices de reconversion et de partage des tâches sur le continuum de services de PTME en guise de solutions aux déficits en ressources humaines (RH) ;
- b) Privilégier le renforcement des capacités tout en assurant un encadrement permanent afin de permettre effectivement la reconversion et assurer la rétention du personnel, en mettant en particulier l'accent sur l'élargissement de la fourniture des TAR et de la pénicilline intramusculaire jusqu'à l'échelon le plus bas du système de santé ;
- c) Promouvoir activement la levée des obstacles juridiques à une reconversion réussie et renforcer les capacités pour promouvoir une planification, une prévision et un suivi opérationnel efficaces des approvisionnements ;
- d) Promouvoir la quantification coordonnée des besoins entre les secteurs de la santé ;
- e) Améliorer la gestion de la logistique pour toucher l'échelon des communautés et mettre en place des systèmes d'information sur la santé mieux intégrés entre la SMNI et le VIH pour une meilleure gestion clinique et une meilleure évaluation des programmes.

6.6 Développer et mettre à contribution les systèmes communautaires

Les progrès enregistrés jusqu'ici dans l'élargissement et l'extension de la prise en charge et du traitement du VIH dans la Région n'auraient pas été possibles sans les contributions des groupes et des travailleurs communautaires. De même, les stratégies à base communautaire pourraient améliorer l'accès et l'utilisation des services complets de SMNI et se traduire par des réductions significatives des décès maternels et infantiles.

PRINCIPALES ACTIONS

- a) Avec la contribution de la communauté, définir des directives claires indiquant comment et quand les agents communautaires peuvent améliorer plus efficacement l'utilisation à temps des services et l'observance appropriée des interventions de SMNI et de PTME ;
- b) Mettre au point des outils normalisés et intégrés pour améliorer l'utilisation des services de SMNI et de PTME que les agents à base communautaire pourraient utiliser ;
- c) Impliquer les organisations à base communautaire dans les activités de création de la demande, de prestation de services et de suivi des patients au niveau de la communauté.

6.7 Améliorer l'évaluation de la performance et de l'impact

À mesure que les pays élaborent des plans nationaux pour l'élimination des nouvelles infections à VIH et par la syphilis chez les enfants et pour le maintien en vie de leurs mères, il est essentiel de s'efforcer d'avoir une connaissance exacte de la performance et des lacunes de base des programmes. Ceci guidera la séquence de mise en œuvre des actions d'élimination et des calendriers pour l'atteinte des cibles, des objectifs et la transmission des rapports de situation.

PRINCIPALES ACTIONS

- a) Définir les besoins et les lacunes de base en termes de programmes pour les services de SMNI et de PTME ;
- b) Définir des cibles nationales d'élimination des nouvelles infections pour 2015 et des cibles annuelles intérimaires ;
- c) S'accorder sur des indicateurs standard pour le suivi et évaluation de la performance et de l'impact des services de PTME et de SMNI aux niveaux national et infranational ;
- d) Renforcer les capacités de gestion et d'analyse des données au sein des programmes de santé relatifs à la SMNI et au VIH ;
- e) Assurer que l'évaluation de l'impact des activités des programmes de PTME est incluse dans les plans d'évaluation des programmes aux niveaux national et infranational.



La mise en œuvre des actions recommandées doit prendre en compte la spécificité des pays. Les pays de la Région connaissent des épidémies, des contextes et des situations divers et se situent à différents stades de mise en œuvre de l'Initiative pour l'élimination (ETME). Dans ce sens, ils ont été identifiés comme appartenant à différents typologies (Figure 2). Cette classification est basée sur la couverture en ARV pendant la grossesse. Quatre typologies ont été identifiées. Les pays appartenant à la typologie A sont ceux dont la couverture en ARV pendant la grossesse est supérieure à 80 % ; les pays de la typologie B sont ceux où la couverture des ARV pendant la grossesse se situe entre 60 et 79 % ; les pays de la typologie C sont ceux où la couverture en ARV pendant la grossesse est comprise entre 30 et 59 % et ceux de la typologie D sont les pays où la couverture en ARV pendant la grossesse est inférieure à 30 %. En outre, la couverture pour quatre visites dans les CSP est prise en compte dans la classification et la planification des actions prioritaires.

TYPOLOGIE A	TYPOLOGIE B
<p>> 80 % de couverture en ARV A+ : 4 visites prénatales > 60 % A- : visites prénatales < 60%</p> <p>L'action prioritaire devrait consister à assurer plus d'équité afin de toucher les derniers 20 % et à améliorer la qualité</p>	<p>60–79 % de couverture en ARV A+ : 4 visites prénatales > 60% A- : visites prénatales < 60%</p> <p>L'action prioritaire devrait consister à améliorer la couverture des services de PTME et améliorer la qualité (suivi à long terme des régimes d'ARV)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Accroître l'accès aux services de prévention du VIH et à la planification familiale ; • Accroître la couverture de la prophylaxie ARV pour les nourrissons ; • Identifier les personnes non touchées (difficiles à toucher et marginalisées) et lever les obstacles à l'accès et à l'utilisation des services ; • Améliorer l'accès à des régimes d'ARV plus efficaces pour la PTME ; • Encourager l'enregistrement/démarrage précoce des soins prénataux ; • Améliorer les soins postnatals ; • Améliorer la mise à jour et l'accès aux services d'accouchement avec l'assistance d'un personnel qualifié ; • Promouvoir des méthodes appropriées d'alimentation des nourrissons. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les personnes non touchées (difficiles à toucher et marginalisées) et lever les obstacles à l'accès et à l'utilisation des services ; • Améliorer l'accès à des régimes d'ARV plus efficaces pour la PTME ; • Réduire le nombre de perdus de vue ; • Encourager l'enregistrement /démarrage précoce des soins prénataux ; • Améliorer les soins postnatals ; • Améliorer l'adoption et l'accès aux services d'accouchement avec l'assistance d'un personnel qualifié ; • Promouvoir des méthodes appropriées d'alimentation des nourrissons.
<p>Ce sont les pays où la couverture en ARV des mères pour la PTME est supérieure à 80 %. Si la couverture des soins prénataux pour 4 consultations prénatales est inférieure à 60 %, les actions prioritaires devraient inclure l'amélioration de la qualité des services de soins prénataux.</p>	<p>Ce sont des pays où la couverture en ARV pour les mères pour la PTME est comprise entre 60 et 79 %. Si la couverture des soins prénataux pour 4 consultations prénatales est de moins de 60 % (B-), les actions prioritaires devraient inclure l'amélioration de la qualité des services de soins prénataux.</p>

TYPOLOGIE C	TYPOLOGIE D
<p>30-59% de couverture en ARV L'action prioritaire devrait A+ : 4 visites prénatales > 60 % consister à améliorer la A- : visites prénatales < 60% couverture et l'utilisation</p>	<p>< 30 % de couverture en ARV L'action prioritaire devrait A+ : 4 visites prénatales > 60% consister à améliorer A- : visites prénatales < 60% la couverture et la sensibilisation/approches à base communautaire</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Accroître la disponibilité des services de PTME ; • Mettre l'accent sur l'accroissement de l'utilisation des services de soins prénataux et de PTME ; • Réduire le nombre de perdus de vue ; • Encourager l'enregistrement/démarrage précoce des soins prénataux ; • Améliorer les soins postnataux ; • Améliorer la mise à jour et l'accès aux services d'accouchement avec l'assistance d'un personnel qualifié ; • Promouvoir des méthodes appropriées d'alimentation des nourrissons. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier et lever les obstacles à l'accès et à l'utilisation des services de soins prénataux/SMNI et de PTME ; • Identifier , cibler et fournir des services de PTME dans les zones ayant les plus forts taux de prévalence et le nombre le plus élevé de femmes ayant un besoin non satisfait d'intervention de PTME, accroître l'utilisation des services de soins prénataux et de PTME ; • Améliorer la mise à jour et l'accès aux services d'accouchement avec l'assistance d'un personnel qualifié ; • Promouvoir des méthodes appropriées d'alimentation des nourrissons.
<p>Ce sont des pays où la couverture en ARV des mères pour la PTME est comprise entre 30 et 59 %.</p> <p>Si la couverture en soins prénataux pour 4 consultations prénatales est inférieure à 60 % (C-), les actions prioritaires devraient inclure l'amélioration de la qualité des soins prénataux.</p>	<p>Ce sont des pays où la couverture en ARV des mères pour la PTME est inférieure à 30 %, avec une couverture en soins prénataux faible ou modérée. Les actions devraient inclure l'amélioration de la qualité des services prénataux.</p> <p>Les actions prioritaires devraient être basées sur l'amélioration de la couverture et de la sensibilisation ou des approches à base communautaire.</p>

7. Rôles et responsabilités

LES PAYS

Les gouvernements nationaux sont exhortés à :

- a) Conduire, coordonner et optimiser les opportunités stratégiques pour des actions collectives et superviser les aspects essentiels des efforts des pays ;
- b) Élaborer des plans de mise en œuvre détaillés et chiffrés, notamment en identifiant et en apportant des solutions aux obstacles aux progrès liés aux politiques, aux programmes et à la gestion ;
- c) Collecter et analyser les données et transmettre des rapports réguliers sur l'élimination des nouvelles infections à VIH et par la syphilis chez les enfants et leurs mères ;
- d) Accroître les investissements nationaux et extérieurs en faveur des programmes sur la base d'une analyse robuste des insuffisances ;
- e) Éliminer les obstacles d'ordre financier, tels que les frais d'utilisation, qui empêchent les femmes et les familles de solliciter les services pour l'élimination des nouvelles infections à VIH et par la syphilis chez les enfants et pour le maintien de leurs parents en vie ;
- f) S'attaquer à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH, aux IST et au genre et aux autres obstacles connexes à l'adoption des services et à la rétention des clients ;
- g) S'assurer que les quatre volets de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH sont effectivement mis en œuvre ;
- h) Instaurer un partenariat avec des institutions et des individus aux niveaux local et mondial, afin de mobiliser des ressources pour la mise en œuvre des plans visant l'élimination des nouvelles infections à VIH et par la syphilis chez les enfants et pour le maintien de leurs mères en vie ;
- i) Impliquer les communautés, y compris les organisations de la société civile, les réseaux de femmes vivant avec le VIH, les milieux d'affaires, les agents de santé et leurs organisations professionnelles, les institutions d'enseignement et de recherche.

Les agences des Nations Unies, l'Union africaine, les partenaires mondiaux et régionaux

Les agences des Nations Unies, l'Union africaine (UA) et les autres partenaires soutiendront les pays en :

- a) veillant à la cohérence des efforts, notamment par la fourniture d'un appui technique, financier et matériel pour la réalisation de l'objectif qui consiste à éliminer les nouvelles infections à VIH et par la syphilis chez les enfants et maintenir leurs mères en vie ;



- b) menant une action de plaidoyer auprès des décideurs politiques, des partenaires internationaux et des autres parties prenantes clés pour l'accroissement des ressources ;
- c) définissant des normes, des standards et des lignes directrices pour la prévention et le traitement du VIH chez les mères et les enfants, en facilitant la collecte de données probantes par la recherche et la documentation sur les meilleures pratiques ;
- d) mettant en place des cadres de responsabilisation solides qui peuvent être adaptés par les pays pour la définition de leurs objectifs et cibles ;
- e) fournissant un appui technique et matériel.

8. Implications en termes de ressources

D'après les estimations de l'ONUSIDA, le coût des interventions visant à éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et à maintenir leurs mères en vie dans 22 pays prioritaires (dont tous sauf un sont situés dans la Région africaine) s'élève à environ 1 milliard de dollars par an entre 2011 et 2015 (7). Ceci comprend les coûts liés au dépistage et au conseil sur le VIH, à la numération des CD4 chez les femmes enceintes dont le test sérologique s'est révélé positif au VIH, à la prophylaxie antirétrovirale, au TAR et au cotrimoxazole pour les femmes et les enfants éligibles, à la planification familiale pour les femmes vivant avec le VIH, au conseil pour l'alimentation des nourrissons et à la mobilisation des communautés.

Un certain nombre d'actions sont nécessaires pour une mobilisation efficace des ressources pour soutenir la réalisation de ces priorités. Ces actions comprennent : i) l'établissement du coût des plans nationaux d'ETME ; ii) l'accroissement des investissements au niveau national ; iii) l'augmentation des investissements internationaux ; iv) l'étude de mécanismes de financement innovants, et v) la multiplication des ressources existantes.

9. Suivi et évaluation

Le suivi et évaluation restent des composantes clés de l'initiative d'ETME ; ils sont essentiels pour le suivi de l'extension et des résultats du programme. Le suivi et évaluation sera assuré conformément au Cadre et stratégie mondiaux de suivi et évaluation du Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH d'ici à 2015 (12). Ce Cadre stratégique s'appuie également sur les étapes définies aux niveaux mondial, Régional et national du Compte à rebours jusqu'à zéro: plan mondial pour éliminer les nouvelles infections chez les enfants d'ici à 2015 et maintenir leurs mères en vie, 2011–2015. Il présente un plan

d'action en 10 points prévoyant des étapes concrètes pour la mise en œuvre au niveau national, notamment l'amélioration de l'évaluation des résultats, l'évaluation de la qualité et des données et de l'impact. Le plan mondial recommande également des indicateurs pour le suivi des programmes et services en matière de PTME du VIH et de la syphilis au sein des services de santé maternelle et infantile. Il est recommandé que les indicateurs nationaux de base fassent l'objet d'un suivi au moins tous les ans, même si les pays peuvent choisir de le faire plus fréquemment.

Les interventions de PTME sont assurées pour différents points de prestation de services et sur une période de temps allant de la phase avant la grossesse, au suivi de l'enfant après l'accouchement, en passant par la grossesse, l'accouchement et la phase après l'accouchement. Par conséquent, comme le suivi des progrès sera fonction des indicateurs de la SMI, de la PF, de la PTME (cascade de services), de la syphilis et du VIH, le renforcement de la SMI de routine et plus largement des systèmes d'information sur la santé facilitera le suivi, qui est une condition essentielle du succès de l'Initiative d'ETME.

Le suivi des progrès vers l'ETME est un effort conjoint des gouvernements nationaux et des partenaires au développement internationaux (dont les Nations Unies, les ONG et les bailleurs de fonds) aux niveaux des pays, de la Région et du siège. Bien que les données collectées auprès des programmes de PTME soient généralement d'une qualité acceptable pour favoriser le suivi des tendances, la plupart des systèmes d'information sur la santé dans de nombreux pays de la Région reste faible. Tous les pays et les partenaires au développement doivent travailler ensemble afin de réviser les cibles, renforcer la qualité des systèmes de gestion de l'information, conduire des évaluations d'impact et améliorer les estimations en vue d'assurer le suivi des cibles de l'Initiative d'ETME.

La valeur de référence des cibles est l'année 2009 et l'année-cible est 2015, sauf indication contraire. Les deux cibles globales de l'Initiative d'ETME sont : i) réduire de 90 % le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants, et ii) réduire de 50 % le nombre de décès maternels liés au sida. Les progrès vers la réalisation de ces deux cibles seront mesurés tous les ans en estimant le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants dues à la TME, ainsi que le taux de TME, en utilisant le logiciel Spectrum (11) recommandé par l'ONU pour les estimations et les projections concernant le VIH. Plusieurs méthodes d'évaluation d'impact ont été démontrées dans certains pays, telles que le test de tous les nourrissons par le biais d'enquêtes dans les centres de vaccination représentatifs au niveau national; l'évaluation des données programmatiques là où il existe un bon suivi des couples mères-nourrissons, les enquêtes auprès des ménages et l'interprétation des données émanant du diagnostic précoce chez les nourrissons là où la couverture est élevée. Dans tous les pays, l'Initiative ETME rendra compte des progrès accomplis sur les indicateurs clés liés aux différents volets, ainsi que par rapport aux cibles. Dans les pays où l'on trouve les nombres les plus élevés de femmes enceintes séropositives qui accouchent, l'Initiative ETME transmettra un rapport sur la série d'indicateurs élargis. Les progrès vers la réalisation des cibles seront évalués chaque année pour les pays les plus durement touchés ayant le nombre le plus élevé de femmes séropositives qui accouchent et tous les deux ans pour les autres pays, ainsi que les indicateurs clés liés aux quatre volets de la PTME.

Encadré 3 : Calendrier de transmission des rapports

- 2011 : Rapport sur la situation de référence en matière d'ETME et plan d'ETME
- 2012 : Rapport sur les indicateurs et les progrès accomplis vers la réalisation des cibles d'ETME
- 2013 : Rapport annuel sur l'état d'avancement ; réunions d'examen des progrès accomplis au niveau Régional
- 2014 : Revue à mi-parcours de l'ETME ; réunion d'examen de l'état d'avancement au niveau mondial
- 2015 : Rapport annuel sur l'état d'avancement ; réunions d'examen des progrès accomplis au niveau Régional
- 2016 : Rapport final sur l'atteinte des cibles. Réunion au niveau mondial

La définition des cibles, la planification des programmes et la collecte des données aux niveaux local et infranational alimentent les statistiques nationales et permettent de compiler des informations sur les efforts déployés par les pays, ce qui contribue à son tour au suivi au niveau Régional et au niveau mondial. Ainsi, un suivi et évaluation de haute qualité, l'amélioration continue et l'utilisation de données à tous les niveaux sont des conditions indispensables au succès de l'initiative d'ETME. Des rencontres aux niveaux Régional et mondial seront organisées pour examiner les étapes intérimaires avec les gouvernements nationaux et les partenaires. Les responsabilités en ce qui concerne la communication de rapports sont définies à l'Annexe 3.

Les pays sont censés élaborer et mettre en œuvre des plans et cadres nationaux de suivi et évaluation de l'ETME. Des plans nationaux de suivi et évaluation annuels chiffrés doivent être élaborés, en décrivant les actions prioritaires, en précisant les responsabilités, en présentant en détail les besoins en ressources, en identifiant les sources de financement et en présentant un calendrier clair pour la réalisation des résultats. Ce plan de travail permettra au ministère de la Santé (aux gestionnaires des programmes nationaux et au personnel de suivi et évaluation) de s'assurer que les ressources financières et humaines nécessaires sont mobilisées. Le plan doit être élaboré avec la contribution et le consensus de toutes les parties prenantes clés. Les entités infranationales et les structures sanitaires peuvent également élaborer des plans de suivi et évaluation pour guider la mise en œuvre du suivi et évaluation dans le cadre du système national établi en la matière. Il a été recommandé que 5 à 10 % du budget du programme soient affectés aux activités de suivi et évaluation quelles que soient les sources de financement. Il est souhaitable que le cycle de planification annuelle du suivi et évaluation soit étroitement lié au cycle de budgétisation générale, afin de garantir la mobilisation des financements.

10. Conclusion

Les États Membres de la Région africaine, de même que la communauté internationale, attachent une grande importance à l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants et à l'amélioration des conditions de santé et de survie des mères infectées par le VIH. L'ETME est un objectif réalisable, même dans la Région africaine, qui est caractérisée par une forte incidence du VIH, des systèmes de santé peu développés et des ressources insuffisantes.

Les principales conditions à réunir sont la couverture universelle d'interventions efficaces à moindre coût et durables, des ressources suffisantes, la responsabilisation des communautés, la fourniture aux femmes vivant avec le VIH de moyens leur permettant d'accéder aux services de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH dont elles ont besoin pour elles-mêmes, leurs enfants et leurs familles, l'implication des partenaires, ainsi que l'observance et le respect des droits des femmes vivant avec le VIH. Il est indispensable que les dirigeants nationaux et mondiaux agissent de concert pour soutenir les efforts engagés par les pays eux-mêmes et soient tenus de rendre compte des résultats obtenus.

Le présent Cadre définit des mesures appropriées pour permettre à chaque pays de la Région africaine, quelle que soit sa situation, de prendre des mesures concrètes en vue d'éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et de maintenir leurs mères en vie. Les pays sont encouragés à élaborer et à mettre à jour des politiques et des plans stratégiques appropriés pour la mise en œuvre des actions proposées, pour suivre les progrès accomplis et coordonner l'action de tous les partenaires. Ils doivent également mobiliser et affecter les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour garantir le succès de la mise en œuvre.

Références

1. ONUSIDA. Report on the Global AIDS Epidemic, 2010. Genève, ONUSIDA, 2010.
2. Newell ML et al. Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis. *Lancet* 2004, 364:1236-43.
3. Mahy M et al. What will it take to achieve virtual elimination of mother-to-child transmission of HIV? An assessment of current progress and future needs. *Sexually Transmitted Infection* 2010, 86 (Suppl. 2): ii48–55. Doi:10.1136/sti2010.045989.
4. OMS. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: towards universal access. Recommendations for a public health approach. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2009.
5. OMS. Guidelines on HIV and infant feeding 2010. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
6. Bhutta Z et al. Stillbirths: what difference can we make and at what cost? *Lancet* 2011, 377:1523–38.
7. ONUSIDA. Countdown to Zero: Global Plan towards elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive, 2011-2015. Genève, ONUSIDA, 2011.
8. OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale. Trends in maternal mortality 1980 to 2008. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
9. OMS, ONUSIDA et UNICEF. Towards universal access: scaling up priority VIH/Aids interventions in the health sector. Progress Report 2011. Genève, ONUSIDA, 2011.
10. OMS. Rapport des statistiques sanitaires mondiales 2010. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.
11. Stover J et al. The Spectrum projection package: improvements in estimating incidence by age and sex, mother-to-child transmission, HIV progression in children and double orphans. *Sexually transmitted infections* 2010, 86 (Suppl. 2): ii16–21.
12. OMS et UNICEF. Global Monitoring and evaluation Framework and Strategy for Global Plan Towards the elimination of new HIV infections by 2015. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.

Annexe 1 : Options prophylactiques de l'OMS: médicaments antirétroviraux pour traiter les femmes enceintes et prévenir l'infection au VIH chez les nourrissons (2010)

OPTION A: AZT PROPHYLAXIE À BASE D'AZT POUR LA MÈRE + PROPHYLAXIE À BASE D'ARV POUR LE NOURRISSON		OPTION B: TRITHÉRAPIE ARV PROPHYLAXIE À BASE DE TRITHÉRAPIE ARV POUR LA MÈRE	
LA MÈRE		LA MÈRE	
<ul style="list-style-type: none"> Avant l'accouchement, de l'AZT deux fois par jour à partir de 14 semaines de gestation et de façon continue durant la grossesse Sd-NVP au début du travail* AZT + 3TC pendant le travail et accouchement* AZT + 3TC pendant 7 jours après l'accouchement* <p>*Si l'AZT maternel a été fourni pendant plus de 4 semaines avant la naissance, l'omission de la combinaison sd-NVP et AZT + 3TC peut être envisagée ; dans ce cas, continuer d'administrer l'AZT maternel pendant le travail et arrêter à l'accouchement</p>		<p>Triple ARV à partir de 14 semaines de gestation et de façon continue jusqu'à l'accouchement et pendant l'allaitement jusqu'à une semaine après la dernière exposition au sein maternel</p> <ul style="list-style-type: none"> AZT + 3TC + LPV-r AZT + 3TC + ABC AZT + 3TC + ABC TDF + XTR + EFV 	
LE NOURRISSON		LE NOURRISSON	
<p>Nourrissons allaités</p> <ul style="list-style-type: none"> NVP tous les jours (à partir de l'accouchement jusqu'à une semaine après la dernière exposition au lait maternel) <p>Nourrissons non allaités (recevant seulement une alimentation de substitution)</p> <ul style="list-style-type: none"> AZT deux fois par jour pendant 4 à 6 semaines NVP tous les jours pendant 4 à 6 semaines 		<p>Pour tous les nourrissons exposés</p> <ul style="list-style-type: none"> AZT deux fois par jour pendant 4 à 6 semaines OU NVP tous les jours pendant 4 à 6 semaines 	

Modification de l'option B également connue comme B+. La mère prend l'option B ci-dessus, mais ne s'arrête pas après la fin de l'allaitement. Elle continue d'utiliser la trithérapie ARV à vie, quel que soit son taux de CD4.

Annex 2: reporting accountability

Les Nations Unies (OMS, UNICEF, ONUSIDA, UNFPA) et les partenaires bilatéraux aideront les pays à satisfaire aux exigences auxquels ils sont soumis en termes de rapports, contribueront au renforcement des capacités pour la collecte et l'interprétation des données aux niveaux national et infranational et aideront les programmes par pays à utiliser effectivement les données pour renforcer les services de PTME et de SMNI. Les agences des Nations Unies travaillent de concert pour produire et communiquer des estimations liées au VIH et à la santé maternelle et infantile. Les principales responsabilités des agences des Nations Unies qui collaborent avec les gouvernements nationaux et avec d'autres partenaires dans les domaines pertinents sont citées ci-dessus. L'OMS/UNICEF/ONUSIDA continueront de produire conjointement les rapports annuels sur l'état d'avancement.

CIBLES	AGENCE RESPONSABLE	PRINCIPALES RESPONSABILITÉS
<p>GLOBALES</p>	<p>ONUSIDA/UNICEF/OMS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ONUSIDA : modéliser les cibles de façon annuelle • OMS : aider les pays à collecter des données de surveillance • OMS/UNICEF : aider à collecter des données de meilleure qualité sur les programmes • OMS/UNICEF/ONUSIDA : fournir des orientations sur l'évaluation de l'impact de la PTME et appuyer les activités de modélisation • OMS/UNICEF/ONUSIDA : appuyer l'examen et la validation des données provenant de sources multiples
<p>VOLET 1 Objectifs-cibles et indicateurs</p>	<p>ONUSIDA/UNICEF/OMS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ONUSIDA : fournir des données sur l'incidence tirées des modèles • UNICEF/ONUSIDA : collationner les données sur les indicateurs de l'utilisation des préservatifs • OMS/ONUSIDA/UNICEF : collecter des données sur les autres indicateurs à travers le processus de rapports de l'UA • autres indicateurs à travers le processus de rapports de l'UA
<p>VOLET 2 Objectifs-cibles et indicateurs</p>	<p>UNFPA/ONUSIDA/OMS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • UNFPA/OMS : fournir des données dans le cadre du suivi des OMD et aider les 25 pays à commencer à collecter des données concernant l'indicateur clé concernant le Volet 2 (besoin non satisfait en matière de PF chez les femmes fréquentant les centres de prise en charge du VIH) • ONUSIDA : fournir une estimation modélisée du nombre des femmes enceintes séropositives
<p>VOLET 3 Objectifs-cibles et indicateurs</p>	<p>OMS/UNICEF/ONUSIDA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • OMS/ONUSIDA/UNICEF : examiner de façon critique les estimations du taux de transmission et collecter des données sur les autres indicateurs à travers le processus de rapports de l'UA
<p>VOLET 4 Objectifs-cibles et indicateurs</p>	<p>OMS/UNICEF/UNFPA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • OMS/UNFPA : fournir des estimations sur les décès maternels liés au VIH • OMS : fournir des estimations concernant les décès d'enfants dus au VIH • UNICEF/OMS : fournir des données sur la mortalité juvénile-infantile • OMS/ONUSIDA/UNICEF : collecter des données sur les autres indicateurs à travers le processus de rapports de l'UA

Le plan de travail conjoint des agences des Nations Unies et des autres partenaires au développement pour aider au suivi de l'initiative ETME, à l'amélioration des systèmes d'information sur la santé et à l'évaluation de l'impact dans les pays favorisera la collaboration en matière de suivi et évaluation.

Annexe 3 : Objectifs-cibles et indicateurs relatifs aux quatre volets de la PTME

CIBLES GLOBALES 1. RÉDUIRE DE 90 % LE NOMBRE DE NOUVELLES INFECTIONS À VIH PÉDIATRIQUE. 2. RÉDUIRE DE 50 % LE NOMBRE DE DÉCÈS MATERNELS LIÉS AU SIDA.			
Volet 1	Volet 2	Volet 3	Volet 4
<p>Cible 1 :</p> <p>1.1 : Réduire de 50 % l'incidence du VIH chez les femmes âgées de 15 à 49 ans (et de 15 à 24 ans)</p> <p>1.2 : 90 % des femmes enceintes dépistées contre la syphilis</p>	<p>Cible 2 :</p> <p>2.2 : % des femmes en âge de procréer fréquentant les services de prise en charge et de traitement du VIH ayant un besoin non satisfait en matière de PF</p>	<p>Cible 3 :</p> <p>3.1 : Réduire la TME du VIH à < 5 % (< 2 % là où l'allaitement maternel n'est pas pratiqué ou si elle est évaluée autour de 6 semaines, même si l'état d'infection définitif doit être évalué après l'arrêt de l'allaitement)</p> <p>3.2 : 90 % des mères reçoivent un TAR ou un traitement prophylactique périnatal</p> <p>3.3 : 90 % des couples nourrissons-mères allaitantes reçoivent un TAR ou un traitement prophylactique</p> <p>3.4 : 90 % de femmes enceintes séropositives à la syphilis traitées de façon adéquate</p>	<p>Cible 4 :</p> <p>4.1 : Fournir à 90 % des femmes enceintes ayant besoin de TAR pour leur propre santé un TAR tout au long de la vie</p> <p>4.2 : Fournir un TAR à tous les enfants infectés par le VIH</p> <p>4.3 : Réduire de 50 % les décès de nourrissons liés au sida</p>
<p>Indicateur clé :</p> <p>1.1 : % de femmes enceintes qui connaissent leur statut sérologique</p>	<p>Indicateur clé :</p> <p>2.1 : Besoin non satisfait pour la PF chez toutes les femmes en âge de procréer (constitue également l'indicateur 5.6 des OMD)</p>	<p>Indicateur clé :</p> <p>3.1 : % des femmes enceintes infectées par le VIH qui ont reçu des ARV efficaces (prophylaxie ou thérapie) pour réduire la TME (ventilé par régime)</p>	<p>Indicateur clé :</p> <p>4.1 : % des nourrissons nés de mères infectées par le VIH qui ont subi un test virologique de dépistage du VIH dans les 2 mois suivant l'accouchement</p>

CIBLES GLOBALES

1. RÉDUIRE DE 90 % LE NOMBRE DE NOUVELLES INFECTIONS À VIH PÉDIATRIQUE.

2. RÉDUIRE DE 50 % LE NOMBRE DE DÉCÈS MATERNELS LIÉS AU SIDA.

Autres indicateurs :	Autres indicateurs :	Autres indicateurs :	Autres indicateurs :
<p>1.2 : Nombre et % de femmes enceintes se rendant dans les centres de soins prénataux au moins une fois durant la grossesse</p> <p>1.3: Nombre et % de femmes enceintes effectuant au moins 4 visites dans les centres de soins prénataux</p> <p>1.4 : Nombre et % de femmes enceintes effectuant une visite prénatale précoce (1er ou 2ème trimestre)</p> <p>1.5 : % de femmes enceintes ayant subi le test de dépistage de la syphilis lors de la première visite prénatale</p> <p>1.6 : % estimatif de toutes les femmes enceintes ayant subi le test de dépistage contre la syphilis avant 24 semaines</p> <p>1.7 : % de femmes enceintes fréquentant un centre de soins prénataux dont les partenaires masculins ont subi le test de dépistage du VIH</p> <p>1.8 : % d'hommes et de femmes âgés de 15 à 49 ans qui avaient plusieurs partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois déclarant utiliser un préservatif pendant la dernière relation sexuelle</p>	<p>2.2 : % des femmes en âge de procréer fréquentant les services de prise en charge et de traitement du VIH ayant un besoin non satisfait en matière de PF</p>	<p>3.2 : % de femmes enceintes infectées par le VIH dont l'admissibilité à recevoir un TAR a été évaluée (taux de CD4 ou détermination du stade clinique)</p> <p>3.3 : % des nourrissons nés de femmes infectées par le VIH qui allaitent qui reçoivent des ARV (mère ou nourrisson) pour réduire le risque de transmission du VIH durant la période d'allaitement</p> <p>3.4 : % de femmes enceintes séropositives à la syphilis qui sont traitées de façon adéquate</p> <p>3.5 : % de nourrissons nés de femmes séropositives à la syphilis sont traités de façon appropriée</p> <p>3.6 : % de partenaires sexuels de femmes enceintes séropositives à la syphilis traités</p> <p>3.7 : Proportion d'accouchements d'enfants mort-nés attribuables à la syphilis maternelle</p> <p>3.8 : Cas de syphilis congénitale/1000 naissances vivantes</p>	<p>4.2 : % de femmes enceintes ayant besoin de TAR pour leur propre santé recevant un TAR tout au long de la vie</p> <p>4.3 : % de nourrissons nés de femmes infectées par le VIH qui ont commencé à recevoir une prophylaxie à la cotrimoxazole dans les 2 mois suivant l'accouchement</p> <p>4.4 : % de nourrissons exposés au VIH qui reçoivent l'allaitement exclusivement, une alimentation de substitution ou mixte au DPT3</p> <p>4.5 : % d'enfants infectés par le VIH âgés de 0 à 14 ans qui reçoivent actuellement un TAR</p> <p>4.6 : Nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants et % de réduction depuis 2009</p>

CIBLES GLOBALES

1. RÉDUIRE DE 90 % LE NOMBRE DE NOUVELLES INFECTIONS À VIH PÉDIATRIQUE.

2. RÉDUIRE DE 50 % LE NOMBRE DE DÉCÈS MATERNELS LIÉS AU SIDA.

Autres indicateurs pertinents

- Existence de politiques et de directives nationales conformes aux normes internationales pour la prévention de la TME du VIH
- Existence de politiques et de directives nationales conformes aux normes internationales pour l'élimination de la syphilis congénitale
- Existence d'un plan intégré pour l'élimination de la TME du VIH et de la syphilis congénitale au niveau des pays
- % de structures sanitaires qui fournissent des services de soins prénataux associés à des services de dépistage du VIH, des ARV pour la PTME et assurent le dépistage contre la syphilis (UA)
- % d'accouchements effectués avec l'assistance d'accoucheurs(euses) qualifiés
- Nombre de structures fournissant des services de soins prénataux
- Nombre de structures fournissant des services de soins prénataux qui offrent également des tests de CD4 sur place ou disposent d'un système de collecte et de transport d'échantillons sanguins pour les tests de CD4 pour les femmes enceintes
- Nombre de structures fournissant des services de soins prénataux en plus des tests de dépistage du VIH et des services de conseils aux femmes enceintes
- % de structures fournissant des services de soins prénataux qui offrent à la fois des tests de dépistage du VIH et des ARV pour la PTME sur place
- % de structures sanitaires qui offrent un TAR pédiatrique (c'est-à-dire qui prescrivent et/ou fournissent un suivi clinique)
- % de structures sanitaires qui fournissent des services de tests virologiques (ex : PCR) pour le diagnostic des nourrissons sur place ou à travers des prélèvements de sang séché.

Annexe 4 : Normes de bonne pratique applicables pendant le cycle de vie des données

Le renforcement des systèmes de S&E des pays est une priorité pour l'initiative ETME. Un système de S&E solide doit s'appuyer sur les meilleures pratiques normalement appliquées.

Le cycle de vie des données comprend quatre étapes. L'application des meilleures pratiques peut renforcer chaque étape. Les quatre étapes sont :

1. Collecte de données
2. Contrôle et évaluation de la qualité des données
3. Analyse et utilisation
4. Agrégation et communication des données.

À chaque niveau de rapport—au niveau des structures sanitaires, aux niveaux infranational, national et mondial—les données subissent des modifications liées aux interactions entre ces quatre étapes.

Meilleures pratiques au niveau des structures sanitaires

The facility level is the foundation on which all other stages of the data life cycle are built. The facility level must have the ability, tools and staffing to ensure that data collection is routine, that data quality is high, that aggregation is done appropriately, and that data analysis and use are ongoing.

1. Collecte de données

- Utiliser des outils normalisés pour garantir la qualité et l'exactitude des données.
- Former et aider le personnel à collecter les données nécessaires.
- Remplir tous les formulaires clairement et les passer systématiquement en revue dans le cadre de la supervision.
- Veiller à ce que les données soient reportées de façon exacte—par exemple, de la fiche du patient à un registre.
- Intégrer la revue systématique à tous les niveaux.
- Solliciter systématiquement la contribution du personnel de collecte de données en vue d'améliorer les outils et les procédures.
- Suivre un plan documenté pour l'accès, la sauvegarde et l'archivage de données qui garantit la sécurité et l'intégrité des données et la confidentialité des informations sur les patients.

Toutes les données aux niveaux national et mondial sont tirées des informations collectées au niveau des structures sanitaires. Si les données comportent des erreurs au niveau des structures, elles seront erronées au niveau national et même au niveau mondial. S'assurer que les membres du personnel comprennent l'importance de leur travail. Les données émanant des structures sanitaires ont des conséquences au plan financier et à l'échelle mondiale.

2. Contrôle de la qualité des données (et validation des données)

- Élaborer et observer les procédures d'évaluation et de contrôle systématique de la qualité des données.
- Passer en revue un échantillon de formulaires pour en évaluer l'exactitude et l'exhaustivité.

3. Analyse et utilisation

- Corriger les erreurs et recycler le personnel le cas échéant.
- Créer des rapports de suivi périodique (quotidien, hebdomadaire, mensuel) des indicateurs pour examen et communication de rapport.
- Créer des graphiques et des diagrammes décrivant les évolutions des indicateurs clés.
- Passer en revue les données de façon périodique (chaque semaine, chaque mois) avec les cliniciens et les gestionnaires de programmes afin de décrire les réalisations, les défis, les opportunités et s'accorder sur les actions à mener en vue d'améliorer la situation.

4. Agrégation et rapports

- Préparer des rapports à transmettre aux autorités et aux parties prenantes.
- Vérifier l'exactitude et l'exhaustivité des rapports et corriger les erreurs éventuelles.
- Transmettre les rapports dans les délais prescrits.
- S'appuyer sur les commentaires reçus du niveau infranational pour améliorer le programme.

Meilleures pratiques au niveau infranational

Le niveau infranational joue un important rôle dans l'examen et l'approbation des données provenant des structures sanitaires. Le niveau infranational est aussi chargé d'assurer une fonction utile de supervision, de diffusion et d'orientation vis-à-vis de l'échelon des structures sanitaires. Le personnel au niveau infranational a besoin de ressources pour examiner et valider les données sur les programmes et garantir la qualité des données et utiliser les données pour vérifier la performance des programmes.

À tous les niveaux

- **Utiliser des outils normalisés**
- **S'assurer de disposer d'un personnel suffisamment nombreux et bien formé pour le S&E**
- **S'assurer que les données sont archivées dans un système confidentiel et sécurisé permettant d'effectuer des sauvegardes.**

1. Collecte de données

- S'assurer que les définitions des variables sont correctes et cohérentes.
- Fournir des commentaires utiles sur la qualité des données au niveau des structures sanitaires

2. Contrôle et évaluation de la qualité des données (et validation des données)

- Effectuer un contrôle et une évaluation périodiques de la qualité des données.
- Supprimer les données en double comme indiqué.
- Valider les données avant de les communiquer au niveau national.

3. Analyse et utilisation

- Confirmer l'utilisation de méthodes d'analyse normalisées et appropriées.
- Utiliser des dénominateurs corrects et uniformisés.
- Utiliser les données pour décrire les tendances programmatiques et éclairer la planification stratégique.

4. Agrégation et rapports

- Transmettre les rapports à temps tel que prescrit par le niveau national.
- Utiliser les informations émanant du niveau national pour améliorer le programme.

Meilleures pratiques au niveau national

Le niveau national assume des fonctions analogues à celles du niveau infranational, mais est chargé de veiller à ce que les données soient reçues à temps et que, mises ensemble, les données fournissent des informations sur la performance des programmes au niveau national. À ce niveau, les données doivent orienter la planification stratégique et la prise des décisions. Le personnel au niveau national est aussi chargé d'assurer une supervision utile et de communiquer les résultats et les orientations au niveau infranational.

Évaluation des cibles globales de l'ETME : propositions adressées aux pays

- Collecter, collationner et compiler des données exactes, de qualité, complètes et à jour sur les programmes.
- Modéliser chaque année tout en validant soigneusement les données d'entrée.
- Utiliser d'autres méthodes pour évaluer périodiquement les cibles dans les pays.
- Valider les estimations à partir des informations provenant de différentes sources et méthodes.