

Pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH

Cadre conceptuel pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord

Pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH

Cadre conceptuel pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de la Méditerranée orientale
Vers l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH : Cadre conceptuel pour le Moyen-Orient et
l'Afrique du Nord / Organisation mondiale de la Santé.
Bureau régional de la Méditerranée orientale p.

Édition anglaise au Caire (WHO-EM/STD/144/E)

WHO-EM/STD/144/F

1. Infections à VIH – épidémiologie - Moyen Orient - Afrique du Nord
 2. Transmission verticale de maladie infectieuse - prévention et contrôle
 3. Infections à VIH - prévention et contrôle
 4. Complications de la grossesse et maladies infectieuses - prévention et contrôle
- I. Titre II. Bureau régional de la Méditerranée orientale
(Classification NLM : WC 503.6)

© Organisation mondiale de la Santé 2012

Tous droits réservés

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

Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès du Service Distribution et Ventes, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de la Méditerranée orientale, Boîte postale 7608, Cité Nasr, 11371 Le Caire (Égypte), Téléphone : +202 2670 2335, Télécopie : +202 2670 2492 ; adresse électronique : PMP@emro.who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire des publications du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, partiellement ou en totalité, ou de les traduire – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées au Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, à l'adresse ci-dessus ; adresse électronique : WAP@emro.who.int.

Conception et mise en page : More Advertising, Le Caire.

Impression : Integrity Corp, Le Caire.

Sommaire

Remerciements	5
Résumé d'orientation	7
1. Introduction	9
1.1 Contexte	9
1.2 Objectif du document	10
2. Analyse de la situation	11
2.1 Épidémiologie du VIH dans la Région	11
2.2 Les services de santé maternelle, néonatale et infantile comme points d'entrée à la PTME	12
2.3 Mesures de PTME	13
2.4 Défis et opportunités pour intensifier la PTME dans la Région	15
3. Principes directeurs	17
3.1 Leadership et adhésion au niveau des pays	17
3.2 Approche globale de la PTME	17
3.3 Équité en santé (satisfaire les besoins des femmes vulnérables et les plus à risque)	17
3.4 Responsabilité et obligation de rendre des comptes partagées	18
4. Vision, but et objectifs des programmes	19
4.1 Vision et but	19
4.2 Objectifs du programme	19
5. Priorités stratégiques et principales mesures	21
5.1 Garantir l'engagement politique	21
5.2 Améliorer la couverture et la qualité des services de PTME	22
5.3 Garantir l'accès aux services pour les femmes vulnérables et leur famille	24
5.4 Promouvoir l'intégration/les liens avec les programmes de santé maternelle, néonatale et infantile, de santé sexuelle et génésique et autres programmes concernés	25

6. Suivi et évaluation	28
6.1 Cadre de suivi et d'évaluation	28
6.2 Définitions of certains indicateurs clés	30
6.3 Validation/certification de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH	32
7. Prochaines étapes	33
7.1 Au niveau des pays	33
7.2 Au niveau de la Région	34
8. Références	35

Remerciements

Le présent document a été élaboré par l'OMS et l'UNICEF en consultation avec des experts régionaux et l'Équipe spéciale des Nations Unies sur l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH. Plusieurs pays de la Région ont organisé des consultations nationales avec les parties prenantes pour examiner et commenter le projet de cadre, avec la participation d'experts des ministères de la Santé, de prestataires de services de santé, d'organisations non gouvernementales et de personnes vivant avec le VIH.

Résumé d'orientation

Des progrès considérables ont été réalisés en matière d'intensification des programmes pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire. Toutefois, ces avancées ne concernent pas encore la Région de la Méditerranée orientale/Moyen-Orient et Afrique du Nord, qui doit faire des efforts particuliers pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH.

Une analyse de la situation révèle que si la plupart des pays de la Région se caractérisent par une épidémie de VIH de faible niveau ou concentrée, la Région de la Méditerranée orientale/Moyen-Orient et Afrique du Nord est l'une de deux Régions dans le monde où elle se propage le plus rapidement. Trois pays – Djibouti, la Somalie et le Soudan du Sud – doivent déjà faire face à une épidémie généralisée.

La riposte du secteur de la santé au VIH est variable ; certains pays ont fait d'importants progrès pour mieux comprendre la nature de l'épidémie et intensifier le dépistage et le traitement. Toutefois, la couverture régionale par le traitement antirétroviral reste faible, avec seulement 13 % (2011).

L'intensification des mesures de PTME dans la Région est généralement lente. Il est possible que les mesures de prévention primaire n'aient pas atteint les femmes qui sont généralement infectées par leur conjoint, mais qui sont peu, voire pas du tout, conscientes de ce risque. Les données sur les besoins non satisfaits en matière de planification familiale chez toutes les femmes, y compris celles infectées par le VIH, sont limitées. Le dépistage du VIH pour les femmes enceintes n'est pas proposé partout et la couverture pour la Région reste l'une des plus faibles au monde. De ce fait, le pourcentage de femmes enceintes recevant le traitement antirétroviral le plus efficace pour la PTME en 2010 était inférieur à 5 %.

La Région a adopté la vision mondiale pour l'élimination des nouvelles infections par le VIH chez les enfants et le maintien en vie de leurs mères. Elle a adopté les objectifs mondiaux de réduction de 90 % du nombre de nouvelles infections par le VIH chez les enfants à l'horizon 2015, et de réduction de moitié du nombre de décès maternels liés au sida, également à l'horizon 2015.

En outre, des experts de la Région ont déterminé que l'approche globale adoptée au niveau mondial pour la prévention de la transmission mère-enfant est essentielle pour éliminer l'infection par le VIH chez les enfants. Cette approche englobe la prévention primaire, la prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH ; la prévention de la transmission du VIH des femmes enceintes infectées à leurs enfants ; et la fourniture de traitement, de soin et de soutien aux mères, enfants et familles vivant avec le VIH.

L'initiative régionale « Pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH au Moyen-Orient et en Afrique du Nord » démontre l'engagement de la Région à l'égard de l'élimination des nouvelles infections par le VIH chez les enfants, et aidera les pays à tendre de façon productive et rapide vers cet objectif. L'initiative n'est pas distincte de

l'objectif d'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins, elle fait partie de la riposte globale au VIH, et contribuera aux progrès réalisés pour atteindre les cibles des objectifs du Millénaire 4,5 et 6 des Nations Unies.

Le présent document vise à fournir à la Région une approche systématique commune de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH. Le cadre est un outil pour encourager les gouvernements à adopter l'initiative d'élimination. Il est destiné aux partenaires de la mise en œuvre, aux administrateurs de programmes, aux cliniciens et aux réseaux de personnes vivant avec le VIH.

1. Introduction

1.1 Contexte

En 2010, selon les estimations, 3 400 000 enfants de moins de 15 ans dans le monde vivaient avec le VIH et 390 000 ont été infectés.(1) Cette même année, 250 000 enfants sont morts du sida et la morbidité infantile liée à cette maladie restait un véritable problème pour les systèmes de santé, qui devaient répondre aux besoins croissants en soins de santé liés au sida. La moitié (50 %) des adultes vivant avec le VIH dans le monde sont des femmes. L'impact du VIH/sida sur les femmes et les enfants justifie le renforcement des programmes pour la prévention de la transmission mère-enfant (PTME).

L'engagement mondial en faveur de la PTME s'accroît, et la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le sida en 2011 a été une étape décisive dans la riposte mondiale au sida. Comme l'a déclaré le Secrétaire général des Nations Unies Ban Ki-moon dans son rapport à l'Assemblée générale, « nous devons prendre des décisions audacieuses qui feront évoluer radicalement la lutte contre le sida pour atteindre l'objectif Zéro nouvelle infection par le VIH, zéro discrimination et zéro décès dû au sida. » Les États Membres des Nations Unies ont adopté à l'unanimité la Déclaration politique de 2011 sur le VIH/sida et ses nouvelles cibles : d'ici à 2015, réduire de moitié le taux de transmission du VIH par voie sexuelle et l'infection par le VIH parmi les consommateurs de drogues injectables ; assurer un traitement à 15 millions de personnes ; réduire de moitié les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH ; et parvenir à l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH.(2) La cible spécifique fixée pour l'élimination de la transmission mère-enfant est d'éliminer cette transmission à l'horizon 2015 et de réduire sensiblement les décès maternels liés au sida.

Les progrès réalisés au niveau mondial sont déjà considérables. Plus de 350 000 nouvelles infections par le VIH chez les enfants ont été évitées en fournissant une prophylaxie antirétrovirale (ARV) aux femmes enceintes vivant avec le VIH. Le nombre d'enfants infectés par an ne cessait d'augmenter jusqu'en 2002, année où il a atteint son niveau maximum d'environ 560 000. En 2010, il est passé à 390 000 selon les estimations. Ces deux dernières années seulement, une augmentation rapide de la couverture des services de traitement et prévention du VIH pour les femmes enceintes a permis de doubler le nombre total d'infections par le VIH évitées. En 2010, 48 % des femmes enceintes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire ont bénéficié d'un traitement antirétroviral efficace pour prévenir les nouvelles infections chez les enfants.(3)

Bien que l'épidémie dans la Région soit de faible niveau, le nombre de personnes nouvellement infectées chaque année par le VIH a augmenté au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, passant de 43 000 en 2001 à 59 000 en 2010.(4) La couverture par le traitement antirétroviral (TAR) dans la Région est l'une des plus faibles au monde et si tous les pays de la Région offrent des services de PTME, la couverture de ces services est très faible

comparée à la moyenne mondiale. Moins de 5 % du nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH ont reçu le traitement antirétroviral le plus efficace pour prévenir la transmission mère-enfant en 2010.

1.2 Objectif du document

Le présent document vise à fournir une approche systématique commune pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH dans la Région de la Méditerranée orientale de l'OMS et la Région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord de l'UNICEF. Dans ce document, la Région qui englobe tous les pays de la Région OMS de la Méditerranée orientale et de la Région UNICEF du Moyen-orient et de l'Afrique du Nord est désignée sous le terme Région Méditerranée orientale/Moyen-Orient et Afrique du Nord.¹ Le cadre a été élaboré suite à l'engagement de plusieurs pays de la Région à l'égard de la prévention et du traitement du VIH/sida. Un vaste processus de consultation a rassemblé des experts régionaux, des administrateurs de programmes nationaux de lutte contre le VIH, des organisations de la société civile, des organisations internationales travaillant dans les domaines de la santé maternelle, néonatale et infantile, la santé sexuelle et génésique et le VIH, ainsi que des représentants des personnes vivant avec le VIH. Le cadre vise à démontrer et stimuler l'engagement de la Région à l'égard de la vision mondiale concernant l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant, et à fournir une approche systématique de ce processus d'élimination adaptée à la région. Il constituera un appui pour les ministères de la santé dans leur plaidoyer en vue d'obtenir l'approbation des hauts fonctionnaires et de mobiliser des fonds, de décider d'actions prioritaires et d'améliorer la portée et l'ampleur des interventions de PTME afin de progresser vers les cibles d'élimination de la transmission mère-enfant.

¹ La Région Méditerranée orientale / Moyen-Orient et Afrique du Nord comprend les pays suivants : Algérie, Afghanistan, Arabie saoudite, Bahreïn, Djibouti, Égypte, Émirats arabes unis, République islamique d'Iran, Iraq, Libye, Jordanie, Koweït, Liban, Maroc, Oman, Pakistan, Qatar, République arabe syrienne, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Territoire palestinien occupé, Tunisie et République du Yémen. Le Soudan est généralement désigné comme un seul et même pays dans ce cadre, car la plupart des données disponibles au moment de sa préparation ont été obtenues avant l'avènement de la République du Soudan du Sud.

2. Analyse de la situation

2.1 Épidémiologie du VIH dans la Région

La plupart des pays de la Région Méditerranée orientale / Moyen-Orient et Afrique du Nord se caractérisent par une épidémie de faible niveau ou concentrée, qui se limite principalement aux populations les plus à risque. Trois pays – Djibouti, la Somalie et le Soudan du Sud – doivent faire face à une épidémie généralisée.(5)

Si le taux de nouvelles infections par le VIH décline dans le monde, il augmente depuis 2001 dans la Région Méditerranée orientale / Moyen-Orient et Afrique du Nord, qui est l'une des deux régions dans le monde où l'épidémie se propage le plus rapidement. On manque généralement de données précises dans cette région sur la prévalence et l'incidence du VIH. Toutefois, les données disponibles indiquent que l'infection par le VIH est due à une hausse de la prévalence du virus dans les populations les plus exposées, qui à leur tour transmettent le virus à un groupe plus large d'individus moins exposés, y compris les femmes.

Fin 2010, on estimait que 580 000 adultes et enfants vivaient avec le VIH dans la Région. Parmi les plus de 15 ans, environ 40 % étaient des femmes. La grande majorité des femmes dans la Région qui sont infectées par le VIH ont été contaminées par leur mari ou partenaire ayant un comportement à haut risque. Une étude menée au Pakistan a révélé que 10 % des conjointes de consommateurs de drogues injectables (CDI) sont séropositives. De même, la République islamique d'Iran constate une augmentation de la transmission par voie sexuelle des consommateurs de drogues injectables à leurs femmes ou partenaires sexuelles. Selon les estimations, la séroprévalence du VIH parmi les personnes fréquentant les soins prénatals se situe entre 0 et 3,4 %.

Globalement, le nombre d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH et de ceux qui sont nouvellement infectés dans la Région est en augmentation.

La mortalité liée au sida a pratiquement doublé au cours des 10 dernières années chez les enfants, en raison de l'accélération de l'épidémie dans la région d'une manière générale, de l'augmentation du nombre de femmes vivant avec le VIH et de l'inadaptation des services de PTME.

2.2 Les services de santé maternelle, néonatale et infantile comme points d'entrée à la PTME

Si, selon les estimations, la fourniture d'antirétroviraux aux femmes enceintes infectées par le VIH a permis d'éviter 350 000 nouvelles infections pédiatriques dans le monde depuis 1995, la Région Méditerranée Orientale / Moyen-Orient et Afrique du Nord doit faire des efforts pour que ces services atteignent les femmes et les enfants de manière significative. Les progrès réalisés en matière de couverture par les services de PTME dans cette Région sont les plus faibles au monde.

Les services de santé maternelle, néonatale et infantile sont les principaux points d'entrée pour les nombreuses mesures essentielles de PTME et des services fonctionnels sont indispensables au succès de l'élimination de la transmission mère-enfant. On observe une grande variabilité entre les pays de la Région en ce qui concerne la charge de morbidité, les ressources disponibles et l'intensité des programmes pour la santé maternelle, néonatale et infantile.

Les enfants de moins de cinq ans représentent 12,2 % de la Région de la Méditerranée orientale et les femmes en âge de procréer 28,6 %. L'existence de services de santé et l'accès à ces services, ainsi que l'état de santé de ces deux groupes vulnérables, varient considérablement selon les pays de la Région, ce qui entraîne des inégalités quant aux progrès réalisés en matière de réduction de la mortalité et de la morbidité des mères et des enfants de moins de cinq ans. Entre 1990 et 2010, la mortalité moyenne des mères et des enfants de moins de cinq ans dans la Région a été réduite respectivement de 42 % et 32 %.

La fourniture de soins de santé primaires et de services d'orientation-recours efficaces pour les mères et leurs enfants, notamment là où ils sont le plus nécessaires, est une condition préalable à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et infantile. De plus, les facteurs socioéconomiques jouent un rôle important dans la santé maternelle et infantile. Ainsi, le manque de connaissances de la communauté sur les pratiques salvatrices en matière de grossesse, la pauvreté, l'illettrisme, la fécondité et les schémas de fondation des familles, la malnutrition et le faible statut social des femmes font sans conteste partie des principales causes sous-jacentes de morbidité et mortalité infantile et maternelle.

Les services de soins prénatals sont indispensables pour une maternité en bonne santé et un accouchement sans risque, car ils permettent de surveiller le bien-être à la fois de la femme et de son bébé. La proportion de femmes enceintes ayant effectué au moins une visite de soins prénatals a augmenté dans la Région entre 1990 et 2010, passant de 28 à 70,5 %. La proportion de naissances assistées par du personnel de santé qualifié est l'un des deux indicateurs choisis pour l'objectif du Millénaire pour le développement n°5 pour surveiller l'amélioration de la santé maternelle. En 2010, on estimait que 65,5 % des naissances dans la Région étaient assistées par du personnel qualifié, contre 36 % en 1990.

2.3 Mesures de PTME

La plupart des pays ont actualisé les directives pour la PTME, toutefois, l'identification des femmes enceintes séropositives demeure un problème. Même dans les pays disposant d'une bonne couverture de soins prénatals, les femmes qui se rendent dans ces services ne se voient pas systématiquement proposer un dépistage du VIH. On observe néanmoins des signes encourageants. En 2010, Oman a proposé un dépistage du VIH à toutes les femmes fréquentant les services de soins prénatals et 99 % d'entre elles l'ont accepté. Suite à une étude pilote, le Maroc a décidé de proposer le dépistage du VIH à toutes les femmes enceintes, et la République islamique d'Iran revoit son programme de PTME en vue d'étendre le dépistage du VIH aux femmes enceintes. Malgré le faible taux de dépistage, une étude des données relatives à la PTME (2010) révèle que la majorité des femmes enceintes, une fois identifiées comme séropositives, bénéficient de traitements antirétroviraux efficaces pour prévenir la transmission mère-enfant du virus.

L'OMS et l'UNICEF encouragent une approche globale de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Cette approche compte quatre grands composants (volets) qui comprennent une vaste gamme de mesures de prévention, de soins, de traitement et de soutien.

Ces volets sont les suivants :

- prévention primaire de l'infection par le VIH chez les femmes en âge de procréer
- prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH
- prévention de la transmission du VIH d'une femme séropositive à son enfant
- fourniture de traitement, soins, et soutien appropriés aux mères vivant avec le VIH et leurs enfants et familles

La situation concernant les mesures actuelles dans la Région par rapport aux quatre volets de la PTME est présentée brièvement ci-dessous.

Volet 1 : prévention primaire de l'infection par le VIH chez les femmes en âge de procréer

Quelques études indiquent que globalement, les populations de la Région disposent de certaines connaissances de base sur le VIH/sida. Toutefois, de nombreuses perceptions erronées persistent, notamment celle selon laquelle les relations sexuelles au sein du mariage ne présentent aucun danger. Les mesures de prévention actuelles ont probablement laissé passer d'importantes occasions d'éduquer les femmes qui ne se considèrent pas comme étant à haut risque sur la transmission par voie sexuelle, ainsi que sur la transmission mère-enfant du VIH.

Les mesures de prévention du VIH auprès des populations à risque accru de VIH ne sont, pour la plupart, pas assez développées dans la Région. Par conséquent, les femmes courant un risque accru de contracter le VIH, à savoir les professionnelles du sexe, les consommatrices de drogues injectables et les conjointes d'hommes plus exposés au risque d'infection, ont rarement accès aux services de prévention, traitement et soins du VIH.

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

Étendre l'accès universel aux soins de santé génésique, y compris la planification familiale, est l'une des cibles de l'objectif n°5 du Millénaire pour le développement. Ces services répondent à des besoins spécifiques des femmes vivant avec le VIH, et elles y ont droit. De récentes enquêtes révèlent que le taux des besoins non satisfaits en matière de planification familiale est de 11 % dans le monde (quel que soit le statut VIH) et que ce taux est supérieur chez les femmes vivant avec le VIH. Il n'est pas facile d'obtenir des données sur les besoins non satisfaits en matière de planification familiale pour la plupart des pays de la Région Méditerranée orientale / Moyen-Orient et Afrique du Nord (quel que soit le statut VIH). La prévalence déclarée des méthodes modernes de planification familiale se situe entre 1 et 7 % en Somalie et au Soudan respectivement, entre 57 et 59 % en Égypte et en République islamique d'Iran respectivement.²

Volet 3 : prévention de la transmission du VIH d'une femme séropositive à son enfant

Ce volet fait référence aux interventions directes visant à diagnostiquer l'infection par le VIH chez les femmes et fournir un traitement antirétroviral de qualité afin de réduire le risque de transmission verticale. L'élimination de la transmission mère-enfant passe par l'identification de toutes les femmes enceintes vivant avec le VIH, afin de leur fournir un traitement antirétroviral et des soins appropriés. Dans la Région élimination de la transmission mère-enfant, moins de 4 % des femmes enceintes ont bénéficié d'un dépistage du VIH en 2010. En outre, les femmes courant un plus grand risque de contracter le virus ont rarement l'occasion de se voir proposer un test de dépistage du fait du manque de services adaptés à leurs besoins.

Globalement, en 2010, la couverture pour les traitements antirétroviraux les plus efficaces pour la PTME dans les pays à revenu faible et intermédiaire était de 48 %. On compte 11 % en plus de femmes qui ont reçu un traitement moins efficace (dose unique de névirapine). Dans la Région Méditerranée Orientale / Moyen-Orient et Afrique du Nord, moins de 5 % du nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH ont bénéficié du traitement antirétroviral le plus efficace pour prévenir la transmission mère-enfant. Cette faible moyenne régionale masque les efforts réalisés par certains pays. Par exemple, Oman est le pays qui déclare la plus forte couverture (78 %), suivi par le Maroc (26 %). Quelques pays de la Région utilisaient encore une dose unique de névirapine en 2010 pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH. De même, le pourcentage de nouveau-nés exposés au VIH et ayant reçu une prophylaxie antirétrovirale pour la PTME dans la Région Méditerranée Orientale / Moyen-Orient et Afrique du Nord est très faible (seulement 2 %).

Volet 4 : fourniture de traitement, soins, et soutien appropriés aux mères vivant avec le VIH ainsi qu'à leurs enfants et leurs familles

Pour les femmes vivant avec le VIH pouvant bénéficier du traitement sur le plan clinique, et pour les nourrissons ayant contracté le virus, un traitement antirétroviral de qualité à vie est essentiel pour réduire la morbidité et la mortalité liées au sida et améliorer la qualité de vie. En 2010, la couverture par le traitement antirétroviral dans la Région était globalement inférieure à 10 %, et encore plus faible pour les enfants. Pour certains pays, le taux d'attrition est très élevé dans les programmes de traitement du VIH. On manque généralement de données sur les couples mère-enfant qui sont perdus de vue dans les programmes de PTME.

² Source : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale. Observatoire régional de la Santé, 2011.

2.4 Défis et opportunités pour intensifier la PTME dans la Région

L'élimination de la transmission mère-enfant du VIH fait face à de nombreux défis dans la Région.

- La prévalence du VIH dans la population générale est faible dans la plupart des pays, toutefois – à l'exception des États Membres du Conseil de Coopération du Golfe pour lesquels on manque cruellement de données – ils voient l'épidémie concentrée s'étendre dans les populations les plus à risque (principalement les hommes) ;
- Les conseils à l'échelle mondiale visent principalement les sites fortement touchés par le VIH. Les approches de PTME ayant un bon rapport coût-efficacité et qui sont adaptées au contexte d'épidémie de faible niveau et concentrée, de forte stigmatisation et de ressources limitées ne sont pas suffisamment étayées par des documents.
- Les connaissances restent encore limitées au sein des autorités sanitaires et du public quant au risque d'infection par le VIH chez les femmes n'ayant pas un comportement à haut risque (par exemple consommation de drogues injectables).
- Une mauvaise perception du risque et la crainte de la stigmatisation font partie des principales causes qui empêchent les individus de se rendre dans les services de conseil et dépistage volontaire. La fréquentation de ces services est généralement faible, surtout chez les femmes compte tenu du contexte culturel.
- Le succès de l'élimination de la transmission mère-enfant dépend de l'existence d'un programme de santé maternelle, néonatale et infantile fonctionnel. Dans certains pays, la couverture des soins prénatals et la proportion de naissances assistées par du personnel de santé qualifié sont faibles, et le système de santé est généralement de mauvaise qualité.
- Le dépistage du VIH chez les femmes enceintes fait rarement partie intégrante des services de soins prénatals, même dans les pays où la couverture de ces soins est élevée.
- Les capacités de laboratoire et de diagnostic restent limitées dans certains pays (par ex. la numération des CD4 et le diagnostic précoce des nourrissons ne sont pas facilement accessibles).
- La stigmatisation et la discrimination sévissent encore dans la Région : elles constituent un obstacle majeur à la fréquentation des services VIH.
- Prévenir l'infection par le VIH chez un nombre d'enfants relativement restreint peut parfois ne pas être considéré comme une priorité par certains responsables politiques. Les coûts liés au dépistage auprès d'un grand nombre de femmes enceintes à faible risque pour identifier les quelques femmes infectées par le virus peuvent sembler élevés et le rapport coût-efficacité est mis en doute.
- L'intégration de la PTME dans les programmes de santé génésique, maternelle, néonatale et infantile peut être difficile, dans la mesure où les programmes sont généralement gérés de façon verticale.
- Plusieurs pays sont en situation de conflits civils ou de post-crise et ont de beaucoup d'autres priorités sanitaires ; la PTME n'est actuellement pas considérée comme une priorité.
- Quelques pays sont fortement tributaires des fonds de donateurs et en particulier du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. L'incertitude actuelle en matière de financement constitue un véritable risque pour les programmes de PTME.

Il existe également des opportunités dans la Région.

- Dans les quelques pays qui mettent en œuvre des mesures de PTME à grande échelle, les différentes interventions sont acceptées (par exemple le dépistage du VIH chez les femmes enceintes) en dépit des sensibilités culturelles, et de récents rapports indiquent que d'autres pays prévoient de mettre en place des mesures similaires.
- Plusieurs pays ont déjà mis en place des mesures de PTME, à une échelle toutefois limitée. Ces mesures doivent être renforcées et étendues pour améliorer la qualité et la couverture.
- Globalement, les activités de sensibilisation à l'élimination de la transmission mère-enfant se sont multipliées et les principaux donateurs comme le PEPFAR (*United States President's Emergency Plan for AIDS Relief* – Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida) et le Fonds mondial ont fait de l'élimination du VIH pédiatrique une priorité.
- Le guide récemment publié par l'OMS sur la PTME et l'alimentation des nourrissons dans le contexte du VIH offre une excellente occasion de mettre en œuvre des mesures très efficaces, même en cas de ressources limitées.
- La PTME peut constituer un important point d'entrée pour le traitement et les soins pour les femmes dans les pays de Méditerranée orientale / Moyen-Orient et Afrique du Nord où elles ont rarement accès au dépistage.
- Des analyses coût-avantage effectuées dans d'autres pays ayant une faible prévalence de VIH ont démontré que le coût de prise en charge à vie d'un enfant infecté par le VIH dépassait largement celui des mesures de PTME.
- La nature des épidémies locales de VIH est aujourd'hui mieux connue, ce qui renforce la volonté d'élaborer des stratégies plus efficaces pour atteindre les populations vulnérables et les plus à risque et d'investir dans ces stratégies.

3. Principes directeurs

3.1 Leadership et adhésion au niveau des pays

Les gouvernements, en collaboration avec d'autres parties prenantes, dirigent le processus de planification et de mise en œuvre. La planification pour l'élimination de la transmission mère-enfant au niveau des pays est essentielle pour veiller à ce que les plans tiennent compte de l'épidémiologie locale, des capacités des services de santé et des ressources disponibles. Les pays doivent adhérer aux plans d'élimination de la transmission mère-enfant, s'y engager et en assumer la responsabilité. Pour faire de l'adhésion des pays une réalité, les politiques et programmes de lutte contre le VIH/sida (y compris l'élimination de la transmission mère-enfant), doivent également se conformer aux trois « un » : un cadre d'action national, un dispositif national de coordination et un système de suivi et d'évaluation au niveau des pays.

3.2 Approche globale de la PTME

La PTME nécessite de nombreuses d'interventions mises en œuvre à différents niveaux et par différents prestataires. Si les principales interventions de PTME consistent à identifier les femmes enceintes infectées par le VIH et fournir des traitements antirétroviraux, la réalisation des cibles d'élimination nécessitera des efforts en ce qui concerne les quatre volets de l'approche globale des Nations Unies de la prévention de l'infection par le VIH chez les nourrissons.

3.3 Équité en santé (satisfaire les besoins des femmes vulnérables et les plus à risque)

Le nombre de femmes vivant avec le VIH dans la Région est en augmentation, et la majorité d'entre elles sont contaminées par leur mari.⁽⁶⁾ Toutefois, dans certains pays, certaines femmes infectées sont des professionnelles du sexe et, dans une moindre mesure, consommatrices de drogues injectables. Les femmes partenaires sexuelles d'hommes ayant un comportement à haut risque sont particulièrement négligées, et il est peu probable qu'elles aient reçu une éducation sur le VIH/sida et soient conscientes des risques qu'elles courent. Les services de PTME doivent être accessibles, acceptables, et répondre aux besoins de toutes les femmes

3.4 Responsabilité et obligation de rendre des comptes partagées

Il est de la responsabilité des familles, des communautés, des services de santé, des autorités nationales et des partenaires régionaux de faire de l'élimination de la transmission mère-enfant une réalité. Ces rôles et responsabilités doivent être spécifiques, transparents et disposer d'indicateurs clairs pour mesurer les progrès et l'obligation de rendre des comptes.

4. Vision, but et objectifs des programmes

4.1 Vision et but

Vision

La vision mondiale de l'élimination de la transmission mère-enfant, telle qu'elle est présentée dans le plan mondial, est la suivante : « des femmes et des enfants vivants et exempts de VIH ».(7) Cette vision est aussi celle de la Région Méditerranée orientale / Moyen-Orient et Afrique du Nord.

But

Le but est d'éliminer à l'horizon 2015 les nouvelles infections pédiatriques par le VIH et d'améliorer la survie et la santé des mères, des nourrissons et des enfants dans le contexte du VIH, où l'élimination est définie comme suit :

- réduction de 90 % des nouvelles infections pédiatriques par le VIH par rapport aux données de 2009 ; et
- réduction à moins de 5 % du taux global de transmission du VIH au sein de la population (par le biais de la PTME).

Le but de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH est audacieux et ambitieux. Les mesures prises pour atteindre ce but permettront de maîtriser et de réduire à un niveau très faible la transmission mère-enfant du VIH, de sorte qu'elle ne constitue plus un problème de santé publique. La Région fera en sorte d'atteindre ce but, tout en ayant conscience du fait qu'il sera très difficile pour certains pays d'atteindre les cibles fixées pour 2015. Les objectifs et cibles de l'élimination de la transmission mère-enfant au niveau mondial et régional doivent servir de catalyseurs pour encourager les pays à faire en sorte de réduire de façon significative la transmission mère-enfant du VIH.

4.2 Objectifs du programme

La Région fera en sorte d'atteindre les objectifs suivants :

1. Réduire de 50 % l'incidence du VIH chez les femmes âgées de 15 à 49 ans.
2. Réduire à zéro les besoins non satisfaits en matière de planification familiale pour toutes les femmes.
3. Faire en sorte que plus de 90 % des femmes enceintes soient soumises à un dépistage du VIH et connaissent leur résultat.

4. Faire en sorte que plus de 90 % des femmes enceintes infectées par le VIH et nourrissons exposés reçoivent des antirétrovirus efficaces afin de réduire la transmission mère-enfant du VIH.
5. Réduire de 90 % les décès dus au VIH chez les nourrissons et les enfants de moins de cinq ans.

Il sera très difficile d'atteindre les cibles d'élimination pour les pays de la Région où la charge de morbidité est relativement élevée, où les systèmes de santé doivent être renforcés et où les ressources sont limitées. Les pays fixeront leurs propres cibles, en fonction de leurs contextes et réalités spécifiques. Il est essentiel de fixer des cibles aux niveaux national et infranational pour servir de base aux processus de planification, garantir un niveau de responsabilité élevé et contribuer à la mobilisation des ressources.

En adoptant une approche progressive, par étapes, pour mettre en œuvre les mesures de PTME, les pays peuvent réduire de façon significative les nouveaux cas d'infection pédiatrique à VIH et améliorer la santé maternelle et infantile.

5. Priorités stratégiques et principales mesures

Le cadre pour l'élimination de la transmission mère-enfant s'articule autour de quatre priorités stratégiques interdépendantes et qui se renforcent mutuellement. Pour atteindre les objectifs d'élimination de la transmission mère-enfant, il est important que les États Membres répondent à toutes les priorités stratégiques lors de l'élaboration de leurs plans nationaux. Les priorités stratégiques et les principales mesures dans ce cadre correspondent aux interventions prioritaires énoncées dans la stratégie régionale pour la riposte du secteur de la santé au VIH 2011-2015.

Les priorités stratégiques sont les suivantes :

1. Garantir l'**engagement** à l'égard de l'élimination de la transmission mère-enfant
2. Améliorer la **couverture et la qualité** des services de PTME
3. Garantir l'accès aux services pour les **femmes vulnérables**
4. Promouvoir l'**intégration/les liens** avec les programmes de santé concernés.

5.1 Garantir l'engagement politique

Objectif principal

Tous les États Membres disposent de plans nationaux chiffrés pour l'élimination de la transmission mère-enfant.

Le niveau de mise en oeuvre des stratégies recommandées dans la Région Méditerranée orientale / Moyen-Orient et Afrique du Nord par les programmes nationaux de lutte contre le sida varie en fonction de nombreux facteurs, notamment le niveau d'engagement politique et la volonté et la capacité à aborder de façon pragmatique des questions sensibles sur le plan culturel et politique.

En juin 2011, tous les chefs d'État de la Région Méditerranée orientale / Moyen-Orient et Afrique du Nord ont adopté la Déclaration politique des Nations Unies sur le VIH/sida. En outre, ces deux dernières années, de nombreuses parties prenantes régionales (responsables politiques, organisations de la société civile et leurs réseaux, associations de personnes vivant avec le VIH, dirigeants religieux et institutions des Nations Unies) se sont clairement engagées à réaliser l'accès universel aux services de prévention, traitement, soins et soutien du VIH. Cet engagement s'illustre entre autres par la Stratégie régionale de l'OMS pour la riposte du secteur de la santé au VIH 2011-2015 et la décision de la trente-septième Session ordinaire du Conseil des Ministres arabes de la santé en 2012 d'élaborer une stratégie pour lutter contre le VIH/sida, ainsi que la Charte de Riyad en 2011.

La première consultation interpays sur la PTME dans les pays de la Région Méditerranée orientale / Moyen-Orient et Afrique du Nord organisée au Caire (Égypte) les 17 et 18 juin 2009 appelait à un engagement accru et une intensification des programmes intégrés de PTME, tout comme la consultation interpays OMS/UNICEF sur la PTME du VIH organisée à Beyrouth (Liban) le 25 septembre 2011, au cours de laquelle les administrateurs des programmes nationaux de lutte contre le sida et de la santé génésique, maternelle et infantile et d'autres parties prenantes régionales ont recommandé aux pays de la Région Méditerranée Orientale / Moyen-Orient et Afrique du Nord de renforcer les politiques, stratégies et programmes de PTME actuels en vue de réaliser la vision de l'élimination virtuelle et les cibles y afférentes.

L'engagement politique et le leadership au niveau des pays pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH se profilent, comme l'illustrent par exemple le soutien à l'élimination de la transmission mère-enfant par la Première dame du Maroc et la Première dame du Soudan, et par la récente adoption du programme national de PTME par l'Association des obstétriciens et gynécologues au Pakistan.

Principales mesures

- Tenir compte de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les plans nationaux de lutte contre le VIH dans tous les contextes épidémiques.
- Mobiliser les responsables politiques dans l'initiative d'élimination et obtenir le soutien de toutes les parties prenantes.
- Impliquer véritablement les femmes et les mères vivant avec le VIH dans l'élaboration de plans nationaux pour la PTME.
- Renforcer le leadership et la volonté politiques en vue d'intensifier les services de santé pour les femmes et les enfants, y compris la PTME.
- Établir des cibles nationales et œuvrer pour atteindre les objectifs d'élimination de la transmission mère-enfant par une approche progressive, par étapes.
- Élaborer des plans d'élimination de la transmission mère-enfant chiffrés et garantir un financement suffisant dans les initiatives d'élimination de la transmission mère-enfant par: une hausse des investissements nationaux, une cartographie et une mobilisation des ressources existantes

5.2 Améliorer la couverture et la qualité des services de PTME

Objectif principal

Augmenter le nombre de femmes enceintes soumises au dépistage du VIH et faire en sorte que toutes les femmes enceintes infectées par le VIH et les nourrissons exposés bénéficient d'un traitement antirétroviral de qualité pour prévenir la transmission mère-enfant.

La couverture par les services des PTME existants dans la Région est très faible. Pour atteindre les objectifs d'élimination de la transmission mère-enfant, il faut de toute urgence accroître la couverture du dépistage du VIH chez les femmes enceintes et veiller à ce que toutes les femmes enceintes infectées reçoivent un traitement antirétroviral efficace pour prévenir la transmission mère-enfant.

Principales mesures

- Intensifier le dépistage du VIH chez les femmes enceintes. Les principales mesures pour le volet 3 sont l'identification des femmes enceintes infectées par le VIH et la fourniture de traitement antirétroviral efficace. Il faut de toute urgence augmenter le nombre de femmes enceintes soumises à un dépistage du VIH dans la région. Les pays peuvent envisager plusieurs approches pour identifier les femmes enceintes séropositives.
 - Dépistage systématique du VIH chez toutes les femmes enceintes (8). Le plan mondial recommande le dépistage systématique de toutes les femmes enceintes ; cela consiste à soumettre à un test toutes les femmes enceintes dans le cadre des soins courants de santé maternelle et infantile, afin d'identifier un maximum de femmes séropositives pour les orienter vers les services de conseil et les programmes de PTME. Généralement, le dépistage du VIH est effectué en même temps que d'autres analyses de sang pour les soins maternels et infantiles (par exemple syphilis, hémoglobine). La meilleure pratique consiste à proposer un service de conseil et dépistage à l'initiative du soignant, dans le cadre de soins prénatals courants, de préférence lors de la première visite, d'utiliser un test avec résultat le jour même et d'inscrire les femmes séropositives dans le programme de PTME dans le cadre du conseil après dépistage. Pour les femmes n'ayant pas passé le test lors de la première visite prénatale, ou qui se présentent tardivement aux soins prénatals, voire au moment du travail et de l'accouchement, un dépistage rapide du VIH doit être effectué dès que possible.
 - Cibler les zones géographiques ou « zones sensibles ». Les pays avec une épidémie de faible niveau et des ressources limitées peuvent se trouver dans l'incapacité de mettre en place un dépistage systématique de toutes les femmes enceintes à l'échelon national. Les pays où l'épidémie est de faible niveau ou concentrée dans certaines populations peuvent identifier et cartographier les zones géographiques et les zones sensibles où l'on sait que la prévalence du VIH est plus élevée que la moyenne nationale ou celles où surviennent la plupart des nouvelles infections. Les femmes vivant dans ces zones ont plus de risque d'être infectées. Le dépistage des femmes enceintes dans ces zones (par le biais des services de soins prénatals et communautaires) permettra d'identifier la majorité des femmes séropositives. Cette approche peut avoir un meilleur rapport coût-efficacité que le dépistage à l'échelon national d'un très grand nombre de femmes enceintes peu exposées au risque de contamination. Les pays devraient élaborer un plan d'intensification visant à atteindre les objectifs du programme. Toutefois, cette approche devra être examinée régulièrement afin d'en évaluer l'efficacité et l'impact.

- Établir un lien entre toutes les femmes enceintes séropositives et les services de PTME/TAR. Quelle que soit la stratégie de dépistage mise en œuvre dans le cadre des services de PTME, les pays doivent garantir l'accès à un ensemble minimum de services de prévention, soins, traitement et soutien liés au VIH pour les femmes, les enfants et leurs familles, que ce soit sur place ou en les orientant vers d'autres centres.
- Réviser les directives nationales de PTME afin qu'elles reflètent les connaissances professionnelles actuelles et les recommandations internationales.
- Fournir un traitement antirétroviral efficace aux femmes enceintes séropositives et aux nourrissons exposés conformément aux directives nationales pour prévenir la transmission mère-enfant.
- Encourager les services de conseil et dépistage en couple (conformément aux recommandations actuelles).³
- Élaborer des directives nationales pour le diagnostic du VIH chez les nourrissons et les enfants âgés de moins de 18 mois.
- Renforcer les capacités des prestataires de santé en matière de PTME, notamment par une formation sur la planification familiale et le conseil sur les choix en matière de procréation.
- Élaborer et mettre en œuvre des procédures normalisées et des normes de soins pour la PTME.
- Élaborer des stratégies pour limiter le nombre de couples mère-enfant perdus de vue.
- Renforcer les capacités en matière d'enregistrement, de gestion et d'analyse des données.

5.3 Garantir l'accès aux services pour les femmes vulnérables et leur famille

Objectif principal

Faire en sorte que les services de la PTME atteignent les femmes vulnérables.

Plusieurs groupes de femmes dans la Région Méditerranée orientale / Moyen-Orient et Afrique du Nord sont particulièrement vulnérables au VIH. Ce sont notamment les consommatrices de drogues injectables, les professionnelles du sexe, les travailleuses migrantes et les femmes enceintes qui n'ont pas accès aux soins prénatals. Parmi les autres groupes vulnérables, on trouve les conjointes des travailleurs migrants et les conjointes des populations à risque accru (consommateurs de drogues injectables et hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes).

Principales mesures

- Identifier les obstacles sociaux, juridiques et économiques à l'accès aux services de PTME par les populations clés.

³ Guidance on couples HIV testing and counselling, including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples. Recommendations for a public health approach. Geneva, World Health Organization, 2012.

- Veiller à ce que les plans nationaux de PTME prennent en compte les besoins des femmes enceintes marginalisées et les plus exposées au risque de contamination.
- Identifier les points d'entrée adaptés pour atteindre les femmes vulnérables
- Établir des partenariats stratégiques avec les organisations non gouvernementales et celles de la société civile travaillant avec les populations clés.
- Développer/renforcer les relations entre les services de PTME et les organisations communautaires.
- Promouvoir les services de conseil et dépistage en couple et élaborer des stratégies et services pour atteindre les conjointes des hommes exposés à un risque accru d'infection par le VIH.
- Développer des modèles de prestation de services de prévention, traitement et soins du VIH conviviaux adaptés aux besoins des femmes vulnérables.
- Établir des liens entre les services de PTME et les services de prévention et traitement pour les populations clés.
- Combattre/réduire la stigmatisation et discrimination dans les établissements de santé.

5.4 Promouvoir l'intégration/les liens avec les programmes de santé maternelle, néonatale et infantile, de santé sexuelle et génésique et autres programmes concernés

Objectif principal

Les établissements de soins de santé sexuelle et génésique et de soins santé maternelle, néonatale et infantile ont des liens avec les services de PTME, en font la promotion ou en proposent.

Éliminer les nouveaux cas d'infection pédiatrique par le VIH et maintenir les mères en vie contribue directement à plusieurs objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Des services de PTME efficaces peuvent avoir un impact positif sur les programmes de santé maternelle, néonatale et infantile et ceux de santé sexuelle et génésique. Parallèlement, intégrer les mesures de PTME dans les objectifs du Millénaire pour le développement et des programmes de santé sexuelle et génésique fonctionnels peut améliorer les résultats de la PTME.(9)

Afin de garantir une progression vers l'élimination de la transmission mère-enfant, les services de PTME doivent être intégrés aux services de santé maternelle, néonatale et infantile. L'intégration dépendra du contexte national et peut s'effectuer au niveau des politiques, des programmes et de la prestation de services. Elle garantira le suivi des mères et enfants infectés par le VIH par l'ensemble des services, encourager la fidélisation, permettra d'utiliser les ressources limitées pour augmenter plusieurs résultats sanitaires et garantir la durabilité.

Améliorer la santé maternelle et infantile est l'une des priorités du Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale. L'intégration de l'élimination de la transmission mère-enfant au sein des programmes de santé sexuelle et génésique, santé maternelle, néonatale et infantile contribuera à la réalisation des OMD 4 et 5.

Principales mesures

- Impliquer les programmes de santé maternelle, néonatale et infantile et les programmes de santé sexuelle et génésique dans l'élaboration des plans nationaux d'élimination de la transmission mère-enfant.
- Promouvoir et soutenir une collaboration et une intégration accrues entre les programmes.
- Élaborer des dispositifs de coordination pour garantir une intégration efficace, des liens et des orientations entre les programmes de lutte contre le VIH, de santé sexuelle et génésique, et de santé maternelle, néonatale et infantile.
- Offrir des services de conseils sur les choix en matière de procréation et de planification familiale pour les femmes vivant avec le VIH.
- Veiller à ce que les services de planification familiale/santé sexuelle et génésique proposent aux femmes, ou les orientent en conséquence, les services suivants :
 - Conseils sur des pratiques sexuelles plus sûres
 - Information, éducation et communication sur le VIH/sida
 - Conseil et dépistage du VIH
 - Services de PTME
- Élaborer des approches adaptées au contexte local afin de garantir une prestation homogène des services de PTME par un réseau de services.
- Établir des liens entre les services de PTME et les services de réduction des effets nocifs liés à la consommation de drogues injectables.

À des fins de suivi et d'évaluation, veuillez vous référer à la Figure 1 concernant le cadre conceptuel pour l'élimination de la transmission mère-enfant.

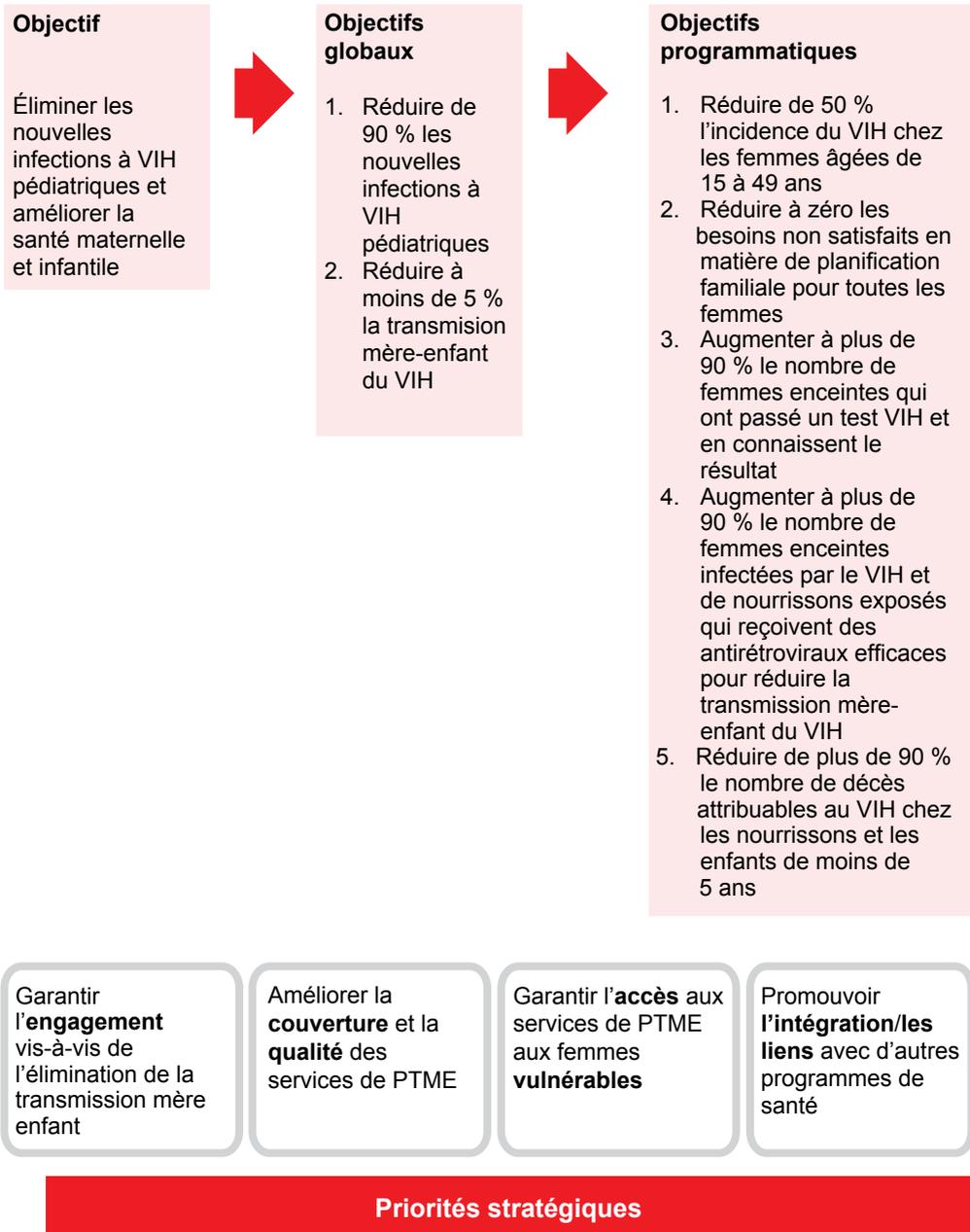


Fig.1 Cadre conceptuel pour l'élimination de la transmission mère-enfant

6. Suivi et évaluation

Les données relatives à la PTME fournies par les pays de la Région sont souvent incomplètes. Les programmes de lutte contre le VIH ont une forte charge de déclaration et les pays doivent souvent faire face à des exigences nombreuses et variées de la part des différents donateurs en matière de déclaration. En outre, lorsque les services de PTME sont décentralisés et intégrés dans d'autres programmes, il faut veiller à ce que les outils normalisés pour la collecte de données soient utilisés. L'établissement de rapports sur les progrès réalisés en matière d'élimination de la transmission mère-enfant posera quelques problèmes particuliers à la Région car certaines données de base ne sont pas facilement accessibles (par exemple incidence du VIH chez les femmes en âge de procréer). Il convient de suivre la mère et l'enfant dans le temps et aux différents points de prestation de service. En ce qui concerne l'impact, les pays devront suivre à la fois les infections pédiatriques par le VIH évitées et la survie des enfants protégés du VIH.

Les pays sont invités à réviser leur système actuel de suivi pour permettre une collecte de données plus complète et plus fiable (9). Les progrès annuels devront être examinés au niveau des pays afin d'évaluer les résultats obtenus, d'échanger des expériences, d'analyser les points forts et les faiblesses des programmes, d'échanger les bonnes pratiques, d'identifier les domaines à améliorer et de définir des mesures correctives.

6.1 Cadre de suivi et d'évaluation

Cibles globales

1. Réduire de 90 % les nouvelles infections pédiatriques à VIH.
2. Réduire le taux de transmission mère-enfant du VIH à moins de 5 %

Cibles

Volet 1

Réduire de 50 % l'incidence du VIH chez les femmes âgées de 15 à 49 ans

Volet 2

Réduire à zéro les besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Volet 3

Réduire le taux de transmission mère-enfant du VIH à moins de 5 %

Volet 4

Réduire de 90 % les décès maternels, néonataux et infantiles liés au VIH

Indicateurs clé

<p>Prévalence du VIH chez les femmes enceintes (15-49 ans) fréquentant les soins prénatals</p> <p>Réduction modélisée de l'incidence du VIH chez toutes les femmes, ventilée par âge, à l'horizon 2015 par rapport aux données de 2010</p>	<p>Besoins non satisfaits en matière de planification familiale</p>	<p>Pourcentage de femmes enceintes ayant bénéficié de conseils et d'un dépistage du VIH et qui ont reçu les résultats</p> <p>Pourcentage de femmes vivant avec le VIH ayant bénéficié du traitement antirétroviral le plus efficace pour réduire le risque de transmission mère-enfant</p> <p>Pourcentage de nourrissons nés de mères infectées par le VIH recevant des antirétroviraux pour la PTME</p>	<p>Pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives soumis à un test virologique pour le VIH dans les 2 mois suivant leur naissance</p> <p>Pourcentage d'enfants infectés par le VIH âgés de 0 à 14 ans recevant actuellement un traitement antirétroviral</p>
--	---	--	---

6.2 Définitions de certains indicateurs clés

Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Remarques
Pourcentage de femmes enceintes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH et qui ont reçu les résultats au cours de leur grossesse, durant le travail et l'accouchement, et pendant la période postpartum (dans les 72 heures suivant l'accouchement), y compris celles dont le statut sérologique vis-à-vis du VIH était déjà connu	Nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH et qui ont reçu les résultats au cours de leur grossesse, durant le travail et l'accouchement, et pendant la période post-partum (dans les 72 heures suivant l'accouchement), y compris celles dont le statut sérologique vis-à-vis du VIH était déjà connu	Nombre estimé de femmes enceintes	Indicateur d'accès universel
Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH ayant bénéficié d'ARV pour réduire le risque de transmission mère-enfant	Nombre de femmes enceintes infectées par le VIH ayant bénéficié d'ARV pour réduire le risque de transmission mère-enfant	Nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH	Indicateur d'accès universel ventilé par type de traitement (A, B, B+)
Pourcentage de nourrissons nés de femmes séropositives au VIH bénéficiant d'ARV pour la PTME	Nombre de nourrissons nés de femmes séropositives au VIH bénéficiant d'ARV pour la PTME	Nombre estimé de femmes séropositives au VIH qui accouchent	Indicateur d'accès universel

Indicateur	Numérateur	Dénominateur	Remarques
<p>Pourcentage de nourrissons nés de femmes infectées par le VIH soumis aux tests suivants pour déterminer leur statut VIH :</p> <p>a) test virologique au cours des deux mois suivant la naissance</p> <p>b) premier test virologique effectué après deux mois</p> <p>c) premier test sérologique entre 9 et 12 mois (nourrissons sans test virologique précédent)</p> <p>d) test sérologique initial après 12 mois</p> <p>e) enfants perdus de vue avant une évaluation de leur statut VIH</p>	<p>Nombre de nourrissons, au cours des 12 derniers mois, nés de femmes infectées par le VIH qui ont été soumis à un test VIH :</p> <p>a) charge virale ou PCR qualitative au cours des deux premiers mois</p> <p>a) charge virale ou PCR qualitative après les deux premiers mois</p> <p>c) premier test mesurant les anticorps entre 9 et 12 mois</p> <p>d) test après 12 mois</p> <p>e) non testés (car perdus de vue à 12 mois ou décédés)</p>	<p>Nombre estimé de femmes séropositives au VIH qui accouchent</p>	<p>Indicateur d'accès universel (le numérateur comprend uniquement le test initial pour éviter de compter deux fois les nourrissons)</p>
<p>Pourcentage de nourrissons nés de femmes infectées par le VIH et ayant débuté une prophylaxie par cotrimoxazole dans les deux mois suivant leur naissance</p>	<p>Nombre de nourrissons nés de femmes infectées par le VIH et qui ont débuté une prophylaxie dans les deux mois suivant leur naissance au cours des 12 derniers mois</p>	<p>Nombre estimé de femmes enceintes infectées par le VIH ayant accouché au cours des 12 derniers mois</p>	<p>Indicateur d'accès universel</p>
<p>Pourcentage d'enfants infectés par le VIH âgés de 0 à 14 ans recevant actuellement un TAR</p>	<p>Nombre d'enfants de 0 à 14 ans recevant un TAR</p>	<p>Nombre estimé d'enfants âgés de 0 à 14 ans ayant besoin d'un TAR</p>	<p>Indicateur d'accès universel</p>

ARV : antirétroviraux

TAR : traitement antirétroviral

Les indicateurs clés sont tous les indicateurs sur l'accès universel pour lesquels les pays ont déjà une déclaration. D'autres indicateurs liés à la PTME se trouvent dans les documents de l'OMS sur le suivi et l'évaluation des services de PTME.⁴ En outre, d'autres données du programme doivent surveiller le nombre de femmes vulnérables ayant accès aux services de PTME, l'une des priorités stratégiques du présent cadre.

6.3 Validation/certification de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH

L'OMS, en consultation avec ses partenaires, s'efforce de définir des indicateurs d'impact et des méthodes de mesure appropriés pour les différents profils épidémiologiques. En outre, l'action se poursuit sur les conditions de certification/validation de l'élimination de la transmission mère-enfant.

Ces conditions seront fondées sur :

- la preuve de la réalisation des objectifs d'élimination pendant au moins trois années consécutives
- l'existence d'un système de surveillance adapté
- des preuves documentées de la capacité des programmes à maintenir les cibles et objectifs d'élimination.

Des orientations supplémentaires sur le suivi et l'évaluation de l'élimination de la transmission mère-enfant ainsi que sur les définitions et procédures pour la certification/validation de cette élimination sont en phase d'élaboration.

⁴ Ces documents se trouvent en ligne à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hiv/pub/me/en/index.html>

7. Prochaines étapes

7.1 Au niveau des pays

La Région a une très faible prévalence du VIH dans la population générale, mais elle est également la région qui a la plus faible couverture par les antirétroviraux au monde. Il existe d'importantes disparités entre les pays en ce qui concerne le profil épidémiologique du VIH, l'ampleur et la qualité de la riposte du secteur de la santé au VIH ainsi que la disponibilité et la qualité des services de santé maternelle, néonatale et infantile. Plusieurs pays sont actuellement en situation de crise et ont d'autres priorités sanitaires, tandis que la riposte au VIH dans certains pays dépend en grande partie des donateurs.

Le principal objectif du cadre régional sur l'élimination de la transmission mère-enfant est de jouer un rôle de catalyseur pour la mise en œuvre de mesures de PTME de qualité à grande échelle. À l'aide de ce cadre, les pays détermineront les mesures spécifiques à prendre pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants qui sont adaptées aux réalités locales.

Il est recommandé aux pays de prendre les mesures suivantes :

- procéder à l'évaluation stratégique de leurs programmes de PTME et identifier les lacunes et les goulets d'étranglement ;
- établir un organe de coordination dirigé par les autorités publiques et des mécanismes pour l'élimination de la transmission mère-enfant regroupant les principales instances gouvernementales, en particulier les divisions de la santé maternelle, néonatale et infantile et de la santé génésique, les organisations partenaires, les représentants de la société civile et les groupes de personnes vivant avec le VIH ;
- élaborer un plan national d'élimination de la transmission mère-enfant impliquant toutes les parties prenantes, définir des cibles et objectifs adaptés au contexte local et élaborer un plan d'élargissement en utilisant une approche progressive et par étapes ;
- réviser les politiques, directives et outils pour faciliter l'élargissement des services de PTME et renforcer les capacités ;
- impliquer davantage la communauté ;
- établir des mécanismes de responsabilité spécifiques aux pays et une gestion fondée sur la performance ;
- élaborer des méthodologies et des outils pour suivre les progrès accomplis ;
- mobiliser des ressources afin de garantir un financement durable pour la mise en œuvre de la PTME et des soins VIH pour les enfants.

7.2 Au niveau de la Région

L'OMS, l'UNICEF et les instances partenaires aideront les pays à mettre en œuvre le cadre d'élimination de la transmission mère-enfant au niveau local. En particulier, l'OMS fournira des orientations et un soutien technique pour améliorer la couverture du dépistage du VIH chez les femmes enceintes et la fourniture de traitement antirétroviral de qualité aux femmes infectées et aux nourrissons exposés. Une Équipe spéciale régionale des Nations Unies (OMS, UNICEF, UNFPA, ONUSIDA) sur l'élimination de la transmission mère-enfant a été créée afin de soutenir une action coordonnée pour l'élaboration et la mise en œuvre de mesures visant à éliminer les nouvelles infections par le VIH chez les enfants de la Région et pour le suivi des progrès accomplis.

L'Équipe spéciale sera chargée notamment de :

- préconiser une initiative unique d'élimination de la transmission mère-enfant dans la Région ;
- s'engager pour atteindre les objectifs du cadre d'élimination de la transmission mère-enfant pour la Région ;
- traiter les questions liées aux politiques, aux stratégies, à la mobilisation et l'allocation des ressources, et au suivi des progrès en matière de mise en œuvre des mesures d'élimination de la transmission mère-enfant dans la Région ;
- veiller à l'établissement de liens, à la coordination et à l'échange d'information entre les institutions des Nations Unies et autres partenaires de l'élimination de la transmission mère-enfant dans la Région ;
- promouvoir la coordination et l'harmonisation de l'orientation politique et de la programmation ;
- contribuer au développement et à la révision en temps voulu des produits techniques de l'élimination de la transmission mère-enfant (cadre, rapports, plans de pays pour l'élimination de la transmission mère-enfant, cadre de suivi et évaluation, etc.).

8. Références

1. WHO, UNAIDS and UNICEF. *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report, 2011*. Geneva, World Health Organization, 2011.
2. *Déclaration politique sur le VIH et le sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida*, Assemblée générale des Nations Unies, 10 juin 2011, A/RES/65/277.
3. *Journée mondiale du sida 2011 Rapport*. Genève, ONUSIDA, 2011.
4. OMS, ONUSIDA et UNICEF. *La riposte mondiale du VIH/sida. Rapport de situation 2011* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.
5. Middle East and North Africa. *Regional report on AIDS 2011*. Geneva, UNAIDS, 2010.
6. Abu-Raddad LJ et al. *Characterizing the HIV/AIDS epidemic in the Middle East and North Africa. Time for strategic action*. Washington, The World Bank, 2010.
7. *Countdown to zero. Global plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive, 2011–2015*. Geneva, UNAIDS, 2011.
8. *Towards the elimination of mother-to-child transmission of HIV*. Report of a WHO technical consultation 9–11 November 2010. Geneva, World Health Organization, 2011.
9. *Preventing HIV and unintended pregnancies: strategic framework 2011–2015*. Geneva, The Inter-agency Task Team for Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers, and their Children, 2012.
10. *Global monitoring framework and strategy for the global plan towards elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive*. Geneva, The Inter-agency Task Team for Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers, and their Children, 2012.

Le présent document vise à fournir à la Région une approche systématique commune de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH. Le cadre est un outil pour encourager les gouvernements à adopter l'initiative d'élimination. Il est destiné aux partenaires de la mise en œuvre, aux administrateurs de programmes, aux cliniciens et aux réseaux de personnes vivant avec le VIH.