

# Éliminons la transmission du VIH de la mère à l'enfant



**CONFÉRENCE INTERNATIONALE  
pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre**  
Paris, 16 et 17 novembre 2011 - Institut Pasteur

## DOSSIER DE PRESSE

Un événement exceptionnel organisé à l'initiative de l'UNICEF France, en partenariat avec



# Sommaire

<b>Avant-propos</b>	03	<b>4   Les défis</b>	14
par Françoise Barré-Sinoussi		Deux pays poids lourds	14
		Manque de ressources	14
		Genre et stigmatisation	15
<b>Introduction</b>	04	<b>5   Les solutions</b>	16
par Jacques Hintzy		Mobilisation des bailleurs	16
		Volonté politique	16
		Partenariats	16
		Mobilisation communautaire	17
		Recherche	17
<b>Une conférence internationale de mobilisation pour l’Afrique de l’Ouest et du Centre</b>	05	<b>6   Les partenaires de la conférence</b>	19
par Stéphane Blanche		AFD	18
		ANRS	19
		ESTHER	19
		INSTITUT PASTEUR	20
		MAEE	20
		ONUSIDA	20
		UNICEF	21
		UNITAID	21
<b>PROGRAMME DE LA CONFÉRENCE</b>	06		
<b>1   L’ETME :</b>			
<b>un objectif à portée de main</b>	07		
Définition	07		
Objectifs à l’horizon 2015	07		
Contexte	08		
Les outils, les stratégies	08		
Les disparités	09		
<b>2   Un défi régional</b>	09		
Aperçu de la situation dans la région Afrique de l’Ouest et du Centre	09		
<b>3   Des initiatives à suivre</b>	10		
Des précurseurs en Afrique australe	10		
L’exemple du Rwanda	12		
En Afrique de l’Ouest et du Centre	12		

# Avant-propos

par le Professeur Françoise Barré-Sinoussi,  
*Prix Nobel de médecine 2008*  
*Institut Pasteur*

*La conférence est placée sous le haut-patronage  
du Professeur Françoise Barré-Sinoussi*

« L'objectif des chercheurs dans le domaine biomédical est de développer des outils qui, une fois validés et mis en place à large échelle, permettront d'améliorer la santé de tous et de toutes partout dans le monde. Constaté que ces outils, lorsqu'ils existent et ont largement fait scientifiquement la preuve de leur efficacité, ne sont pas concrètement appliqués sur le terrain, est donc pour nous une source de très grande frustration voire d'indignation ! C'est le cas de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) qui, pourtant, compte parmi les premières et les plus importantes découvertes issues de l'identification du virus.

Depuis 1994, suite aux résultats de l'essai ACTG076<sup>1</sup>, les scientifiques n'ont cessé d'accumuler des preuves de l'efficacité des antirétroviraux pour prévenir la transmission materno-infantile du VIH, et, plus récemment, la transmission sexuelle du VIH. L'accès à large échelle des traitements antirétroviraux dans les pays les plus développés a permis d'éliminer la transmission du VIH des mamans à leurs nouveau-nés. Ce n'est malheureusement pas le cas dans le reste du monde où 370 000 enfants sont encore infectés chaque année.

D'immenses progrès ont été accomplis au cours de la dernière décennie avec, en conséquence, une réduction significative de l'incidence du VIH chez les nouveau-nés dans certains pays à ressources limitées. Ainsi, plusieurs pays d'Afrique ont atteint les 80 % de couverture en antirétroviraux pour prévenir la transmission materno-infantile. C'est le cas notamment de l'Afrique du Sud ou encore du Botswana. Ces résultats positifs cachent néanmoins de grandes disparités. En particulier, l'Afrique centrale et de l'Ouest, où seulement 23 % des femmes séropositives enceintes ont accès au traitement préventif de la transmission du VIH à leurs enfants. Cette situation est inadmissible !

Au-delà des financements, de nombreux obstacles restent à surmonter dans ces régions d'Afrique, pour accélérer le passage à l'échelle de l'accès des femmes, souvent isolées et vulnérables, au dépistage, aux soins et aux traitements. Les questions d'accès renforcé au planning familial, d'organisation et de structuration des systèmes de santé avec une meilleure intégration de la PTME au sein des services de santé maternelle et infantile et de décentralisation comptent parmi les grandes priorités, sans oublier une délégation communautaire incontournable des tâches. Pourtant, ces questions peuvent être résolues grâce au soutien actif des pouvoirs politiques et des communautés dans les pays concernés et au respect des engagements des pays donateurs, des grands bailleurs de fonds et des partenaires internationaux.

Cette conférence organisée à l'initiative de l'UNICEF est un appel à responsabiliser et à poursuivre la mobilisation de tous et de toutes pour atteindre l'objectif fixé par les Nations unies d'éliminer la transmission verticale du VIH d'ici à 2015. Cet objectif est loin d'être utopiste. Alors mobilisons-nous pour que plus aucun enfant ne soit infecté par le VIH dans le monde ! »

---

<sup>1</sup> L'essai ACTG 076 a évalué contre placebo un régime long d'AZT nécessitant une prise orale pendant 14 semaines de grossesse, une perfusion d'AZT pendant l'accouchement et une administration d'AZT au nouveau né pendant les premiers jours de vie. Cet essai a été réalisé entre 1991 et 1993 principalement aux Etats-Unis et en France et a montré la forte efficacité de ce protocole de réduction de la transmission du virus de la mère à l'enfant.

# Introduction

## L'Afrique de l'Ouest et du Centre ne peut plus attendre !

par Jacques Hintzy,  
Président de l'UNICEF France

En 2005, l'UNICEF aux côtés d'ONUSIDA a lancé une campagne internationale « *Unissons-nous pour les enfants contre le sida* », visant à mobiliser l'attention, les fonds et les efforts en faveur de la lutte contre le VIH/sida chez les enfants. Cette campagne s'articule autour de 4 axes prioritaires : l'accès aux traitements pédiatriques, la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), la prévention auprès des adolescents et la protection des enfants affectés par le VIH/sida. Initialement prévue pour s'achever en 2010, la campagne de l'UNICEF est reconduite jusqu'en 2015, pour renforcer la pression et utiliser le terme des Objectifs du Millénaire comme échéance et point d'appui. L'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (ETME) est affirmée comme un axe clef de la campagne de l'UNICEF, au diapason du mot d'ordre d'ONUSIDA.

Alors qu'il y a à peine dix ans, l'ETME apparaissait comme un objectif irréalisable suscitant l'incrédulité du plus grand nombre, nous savons aujourd'hui qu'elle est à portée de main.

**L'expérience le montre : éviter que les enfants ne contractent le VIH/sida à la naissance ou dans les premiers mois, c'est possible, y compris dans les pays pauvres et les régions à forte prévalence. Protéger les bébés contre le virus est une question de volonté politique et de priorité dans l'allocation des ressources des Etats et bailleurs.**

La conférence que nous organisons les 16 et 17 novembre prochains à l'Institut Pasteur avec les partenaires clé de la lutte contre le sida et de la coopération internationale est particulièrement centrée sur l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Bien que cette région réunisse un quart du nombre de personnes vivant avec le VIH/sida et que la pandémie présente une forte féminisation, la PTME reste globalement à un niveau très bas et ne profite qu'à une faible proportion de femmes et de nouveau-nés. Malgré de notables exceptions, les progrès y sont plus faibles qu'en Afrique de l'Est et australe (voir graphique p. 9).

Aujourd'hui, l'attention et le soutien des différents acteurs (Etats, bailleurs internationaux, acteurs locaux, etc.) ne sont toujours pas à la hauteur des besoins des femmes et enfants. Il est temps pour nous de jeter un regard prospectif, d'explorer de nouvelles voies, de diffuser et d'adapter les meilleures expériences là où la réponse n'est pas encore passée à l'échelle. L'Afrique de l'Ouest et du Centre ne peut plus attendre !

La conférence *Eliminons la transmission du VIH de la mère à l'enfant* fait partie des initiatives nécessaires pour maintenir le cap vers cet objectif ambitieux d'une génération libérée du sida. Elle s'inscrit dans une dynamique internationale portée par l'UNICEF et ses partenaires.

Comme l'appelaient de leurs vœux Anthony Lake, directeur général de l'UNICEF, et Desmond Tutu : « *Les chiffres parlent d'eux-mêmes. À nous de faire un choix, à nous de fixer les priorités. C'est une question de vie ou de mort. Nous devons tous réaffirmer notre engagement à sauver des vies – en prenant des mesures audacieuses dès aujourd'hui pour libérer l'humanité du sida, en Afrique et partout ailleurs.* »



Un centre de conseil et de dépistage soutenu par l'UNICEF à Kigali, au Rwanda. © UNICEF/Noorani

# Une conférence internationale de mobilisation pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre

par le Professeur Stéphane Blanche  
*Hôpital Necker-Enfants Malades*  
*Le Professeur Stéphane Blanche est président*  
*du Comité de pilotage de la conférence*

La conférence internationale de mobilisation *Éliminons la transmission du VIH de la mère à l'enfant* vise spécialement à attirer l'attention sur les régions occidentale et centrale de l'Afrique, là où les moyens mis en œuvre pour empêcher cette transmission restent encore insuffisants. Organisée par l'UNICEF, en partenariat avec les principales organisations<sup>2</sup> travaillant sur la question, cette conférence a pour objectif premier de mobiliser bien plus que d'établir un état des lieux du savoir médico-scientifique. Mobiliser les acteurs sur le terrain, les décideurs, les bailleurs pour atteindre l'accès universel aux services de PTME dans cette région.

Notre intention, à travers cette rencontre, est bien d'inciter à aller de l'avant, à provoquer une dynamique de changement, pour les femmes et leurs bébés. Les moyens existent : les médicaments, des stratégies efficaces, des bailleurs et des aides, un réseau international qui s'organise. Il faut donc que, moyennant une volonté politique forte, tous les acteurs, à chaque échelon de responsabilité, s'en emparent pour permettre une prévention effective de la transmission verticale du VIH.

Particulièrement centrée sur les pays francophones, ne bénéficiant pas de l'attention ou des moyens nécessaires, la rencontre se déroulera sur un jour et demi, en français, une opportunité peu courante dans ce type de rencontre internationale.

Elle accueillera un grand nombre d'invités et de participants en provenance d'Afrique (en particulier des régions Ouest et Centre) et du Nord : spécialistes en santé publique, responsables politiques, représentants d'organisations internationales et non gouvernementales, bailleurs, etc.

Véritable plateforme d'échanges de connaissances et d'expériences, la conférence proposera quatre grandes séances plénières et quatre ateliers thématiques, visant à établir un état des lieux, à décrire des expériences qui, à l'échelle de pays entiers ont donné des résultats très encourageants sur le continent africain, à décrypter les dispositifs de financements, à partager des expertises, à provoquer des rencontres entre les différentes disciplines. Elle abordera les différentes dimensions que recouvre la PTME : protocoles thérapeutiques et politiques de santé publique, santé materno-infantile et droits des femmes, mobilisation sociale et communautaire, partenariats et ressources.

Résolument tournés vers l'action, nous espérons que chaque participant repartira de la conférence mieux armé pour répondre au défi de l'élimination de la TME et, surtout, convaincu qu'elle est possible à l'horizon 2015.

# PROGRAMME DE LA CONFÉRENCE

Institut Pasteur, 28, rue du Docteur Roux, 75015 Paris

## Mercredi 16 novembre 2011

AUDITORIUM

- 13h00-14h30 Enregistrement des participants
- 14h30-15h00 Ouverture de la Conférence
- 15h00-16h30 **SESSION 1** L'élimination de la TME à l'horizon 2015 : acquis et perspectives
- 17h00-18h30 **SESSION 2** L'élimination en marche (1) : quels programmes et quelles politiques de santé pour assurer un accès universel aux services PTME ?

## Jeudi 17 novembre 2011

AUDITORIUM

- 9h30-11h00 **SESSION 3** L'élimination en marche (2) : les mobilisations nécessaires, aspects communautaires et sociaux.
- 11h30-13h30 **ATELIERS** « Échangeons nos expériences »
- |   |  |
|---|--|
| <b>Atelier 1</b><br>Protocoles thérapeutiques et aspects médicaux de la PTME    | <b>Atelier 2</b><br>Quelles stratégies de santé publique pour atteindre l'ETME ? |
| <b>Atelier 3</b><br>Atteindre l'élimination en travaillant avec les communautés | <b>Atelier 4</b><br>Optimiser les ressources humaines et financières pour l'ETME |
- 13h30-14h45 **PAUSE DÉJEUNER**
- 14h45-16h30 **SESSION 4** Les moyens de l'élimination : quels partenariats pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre ?
- 16h30-17h30 Restitution des ateliers
- 17h30-18h00 Clôture de la Conférence



Dépistage lors d'une consultation prénatale à l'hôpital de Kani, en Côte d'Ivoire © UNICEF/Asselin

# 1 | L'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (ETME) : un objectif à portée de main

## Définition

Un millier d'enfants naissent encore chaque jour sur le continent africain avec le VIH, du fait de la transmission du virus de la mère à son enfant, pendant la grossesse, au cours de l'accouchement ou durant l'allaitement. Bien que la transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME) ait été effectivement éliminée dans les pays à haut revenu, il en est autrement dans les pays à faible et moyen revenu, où 370 000<sup>3</sup> enfants contractent le virus chaque année. Des progrès significatifs ont été toutefois réalisés au cours des dix dernières années. Le taux d'infection des enfants nés de mères séropositives a reculé de 26 % de 2001 à 2009. La recherche scientifique et surtout, l'exemple de nombreux pays permettent de constater que **l'élimination définitive de la transmission de la mère à l'enfant est possible à l'horizon 2015.**

## Objectifs à l'horizon 2015

Réduire le nombre de nouvelles infections chez les enfants de 90 % et réduire le nombre de décès maternels liés au sida de 50 % ; conformément aux cibles préconisées par les agences des Nations unies. Pour cela, il faut :

- Réduire les nouvelles infections au VIH chez les femmes de 15 à 49 ans de 50 % ;
- réduire à zéro les besoins en planification familiale non satisfaits (OMD 5) ;
- réduire la transmission mère-enfant du VIH à moins de 5 % chez les femmes enceintes et allaitantes qui vivent avec le VIH ;
- que 90 % des mères séropositives reçoivent un traitement ou une prophylaxie ARV périnatale ;
- que 90 % des mères séropositives allaitantes et leur bébé reçoivent une thérapie ou une prophylaxie ARV ;
- assurer à 90 % des femmes enceintes séropositives en ayant besoin pour leur propre santé une thérapie ARV à vie.

<sup>3</sup> Source Onusida. Les données statistiques utilisées dans ce dossier proviennent de la base Onusida. [www.unaids.org](http://www.unaids.org)

## Contexte

Les femmes sont particulièrement vulnérables en Afrique subsaharienne : autour de 76 % des femmes séropositives dans le monde vivent dans cette région. Ces chiffres sont encore plus alarmants si l'on considère que des milliers de bébés porteurs du virus pourraient naître si les moyens d'action ne sont pas déployés.

L'Afrique de l'Est, première région identifiée comme amplement touchée par le VIH, a atteint, à la fin des années 1980, des taux de prévalence<sup>4</sup> du VIH chez les femmes enceintes autour de 30 % dans certaines grandes villes. La prévalence a commencé à y décliner au milieu des années 1990 et 2000 grâce à une mobilisation et un investissement très important dans la lutte contre le VIH/sida. Encore aujourd'hui, dans certains pays d'Afrique australe, l'infection peut concerner jusqu'à 30 à 40 % des femmes reçues en consultation prénatale, ce qui représente les plus hauts niveaux d'infection par le VIH chez les femmes enceintes au niveau mondial depuis le début de l'épidémie.

En Afrique de l'Ouest, la prévalence du VIH est aujourd'hui inférieure à 5 % dans presque tous les pays de la région. En Afrique centrale, en revanche, les taux de prévalence chez les femmes enceintes sont encore en augmentation.

En 2009, plus de la moitié des femmes enceintes vivant avec le VIH dans les pays à faible et moyen revenu bénéficiaient de traitements antirétroviraux (ARV) administrés dans le cadre de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME), contre seulement 15 % en 2005.

**Les progrès sont remarquables et démontrent que le monde a les moyens de changer la donne. Mais ces progrès ne suffisent pas.**

## Les outils, les stratégies

Atteindre l'objectif d'éliminer les nouvelles infections au VIH chez les enfants d'ici à 2015 et de préserver la vie de leurs mères nécessite de réduire les écarts de couvertures géographiques, d'améliorer la qualité des services de PTME et d'accroître leur demande et le recours aux services qui existent, en luttant, notamment, contre la stigmatisation et la discrimination qui continuent d'entourer le VIH/sida.

En 2010, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a revu ses directives concernant la PTME, demandant une mise en place des traitements (ARV) ultra efficaces dans ce cadre. Cela comprend notamment le recours aux ARV pour les femmes enceintes ayant besoin d'un traitement pour leur

<sup>4</sup> Nombre de personnes atteintes d'une certaine maladie à un moment donné dans une population donnée.

propre santé, et, pour la première fois, aux traitements prophylactiques pour les mères ou les bébés couvrant la période de l'allaitement, lorsque celui-ci est considéré comme la méthode d'alimentation la plus sûre. En l'absence de prophylaxie et de traitements, près de 40 % des bébés nés de mères séropositives sont infectés par le VIH.

**Lorsque ces services sont mis à la disposition des femmes et de leurs enfants, ce risque de transmission peut être réduit à moins de 5 %.**



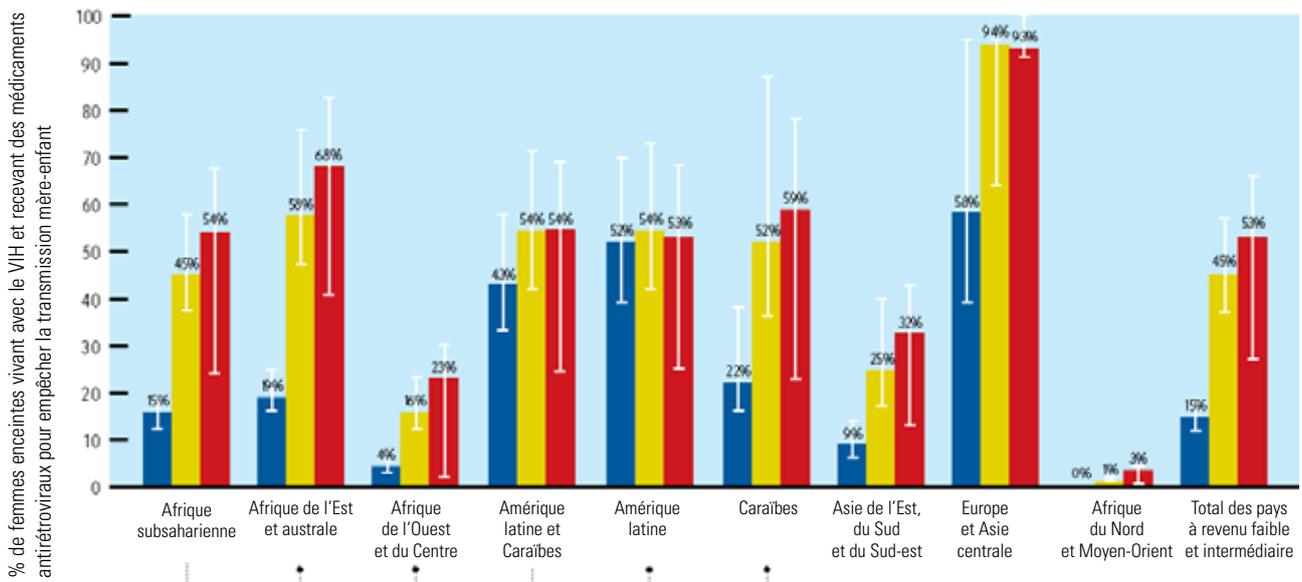
En Zambie, une mère séropositive donne à son fils une prophylaxie dans le cadre d'un programme de PTME.  
© UNICEF/Nesbitt

Les expériences des différents pays, en Afrique et ailleurs, montrent que les interventions pour parvenir à l'élimination de la transmission verticale du virus sont connues et sont efficaces.

**Si les initiatives actuelles sont fortement soutenues et généralisées, une génération qui naîtrait sans le VIH/sida est à portée de main.**

Pour être efficace, la PTME doit être intégrée dans le cadre des soins de santé de la mère et de l'enfant avec :

- le renforcement de l'offre et de la demande de visites prénatales et du suivi pendant et après l'accouchement ;
- le renforcement des services de dépistage du VIH et de conseil auprès des femmes enceintes ;



- le dépistage précoce chez le nourrisson ;
- une approche basée sur le continuum de soins pour la mère et son enfant ;
- la décentralisation des services ;
- le partage de tâches et ;
- l'amélioration de l'accompagnement au plus près des communautés les plus isolées et vulnérables.

## Les disparités

En dépit d'une amélioration générale, gagnée au prix d'une accélération notable de la mobilisation internationale pour lutter contre le VIH/sida, de profondes disparités régionales persistent. Dans les 25 pays comptant le plus de femmes enceintes vivant avec le VIH, le pourcentage de celles qui bénéficient d'un

test et de conseils est très variable : de plus de 95 % en Afrique du Sud et en Zambie, à 9 % en République démocratique du Congo et à 6 % au Tchad.

Environ un tiers des nourrissons nés de mères séropositives en 2009 a reçu un régime ARV pour la PTME. En seulement un an (2008-2009), en Afrique subsaharienne, la proportion de femmes enceintes séropositives ayant reçu un traitement ou une prophylaxie ARV pour prévenir la transmission du VIH à leur enfant est passée de 45 % à 53 %. En Afrique australe et orientale ce taux est passé de 58 % à 68 %.

Cependant, en Afrique de l'Ouest et du Centre, des efforts considérables restent à faire car il n'est passé que de 16 % à 23 % (cf. figure ci-dessus).

## 2 | Un défi régional

### APERÇU DE LA SITUATION DANS LA RÉGION AFRIQUE DE L'OUEST ET DU CENTRE

La région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre rassemble 24 pays<sup>5</sup> et concentre un quart de toutes les personnes vivant avec le VIH/sida dans le monde. La région a enregistré des progrès importants pour les femmes et les enfants vivant avec le VIH/sida. Cependant, les chiffres restent très élevés, en raison

<sup>5</sup> Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Cap Vert, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Guinée équatoriale, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone, Tchad, Togo.

du poids de la pandémie au Nigéria, en République démocratique du Congo et en Côte d'Ivoire. Ces trois pays supportent en majorité le fardeau de la maladie dans la région, et présentent des progrès encore mitigés.

Outre le fait que la région dispose des indicateurs de développement social et humain parmi les plus faibles au monde (urbanisation rapide, taux élevé du chômage des jeunes, dégradation environnementale, pauvreté extrême), d'autres facteurs influencent la recrudescence de la pandémie. Les conflits armés et les situations de post-conflit, la violence sexuelle qui en découle, la migration des populations et le nombre croissant des cas de trafic et de prostitution des enfants aggravent encore la situation.

Ces dernières années, on y observe également une féminisation de l'épidémie du sida : les jeunes femmes de 15 à 24 ans sont trois fois plus touchées par le VIH que les jeunes hommes du même groupe d'âge (7 % et 2,3 % respectivement en 2007). En conséquence, les enfants paient un lourd tribut. 650 000 enfants de 0 à 14 ans sont infectés par le VIH, soit près d'un quart des enfants qui vivent avec le VIH dans le monde.

Pour le moment, les enfants et les femmes de l'Afrique de l'Ouest et du Centre ne reçoivent pas l'attention, l'engagement et le soutien financier de la part de la communauté internationale à la hauteur de leurs besoins.

Pourtant, des avancés sont possibles et des améliorations ont vu le jour. Sur les 24 pays que compte la région, vingt ont adopté les nouvelles recommandations PTME de l'OMS. Dans la majorité des pays de la région, la décentralisation des services liés au VIH pour les femmes et les enfants permet de les rendre accessibles dans les centres de santé primaire plutôt que dans les seuls hôpitaux comme c'était le

cas auparavant. Les services de PTME continuent à se développer et le nombre de femmes enceintes séropositives bénéficiant d'un traitement ARV pour prévenir la transmission verticale a considérablement augmenté : en Afrique de l'Ouest et du Centre, les chiffres sont passés de 4 % en 2005 à 23 % en 2009. Cette hausse reflète les efforts entrepris dans certains pays comme le Bénin, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Ghana ou la Sierra Leone, pour étendre la couverture. Cependant, cette augmentation ne permet pas encore de couvrir les besoins et une accélération urgente est nécessaire pour atteindre l'accès universel.

Les disparités à l'intérieur de la région sont visibles à plusieurs niveaux. Les pays qui profitent d'une stabilité économique, politique et sociale (Bénin et Ghana) ont réussi à mieux répondre au VIH/sida. Progressivement, ces pays commencent à décentraliser les programmes et à utiliser les ressources efficacement afin d'obtenir de meilleurs résultats pour les femmes et les enfants vivant avec le VIH/sida. A l'inverse, les pays qui ont dernièrement fait face à une crise politique ont vu leur réponse au VIH/sida affectée et fragilisée. C'est le cas par exemple de pays comme la République démocratique du Congo ou la Côte d'Ivoire.



Une infirmière prélève un échantillon de sang d'un enfant de 18 mois, sur une bandelette de test VIH, en Zambie.  
© UNICEF/Nesbitt

## 3 | Des initiatives à suivre

### DES PRÉCURSEURS EN AFRIQUE AUSTRALE

#### Afrique du Sud

Ce pays revient de loin. La situation de l'épidémie était la plus grave du continent. Cependant, la prévalence du VIH chez les adultes s'est stabilisée à un taux élevé de 17,8 % en 2009. Des variations

considérables persistent toutefois d'une région à l'autre : de 25,8 % au Kwazulu-Natal à 5,8 % au Cap-Occidental en 2008.

L'accès aux services s'est nettement amélioré au cours des dernières années grâce aux moyens mis en œuvre et à une politique nationale offensive. En 2009, plus de 95 % des femmes enceintes ont pu être dépistées pour le VIH, grâce à la disponibilité des services de dépistage dans les centres de

consultations prénatales. Par ailleurs, 88 % des femmes enceintes vivant avec le VIH et 56 % des nourrissons exposés au VIH ont bénéficié d'un traitement ARV. En continuant à développer les services de PTME pour les femmes et les nourrissons, l'Afrique du Sud pourra atteindre ses objectifs nationaux en matière de PTME.

## Botswana

La prévalence chez les adultes est estimée à 24,8 %, et elle grimpe à près de 33 % chez les femmes enceintes. Deux fois plus de jeunes femmes que de jeunes hommes vivent avec le VIH (11,8 % et 5,2 % respectivement).



Dans un hôpital d'Ouganda, une femme séropositive prend un médicament antirétroviral (ARV), avant son accouchement. © UNICEF/Noorani

Des efforts considérables sont entrepris pour réduire ces chiffres alarmants. En 2009, virtuellement, toutes les femmes (97 %) bénéficiaient de l'assistance d'un professionnel de santé qualifié pendant leur accouchement. 93 % des femmes enceintes ont été dépistées lors d'une consultation prénatale. Ce taux est dû à l'accès universel (100 %) aux consultations prénatales et aux tests de dépistage lors de ces consultations. Aujourd'hui, plus de 95 % des femmes enceintes vivant avec le VIH/sida reçoivent un traitement ARV pour la PTME. Les tendances indiquent que la couverture pour les femmes s'est stabilisée depuis 2006 et que celle pour les nourrissons augmente à un rythme accéléré depuis 2007.

On constate par ailleurs, des progrès remarquables quant à l'utilisation généralisée de traitements plus efficaces pour la PTME et pour les femmes enceintes séropositives.

*Un représentant du ministère de la santé du Botswana interviendra lors de la conférence (16/11) sur la réponse nationale mise en place au Botswana pour atteindre l'ETME.*

## Lesotho

En 2009, 23,6 % de la population adulte vivait avec le VIH au Lesotho. Le niveau d'infection parmi les adultes semble stabilisé mais le taux parmi les jeunes femmes est supérieur à celui des hommes.

Des efforts importants pour améliorer l'efficacité des services de PTME sont entrepris au niveau national. L'utilisation de centres de soins prénatals est élevée et 86 % d'entre eux proposaient des services de dépistage en 2009. Néanmoins, malgré l'existence de ces services, seulement 50 % des femmes enceintes se sont fait dépister.

Bien que beaucoup de mamans et leurs bébés n'accèdent pas encore à l'ensemble des interventions du continuum de soins mère-enfant, des progrès sont visibles en ce qui concerne leur accès aux services de PTME. 64 % des femmes enceintes séropositives ont reçu un traitement ARV dans le cadre de la PTME contre seulement 4 % en 2004. Cependant, seulement 33 % des enfants exposés au VIH ont reçu un prophylactique ARV pour la PTME.

## Zimbabwe

Au Zimbabwe, l'initiative d'engager les hommes dans la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant semble avoir des résultats très positifs.

Dans un pays où le taux de prévalence du VIH chez les adultes est de 14,3 %, le programme « Male Champions » plaide pour l'implication du partenaire dans la PTME dès la grossesse jusqu'au post-accouchement. Le rôle des « Male Champions » est de devenir des modèles au sein de leur communauté, d'influencer et de soutenir d'autres hommes dans la prévention de la transmission du virus à leur enfant.

En juin 2010, près de 90 % des femmes qui fréquentaient les centres de soins durant leur grossesse ont passé des tests de dépistage, une hausse de 30 % par rapport à 2007. Les mêmes résultats positifs sont évidents dans la proportion d'hommes qui accompagnent leurs épouses aux visites prénatales (de 11 % en 2007 à 40 % en 2010). En 2009, 56 % des femmes enceintes séropositives bénéficiaient d'un traitement ARV.



Un médecin prélève un échantillon de sang d'un enfant de 6 mois, à la clinique de Chelstone, en Zambie.  
© UNICEF/Nesbitt

## L'exemple du Rwanda

La prévalence du VIH parmi la population générale est estimée à 3 % selon l'enquête démographique de santé de 2005. Comme dans la plupart des pays, ce taux est plus élevé parmi les femmes enceintes (4,3 %), un taux qui est encore plus important dans la capitale, Kigali avec 16,8 % parmi les jeunes femmes enceintes entre 15 et 19 ans selon les données de surveillance sentinelle du VIH de 2007.

Néanmoins, on observe des avancées remarquables concernant le nombre de personnes vivant avec le VIH ayant accès aux traitements ARV. Ce nombre a augmenté de près de 105 fois entre 2002 et 2010 (de 870 à 90668 patients). Ainsi, la proportion totale des patients recevant un traitement en 2012 pourrait atteindre 90 %, faisant du Rwanda l'un des pays en bonne voie pour atteindre avant 2015 les objectifs d'accès et d'utilisation des ARV fixés par l'Assemblée Générale des Nations unies.

Par ailleurs, le gouvernement du Rwanda a fait de l'ETME une priorité, et a lancé en mai 2010 une initiative nationale pour l'élimination de la TME d'ici 2015 sous les auspices de la Première Dame Jeannette Kagame. Fin 2010, 82 % des formations sanitaires dans le pays offraient le paquet complet de PTME. Les programmes de PTME au Rwanda utilisent depuis 2007 des régimes ARV plus efficaces, et désormais toutes les femmes enceintes séropositives bénéficieront de la trithérapie pendant la grossesse et pendant l'allaitement tel que recommandé par l'OMS. En 2010, 78 % des femmes enceintes séropositives ont bénéficié des ARV pour la PTME.

Une évaluation nationale (2009) estime que le pourcentage d'enfants nés de mères séropositives qui sont testés positifs au VIH a diminué de 33 % sans interventions à 7 % grâce à la mise à échelle du programme PTME. En 2010, le gouvernement a également approuvé et passé à échelle la délégation

des tâches des médecins aux infirmières pour la prescription des ARV. Cette initiative pourrait renforcer considérablement la couverture des femmes enceintes séropositives à des régimes ARV plus efficaces pour réduire le risque de TME en dessous de 2 %.

Le Rwanda a enregistré des résultats remarquables dans la réponse au VIH/sida, cependant des efforts supplémentaires sont nécessaires pour l'élimination de la TME (réduction de la TME en dessous de 2 %) d'ici 2015.

*Placidie Mugwaneza, Chef du Département Prévention du VIH, RBC/IHDPC, pour le Rwanda interviendra lors de la conférence (16/11) et abordera la question de l'intégration des services et des soins dans le cadre de la PTME comme composante intégrale des services de santé maternelle, néonatale et infantile (à confirmer).*

## EN AFRIQUE DE L'OUEST ET DU CENTRE

### Bénin

Le Bénin est un pays à épidémie généralisée à faible prévalence. Celle-ci était estimée en 2009 à 1,2 %. Depuis 2002, la tendance est à la stabilisation. La situation des femmes et des enfants reste toutefois préoccupante. En effet, ils représentent la très grande majorité des personnes vivant avec le VIH dans le pays.

Le Bénin a adopté très tôt, en comparaison à d'autres pays de la région, une stratégie nationale intégrée pour la survie de l'enfant qui concilie les services de consultation prénatale, de PTME et de sida pédiatrique, afin d'enrayer la mortalité maternelle et infantile. Les progrès significatifs de la PTME et des soins pédiatriques ont permis d'étendre la

couverture, le dépistage pour les femmes enceintes et les investissements pour mettre les enfants séropositifs sous traitement ARV.

Un des points forts de ce pays est de proposer des tests de dépistage pour les femmes enceintes au niveau des centres de santé primaire et des consultations prénatales. Cette base a en effet permis d'étendre les services de PTME dans le pays et plus de 60 % des centres de consultation prénatale et des maternités proposent ces services. En 2010, plus de 50 % des mères séropositives et leurs bébés bénéficient d'un régime plus efficace pour la PTME.

Néanmoins, la fragilité institutionnelle et un système de santé peu performant restent des points bloquants pour que la réponse au VIH/sida pour les femmes et les enfants puisse passer à une échelle supérieure.

*La ministre de la santé du Bénin, Madame Dorothee Akoko Kindé Gazard interviendra lors de la conférence (17/11) et abordera la question de la diversification des ressources financières pour l'ETME au Bénin (à confirmer).*

## Cameroun

Le Cameroun est un pays à épidémie généralisée à forte prévalence : 5,3 % de prévalence nationale (2009) dans un pays qui compte 19,6 millions d'habitants.

L'engagement politique dans la lutte contre le sida s'est accru cette dernière décennie (création des 18 premiers Centres de traitement ambulatoire en 2001). Des actions fortes se sont concrétisées (gratuité des ARV, examens biologiques, bilan pré-thérapeutique, inscription dans le budget de l'Etat du financement de la lutte, plan stratégique national 2011-2015). L'engagement institutionnel du Cameroun porte aujourd'hui notamment sur un ambitieux programme sanitaire sur la décentralisation de la prise en charge sur le territoire national (10 régions).

La couverture pour le suivi prénatal et le dépistage est très élevée au Cameroun (82 % et 79 % respectivement). Cependant, seulement 41 % des femmes ont bénéficié d'un dépistage du VIH au cours de leurs consultations prénatales en 2009. La couverture ARV pour la PTME reste basse, seul un quart des femmes et des enfants concernés en bénéficient.

Les groupes de soutien pour les femmes enceintes séropositives se développent dans les communautés et permettent de combattre la stigmatisation et d'accéder aux traitements. L'initiative « Avec les Hommes » vise à encourager la participation des hommes dans les programmes de PTME, pour soutenir les femmes et étendre les services de lutte contre le VIH/sida.

Des résultats positifs pour la PTME et le VIH pédiatrique ont été atteints grâce aux ressources disponibles et aux efforts concertés de beaucoup de

partenaires clés, travaillant dans le cadre du plan national de passage à l'échelle. Cependant, des efforts supplémentaires seront nécessaires pour que le Cameroun atteigne ses objectifs pour la PTME d'ici à 2015.

*Anne-Cécile Zoung-Kanyi Bissek, Sous-Directeur de la lutte contre le VIH-IST pour le Ministère de la santé au Cameroun interviendra lors de la conférence (16/11) et abordera les questions de la délégation et du partage des tâches dans le contexte de ressources humaines limitées pour assurer la PTME au Cameroun (à confirmer).*

## Côte d'Ivoire

En 2009, le taux de prévalence au VIH chez les femmes enceintes était de 4,5 %, plus élevé que celui de la population adulte totale (3,4 %). La mortalité maternelle est également élevée en Côte d'Ivoire, en partie, en raison des grossesses précoces (53 % des filles ont déjà eu un enfant à 19 ans), du peu de surveillance pré et post natale et du faible nombre de naissances assistées puisque 55 % des femmes accouchent chez elles.

On observe une augmentation considérable du taux de dépistage des femmes enceintes depuis 2005 (de 6 % en 2005 à 47 % en 2009). Cette augmentation est liée en partie, à la disponibilité des tests de dépistage : 50 % des centres de consultations prénatales offraient des services de dépistage en 2008.

Les progrès dans la couverture des ARV pour les mères (54 %) distancent la couverture ARV pour les nourrissons exposés au VIH (33 %) en 2009.

En 2010, tout indiquait que la Côte d'Ivoire serait en mesure d'atteindre son objectif pour les femmes enceintes bénéficiant d'un traitement ARV. Cependant, la crise qui a ravagé la région en 2011 pourrait changer la tendance. La réponse au VIH/sida repose en grande partie sur les financements des principaux bailleurs (PEPFAR, Fonds mondial et agences onusiennes) en raison de la faible capacité de financement du gouvernement, dont les priorités de développement sont nombreuses.

*La ministre de la Santé et de la lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire, Madame Thérèse N'dri-Yoman interviendra (17/11) lors de la clôture de la conférence (à confirmer).*



Cette mère séropositive apprend la séronégativité de son fils de 18 mois. © UNICEF/Nesbitt

## 4 | Les défis

### Deux pays poids lourds

Deux pays de la région présentent un nombre important des personnes vivant avec le VIH : le Nigéria et la République démocratique du Congo. Ces deux pays rassemblent plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH/sida dans la région. Ils doivent faire face à des défis majeurs en ce qui concerne la coordination au niveau national et leur capacité à accélérer la réponse face au VIH.

Le Nigéria paie le plus lourd tribut au VIH parmi les femmes et les enfants. Depuis 2000, la prévalence parmi les adultes s'est stabilisée à 4 % et elle atteint 4,6 % parmi les femmes enceintes.

Le dépistage parmi les femmes enceintes est en légère augmentation mais reste très bas : seulement 13 % d'entre elles ont été dépistées en 2009. Elles ont par ailleurs peu accès aux traitements : 22 % des femmes enceintes séropositives ont reçu un traitement ARV en 2009. On observe le même constat parmi les enfants, bien qu'ils aient bénéficié d'une amélioration dans l'accès aux ARV prophylactiques, seuls 8 % des enfants exposés au virus ont reçu un traitement en 2009.

Peu de personnel qualifié, une résistance face à la délégation et le partage des tâches, le manque d'espace dans les cliniques, la faible disponibilité des tests de dépistage : les problèmes sont multiples et nécessitent un effort majeur pour améliorer la situation de ce pays.

Fin 2010, la République démocratique du Congo n'était pas en mesure d'atteindre ses objectifs nationaux pour la PTME. Si les niveaux de l'épidémie

chez les adultes sont stables, ils sont éclipsés par le niveau élevé chez les femmes enceintes (4,3 %). Les taux de prévalence chez les femmes qui ont subi des violences sexuelles dans les zones de conflit armé sont plus élevés que pour les femmes dans la population générale (25,6 % contre 1,8 %).

Pour le moment, la PTME en RDC est menée essentiellement dans les dispensaires avec très peu de continuum des services communautaires de base. Elle est implantée avec peu d'intégration verticale dans les interventions prénatales et pédiatriques. Elle souffre d'un manque d'outils adaptés pour suivre les résultats et d'une faible coordination des interventions.

En 2009, le taux de femmes enceintes dépistées était de 9 %. Ce faible taux de dépistage est proportionnel à la capacité des services de soins : seulement 8 % des centres de consultations prénatales offraient la possibilité d'effectuer des dépistages. Par ailleurs, la plupart des femmes enceintes vivant avec le VIH ne bénéficiaient pas d'un traitement ARV pour la PTME, pas plus que leur enfant (6 % respectivement). Les données indiquent que pour la plupart des traitements administrés, il s'agit d'une dose unique de Névirapine.

### Manque de ressources

Le VIH/sida pose des problèmes considérables en raison de la morbidité et la mortalité. La pandémie grève les ressources, augmente les dépenses de santé du budget national, limite les investissements dans d'autres domaines comme l'infrastructure et

l'éducation et nuit à la croissance économique. Ce fléau fragilise tous les efforts entrepris qui pourraient faire sortir les populations de la pauvreté.

On estime à environ 5 milliards de dollars l'investissement nécessaire entre 2011 et 2015 pour éliminer les nouvelles infections chez les jeunes enfants dans 22 pays sévèrement touchés. Les besoins annuels varient de 800 millions en 2011 à 1,2 milliard en 2015. En dépit de la gravité de la situation, peu de ressources sont allouées à l'Afrique de l'Ouest et du Centre pour lutter contre le VIH/sida. Cette tendance doit être renversée au plus vite pour atteindre les objectifs d'accès universel.

*« D'abord et avant tout, il faut que les gouvernements africains s'engagent systématiquement à inclure dans leurs budgets de santé publique des fonds consacrés à la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant. Seuls 5 des 53 pays africains ont tenu les promesses faites lors de la Déclaration d'Abuja, par laquelle ils s'engageaient à allouer au moins 15 % de leur budget annuel aux soins de santé. Et ils sont très peu nombreux à consacrer des fonds au VIH et au sida pédiatriques. »*  
Desmond Tutu & Anthony Lake

## Genre et stigmatisation

Le statut des femmes, les rôles qui leur sont assignés dans la société, ainsi que des facteurs biologiques et anatomiques, mais aussi comportementaux et socio-économiques ont un impact sur la vulnérabilité des

femmes face à la contamination du VIH, sur l'accès et l'utilisation de préservatifs et de contraceptifs ainsi que sur leur accès aux services de santé et de santé maternelle.

La peur de l'ostracisme et du rejet, qui sont souvent une réalité, fait que les femmes tardent à dévoiler leur séropositivité, perdant ainsi du temps et le bénéfice du traitement.

Du fait de leur statut social et de leur manque de pouvoir économique, les femmes n'ont pas l'autonomie nécessaire pour prendre les décisions qui concernent leur vie sexuelle et reproductive et ont moins accès que les hommes aux ressources diagnostiques ainsi qu'aux services de santé et de santé materno-infantile, même si une fois diagnostiquée, elles bénéficient d'un meilleur suivi du traitement.

Ainsi, les politiques d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, de planification familiale et de prévention du VIH ne peuvent faire l'économie de la prise en compte du statut des femmes et des inégalités de genre afin de s'assurer que les filles et les femmes ont véritablement accès aux services de prévention et de soins materno-infantile et ne sont pas entravées par des facteurs socioculturels et de genre. Dans ce cadre, l'association des hommes aux programmes de PTME est essentielle, si bien que certains programmes parlent de l'élimination du virus des parents à l'enfant et non plus de la mère à l'enfant.



Test de dépistage lors d'une consultation prénatale en Côte d'Ivoire. © UNICEF/Asselin



Une mère séropositive participant au programme de PTME lors d'une consultation postnatale. © UNICEF/Nesbitt

## 5 | Les solutions

### Mobilisation des bailleurs

Investir dans la PTME a du sens : Éliminer la TME d'ici à 2015 est essentiel et représente une intervention efficace pour améliorer la santé et la survie maternelle et infantile. Les nourrissons qui naissent séronégatifs au VIH ne nécessitent pas de soins coûteux ultérieurs. De même, les mères qui bénéficient d'une thérapie antirétrovirale ont plus de chance de rester en bonne santé et donc de pouvoir subvenir aux besoins de leurs familles. Si elles meurent, la société tout entière doit endosser une plus grande responsabilité pour prendre soin des orphelins et leur venir en aide.

Les principaux bailleurs, en partenariat avec les gouvernements, l'UNICEF et d'autres agences des Nations unies ainsi que des organisations de la société civile ont réussi à exercer un impact considérable pour améliorer la situation de l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Le Fonds Mondial, l'ONUSIDA et ses partenaires, le PEPFAR (United States President Emergency Plan for AIDS Relief), la Fondation Bill et Melinda Gates, la Fondation Clinton et d'autres partenaires multilatéraux comme Unitaid fournissent des ressources importantes pour financer des initiatives pour combattre le VIH/sida.

### Volonté politique

Dans sa déclaration politique de juin 2011, l'Assemblée générale des Nations unies et ses états membres se sont engagés à « redoubler d'efforts pour assurer d'ici à 2015 l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière

*de VIH, une étape essentielle de l'élimination de l'épidémie mondiale du VIH, en vue de réaliser le 6<sup>e</sup> Objectif du Millénaire pour le Développement* ». « Nous nous engageons à faire tout notre possible pour éradiquer d'ici à 2015 la transmission du VIH de la mère à l'enfant et réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida ».

Au niveau mondial et par grandes régions il faut continuer à exhorter les gouvernements nationaux, les gouvernements donateurs, les institutions financières et les fondations à fournir les ressources nécessaires à l'élimination de la TME. Appeler les leaders politiques, en particulier dans les pays où les résultats sont insuffisants, à appuyer les politiques, les stratégies programmatiques, les structures d'encadrement et les ressources nécessaires.

### Partenariats

L'une des clefs du succès de la réponse face au VIH/sida doit passer par l'établissement de partenariats capables de mobiliser les ressources nécessaires.

Pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, le groupe de travail régional inter-agences sur les enfants affectés par le VIH (RIATT/CABA-WCA) rassemble des acteurs essentiels aux niveaux de la région et des pays<sup>6</sup>. Les membres du RIATT s'engagent à créer

<sup>6</sup> Plan International, USAID, AWARE/HIV-AIDS, Save the Children, Fédération internationale de la Croix-Rouge, PAM, Onusida, World Vision, AfriCASO, Réseau régional des personnes vivant avec le VIH/sida (RAP+), Réseaux des leaders religieux (SCEAM) PEPFAR (Nigeria), PEPFAR (Côte d'Ivoire) et AIDS Alliance International



Une mère séropositive ayant suivi un programme de PTME entourée de ses enfants séronégatifs. © UNICEF/Nesbitt

et à mettre en place des approches basées sur le genre et les droits pour une réponse durable et efficace en faveur des enfants affectés par le VIH/sida et tous les autres enfants vulnérables. Dans beaucoup de pays de la région, des partenariats stratégiques permettent d'atteindre des résultats pour les enfants, par exemple en RDC, un partenariat avec les partenaires sur le terrain du gouvernement des Etats-Unis pour soutenir les programmes de PTME et de traitements pédiatriques. Un partenariat très positif avec Unitaid permet de fournir du matériel pour la PTME et le sida pédiatrique au Cameroun, au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, en République Centrafricaine et au Nigéria.

## Mobilisation communautaire

Les avancées dans la lutte contre le sida, plus que pour toute autre pathologie, ont reposé en grande partie sur les «mobilisations communautaires»: les associations de personnes «infectées et affectées» et les organisations non-gouvernementales ont joué un rôle essentiel en complétant l'intervention sanitaire pour l'adapter aux conditions locales, en prenant en charge la continuité des soins «globaux», et en gérant les aspects psychologiques et sociaux de la prévention et du soin. C'est particulièrement le cas pour la PTME. La prise des antirétroviraux n'arrive qu'en bout de chaîne du dispositif, alors que les intervenants associatifs sont en première ligne pour assurer l'information des femmes, pour obtenir leur adhésion, et pour éviter qu'elles soient «perdues de vue» à une des étapes du processus désormais étalé sur plus d'un an. Il est indispensable que les organisations à base communautaire puissent continuer à jouer ce triple rôle: informer et rendre les interventions liées à la PTME accessibles et

acceptables localement, les insérer dans des itinéraires individuels et familiaux marqués par le VIH et souvent par l'exclusion, et transmettre les inquiétudes et les propositions des femmes qu'elles représentent afin d'améliorer les programmes. Ceci impose d'accorder une attention particulière aux changements introduits par la stratégie d'ETME pour les organisations à base communautaire et exige que leur rôle unique soit pleinement reconnu.

## Recherche

L'objectif d'ETME en Afrique impose la mise en place d'une approche globale de prévention. Celle-ci est basée en partie sur la prescription des médicaments ARV. Les deux stratégies d'utilisation de combinaisons ARV préconisées par l'OMS en 2010 pour les femmes enceintes et allaitantes ainsi que leurs nouveau-nés (stratégie A privilégiant l'utilisation des ARV chez l'enfant exposé et stratégie B favorisant l'utilisation des ARV chez les femmes allaitantes) sont d'efficacité *a priori* équivalente. Les pays doivent choisir la stratégie la plus adaptée à leur contexte et s'assurer qu'au minimum 80 % de la population cible est couverte.

On doit envisager aujourd'hui quatre grandes priorités de recherche pour soutenir et faciliter ces programmes d'ETME.

## Identifier et expérimenter sur le terrain les approches combinées

qui permettront d'atteindre rapidement cette couverture élevée d'utilisation des ARV à administrer pendant 12 à 18 mois en moyenne à chaque couple mère-enfant. Comment faire en sorte que de moins en moins de femmes VIH+ soient dépistées tardivement et/ou



Agness, séropositive et son fils, Lackson, âgé de 23 mois et séronégatif. © UNICEF/Nesbitt

ne fréquentent pas les consultations prénatales? Comment mobiliser les communautés, les femmes enceintes elles-mêmes, leurs partenaires, leurs familles ainsi que les professionnels de santé sur cette question du retard aux soins et au dépistage de la mère et de l'enfant? Comment rendre les infrastructures de santé et leur organisation plus adaptées à recevoir toutes ces femmes enceintes et allaitantes qui, si elles ne se font pas dépister pour l'infection à VIH, sont autant d'opportunités manquées pour l'ETME. La mise en œuvre de cette recherche-action est urgente pour faciliter le passage à échelle avec les solutions les plus adaptées au terrain, et présentant les meilleurs rapports coût-efficacité et coût-bénéfice.

**Intégrer des systèmes de recueil pharmaco-épidémiologique aux programmes d'ETME** car ceux-ci vont induire une utilisation à très large échelle de molécules antirétrovirales nécessitant des données sur leur tolérance et les effets secondaires rares, même si ceux-ci ont très peu de chances de modifier le rapport bénéfice-risque de l'ETME.

**Certains pays envisagent déjà une stratégie B+** où la PTME par les combinaisons d'ARV débutant pendant la grossesse est la porte d'entrée au traitement universel, indiscriminé et indéfini de toute femme VIH+. Cette approche nécessite une évaluation rigoureuse tant épidémiologique que de santé publique car elle n'est pas encore validée par des données.

**Pendant que les programmes d'ETME se mettent en place rapidement et à grande échelle, la recherche biomédicale doit continuer.**

Cette recherche clinique permettra d'une part, de préciser les avantages et inconvénients respectifs de la stratégie A et de la stratégie B de l'OMS. Elle permettra d'autre part, d'évaluer si des nouvelles combinaisons d'ARV de deuxième et troisième génération améliorent ou pas la performance des stratégies A et B.

Il faut noter que la poursuite de cette dernière priorité est aujourd'hui remise en cause par de nouvelles contraintes imposées aux organismes de recherche. Ainsi l'ANRS s'est vue refuser en 2011 la couverture assurantielle d'un nouvel essai clinique sur l'ETME en Afrique dont elle souhaitait assurer la promotion. Pour l'Anrs, c'est la première fois que des acteurs extérieurs au monde de la recherche (en l'occurrence des compagnies d'assurance) décident du niveau de risque acceptable pour cette recherche qui porte sur la femme enceinte et son nouveau-né et qui pourrait apporter des solutions de santé publique pour le futur.

**Pr François Dabis / Université Bordeaux Segalen et INSERMU897, Bordeaux**  
*Président de l'Action Coordonnée n°12 (Recherche dans les Pays du Sud) de l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales (ANRS), Paris*

## 6 | Les partenaires de la conférence

### AFD

*L'Agence française de développement et la lutte contre le VIH/sida dans les pays en développement.*

La France a choisi d'investir massivement dans la santé internationale au travers de canaux multilatéraux et notamment du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. L'aide bilatérale se doit d'être complémentaire et synergique en faisant jouer les effets de levier. Ainsi, l'Agence française de développement, pilier de la coopération française, met l'accent sur le renforcement des systèmes de santé et l'intégration des services de lutte contre le VIH/sida dans les services de santé sexuelle et reproductive et de santé materno-infantile. L'Agence appuie les politiques publiques et aide les pays à mettre en œuvre les financements rendus disponibles via les fonds multilatéraux à travers le soutien à des projets innovants et expérimentaux (FISONG) et en développant des partenariats et des cofinancements avec les fondations, les entreprises et les ONG.

Pour cela, l'AFD, présente sur le terrain à travers son réseau d'agences, intervient dans 3 domaines :

- soutien aux initiatives mondiales dans la lutte contre les maladies transmissibles et émergentes,
- renforcement des capacités locales, en accord avec les politiques nationales, permettant une meilleure mise en œuvre des fonds multilatéraux,
- coopération avec les acteurs de santé globale et les partenaires locaux privés et publics.

Le montant total des subventions octroyées en matière de lutte contre le VIH/sida au cours des dix dernières années s'élève à près de 48,5 M€.

### ANRS

L'ANRS est l'agence française de recherches sur le VIH/sida et les hépatites virales. Elle a pour objectif d'acquérir de nouvelles connaissances afin d'aider, au Nord comme au Sud, à améliorer la prévention de ces infections et la prise en charge des personnes atteintes. L'ANRS fédère, autour de grandes priorités scientifiques, des chercheurs de toutes les disciplines (recherches fondamentale, clinique, en santé publique, sur le vaccin...) et des médecins appartenant

aux organismes de recherche français (Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Centre national de la recherche scientifique (Cnrs), Institut Pasteur, Institut de recherche pour le développement (Ird), universités) et aux hôpitaux. L'agence réunit, dans des « Sites ANRS », chercheurs du Nord et du Sud autour de projets de recherche qui s'inscrivent dans les priorités de santé des pays en développement.

Le budget annuel de l'Agence, environ 50 millions d'euros, lui est attribué par les ministères français en charge de la recherche, des affaires étrangères et de la santé.

Depuis sa création, l'ANRS a financé plus de 15 projets de recherche autour de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans 11 pays en développement (essais thérapeutiques, études de sciences humaines et sociales...).

Cet engagement a permis de faire aboutir plusieurs essais thérapeutiques dont les résultats et les équipes ont contribué au niveau international à la réflexion et à la rédaction des recommandations éditées par l'OMS dans ce domaine.

### ESTHER

Le Groupement d'Intérêt Public ESTHER est une agence gouvernementale de coopération en santé, dédiée au renforcement des capacités de la prise en charge du VIH/sida dans les pays à ressources limitées. ESTHER développe des jumelages hospitaliers et des partenariats avec les organisations de la société civile. L'ETME est une de ses priorités. Pour ce faire, ESTHER soutient l'approche qui vise à intégrer la PTME à la santé maternelle, néonatale et infantile. En 2010, 12 000 femmes ont bénéficié d'une PTME dans le cadre des programmes ESTHER, qui ont par ailleurs permis un renforcement des capacités dans 35 maternités de référence de 12 pays partenaires. Le renforcement des laboratoires pour améliorer le dépistage des femmes enceintes et le dépistage précoce des nourrissons dans la région Afrique de l'Ouest et du Centre (88 laboratoires soutenus en 2010), ainsi que la formation de professionnels de santé d'horizons variés, constituent également des actions d'ESTHER visant à l'ETME.

## INSTITUT PASTEUR

L'Institut Pasteur est impliqué depuis plus de 20 ans dans des projets sur la Prévention de la transmission mère-enfant du VIH-1. Ces travaux ont été développés autour de plusieurs axes de recherches fondamentales et opérationnelles : la compréhension des mécanismes impliqués dans le contrôle naturel de la transmission ; la mise en place d'outils de diagnostic et de monitoring virologique ; des études pilotes et des essais cliniques de PTME ; le suivi des enfants infectés et leur prise en charge thérapeutique associés à des études immunologiques, la recherche d'un vaccin pédiatrique anti-VIH.

Centre de recherche biomédicale, l'Institut Pasteur est une fondation privée reconnue d'utilité publique. Parallèlement aux recherches menées sur le sida, ses travaux sont consacrés à l'étude du fonctionnement du vivant, des maladies infectieuses, génétiques, neuro-dégénératives ou de certains cancers. L'Institut Pasteur est au cœur d'un réseau international qui regroupe 32 instituts sur les cinq continents.

## MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES ET EUROPÉENNES

Chaque année, la France investit près de 12% de son aide publique au développement en faveur de la santé, principalement dans les pays d'Afrique subsaharienne francophone.

Le renforcement des systèmes de santé, la prévention et le traitement du VIH-sida et l'amélioration de la santé maternelle et infantile sont les champs prioritaires de l'intervention française. La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, situé au carrefour de ces deux priorités, a mobilisé très tôt les acteurs français qui ont été à la pointe de la recherche puis de la mise en œuvre de programmes pilotes (ANRS, FSTI).

Aujourd'hui le ministère des Affaires étrangères et européennes (MAEE), premier contributeur à UNITAID et deuxième contributeur au Fond mondial de lutte contre le sida la tuberculose et le paludisme, appuie la mobilisation en faveur du développement accéléré de programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Le MAEE est également partie prenante du groupe de travail initié par ONUSIDA et les USA ayant conduit au Plan mondial pour l'élimination des nouvelles infections et pour garder les mères en vie ».

De plus, lors du dernier G8 de Muskoka de 2010, la France (MAEE et Agence française de développement)

s'est engagée à consacrer 500 millions d'euros supplémentaires au financement de la lutte contre la mortalité maternelle et infantile d'ici 2015, prioritairement dans 16 pays d'Afrique subsaharienne, l'Afghanistan et Haïti. Des programmes sont en cours de démarrage avec l'AFD et plusieurs agences des Nations unies telles que l'UNICEF, ONUFEMMES, le Fonds des Nations unies pour la Population, et l'Organisation mondiale de la Santé ; l'ETME est un de leurs axes d'intervention privilégié. La contribution d'ONUSIDA et des autres partenaires sera particulièrement utile au niveau local pour assurer la bonne intégration des politiques de lutte contre le VIH/sida avec les programmes de santé de la mère et de l'enfant, condition essentielle pour le succès de l'ETME. La France sera en outre particulièrement attentive à ce que ces programmes prennent en compte les obstacles liés aux inégalités de genre, tant du point de vue du droit des femmes que de leurs capacités à contribuer à la définition et à la mise en œuvre de ces programmes qui les concernent au premier chef.

## ONUSIDA

L'ONUSIDA est un partenariat innovant des Nations unies qui guide et mobilise le monde en vue de mettre en place un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH. En tant que programme des Nations unies, l'Onusida se concentre sur a) le leadership et le plaidoyer politique, b) la coordination, la cohérence et les partenariats et c) la responsabilité mutuelle des coparrainants.

L'Onusida travaille à fournir une réponse adaptée pour la PTME, avec l'objectif d'éliminer la transmission verticale du VIH et réduire de moitié la mortalité maternelle liée au sida.

Dans le cadre de sa stratégie *Objectif : zéro*, pour 2011-2015, l'Onusida met en place plusieurs axes de travail en partenariat avec l'OMS et l'UNICEF. Le plan mondial pour *l'élimination des nouvelles infections au VIH chez les enfants d'ici 2015 et la réduction des décès maternels* est la base d'un mouvement national pour éliminer le sida pédiatrique. Il combine prévention, traitement, soins et soutien centrés sur la famille. Le plan priorise 22 pays avec un taux élevé de transmission verticale et s'appuie sur le plaidoyer et le leadership, et soutient la stratégie pour aider les autorités au niveau national dans sa mise en place et la mobilisation des ressources.

L'Onusida travaille également à produire et à faciliter une information de pointe pour guider les programmes de PTME. Cela fait partie du développement

d'outils pouvant être utilisés pour permettre les pays de développer des plans de PTME chiffrés dans le cadre de l'élan vers l'élimination des nouvelles infections chez les enfants.

## UNICEF

Avec ses partenaires, l'UNICEF est à l'œuvre pour éliminer toutes les nouvelles infections infantiles par le VIH d'ici à 2015 et pour préserver la vie des mères. Cet axe est prioritaire en matière d'avancées pour la santé maternelle, néonatale et pédiatrique et vise à parvenir à une génération sans sida.

Depuis 2005, l'UNICEF met l'enfant au centre de ses priorités dans ses actions contre le VIH au niveau mondial. Il associe les efforts de ses programmes d'intervention contre le VIH et le sida aux objectifs plus larges des États membres des Nations unies et agit en tant que défenseur principal de la cause des enfants affectés par le virus. Des progrès considérables ont été réalisés au cours des cinq dernières années, mais des millions d'enfants et de jeunes gens continuent à passer entre les mailles du filet.

L'UNICEF mobilise ses partenaires dans le partage des responsabilités et l'implication de chacun dans le calendrier de l'élimination de la TME. L'UNICEF a d'ores et déjà levé des fonds pour la PTME auprès de ses principaux donateurs : le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le Programme d'urgence du Président des États-Unis pour lutter contre le sida (PEPFAR), l'Agence canadienne de développement international (ACDI) et UNITAID. Pour cela, il a fallu :

- 1- réunir les principales parties prenantes,
- 2- acquérir et partager les connaissances sur les programmes et les politiques,
- 3- établir les normes pour régir l'action collective,
- 4- faciliter la cohérence et les liens entre l'action aux niveaux national, régional et international,
- 5- s'attaquer au problème du manque de ressources.

Depuis 2005, l'UNICEF France est un acteur clé de la campagne «Unissons-nous pour les enfants, contre le sida», en finançant à hauteur de plus de 16 millions d'euros, 31 programmes de lutte contre le sida pédiatrique, principalement en Afrique subsaharienne. L'UNICEF France mène également des actions de plaidoyer, d'information et de communication auprès des pouvoirs publics, des médias, des scolaires et du grand public.

## UNITAID

UNITAID a financé des projets pour améliorer l'accès à la PTME à hauteur de 104,5 millions de dollars dans 17 pays aux besoins importants.

Les efforts d'UNITAID pour la PTME, en partenariat avec l'OMS et l'UNICEF, visent à :

- Accroître l'accès aux tests du VIH et proposer des conseils dans les services prénataux de maternité et lors des soins postpartum ;
- réduire la proportion d'enfants nés avec le VIH en procurant de meilleurs schémas d'ARV aux femmes et à leurs nouveau-nés ;
- garantir le dépistage des nourrissons séropositifs et leur traitement à un stade précoce ;
- fournir des traitements prophylactiques pour prévenir les infections opportunistes chez les femmes séropositives et leurs nourrissons ;
- accroître l'accès aux ART pour les mères séropositives ;
- garantir une offre continue de médicaments, tests diagnostiques et produits connexes appropriés de haute qualité tout en réduisant les prix.

Principaux résultats à ce jour :

- plus de 8 millions de tests de dépistage rapide pour les femmes enceintes ont été distribués.
- 850 000 de femmes enceintes vivant avec le VIH ont reçu des ARV prophylactiques selon les normes de l'OMS.
- 62 000 nourrissons de mères vivant avec le VIH ont fait l'objet d'un test de dépistage précoce du VIH.
- environ 200 000 mères vivant avec le VIH et leurs enfants ont reçu du cotrimoxazole pour prévenir les infections opportunistes et des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE) pour combattre la malnutrition ou la sous-nutrition et garantir ainsi l'efficacité des traitements antirétroviraux.
- environ 60 000 femmes enceintes vivant avec le VIH ont reçu des ART/CDF pour leur santé.
- les prix de plusieurs produits liés à la PTME ont été réduits, et notamment les suivants : tests de dépistage (jusqu'à 21 % de réduction), ARV (jusqu'à 25 % de réduction), cotrimoxazole (jusqu'à 28 % de réduction).