



FACTEURS ESSENTIELS POUR LA PROGRAMMATION ET POUR LA DÉFINITION DES PRIORITÉS
**DERNIÈRE LIGNE DROITE VERS L'ÉLIMINATION DE LA
TRANSMISSION DU VIH DE LA MÈRE À L'ENFANT :**
feuille de route pour l'éradication de l'épidémie de VIH chez les enfants

Remerciements

Le présent document a été conçu par le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) en collaboration avec plusieurs partenaires, notamment le groupe de travail Start Free, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il a par ailleurs été validé par les ministères de la santé du Botswana, du Malawi, de l'Ouganda, des Seychelles, de la Zambie et du Zimbabwe. Benjamin Chi, responsable technique, a dirigé la préparation du document en collaboration avec Lynne Mofenson. Chewe Luo, Shaffiq Essajee et Dorothy Mbori-Ngacha ont assuré une supervision générale.

Nous remercions particulièrement les personnes suivantes, qui ont apporté leur précieuse contribution au processus d'élaboration en fournissant des informations techniques essentielles et en révisant les différentes versions préliminaires du présent document :

Jennifer Albertini, Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) ; Catherine Bilger, ONUSIDA ; Emily Christie, ONUSIDA ; Jennifer Cohn, Fondation Elizabeth Glaser pour la lutte contre le sida pédiatrique (EGPAF) ; Allison Drake, université de Washington ; Echezona Ezeanolue, consultant indépendant ; Nicholas Gaffga, Centres pour le contrôle et la prévention des maladies aux États-Unis (CDC) ; Laura Guay, EGPAF ; Laurie Gulaid, UNICEF ; Michael Herce, université de Caroline du Nord ; Gottfried Hirnschall, OMS ; Mina Hosseinipour, université de Caroline du Nord ; Grace John-Stewart, université de Washington ; John Kinuthia, Kenyatta National Hospital ; Catherine Langevin-Falcon, UNICEF ; Maia Lesosky, université du Cap ; Chibwe Lwamba, UNICEF ; Mary Mahy, ONUSIDA ; Christine McGrath, université de Washington ; Surbhi Modi, CDC ; Michele Montandon, CDC ; Landon Myer, université du Cap ; Morkor Newman, OMS ; Elijah Paintsil, université Yale ; Martina Penazzato, OMS ; Jillian Pintye, université de Washington ; Thanyawee Puthanakit, HIV Netherlands-Australia-Thailand Research Collaboration (HIVNAT) ; Alasdair Reid, ONUSIDA ; Jessica Rodrigues, AVAC ; Muhammad Saleem, ONUSIDA ; Nadia Sam-Agudu, université du Maryland ; Landry Tsague, UNICEF ; Fatima Tsiouris, université Columbia ; et Dalila Zachary, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

Le présent document s'appuie sur le concept élaboré par John Stover dans le cadre du système de modélisation Spectrum, qui vise à estimer la transmission du VIH de la mère à l'enfant à l'échelle nationale.

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance
Février 2020

Pour citer ce document : UNICEF, ONUSIDA et OMS,
Facteurs essentiels pour la programmation et pour la définition des priorités – Dernière ligne droite vers l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : feuille de route pour l'éradication de l'épidémie de VIH chez les enfants, UNICEF, New York, 2020.

Page de couverture : Eba Ndong et sa fille Carla au centre de soins postnatals de l'Ebolowa Regional Hospital, au Cameroun.

© UNICEF/UN0251777/Scherbrucker

Table des matières

Aperçu.....	2
Contexte.....	3
Portée, approche et principes directeurs.....	5
Première partie : Cadre	7
ÉTAPE 1 Mise en place d'un processus consultatif.....	8
ÉTAPE 2 Bilan des progrès réalisés et des lacunes qui restent à combler en matière de PTME.....	9
ÉTAPE 3 Planification et définition des priorités.....	12
ÉTAPE 4 Mise en œuvre, suivi et évaluation de la PTME.....	17
Deuxième partie : Données probantes	21
Conclusion.....	27
Notes de fin.....	27
Statistiques.....	32

Acronymes et abréviations

CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Centres de contrôle et de prévention des maladies, aux États-Unis)
ETME	élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
IC	intervalle de confiance
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PEPFAR	Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida
PrEP	prophylaxie préexposition au VIH
PTME	prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
RC	rapport des cotes
RR	risque relatif
TAR	traitement antirétroviral



Alinafe, 9 mois, dans les bras de sa mère, dans le village de Nkhuloawe, au Malawi. Son test de dépistage du VIH s'est révélé négatif grâce à la PTME.

© UNICEF/JUN12018/77/Scherbrucker

Aperçu

En moins de 20 ans, les efforts de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) ont transformé l'épidémie de VIH pédiatrique à travers le monde. Le nombre de nouvelles infections chez les enfants par transmission verticale est passé de plus de 400 000 en 2000 à 160 000 en 2018. Cet exploit remarquable est le fruit d'une volonté politique, d'investissements financiers et de la mise en œuvre de programmes dans des contextes très divers.

Malgré ces premiers résultats impressionnants, le rythme de la réalisation des objectifs mondiaux en matière d'éradication du sida a ensuite ralenti. Le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'échelle mondiale, estimé à 160 000 en 2018, est quatre fois supérieur à l'objectif de 40 000 établi par l'initiative *Start Free, Stay Free, AIDS Free*. Ces chiffres concordent avec la stagnation estimée de la couverture mondiale des traitements antirétroviraux (TAR) chez les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH, qui selon les estimations ne serait passée que de 80 % à 82 % entre 2015 et 2018¹, un résultat nettement inférieur aux cibles « 95-95-95 » établies en matière de dépistage, de traitement et de suppression de la charge virale chez les femmes, les enfants et les adolescents vivant avec le

VIH. Compte tenu de la trajectoire actuelle, il est de plus en plus à craindre que les progrès relatifs à l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (ETME) soient au point mort et que l'objectif fixé pour l'année 2020 (moins de 20 000 nouveaux enfants infectés) ne soit pas être atteint.

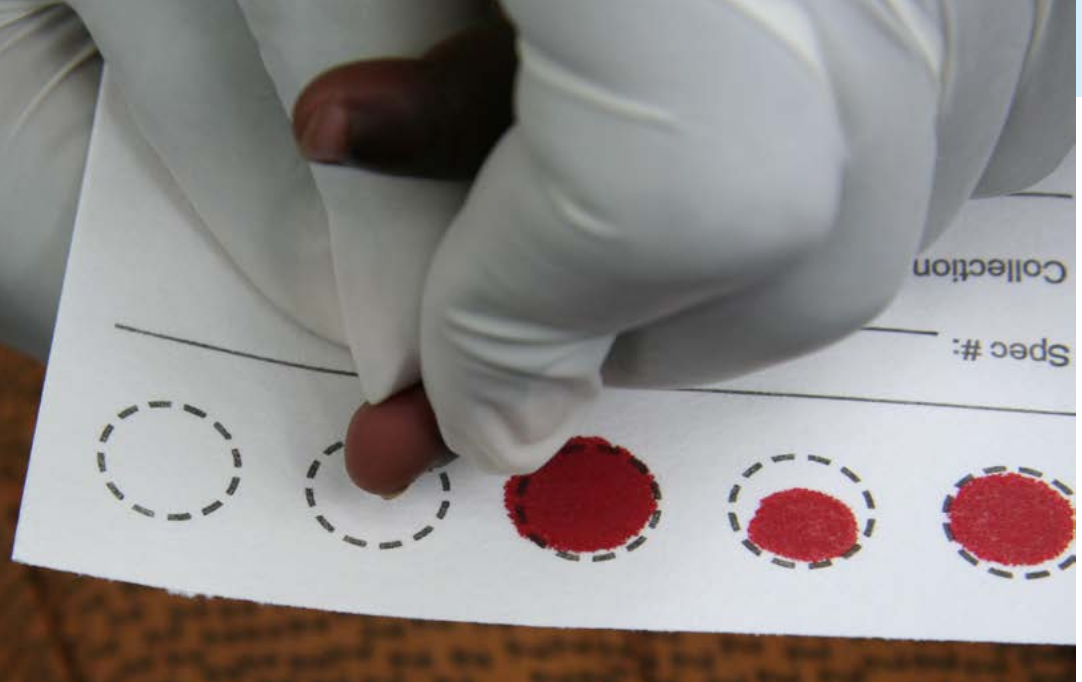
La présente publication propose une approche structurée et coordonnée visant à réduire drastiquement le nombre de nouvelles infections à VIH chez les nourrissons à l'échelle nationale. Cette approche axée sur les données entend repérer les lacunes programmatiques en matière de PTME, puis, grâce à la consultation des principales parties prenantes, planifier et hiérarchiser de nouvelles stratégies afin de combler lesdites lacunes. Pour ce faire, l'approche comprend quatre grandes étapes, chacune intégrant différentes activités (*voir le tableau 1*).

L'objectif du présent document consiste à proposer les lignes directrices d'une action coordonnée permettant aux programmes nationaux de répondre aux priorités locales, de façon à éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant d'une manière qui soit efficace, axée sur les personnes, efficiente et ciblée.

Tableau 1. Feuille de route de la stratégie *Dernière ligne droite vers l'ETME*

ÉTAPES	ACTIVITÉS
1 Mise en place d'un processus consultatif	<ul style="list-style-type: none"> • Constituer une équipe de pays chargée de piloter les processus d'évaluation et de planification
2 Bilan des progrès réalisés et des lacunes qui restent à combler en matière de PTME	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser une analyse des occasions manquées • Définir et contextualiser les lacunes programmatiques à l'aide de données provenant d'autres sources
3 Planification et définition des priorités	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en évidence les facteurs prioritaires nécessaires à une modification des programmes • Hiérarchiser les interventions en fonction des lacunes et des facteurs contextuels • Mobiliser plus largement les parties prenantes et finaliser les stratégies, les directives et/ou les politiques
4 Mise en œuvre, suivi et évaluation de la PTME	<ul style="list-style-type: none"> • Déployer les stratégies, les directives et/ou les politiques prévues • Assurer le suivi et l'évaluation des interventions mises en œuvre

Un agent de santé recueille les échantillons de sang d'un enfant au centre de vaccination Adwoke du quartier d'Agwata (district de Dokolo), en Ouganda.



Contexte

Au cours des 20 dernières années, des résultats incroyables ont été obtenus dans le monde entier en matière de prévention de la transmission verticale du VIH. Le nombre de nouvelles infections chez les enfants par transmission verticale est passé de plus de 400 000 en 2000 à 160 000 en 2018². Ces réussites sont le fruit de politiques audacieuses (parmi lesquelles le TAR universel pour les femmes enceintes et allaitantes) qui ont favorisé d'importantes avancées programmatiques.

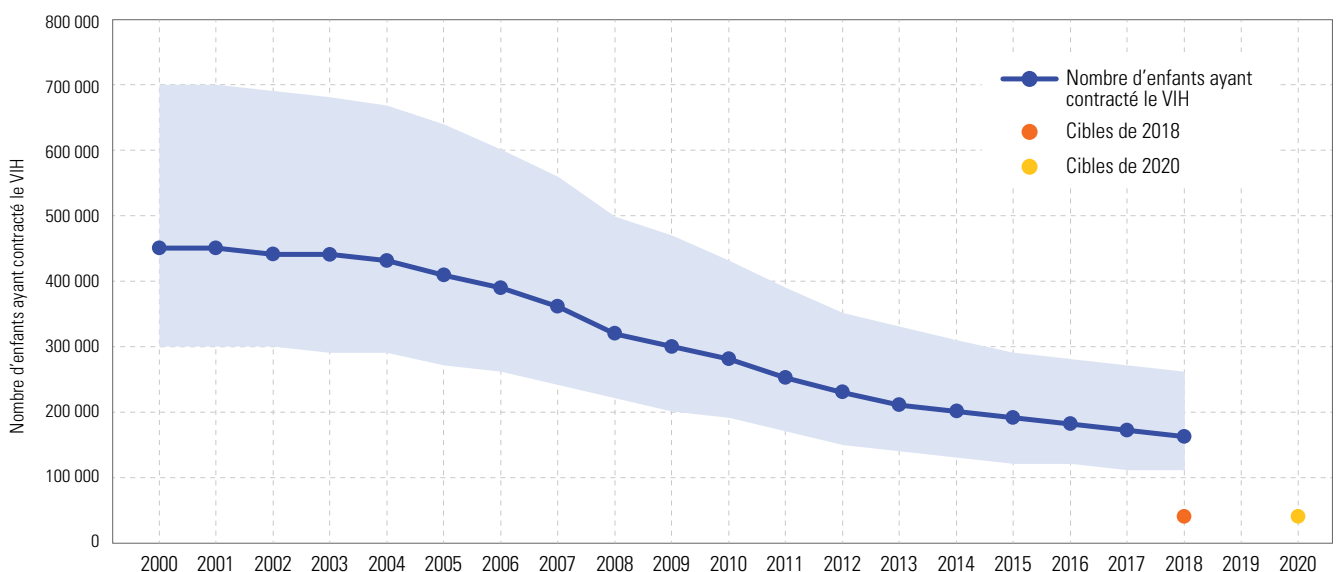
Malgré cet élan initial incontestable, les progrès accomplis en vue de l'ETME ont ensuite ralenti. Les données susmentionnées portant sur le nombre d'enfants qui auraient contracté le VIH en 2018 (160 000) correspondent à une diminution de près de 40 % par rapport à 2010. Ce chiffre reste toutefois largement supérieur à la cible établie par l'initiative *Start Free, Stay Free, AIDS Free* soutenue par les Nations Unies, qui était de rester

sous la barre de 40 000 nouvelles infections d'enfants pour cette même année. De même, la couverture estimée des TAR chez les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH à l'échelle mondiale est bien inférieure à l'objectif mondial de 95 %. En Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, il semblerait même que ces taux de couverture aient diminué dans certains pays, ce qui constitue une tendance préoccupante. Sans un changement de paradigme régissant les efforts mondiaux en matière de PTME, ainsi que les activités concertées et coordonnées à l'échelle nationale, l'objectif établi pour 2020, à savoir moins de 20 000 nouvelles infections à VIH chez les enfants, risque de ne pas être atteint³ (voir la figure 1).

Des orientations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) décrivent les principales étapes nécessaires à l'élimination effective de la transmission du VIH de la mère à l'enfant⁴ ;

Figure 1. Nombre d'enfants ayant contracté le VIH

Enfants âgés de 0 à 14 ans ayant contracté le VIH dans une sélection de 23 pays entre 2000 et 2018, par rapport aux cibles de 2018 et 2020



Source : estimations 2019 de l'ONUSIDA.

cependant, à ce jour, seuls quelques pays et territoires ont atteint ces cibles, et aucun d'entre eux ne se situe dans une région particulièrement touchée par le VIH⁵. La stratégie *Dernière ligne droite vers l'ETME* fait office de guide opérationnel destiné à

aider les programmes nationaux à réaliser l'objectif ambitieux de l'ETME en leur indiquant les étapes à suivre. Elle s'appuie sur une approche structurée afin de favoriser un processus plus efficace et plus ciblé (voir les encadrés 1 et 2).

Encadré 1. Critères de validation mondiale de l'ETME du VIH et de la syphilis

Indicateurs d'impact pour l'ETME du VIH et de la syphilis (ces objectifs doivent être atteints pendant au moins un an)	Indicateurs de processus pour l'ETME du VIH et de la syphilis (ces objectifs doivent être atteints pendant deux ans)
<ul style="list-style-type: none"> Taux de transmission mère-enfant du VIH < 2 % au sein des populations non allaitantes OU < 5 % au sein des populations allaitantes Nombre de nouvelles infections pédiatriques à VIH par transmission mère-enfant ≤ 50 cas pour 100 000 naissances vivantes Nombre de cas de syphilis congénitale ≤ 50 pour 100 000 naissances vivantes 	<ul style="list-style-type: none"> Couverture des soins prénatals (au moins une visite) ≥ 95 % Couverture du dépistage du VIH et/ou de la syphilis chez les femmes enceintes ≥ 95 % Couverture des TAR pour les femmes enceintes porteuses du VIH ≥ 95 % Couverture des traitements pour les femmes enceintes porteuses de la syphilis ≥ 95 %

Source : OMS, *Orientations mondiales relatives aux critères et aux procédures de validation : Élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis*, 2^e édition, OMS, Genève, 2017, p. 17 (en anglais).

Encadré 2. Critères de certification de l'ETME du VIH et/ou de la syphilis (pays à forte prévalence)

PRÉVALENCE DU VIH CHEZ LES MÈRES > 2 % PRÉVALENCE DE LA SYPHILIS CHEZ LES MÈRES > 1 %			
Indicateurs de processus		Indicateurs d'impact	
NIVEAU OR	<ul style="list-style-type: none"> Couverture des soins prénatals (au moins une visite) ≥ 95 % Couverture du dépistage du VIH et/ou de la syphilis chez les femmes enceintes ≥ 95 % Couverture des TAR pour les femmes enceintes porteuses du VIH ≥ 95 % Couverture des traitements pour les femmes enceintes porteuses de la syphilis ≥ 95 % 	VIH	<ul style="list-style-type: none"> Taux de transmission mère-enfant du VIH < 2 % au sein des populations non allaitantes OU < 5 % au sein des populations allaitantes Nombre de nouvelles infections pédiatriques à VIH par transmission mère-enfant ≤ 250 cas pour 100 000 naissances vivantes
		Syphilis	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de cas de syphilis congénitale ≤ 250 pour 100 000 naissances vivantes
NIVEAU ARGENT	<ul style="list-style-type: none"> Couverture des soins prénatals (au moins une visite) ≥ 90 % Couverture du dépistage du VIH et/ou de la syphilis chez les femmes enceintes ≥ 90 % Couverture des TAR pour les femmes enceintes porteuses du VIH ≥ 90 % Couverture des traitements pour les femmes enceintes porteuses de la syphilis ≥ 90 % 	VIH	<ul style="list-style-type: none"> Taux de transmission mère-enfant du VIH < 2 % au sein des populations non allaitantes OU < 5 % au sein des populations allaitantes Nombre de nouvelles infections pédiatriques à VIH par transmission mère-enfant ≤ 500 cas pour 100 000 naissances vivantes
		Syphilis	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de cas de syphilis congénitale ≤ 500 pour 100 000 naissances vivantes
NIVEAU BRONZE	<ul style="list-style-type: none"> Couverture des soins prénatals (au moins une visite) ≥ 90 % Couverture du dépistage du VIH et/ou de la syphilis chez les femmes enceintes ≥ 90 % Couverture des TAR pour les femmes enceintes porteuses du VIH ≥ 90 % Couverture des traitements pour les femmes enceintes porteuses de la syphilis ≥ 90 % 	VIH	<ul style="list-style-type: none"> Taux de transmission mère-enfant du VIH < 2 % au sein des populations non allaitantes OU < 5 % au sein des populations allaitantes Nombre de nouvelles infections pédiatriques à VIH par transmission mère-enfant ≤ 750 cas pour 100 000 naissances vivantes
		Syphilis	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de cas de syphilis congénitale ≤ 750 pour 100 000 naissances vivantes

Les interventions destinées à atteindre ces cibles doivent être menées de manière à protéger les droits de la personne et à assurer l'égalité des genres ainsi que la participation de la société civile à tous les niveaux de la certification.

Source : OMS, *Orientations mondiales relatives aux critères et aux procédures de validation : Élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis*, 2^e édition, OMS, Genève, 2017, p. 23 (en anglais).

Portée, approche et principes directeurs

Le présent document a vocation à servir de feuille de route aux programmes qui s'efforcent d'évaluer et d'améliorer de manière systématique les services de santé de la mère et de l'enfant. Le chemin qui reste à parcourir pour parvenir à l'ETME peut varier selon les pays, les sous-régions et les régions. De même, l'épidémie de VIH n'ayant pas les mêmes caractéristiques – ni la même ampleur – dans tous les contextes, la réalisation de l'ETME ne passera pas nécessairement par le même type de soutien politique ni d'investissements financiers, et pourrait exiger la mise en œuvre de programmes différents. Les présentes orientations peuvent néanmoins constituer un cadre utile en vue de l'objectif final de l'ETME.

Ce guide opérationnel s'adresse aux programmes nationaux de lutte contre le VIH ayant instauré l'accès universel au TAR pour femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH (également appelée « Option B+ »)⁶, une stratégie recommandée par l'OMS⁷. Compte tenu de la validité des éléments de preuve accréditant cette stratégie, mais également des études de plus en plus nombreuses témoignant de son impact réel, le présent guide cible les programmes nationaux de PTME qui s'articulent autour de cette approche.

L'approche exposée dans le présent document comporte globalement quatre grandes étapes : 1) conduire un processus consultatif, 2) faire le point sur les progrès réalisés et les lacunes qui restent à combler en matière de PTME, 3) planifier et hiérarchiser les interventions, et 4) mettre en œuvre, faire le suivi et évaluation. Ces quatre étapes se décomposent en huit activités, décrites de façon plus détaillée ci-dessous.

La présente feuille de route n'a aucune vocation prescriptive ; elle offre plutôt un cadre permettant de structurer et de faciliter les discussions entre les responsables de programmes, les décideurs publics, les chercheurs, les structures de mise en œuvre, les communautés et les partenaires techniques et financiers. Cette approche repose sur les principes directeurs suivants :

- Elle propose une méthode de consultation impliquant toutes les parties prenantes. Le plan final issu de cette consultation sera mieux à même de répondre aux besoins programmatiques du pays s'il bénéficie de la contribution des principales parties prenantes de tous horizons.
- Ce processus fondé sur des données factuelles entend définir et contextualiser les lacunes programmatiques. Il s'appuie au minimum sur des indicateurs recueillis régulièrement auprès des programmes nationaux et sur des modèles mathématiques. Cependant, des données provenant de bailleurs de fonds internationaux, d'initiatives individuelles et/ou d'études cliniques ou de données issues de la mise en œuvre permettront d'affiner la définition des priorités.

- Il s'agit d'une méthode adaptée qui vise à répondre aux besoins programmatiques. Il conviendra donc d'adapter, de mettre en œuvre et d'évaluer les activités fondées sur des données probantes. Si lesdites données n'existent pas encore, les décideurs publics et les responsables de programmes devront expérimenter de nouvelles méthodes afin de générer les données justificatives nécessaires.
- Le présent document s'intéresse aux évaluations des programmes nationaux de PTME réalisées à l'échelle nationale. Toutefois, si l'on dispose de données d'évaluation plus détaillées, il est possible (et potentiellement plus instructif, d'ailleurs) d'adapter cette méthode à l'échelle des provinces, des districts ou des centres de santé.
- Le processus présenté ici devra être intégré aux activités en cours à l'échelle nationale. Afin de réduire les contraintes imposées aux patients, les nouvelles interventions devront coïncider avec les calendriers de visites des mères et des nourrissons établis à l'échelle locale. Cela contribuera à garantir leur pérennité.
- Il est question ici d'un processus cyclique et itératif, et non d'une évaluation ponctuelle qui serait suivie d'un déploiement unique d'interventions. L'approche décrite dans le présent document respecte à de multiples égards les principes d'amélioration de la qualité. L'une de ses forces réside dans la capacité des programmes à assurer le suivi, l'évaluation et enfin l'optimisation de leurs services.

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) a clairement indiqué que l'élimination des obstacles liés aux droits de la personne constituait un volet essentiel des programmes de lutte contre le VIH. Cette position transparaît dans les directives de l'OMS en matière de PTME. Celles-ci imposent en effet aux pays de veiller à ce que les interventions destinées à atteindre les cibles soient mises en œuvre dans le respect des normes internationales, régionales et nationales relatives aux droits de la personne, notamment en matière d'autonomie décisionnelle, de consentement éclairé, de respect de la vie privée et de la confidentialité, d'absence de violence, d'abus et de pratiques coercitives, et de participation effective.

L'OMS a conçu un outil permettant de recenser les principaux problèmes liés aux droits de la personne identifiés par les femmes vivant avec le VIH comme étant les principaux obstacles à l'ETME du VIH et de la syphilis. Les pays sont au minimum tenus de veiller (au niveau des lois et des politiques, mais également en pratique) au respect des règles suivantes : 1) ne pas criminaliser la transmission du VIH/de la syphilis ; 2) permettre le dépistage et le traitement volontaires du VIH et de la syphilis ; 3) garantir un consentement éclairé ; 4) veiller à l'élimination des pratiques de stérilisation, de contraception et/

Encadré 3. La stratégie *Dernière ligne droite vers l'ETME* et son contexte

Le présent guide opérationnel s'appuie sur de nombreuses politiques et campagnes destinées à prévenir et à éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant à l'échelle des populations. Ses objectifs sont les mêmes que ceux des efforts d'ETME déployés à travers le monde, lesquels sont assortis de critères reconnus en matière de validation de l'élimination et de la marche à suivre pour y parvenir⁸. Il offre également d'autres perspectives intéressantes à travers les synergies présentées ci-après.

Les quatre volets de la PTME. Depuis 2002, la PTME s'articule autour de quatre stratégies : 1) la prévention primaire des infections à VIH chez les femmes en âge de procréer, 2) la prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH, 3) la prévention de la transmission du VIH des mères vivant avec le virus à leurs enfants, et 4) la prise en charge et le traitement continus des mères, de leurs partenaires et de leurs enfants vivant avec le VIH⁹. Étant donné leurs rôles importants et complémentaires dans l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, chacun de ces volets est nécessaire à la solidité des programmes de PTME. Le présent guide opérationnel porte sur des éléments essentiels des volets 1, 3 et 4.

La stratégie d'accélération de la riposte établie par l'ONUSIDA. L'ONUSIDA a défini des objectifs visant à éradiquer l'épidémie de sida chez les enfants, les adolescents et les jeunes femmes d'ici à 2020. L'organisation prévoit notamment une couverture des TAR de 95 % chez les femmes enceintes vivant avec le VIH afin de prévenir la transmission verticale. Cette ambition va dans le sens des objectifs fixés pour l'ensemble de la population (communément appelés « objectifs 95-95-95 »), qui visent à ce que : 1) 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 2) 95 % des personnes ayant connaissance de leur séropositivité entament un TAR, et 3) 95 % des personnes sous TAR voient leur charge virale supprimée. Ces objectifs constituent un cadre important pour évaluer les besoins actuels des programmes de PTME, en particulier lorsque les lacunes identifiées concernent l'initiation des TAR, l'observance des traitements et la rétention dans les programmes de soins. Cependant, dans la mesure où ils portent sur les personnes vivant avec le VIH, leur

prise en compte des obstacles plus généraux et des femmes exposées au risque de contracter le VIH n'est pas forcément suffisante. Les deux autres objectifs d'accélération, à savoir faire passer le nombre de nouvelles infections à moins de 20 000 par an et éliminer la discrimination liée au VIH, devront donc être intégrés aux politiques mises en œuvre.

La campagne « indétectable = intransmissible » (I = I)

La campagne I = I véhicule un message simple mais efficace afin de réduire la stigmatisation liée au VIH et de motiver les personnes vivant avec le virus à poursuivre leur TAR de façon à supprimer leur charge virale¹⁰. Bien que cette campagne ne s'adresse pas aux femmes enceintes et allaitantes, elle pourrait s'étendre à ce public dans les contextes d'épidémie de VIH généralisée (où les femmes représentent plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH), ce qui pourrait avoir une influence importante sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Lorsque le VIH est diagnostiqué, qu'un TAR est démarré et que l'on parvient à supprimer la charge virale (moins de 50 copies/ml) avant la conception et à la maintenir à ce niveau au cours de la grossesse et de l'allaitement maternel, les risques de transmission du VIH de la mère à l'enfant sont extrêmement faibles. Un élargissement de la campagne I = I qui mettrait l'accent sur la suppression de la charge virale et la planification des grossesses **avant** la conception contribuerait également à placer l'ETME dans le contexte plus vaste des soins de santé dispensés aux femmes vivant avec le VIH.

L'ETME d'autres maladies transmissibles. Les programmes visant à éliminer la transmission verticale du VIH peuvent servir de modèles solides en vue de l'élimination d'autres maladies transmissibles de la mère à l'enfant. Les critères de validation de l'ETME de la syphilis ont ainsi été associés à ceux du VIH dans le cadre d'une double élimination¹¹. Certains documents d'orientation de l'OMS et d'autres organismes ont également présenté des objectifs d'ETME de l'hépatite B et, plus récemment, de la maladie de Chagas¹². Bien que ces approches intégrées aient des chances de s'avérer efficaces, économiques et durables, l'élimination de ces autres maladies transmissibles échappe à la portée du présent guide.

ou d'avortement forcés, contraints ou obligatoires ; 5) garantir la confidentialité et l'anonymat des informations relatives au VIH et à la santé ; 6) veiller à l'égalité des genres et à la non-discrimination ; 7) assurer la redevabilité, la mobilisation communautaire et la participation des personnes affectées par le VIH et les populations clés ; 8) lutter contre la violence liée au genre ; 9) assurer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services ; et 10) garantir l'accès à la justice, aux recours et aux réparations¹³.

La présente publication a été conçue suite à des consultations engagées à l'échelle nationale avec des parties prenantes et des décideurs publics locaux. Un processus participatif, semblable à celui recommandé dans le présent document, nous a permis d'associer à l'élaboration de ce guide opérationnel, des spécialistes de la santé publique, des chercheurs, des donateurs et d'autres organismes des Nations Unies.



Agness Chabu tient dans ses bras Lackson, son fils de 14 mois, dans leur maison de Lusaka, en Zambie. Elle participe au programme de PTME de la Chelstone Clinic.

Première partie : Cadre

Le présent document propose une approche par étapes destinée à identifier les lacunes existantes dans les programmes de PTME et à hiérarchiser les efforts déployés dans le cadre des programmes et des politiques, de façon à combler au mieux ces lacunes. Cette approche comporte quatre grandes étapes.

Premièrement, les programmes nationaux sont encouragés à *mettre en place un processus consultatif* afin d'évaluer et de planifier les interventions de PTME. Ce travail sera mené par des organismes gouvernementaux (issus notamment des secteurs de la santé et des finances), mais les équipes de pays devront également inclure des partenaires techniques et financiers, des organismes des Nations Unies, des universitaires et des chercheurs, ainsi que des organisations communautaires. Cette étape correspond à l'activité 1 du processus global.

Deuxièmement, les programmes devront *dresser un bilan des progrès réalisés et des lacunes qui restent à combler en matière de PTME*. Les lacunes programmatiques pourront être évaluées à l'aide d'une analyse des occasions manquées, qui permettra d'estimer le nombre d'infections à VIH chez les enfants imputables à telle ou telle lacune de la prestation de services. Cette estimation pourra prendre la forme d'un histogramme empilé généré à partir du modèle Spectrum de l'ONUSIDA pour les données relatives à la PTME, ou être réalisée à partir des données empiriques disponibles localement. Des informations supplémentaires seront recueillies afin de mieux détailler et d'affiner le tableau d'ensemble qui émergera de l'analyse des occasions manquées. Des données relatives à l'épidémie de VIH à l'échelle locale, en lien avec les contextes politique et programmatique, pourront être obtenues à partir d'enquêtes menées auprès de l'ensemble de la population, d'indicateurs de programmes et d'études de recherche. Cette étape correspond aux activités 2 et 3 du processus global.

Troisièmement, les programmes tiendront compte de ces données contextuelles afin de *planifier et définir les priorités* de façon appropriée. En fonction des lacunes programmatiques mises en évidence, les responsables et les décideurs publics accorderont la priorité aux interventions essentielles et

orienteront les investissements des programmes vers des stratégies à fort impact. Nous préconisons une approche adaptée qui prenne soigneusement en considération le contexte local (et notamment les capacités en matière d'infrastructures et de ressources humaines) afin de maximiser les retombées positives en matière de santé publique. Le présent document décrit des interventions potentielles dans six domaines principaux : les services de prévention du VIH destinés aux femmes exposées, le recours précoce aux soins prénatals, l'accès rapide au dépistage du VIH, l'accès rapide aux TAR, la rétention dans les programmes de soins et l'aide à l'observance des traitements, et les services destinés aux nouveau-nés les plus exposés à un risque d'infection à VIH. Les programmes pourront hiérarchiser leurs interventions en fonction de différents facteurs, mais l'impact potentiel de la stratégie et son adéquation au contexte local devront être rigoureusement pris en compte. Cette étape correspond aux activités 4 à 6 du processus global.

Enfin, les programmes assureront *la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités de PTME*. Étant donné la multitude de facteurs susceptibles d'influencer l'efficacité des interventions dans les différents contextes, nous ne formulons pas de recommandations spécifiques quant aux bonnes pratiques. Cette étape décisive devra toutefois s'inspirer des priorités locales en matière de soins de santé, en coordination avec les organismes gouvernementaux, les partenaires de mise en œuvre, les partenaires techniques et financiers internationaux et les organisations de la société civile. Il conviendra de concevoir, de mettre en place et/ou de perfectionner des systèmes de suivi et d'évaluation capables de mesurer la réussite relative de la mise en œuvre au fil du temps. Ces informations contribueront aux futures évaluations programmatiques et à l'amélioration des services d'ETME. Cette étape correspond aux activités 7 et 8 du processus global.

Les étapes de la stratégie *Dernière ligne droite vers l'ETME* et les activités qu'elles comprennent ont été synthétisées dans le tableau 1. Le tableau 2 détaille les activités relevant de chaque étape.

Tableau 2. Description des quatre étapes de la stratégie *Dernière ligne droite vers l'ETME* et des activités qu'elles comportent

ÉTAPE 1. MISE EN PLACE D'UN PROCESSUS CONSULTATIF	
ACTIVITÉ 1. Constituer une équipe de pays chargée de piloter les processus d'évaluation et de planification	La réussite de ce processus de planification exige une approche collective tenant compte des divers points de vue des principales parties prenantes. Les membres de l'équipe devront être désignés au début du processus et devront comprendre des représentants des autorités locales (ministères de la santé, notamment), des organisations nationales de lutte contre le sida, des équipes chargées des estimations nationales relatives au VIH, des organismes des Nations Unies, des partenaires de mise en œuvre, des partenaires techniques et financiers, des universitaires et des chercheurs, ainsi que des organisations communautaires, issues notamment des communautés de femmes vivant avec le VIH et exposées à l'infection. Dans la mesure du possible, l'équipe devra s'appuyer sur les structures gouvernementales existantes (groupes de travail techniques et comités nationaux de validation de l'ETME, entre autres).
ÉTAPE 2. BILAN DES PROGRÈS RÉALISÉS ET DES LACUNES QUI RESTENT À COMBLER EN MATIÈRE DE PTME	
ACTIVITÉ 2. Réaliser une analyse des occasions manquées	Nous recommandons l'utilisation du modèle Spectrum élaboré par l'ONUSIDA afin de repérer les occasions manquées à l'échelle nationale et (si possible) infranationale. L'histogramme empilé Spectrum permettra d'estimer la proportion des différentes causes de nouvelles infections à VIH chez les enfants dans un pays ou une région donnée.
ACTIVITÉ 3. Définir et contextualiser les lacunes programmatiques à l'aide de données provenant d'autres sources	Si l'analyse des occasions manquées vise à repérer les groupes ayant besoin de services de PTME, les données provenant d'autres sources serviront pour leur part à définir et contextualiser les lacunes programmatiques. Ces informations pourront donner une idée plus précise des situations et des moments où se produisent les nouvelles infections à VIH chez les nourrissons.
ÉTAPE 3. PLANIFICATION ET DÉFINITION DES PRIORITÉS	
ACTIVITÉ 4. Mettre en évidence les facteurs prioritaires nécessaires à une modification des programmes	Les services de PTME devront être adaptés au contexte local. Les membres de l'équipe de pays devront donc, à travers un processus participatif, déterminer les caractéristiques des interventions à envisager en vue d'une mise en œuvre efficace à grande échelle.
ACTIVITÉ 5. Hiérarchiser les interventions en fonction des lacunes et des facteurs contextuels	Les équipes de pays étudieront les interventions et les stratégies pertinentes et adaptées à leurs ressources qui permettront de combler les lacunes programmatiques recensées et de réduire le nombre de nouvelles infections à VIH chez les nourrissons. Ces interventions seront ensuite classées par ordre de priorité en fonction des principaux facteurs contextuels mis en évidence dans l'activité 4.
ACTIVITÉ 6. Mobiliser plus largement les parties prenantes et finaliser les stratégies, les directives et/ou les politiques	Une fois que l'équipe se sera mise d'accord sur un ensemble de stratégies, de directives et/ou de politiques, ces dernières devront être soumises à la validation générale des différents groupes de parties prenantes, dont les commentaires permettront à l'équipe de pays d'affiner les modifications proposées en prêtant une attention particulière à la mise en œuvre.
ÉTAPE 4. MISE EN ŒUVRE, SUIVI ET ÉVALUATION DE LA PTME	
ACTIVITÉ 7. Disséminer les stratégies, les directives et/ou les politiques prévues	Pour la plupart des pays, les procédures de mise en œuvre sont établies à l'échelle nationale. Une fois finalisées, les activités de PTME prévues devront être disséminées conformément à ces pratiques. Il conviendra également d'élaborer et de diffuser la documentation relative à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation ainsi qu'à la sensibilisation communautaire.
ACTIVITÉ 8. Assurer le suivi et l'évaluation des interventions mises en œuvre	La réussite de la mise en œuvre de nouvelles politiques exige en règle générale un suivi et une évaluation continus. Ces activités devront être prévues dès le début du processus et mises en œuvre en même temps que les interventions de PTME proprement dites. Des rapports de données et des tableaux de bord en temps réel pourront être utilisés afin d'opérer des changements programmatiques et servir de base aux efforts d'amélioration de la qualité réalisés à l'échelle des provinces, des districts et des établissements.

ÉTAPE 1 MISE EN PLACE D'UN PROCESSUS CONSULTATIF

ACTIVITÉ 1. CONSTITUER UNE ÉQUIPE DE PAYS CHARGÉE DE PILOTER LES PROCESSUS D'ÉVALUATION ET DE PLANIFICATION

Les processus décrits dans le présent guide opérationnel doivent tenir compte des rôles joués par les différents acteurs et parties prenantes au sein des programmes de PTME. Un processus consultatif mené par des animateurs expérimentés permettra la mise en place d'une approche inclusive.

La planification et la définition des priorités seront supervisées par les décideurs publics (en règle générale le ministère de la santé), mais devront tenir compte de la contribution d'autres organismes gouvernementaux, des partenaires de mise en

œuvre, des donateurs, des universitaires et des chercheurs, ainsi que de la société civile, notamment des femmes vivant avec le VIH et exposées à l'infection. Étant donné le caractère transversal de la PTME, les groupes devront intégrer des responsables de programmes et des parties prenantes intervenant dans les domaines de la santé de la mère et de l'enfant, de la santé sexuelle et reproductive, ainsi que du dépistage, de la prévention et du traitement du VIH en général.

Ce type d'approche a déjà donné des résultats positifs dans le cadre de précédentes initiatives d'ETME. Ainsi, dans de nombreux pays, des groupes similaires existent déjà sous l'égide de groupes de travail techniques, de commissions sur le VIH/sida chargées d'accompagner le gouvernement dans sa politique sanitaire de lutte contre le VIH, ou encore de comités nationaux de validation de l'ETME. Eu égard à l'expérience et l'expertise

des entités existantes, il conviendra dans la mesure du possible d'encourager la mise en relation, voire l'intégration, de ces différentes activités. S'il n'existe pas encore de comités de ce type, il conviendra de veiller à ce que différentes perspectives et opinions soient représentées dans les discussions programmatiques et politiques.

L'équipe de pays dirigera les activités décrites dans la présente stratégie, jouant ainsi un rôle essentiel dans les différentes étapes qui suivront. Bien que les aspects relatifs à l'organisation ne soient pas présentés ici, la définition d'objectifs, de cibles et de livrables permettra de procéder de manière ciblée. Les rôles et responsabilités des différents membres devront également être établis clairement. Il sera notamment possible de désigner une ou plusieurs personnes référentes afin de coordonner les activités entre les différents organismes de l'administration locale.

ÉTAPE 2 BILAN DES PROGRÈS RÉALISÉS ET DES LACUNES QUI RESTENT À COMBLER EN MATIÈRE DE PTME

ACTIVITÉ 2. RÉALISER UNE ANALYSE DES OCCASIONS MANQUÉES

Dans un premier temps, nous recommandons de procéder à une analyse des occasions manquées qui contribuera à orienter les efforts programmatiques. Cette analyse consiste à recenser les nouvelles infections à VIH chez les enfants et, pour chaque couple mère-enfant, à attribuer l'infection à une défaillance survenue lors de l'une des nombreuses étapes de la cascade de services de PTME. Bien que l'analyse ci-après porte sur les nouvelles infections à VIH chez les enfants, des évaluations similaires devront également être réalisées afin de déterminer le mode d'infection des femmes ayant récemment contracté le VIH.

Les résultats pourront être modélisés à l'échelle nationale (voire locale si l'on dispose des données nécessaires) sous la forme d'histogrammes empilés Spectrum, suivant le modèle créé par l'ONUSIDA en 2019 à partir des fichiers générés régulièrement par le logiciel Spectrum. Ce modèle calcule le nombre de femmes vivant avec le VIH sur une population donnée afin d'estimer le nombre de nouvelles infections à VIH dues à une transmission mère-enfant. Il permet aux pays, à l'échelle d'une population de jauger combien de femmes ne sont pas prises en charge parce qu'elles ne participent pas à un programme de PTME, en raison d'une séroconversion après l'accouchement ou à cause d'autres aspects difficiles à mesurer des programmes de PTME. On peut ainsi estimer le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants par transmission de la mère à l'échelle mondiale, mais également répartir ces infections en six catégories entièrement distinctes, stratifiées selon la grossesse et l'allaitement maternel :

- mère infectée au cours de la grossesse ou de l'allaitement au sein ;
- mère n'ayant pas reçu de TAR au cours de la grossesse ou de l'allaitement au sein ;
- mère ayant abandonné le TAR au cours de la grossesse ou de l'allaitement au sein ;
- mère ayant entamé le TAR à un stade tardif de la grossesse ;

- mère ayant entamé le TAR au cours de la grossesse ;
- mère ayant entamé le TAR avant la grossesse.

Encadré 4. Validation interne de l'histogramme empilé Spectrum

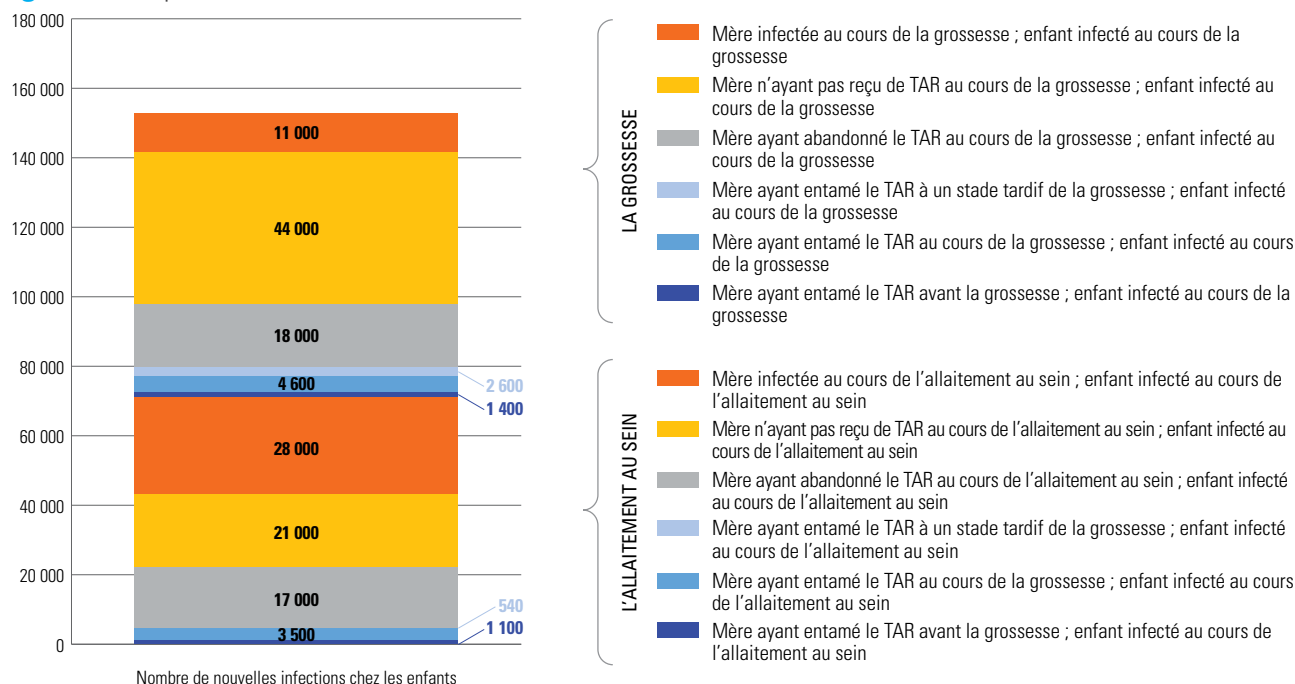
Le modèle Spectrum s'appuie sur des données nationales pour estimer le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants. Les parties prenantes doivent impérativement examiner avec soin les données nationales saisies dans le logiciel Spectrum avant d'utiliser l'histogramme empilé. Il convient notamment de contrôler les éléments suivants :

- **La prévalence du VIH chez les femmes enceintes dans les centres de soins prénatals, en vérifiant également si la somme des femmes diagnostiquées séropositives, de celles dont la séropositivité était déjà connue et de celles diagnostiquées négatives est égale ou inférieure au nombre total d'accouchements estimé.**
- **Le nombre de femmes ayant bénéficié de médicaments antirétroviraux et leur proportion par rapport au nombre total de femmes diagnostiquées séropositives ou dont la séropositivité était déjà connue avant leur visite au centre de soins prénatals.**
- **Le pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant poursuivi le TAR jusqu'à l'accouchement.**
- **Le taux mensuel d'abandon du TAR au cours de l'allaitement maternel.**

Les pays qui utilisent les histogrammes empilés Spectrum doivent veiller à ce que leurs équipes chargées des estimations nationales en matière de VIH prennent part aux discussions visant à mettre en évidence les lacunes dans les services de PTME. Ces équipes pourront ainsi expliquer les points forts et les points faibles des données et des hypothèses utilisées pour repérer les lacunes dans le programme de PTME, en particulier s'agissant de l'observance des traitements et de la rétention dans les programmes de soins. Elles pourront également actualiser les données et en fournir davantage en vue de l'étape d'analyse.

L'exemple d'histogramme empilé Spectrum présenté ci-après illustre la part que représentent les différents groupes dans l'ensemble des infections à VIH pédiatriques (voir la figure 2). À l'échelle mondiale, le modèle Spectrum a estimé à 160 000 le nombre de nouvelles infections à VIH au cours de la grossesse et de l'allaitement maternel en 2018. Parmi les femmes enceintes qui ont transmis le VIH à leur enfant pendant la grossesse, beaucoup n'ont pas reçu de TAR pendant leur grossesse [44 000, soit 29 % de l'ensemble des infections à VIH estimées chez les enfants], d'autres ont abandonné le traitement au cours de la grossesse et leur enfant a été contaminé avant la naissance [18 000, soit 12 %], et d'autres ont contracté une infection à VIH au cours de leur grossesse [11 000, soit 7 %]. En ce qui concerne les infections de nourrissons durant l'allaitement maternel, en revanche, il s'agit dans la plupart des cas de mères ayant elles-mêmes contracté le VIH au cours de cette période [28 000, soit 18 %]. Viennent

Figure 2. Répartition des causes de nouvelles infections chez les enfants à l'échelle mondiale, 2018



Source : estimations 2019 de l'ONUSIDA.

ensuite les femmes qui n'ont pas reçu de TAR durant l'allaitement [21 000, soit 13 %] et celles qui ont abandonné le traitement au cours de l'allaitement [17 000, soit 11 %].

La répartition des causes de nouvelles infections chez les enfants varie selon les régions. Ainsi, selon les estimations, dans la région Afrique de l'Est et Afrique australe (principal foyer mondial de nouvelles infections à VIH chez les nourrissons), les femmes n'ayant pas reçu de TAR au cours de la grossesse ou de l'allaitement maternel contribuent aux nouvelles infections à VIH chez les nourrissons dans une plus faible mesure qu'à l'échelle mondiale (voir la figure 3). Cette observation concorde avec l'augmentation spectaculaire de la couverture des TAR dans cette région, qui atteint désormais plus de 90 % des femmes enceintes diagnostiquées séropositives¹⁴. La proportion de nouvelles infections à VIH contractées par des nourrissons nés de mères récemment infectées et de mères ayant abandonné le TAR y est en revanche légèrement supérieure aux estimations mondiales, signe qu'à l'avenir, il pourrait être opportun de cibler ces personnes dans cette partie du monde.

La situation est tout à fait différente dans la région Afrique de l'Ouest et Afrique centrale (voir la figure 3). Les nouvelles infections à VIH chez les nourrissons s'y expliquent principalement par une couverture insuffisante des TAR pour les femmes vivant avec le VIH [59 % au total (34 000) ; 38 % (22 000) au cours de la grossesse et 21 % (12 000) durant l'allaitement]. Viennent ensuite les infections à VIH récemment contractées par les femmes [16 % au total (11 200) ; moins de 1 % (2 700) au cours de la grossesse et 15 % (8 500) durant l'allaitement], puis l'abandon du TAR [15 % au total (9 900), 8 % (5 000) au cours de la grossesse et 8 % (4 900) durant l'allaitement].

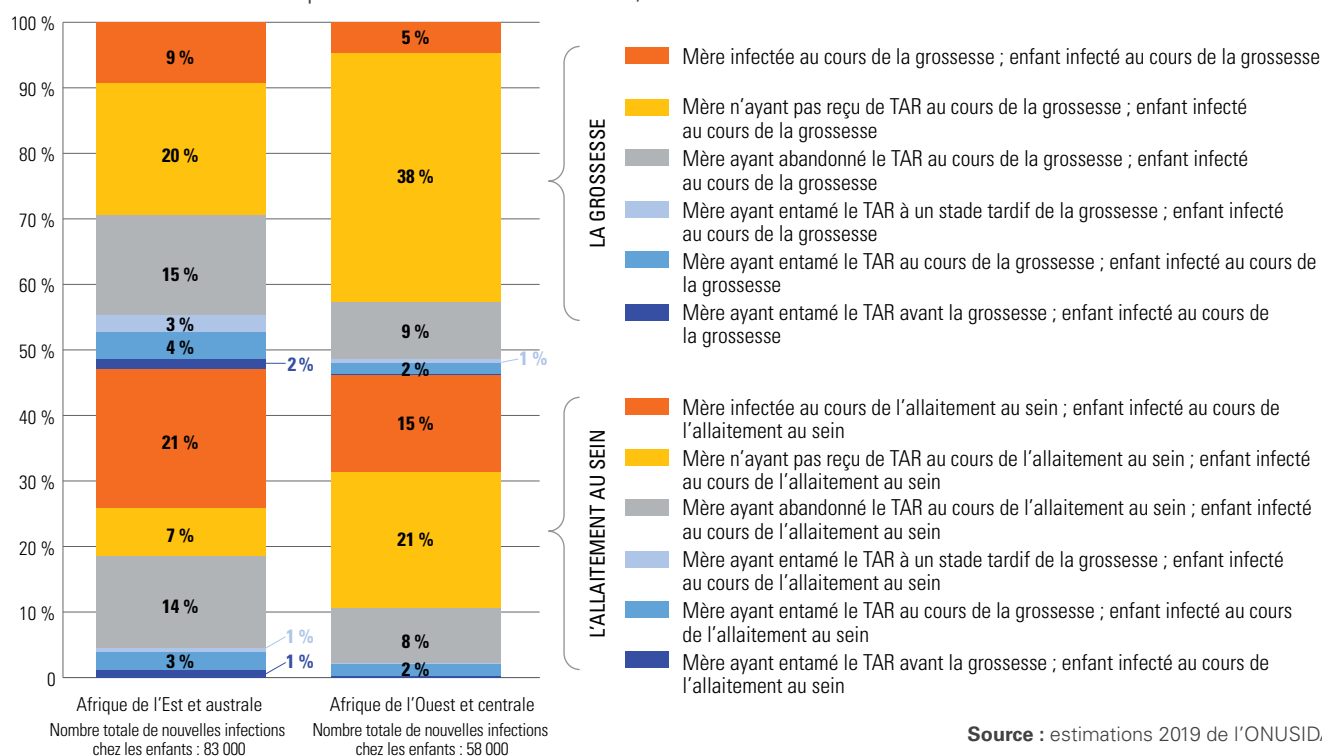
Nous recommandons de procéder à l'analyse des occasions manquées à l'aide d'un histogramme empilé Spectrum, car

ces estimations peuvent facilement être obtenues à l'échelle nationale. Des ressources sont en outre disponibles afin de les générer également à l'échelle infranationale (par province ou par district). Cependant, lorsque l'on dispose de données fiables provenant d'autres sources, en particulier à l'échelle des centres de santé, il est également possible de les utiliser pour étayer l'analyse des occasions manquées.

En Afrique du Sud, par exemple, Moyo et ses collègues se sont servis d'une plateforme électronique de dépistage du VIH utilisant une amplification en chaîne par polymérisation pour collecter des informations au sujet des nourrissons récemment diagnostiqués séropositifs et de leurs mères. Dans trois districts, l'équipe de recherche a pu identifier en temps réel les mères vivant avec le VIH et leur nouveau-né (au nombre de 400) et repérer les lacunes de la prestation de services à partir des données ainsi recueillies¹⁵. En Zambie, Bonawitz et ses collègues ont recensé tous les résultats positifs des tests de dépistage du VIH réalisés sur des nourrissons dans cinq établissements de santé, sur une période de six mois. Les chercheurs ont ensuite examiné les dossiers afin d'analyser les défaillances ayant entraîné la transmission. Bien que cette étude n'ait porté que sur un petit nombre de nourrissons infectés (seulement 17 cas), cette méthode peut être reproduite à plus grande échelle afin de repérer les occasions manquées en étudiant les dossiers des patients¹⁶.

De nombreuses études concernant l'impact de la PTME, telles que celles mentionnées ci-dessus, se sont limitées aux femmes prises en charge dans des programmes de PTME. En dépit de leur utilité dans la détermination des raisons potentielles de transmission et des mesures à prendre pour combler les lacunes mises en évidence, il est important de signaler que ces études ne rendent pas compte de toutes les causes possibles de transmission de la mère à l'enfant, dans la mesure où elles n'incluent pas les femmes restées en dehors du système.

Figure 3. Répartition des causes de nouvelles infections chez les enfants dans les régions Afrique de l'Est et australe et Afrique de l'Ouest et centrale, 2018



Source : estimations 2019 de l'ONUSIDA.

En résumé, l'analyse des occasions manquées de l'activité 2 vise à quantifier les nouvelles infections à VIH chez les enfants et à déterminer leurs éventuelles causes profondes. L'activité 3 met en évidence les facteurs contextuels, et notamment les lacunes programmatiques, susceptibles de contribuer à ces infections.

ACTIVITÉ 3. DÉFINIR ET CONTEXTUALISER LES LACUNES PROGRAMMATIQUES À L'AIDE DE DONNÉES PROVENANT D'AUTRES SOURCES

Des données d'évaluation supplémentaires, obtenues à partir de sources diverses, permettront de dresser un tableau plus complet de la situation actuelle sur les plans épidémiologique, programmatique et stratégique. Ces informations pourront provenir d'études à la fois qualitatives et quantitatives, et être de nature comparative ou descriptive. Le recueil de ces facteurs contextuels est essentiel pour suivre les progrès réalisés au fil du temps tout en veillant à ce que les programmes de PTME combler les lacunes les plus importantes du moment, celles-ci pouvant évoluer.

Comprendre l'épidémie de VIH. Pour cette étape d'évaluation, il est crucial de connaître l'épidémiologie du VIH dans un contexte donné : estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, type d'épidémie et, le cas échéant, groupes vulnérables particulièrement exposés au risque de contracter le VIH. Dans le contexte de la transmission verticale, il pourra s'agir des adolescentes et des jeunes femmes, des travailleuses du sexe, des consommatrices de drogues injectables et des partenaires féminines d'hommes particulièrement exposés (p. ex., les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ou les consommateurs de drogues injectables). L'analyse des principaux indicateurs relatifs à l'épidémie permettra d'apporter une précision accrue aux estimations nationales. Si l'on dispose des données nécessaires, il conviendra de tenir compte des tendances nationales et infranationales de la prévalence et de

l'incidence du VIH, en particulier chez les femmes enceintes. Par ailleurs, les évaluations d'impact sur la santé publique menées dans les pays bénéficiaires du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) ont permis de recueillir à ce jour des données nationales dans plus de 13 pays d'Afrique grâce à des enquêtes communautaires rigoureuses¹⁷. Des estimations infranationales de la prévalence du VIH (concernant à la fois la population générale et les enfants à naître) sont également disponibles dans les enquêtes démographiques et de santé réalisées régulièrement dans les pays¹⁸. La mise en évidence des zones sensibles affichant une forte concentration de l'épidémie de VIH permettra aux responsables de programmes et aux décideurs publics d'orienter stratégiquement les ressources vers les régions qui en ont le plus besoin.

Comprendre le cadre des politiques publiques. Pour cette étape, il est également indispensable de connaître le contexte dans lequel s'inscrivent les politiques publiques. S'agissant des efforts de PTME, il conviendra d'analyser les politiques sanitaires relatives à la prise en charge du VIH, mais également aux services de santé de la mère et de l'enfant. Ce processus permettra de formuler des recommandations cliniques et programmatiques et favorisera une compréhension commune des interventions et des stratégies actuellement encouragées. Il pourra contribuer à mettre en évidence les secteurs pour lesquels les décideurs publics et les responsables de programmes s'accordent sur la nécessité d'obtenir davantage de données probantes et, par conséquent, à orienter les études et les travaux de recherche. Souvent, les retombées des nouvelles politiques mises en place sont directes et faciles à anticiper. L'adoption du TAR universel pour les femmes enceintes et allaitantes (Option B+), par exemple, a augmenté le nombre de femmes vivant avec le VIH ayant entamé un TAR. Cela a également suscité une demande d'aide à l'observance des traitements et à la rétention dans les programmes de soins.

Certaines politiques, en revanche, peuvent entraîner des conséquences et des possibilités indirectes qui n'étaient pas nécessairement évidentes au premier abord. Ainsi, la récente modification des directives de l'OMS concernant les soins prénatals, qui recommandent non plus quatre, mais huit visites au cours de la grossesse¹⁹, pourrait offrir de nouvelles perspectives de prise en charge dans les programmes de PTME. L'analyse du cadre des politiques doit donc tenir compte des questions transversales pouvant avoir une incidence sur l'ensemble du système de santé, et non uniquement sur les services de PTME. L'un des enjeux décisifs concerne le financement des soins de santé à l'échelle locale. Les frais médicaux à la charge des patients, par exemple, peuvent limiter l'accès aux services de santé pour une importante proportion de patients admissibles, en particulier dans le secteur public²⁰. Les régimes nationaux d'assurance maladie pourraient contribuer à améliorer la couverture des services de santé, notamment en matière de PTME. Il conviendra de repérer les obstacles juridiques et législatifs et de les écarter afin que les nouveaux services soient durables dans le temps. Certaines politiques gouvernementales générales relatives à l'âge du consentement, à l'éducation sexuelle complète, à la contraception, aux soins communautaires et à la délégation des tâches pourraient avoir un impact important sur la faisabilité des nouvelles interventions de sensibilisation. Enfin, la coordination des programmes devra faire l'objet d'une évaluation critique, étant donné son rôle déterminant pour la réussite globale de cette stratégie. Des données concernant plusieurs de ces domaines ont été compilées par l'ONUSIDA²¹ ; ces informations devront être actualisées et révisées par l'équipe de pays si nécessaire.

Comprendre le contexte programmatique des services de lutte contre le VIH. De nombreux pays ont adopté des politiques novatrices en matière de PTME, mais la mise en œuvre de ces services de santé peut être d'un niveau et d'une qualité extrêmement variables. Il est nécessaire de connaître ce contexte programmatique pour prendre des décisions judicieuses, en particulier lorsqu'il existe des divergences. La cascade de services de PTME (série d'interventions auxquelles les patientes doivent se soumettre afin d'en retirer un bénéfice maximal tant pour la mère que pour l'enfant) peut s'avérer un outil précieux pour évaluer l'efficacité des programmes²². Des indicateurs relatifs aux processus recueillis régulièrement pourront par exemple apporter des renseignements sur le dépistage du VIH (p. ex., pourcentage de femmes enceintes qui connaissent leur statut sérologique, pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique), le recours aux TAR (p. ex., pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu un TAR) et la rétention dans les programmes de soins (p. ex., pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont poursuivi le programme au bout de 6 mois et de 12 mois). L'observation de l'attrition aux différentes étapes de cette cascade permettra de repérer les domaines dans lesquels il conviendra d'innover et d'assurer un soutien et un suivi ciblés²³. Bien que ces informations puissent mettre en évidence des goulots d'étranglement au sein du système de santé, elles concernent essentiellement des régions dans lesquelles des programmes de PTME sont déjà en place. L'évaluation de ces données devra être réalisée en parallèle d'une cartographie des services, en particulier dans les zones rurales et isolées, afin d'orienter si nécessaire le déploiement des programmes de PTME. Les évaluations menées auprès de la population offrent

également une perspective plus large et fournissent en outre des informations sur les femmes qui n'ont pas systématiquement ou pas du tout accès aux soins de santé institutionnels.

Comprendre le contexte programmatique des services de santé de la mère et de l'enfant. Des informations contextuelles concernant les soins prénatals et postnatals pourront être utilisées afin de renforcer les programmes de PTME. Bien que des services de santé de la mère et de l'enfant soient disponibles dans de nombreux endroits, le recours aux soins prénatals et le taux d'accouchements médicalisés sont extrêmement variables. En appréciant à quel moment la plupart des femmes entrent dans le système de santé officiel (que ce soit au cours de leur grossesse ou après l'accouchement), il sera possible d'influencer la conception des interventions visant la population de façon à optimiser la PTME. Une prise en charge plus précoce dans les programmes de soins prénatals, par exemple, permettrait de sensibiliser les femmes séronégatives et de leur proposer des services de prévention du VIH. Cela multiplierait aussi les occasions d'entamer un TAR et allongerait la période de couverture des traitements de ce type durant la grossesse et l'allaitement. Les visites de vaccination de routine pourraient être mises à profit pour encourager le recours aux services destinés aux mères (dépistage du VIH, observance du TAR, rétention dans les programmes de soins) mais également aux enfants (dépistage du VIH chez les nourrissons, orientation en vue d'un traitement en cas de résultat positif) après l'accouchement²⁴. Compte tenu de leur rôle dans la transmission verticale du VIH au cours de la période postnatale et de leurs retombées à long terme pour les enfants, les politiques et les pratiques relatives à l'alimentation des nourrissons (et en particulier à l'allaitement maternel) devront également être étudiées avec attention. La stigmatisation et la discrimination liées au VIH exercées de manière plus ou moins manifeste par les prestataires de soins de santé, et les préoccupations relatives à la confidentialité, à la contrainte et au consentement sont autant de facteurs susceptibles de compromettre le recours à ces services et la rétention dans les programmes de soins. Il a été constaté que les femmes vivant avec le VIH sont particulièrement exposées à la stigmatisation lorsqu'elles tombent enceintes. Des enquêtes auprès des ménages et des enquêtes d'évaluation de l'indice de stigmatisation pourront donner un aperçu du niveau de stigmatisation, de même qu'un dialogue avec les communautés de femmes vivant avec le VIH.

ÉTAPE 3 PLANIFICATION ET DÉFINITION DES PRIORITÉS

ACTIVITÉ 4. METTRE EN ÉVIDENCE LES FACTEURS PRIORITAIRES NÉCESSAIRES À UNE MODIFICATION DES PROGRAMMES

Une fois repérées les défaillances prédominantes des services de santé, l'étape suivante consiste à élaborer un plan de PTME adapté au contexte local afin d'écarter les principaux obstacles à une prestation de services optimale. Étant donné la portée potentiellement importante de ces activités, il est recommandé d'adopter une approche structurée.

Premièrement, il est essentiel de déterminer à quel niveau il convient d'intervenir. Le cadre régissant la lutte contre le VIH, en lien avec la santé de la mère et de l'enfant (élaboré par le CDC

Encadré 5. Remarques concernant les sources de données

De nombreux types de données peuvent contribuer à cette phase d'analyse : indicateurs réguliers de suivi et d'évaluation, enquêtes communautaires, travaux de recherche menés auprès de la population, etc. En prévision de cette étape, les ministères de la santé et organismes affiliés doivent consulter toutes les parties prenantes afin de connaître les types de données nécessaires ainsi que les sources potentiellement disponibles.

- Les sources de données varient selon le contexte, en particulier à l'échelle nationale. Dans les pays soutenus par le PEPFAR, par exemple, des investissements considérables ont été consentis afin d'harmoniser la collecte, le regroupement et la présentation des principaux indicateurs, notamment pour normaliser les indicateurs de processus sur l'ensemble des sites bénéficiaires. Indépendamment des circonstances, il convient d'utiliser les meilleures informations disponibles aux fins de l'analyse²⁵.
- Si le processus proposé dans le présent document permet de mettre en lumière des problèmes dans la qualité des données, il faudra faire en sorte de renforcer les systèmes de données afin de fournir une base plus solide pour la prise de décisions programmatiques. Ces efforts devront être mis en œuvre en priorité par les gouvernements hôtes, avec le soutien (si nécessaire et dans la mesure du possible) des bailleurs de fonds internationaux.
- Si l'activité 2 prévoit une analyse des occasions manquées à l'échelle nationale, des données infranationales (ventilées par province, par district ou même par centres de santé) pourront fournir le niveau de détail nécessaire pour cibler les interventions dans des contextes particuliers.
- Les données d'observation, et notamment les données de routine recueillies par les programmes de santé nationaux, pourront s'avérer précieuses pour orienter les modifications programmatiques. Il conviendra toutefois de prendre en considération leurs principales limites (biais et observations manquantes, notamment). Certaines méthodes analytiques permettent de tenir compte de ces limites, ce qui renforce l'utilité de ce type de ressources.
- Bien que la présente section mette l'accent sur les données quantitatives, les informations qualitatives pourront jouer un rôle important dans le processus de planification. Les conclusions des entretiens et des groupes de réflexion pourront mettre en lumière de nouveaux obstacles et de nouvelles perspectives, en particulier concernant des questions mal cernées par les systèmes actuels de collecte de données.
- Des cadres scientifiques de mise en œuvre pourront contribuer à renforcer la méthode d'évaluation et à générer les principaux éléments de données nécessaires au suivi des progrès réalisés. Les informations relatives à la conformité des interventions ou des stratégies (c'est-à-dire leur degré de correspondance avec les objectifs prévus en matière de réalisation) permettront également de mieux déterminer la qualité de mise en œuvre des programmes.

Enfin, le processus décrit ici devant s'appuyer sur des données valides, il pourra également stimuler les investissements dans des plateformes de suivi existantes ou nouvelles, encourager la surveillance locale et l'intégration dans les systèmes d'informations sanitaires habituels, mais aussi favoriser de nouvelles initiatives visant à obtenir des résultats d'études longitudinales chez les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH. Ainsi, les lacunes repérées au début de ce processus itératif pourront jouer un rôle important à une étape ultérieure du renforcement des systèmes de données, y compris en ce qui concerne la PTME.

à l'aide des principes de renforcement des systèmes de santé énoncés par l'OMS²⁶ pourra fournir certaines indications. Cette approche définit quatre domaines : 1) les *politiques nationales* qui favorisent et soutiennent la lutte contre le VIH chez les mères et les enfants, 2) les *systèmes de santé* (ressources humaines, financements et systèmes de gestion des données) destinés aux mères et aux enfants, 3) les modèles de *prestation de services* censés répondre aux besoins des mères et des enfants, et 4) le *suivi et l'amélioration de la qualité* visant à garantir l'atteinte des principaux jalons (PTME et objectifs « 95-95-95 », p. ex.) en matière de santé de la mère et de l'enfant. Le fait de savoir à quels niveaux un soutien est nécessaire pourra s'avérer décisif pour la planification et la définition des priorités.

Deuxièmement, l'équipe de pays devra établir les caractéristiques des interventions jugées importantes pour la réussite de la mise en œuvre. Celles-ci dépendront largement de facteurs locaux, tels que ceux mis en évidence dans le cadre des activités précédentes. Dans les contextes

présentant une faible couverture des soins prénatals et un faible taux d'accouchements médicalisés, par exemple, les interventions devront tenir compte de ces obstacles structurels afin de créer une demande en faveur des services de santé. En cas d'établissements saturés et en manque d'effectifs, les programmes devront envisager des stratégies permettant d'alléger la charge qui pèse sur les prestataires de première ligne (décentralisation, interventions communautaires et/ou délégation des tâches, notamment). Les infrastructures de santé disponibles peuvent également être un facteur essentiel à prendre en compte dans la conception de nouvelles interventions. La mise en place de l'Option B+ (TAR universel pour toutes les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH) au Malawi, par exemple, a été en partie motivée par la mise en évidence de goulots d'étranglement au niveau des contrôles d'admissibilité aux TAR (numération des CD4, notamment)²⁷. Troisièmement, connaître l'effectif des populations exposées peut également fournir des informations contextuelles essentielles pour hiérarchiser les interventions.

Le modèle Spectrum, par exemple, pourra servir à estimer le nombre de femmes exposées pour chacune des causes d'infection pédiatrique à VIH. Cibler en priorité les groupes les plus importants exposés à ce type d'infections pourra ainsi entraîner des réductions mesurables de la transmission du virus de la mère à l'enfant.

Enfin, il convient d'étudier les effets que pourront avoir les interventions sur les objectifs nationaux et infranationaux en matière de PTME. La plupart des programmes de PTME, si ce n'est tous, se sont fixés des objectifs et des échéances en vue d'éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Connaître les objectifs existants, mais également la manière dont ils pourraient être révisés suivant une analyse des occasions manquées, donnera aux membres des équipes de pays une vision commune des interventions à réaliser. Ces informations pourront aussi servir à proposer des calendriers et à estimer les coûts.

La contextualisation des données disponibles enrichira les échanges en précisant les critères importants selon lesquels planifier les interventions et définir leur degré de priorité. La sélection de ces caractéristiques à un stade précoce du processus permettra leur prise en compte systématique lors des prises de décisions ultérieures.

ACTIVITÉ 5. HIÉRARCHISER LES INTERVENTIONS EN FONCTION DES LACUNES ET DES FACTEURS CONTEXTUELS

L'activité suivante consiste à établir des stratégies tenant compte des lacunes programmatiques et des facteurs contextuels mis en évidence. Les informations obtenues à partir des évaluations et des discussions menées précédemment permettront de dresser une courte liste d'interventions potentielles répondant aux besoins immédiats. La figure 4 illustre les principaux domaines à envisager et les lacunes programmatiques correspondantes. La plupart de ces opérations s'appuieront sur des données probantes, mais certaines interventions prometteuses pourront requérir une évaluation plus approfondie (projets de démonstration ou programmes pilotes, notamment).

Les parties prenantes devront définir ensemble le degré de priorité des différentes stratégies et discuter de leur faisabilité d'un point de vue de l'impact attendu, du coût et de la gestion (ainsi que d'autres critères potentiels). Une évaluation

supplémentaire pourra en outre être nécessaire afin de choisir la combinaison optimale d'interventions et de stratégies. Celles-ci devront impérativement être envisagées en tenant compte des priorités gouvernementales plus générales en matière de santé de la mère et de l'enfant, et ce afin de mieux cerner l'impact global des services fournis. La définition des priorités devra être mûrement réfléchie et il conviendra de proposer non seulement la mise en œuvre de stratégies adaptées, mais également l'abandon des stratégies n'ayant pas tenu leurs promesses.

Nous présentons ici un aperçu des interventions pouvant être envisagées dans le cadre du processus de planification et de définition des priorités (voir le tableau 3). Ces stratégies sont destinées à renforcer les services fondamentaux de PTME, censés comprendre le dépistage du VIH chez les mères, le TAR universel pour les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH, le dépistage du VIH chez les nourrissons et les enfants, le traitement prophylactique des nourrissons et le TAR pour tous les enfants diagnostiqués séropositifs. Elles se répartissent en six domaines, chacun correspondant à différentes occasions manquées en matière de PTME, comme le montre la figure 4. Un examen approfondi des données probantes associées est proposé dans la deuxième partie de la présente publication.

Lorsque l'analyse des occasions manquées met clairement en évidence une ou deux lacunes, il est relativement simple de sélectionner les domaines d'intervention correspondants. En République démocratique du Congo, par exemple, l'histogramme empilé Spectrum (voir la figure 5) révèle que la majorité des enfants récemment diagnostiqués séropositifs sont nés de femmes n'ayant pas reçu de TAR au cours de leur grossesse (2 900, soit 42 %) ou de leur allaitement (1 900, soit 26 %). La situation est assez différente au Malawi, premier pays à avoir instauré le TAR universel pour les femmes enceintes et allaitantes. L'histogramme empilé Spectrum montre que les nouvelles infections à VIH chez les mères (1 500 au total au cours de la grossesse et de l'allaitement, soit 44 %) et l'abandon des TAR (1 300 au total au cours de la grossesse et de l'allaitement, soit 38 %) constituent les deux principales causes de nouvelles infections à VIH chez les enfants dans ce pays. Dans les deux cas, c'est principalement au cours de l'allaitement maternel que surviennent le plus de nouvelles infections chez les enfants (voir la figure 6). Ces cas mettent en évidence les priorités à définir, au niveau des occasions manquées comme au niveau des interventions visant à y remédier.

Figure 4. Lacunes programmatiques et domaines d'intervention correspondants



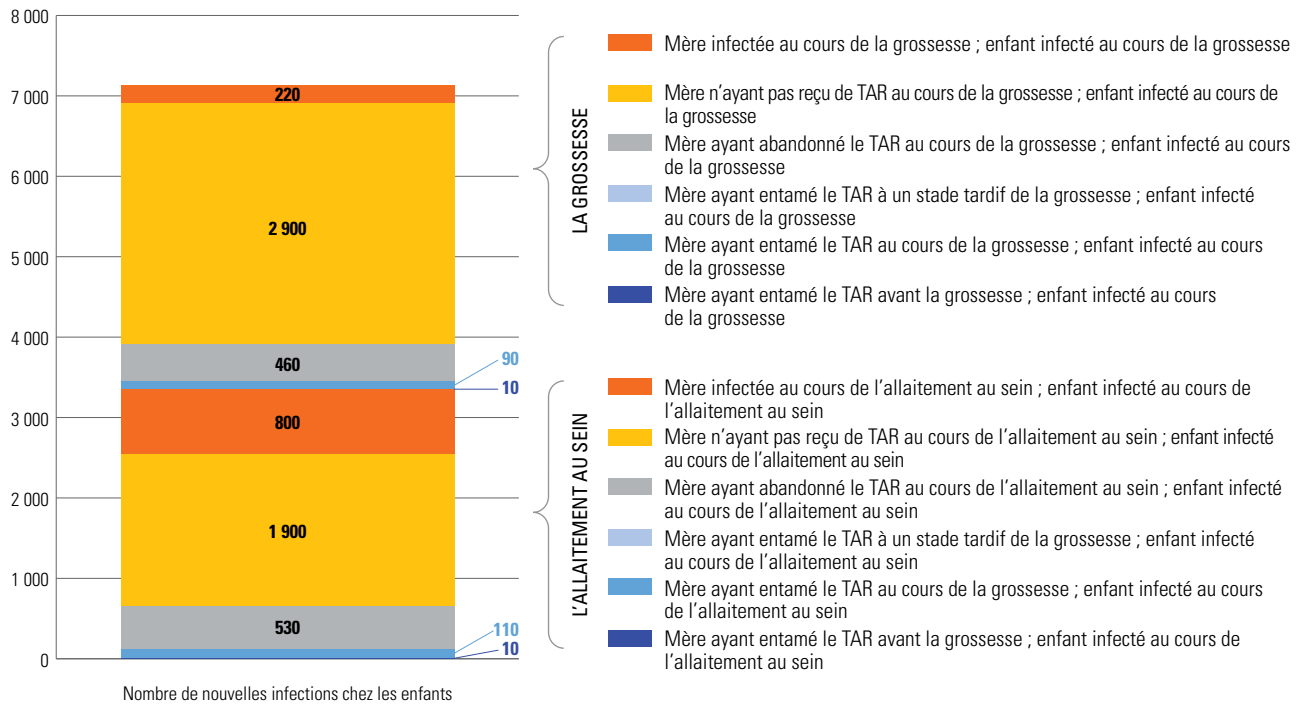
Tableau 3. Stratégies possibles visant à améliorer les services de PTME, répertoriées par domaine d'intervention et classées en fonction des données probantes associées

DOMAINE/INTERVENTION	STRATÉGIE PROMETTEUSE	DONNÉES PROBANTES DISPONIBLES	DIRECTIVES
A) Services de prévention du VIH destinés aux femmes			
Dépistage du VIH chez les partenaires	✓	✓	✓
Dépistage indicateur/notification au partenaire	✓	✓	✓
Dépistage du VIH à domicile	✓	✓	
Auto-dépistage du VIH	✓	✓	✓
Campagne de dépistage du VIH	✓	✓	
Stratégies combinées de dépistage du VIH	✓	✓	
Éducation, conseil et soutien	✓	✓	
Initiation d'un TAR et aide à l'observance du traitement pour les partenaires masculins vivant avec le VIH	✓		
Prophylaxie préexposition (PrEP) au VIH pendant la grossesse et l'allaitement maternel	✓	✓	✓
B) Accès rapide au dépistage du VIH			
Dépistage du VIH proposé par le prestataire de services de soins	✓	✓	✓
Control des tests de dépistage du VIH pendant la grossesse et l'allaitement maternel	✓	✓	✓
C) Initiation rapide du TAR			
TAR intégré aux services de santé de la mère et de l'enfant	✓	✓	✓
Initiation du TAR le jour même	✓	✓	✓
Initiation du TAR au niveau communautaire	✓	✓	
D) Rétention dans les programmes de soins et aide à l'observance			
Groupes de soutien par les pairs (par exemple, mères mentors)	✓	✓	
Soutien des agents de santé communautaires	✓	✓	
Groupes de soutien au niveau des centres de soins ou des communautés (notamment pour favoriser l'observance)	✓	✓	
Rappels par SMS	✓	✓	
Suivi de la charge virale au troisième trimestre et pendant l'allaitement maternel	✓		
E) Recours précoce aux soins prénatals			
Accès à des tests de grossesse urinaires en début de grossesse	✓		
Participation des agents de santé communautaires	✓	✓	
Incitations financières ou non financières	✓	✓	
Soins prénatals de groupe	✓	✓	
Rappels par SMS	✓	✓	
F) Services destinés aux nouveau-nés les plus exposés au risque d'infection à VIH			
Dépistage du VIH à la naissance*	✓	✓	
Prophylaxie du VIH étendue pour les nourrissons*	✓	✓	✓

* Le dépistage du VIH à la naissance et la prophylaxie du VIH étendue pour les nourrissons doivent être envisagés pour les nouveau-nés dont la mère a déclaré ne pas avoir suivi de TAR ou seulement de manière partielle durant la grossesse.

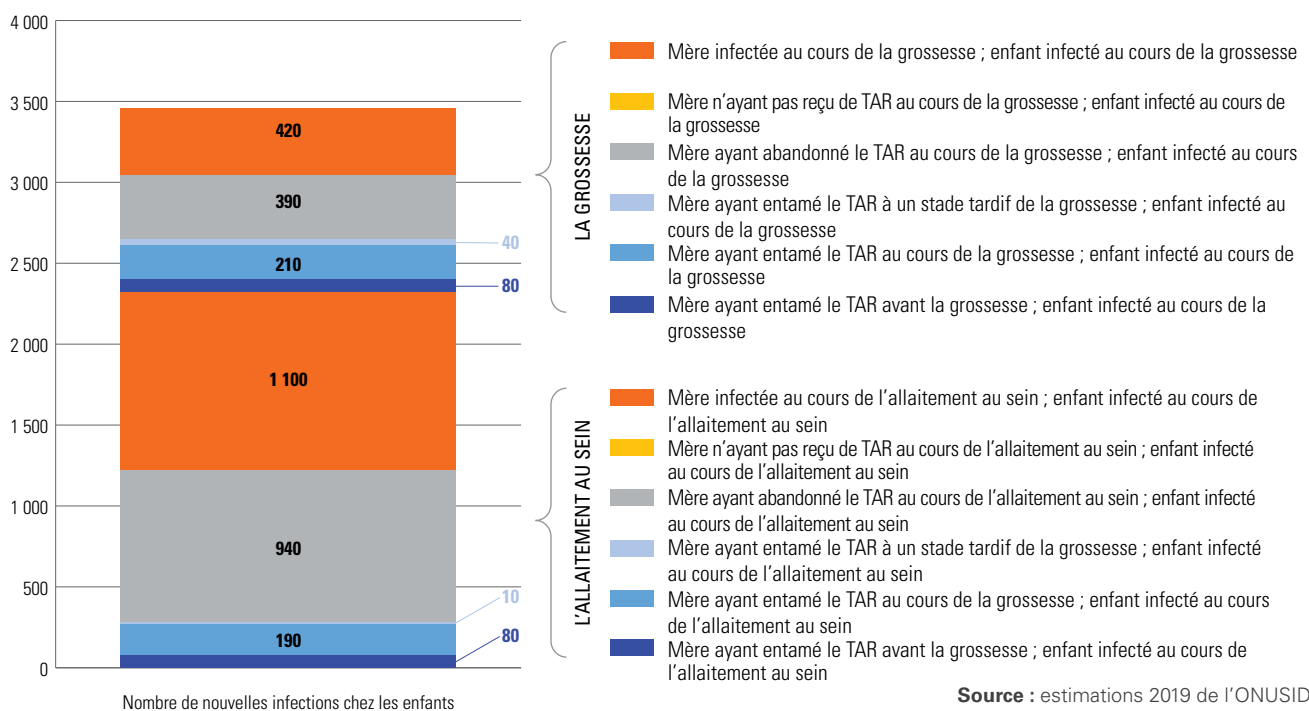
Des programmes transversaux concernant les droits de la personne, les questions liées au genre, la violence, la stigmatisation ou encore la discrimination devraient accompagner la mise en œuvre des initiatives décrites ci-dessus conformément aux recommandations de l'ONUSIDA et de l'OMS.

Figure 5. Histogramme empilé Spectrum sur la PTME, République démocratique du Congo, 2018



Source : estimations 2019 de l'ONUSIDA.

Figure 6. Histogramme empilé Spectrum sur la PTME, Malawi, 2018



Source : estimations 2019 de l'ONUSIDA.

Pour être pleinement efficaces, les stratégies et les interventions présentées dans le tableau 3 doivent s'inscrire dans un système de santé plus global. Les stratégies visant à relier les plateformes de santé de la mère et de l'enfant avec d'autres unités au sein des établissements de santé sont également essentielles, bien qu'elles sortent du cadre des présentes orientations. Par exemple, pour les adolescentes et les jeunes femmes vivant avec le VIH, un dépistage précoce du virus et l'initiation rapide d'un TAR peuvent aboutir à une suppression virologique avant la conception.

Par ailleurs, la poursuite du traitement durant la grossesse et l'allaitement maternel pourrait permettre de réduire nettement les risques de transmission horizontale et verticale du VIH. Le renforcement des liens entre les services de santé sexuelle et reproductive, et ceux associés au VIH, par exemple par le biais de modèles intégrés de planification familiale, pourrait contribuer à réduire le nombre de grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH. L'OMS et l'ONUSIDA recommandent d'intégrer les services destinés aux victimes de violence à ceux

liés à la santé sexuelle et reproductive ainsi qu'au VIH, compte tenu des risques de violence que les femmes vivant avec le VIH redoutent ou auxquels elles sont confrontées. Les initiatives transversales qui s'attaquent aux obstacles communautaires, comme la stigmatisation ou la discrimination, pourraient permettre d'accroître la demande de services de PTME et favoriser le recours aux programmes de soins ainsi que la rétention des patientes. Les efforts déployés pour consolider les systèmes de santé et fournir des services de qualité peuvent également entraîner des avantages considérables. Ce type d'approches mises en œuvre à l'échelle des systèmes, avec notamment des mesures continues de suivi, d'évaluation et d'amélioration de la qualité, ont été formellement évaluées dans de nombreux contextes ; il a été démontré qu'elles permettaient d'améliorer les indicateurs clés de la PTME (activité 8).

ACTIVITÉ 6. MOBILISER PLUS LARGEMENT LES PARTIES PRENANTES ET FINALISER LES STRATÉGIES, LES DIRECTIVES ET/OU LES POLITIQUES

Les changements proposés dans les politiques seront élaborés en équipe, en s'appuyant sur les idées des principaux groupes de parties prenantes, et feront l'objet d'un examen minutieux. Il peut être utile de mettre en œuvre un processus itératif en vue de garantir que les interventions et les stratégies prioritaires sont adaptées aux besoins locaux.

L'évaluation de la situation, qui comprend l'analyse des occasions manquées (activité 2) et la triangulation des données contextuelles (activité 3), offrira une vision claire des lacunes existantes. L'équipe devra également définir le processus de hiérarchisation des priorités, en intégrant notamment les facteurs à l'origine de la prise de décisions et en justifiant les raisons l'ayant conduite à sélectionner certaines interventions et stratégies en particulier.

Il peut en outre s'avérer pertinent de recueillir les observations des différentes parties prenantes durant une période donnée, conformément aux procédures et aux politiques locales, afin d'obtenir des retours précieux, tout particulièrement pour les nouvelles stratégies, directives et/ou politiques destinées à être intégralement déployées et mises en œuvre. L'équipe de pays pourra s'appuyer sur ces informations afin d'affiner ou de réorienter les plans élaborés dans le cadre de la PTME.

Une fois les plans finalisés, l'équipe de pays devra estimer les effets potentiels de ces nouvelles stratégies, directives et/ou politiques et revoir ses objectifs en matière d'ETME en conséquence. Ils pourront alors servir de base aux futures évaluations d'impact qui suivront les cycles itératifs présentés dans le présent guide.

ÉTAPE 4 MISE EN ŒUVRE, SUIVI ET ÉVALUATION DE LA PTME

ACTIVITÉ 7. DISSÉMINER LES STRATÉGIES, LES DIRECTIVES ET/OU LES POLITIQUES PRÉVUES

La plupart des pays ont élaboré des procédures pour la dissémination de nouvelles directives de santé à l'échelle nationale. Les modifications apportées aux stratégies, aux directives ou aux politiques découlant du processus décrit précédemment doivent être conformes aux pratiques standard de déploiement et de mise en œuvre.

Un guide opérationnel sur la mise en œuvre doit ainsi accompagner les nouvelles directives. Par exemple, des descriptions concrètes de l'intervention ainsi que des orientations relatives à son exécution sur le terrain contribueront à améliorer la conformité de sa mise en œuvre, même si certaines adaptations pourront être apportées en fonction du contexte local.

La mise en place d'un plan de suivi et d'évaluation (voir l'activité 8 ci-après) en complément de nouveaux services de santé pourra également être utile pour renforcer les programmes de PTME. Ce plan peut notamment inclure des indicateurs de processus portant sur la couverture et la conformité de l'intervention. Il conviendra de relier ces données aux indicateurs de santé en aval afin d'évaluer l'impact du programme. Par ailleurs, les objectifs du programme devront être définis au fil du temps et adaptés aux établissements de mise en œuvre. Les ressources appropriées devront en outre être mobilisées de sorte à soutenir ces activités.

Il conviendra également de veiller à ce que des informations personnalisées relatives aux nouvelles directives en matière de PTME soient transmises au sein des communautés. Il est possible de créer la demande nécessaire pour ces nouveaux services en élargissant la dissémination des politiques sanitaires, via des plateformes n'appartenant pas au secteur de la santé. Dans le même temps, la mise en place de programmes de sensibilisation et d'éducation adaptés peut contribuer à déconstruire les idées fausses entourant ces interventions et à favoriser l'adhésion des communautés.

ACTIVITÉ 8. ASSURER LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DES INTERVENTIONS MISES EN ŒUVRE

Dans le cas où la mise en application des nouvelles politiques relatives à la PTME prendrait du retard, l'on pourrait observer des écarts importants entre les directives cliniques et les services accessibles aux femmes enceintes et allaitantes. L'ampleur de ces écarts variera certainement en fonction du contexte et de la situation géographique, d'où l'importance de mener un processus de suivi et d'évaluation continu afin d'orienter la mise en œuvre des directives.

Les approches d'amélioration de la qualité suscitent un vif intérêt, car elles offrent une réponse adaptée aux besoins locaux, tout en ayant un impact plus large au sein des systèmes de santé. De nombreuses initiatives d'amélioration de la qualité ont été adoptées, notamment dans le domaine de la transmission verticale du VIH. Les résultats des programmes recourant à ce type d'approches se révèlent généralement positifs dans de nombreux contextes²⁸. Dans le cadre de l'essai portant sur l'analyse des systèmes et l'approche d'amélioration (SAIA) réalisé en Côte d'Ivoire, au Kenya et au Mozambique, une intervention relative à la conception des systèmes intégrant des éléments clés de l'amélioration de la qualité a permis d'améliorer la couverture du TAR chez les femmes enceintes vivant avec le VIH et de renforcer le dépistage du VIH chez les enfants exposés au virus²⁹. Dans un essai randomisé par grappes portant sur l'amélioration continue de la qualité au Nigéria, Oyeledun et ses collègues n'ont en revanche relevé aucune différence quant aux indicateurs du programme de PTME obtenus. Toutefois, des bienfaits ont été observés dans des domaines de la santé autres que celui du VIH, ce qui semble indiquer que l'intervention a eu des retombées plus larges³⁰.

Encadré 6. Pistes de réflexion pour les contextes de faible prévalence du VIH

L'approche *Dernière ligne droite vers l'ETME* est universelle et applicable aux environnements présentant aussi bien une charge de morbidité liée au VIH élevée, que faible. Cela étant, dans les cas de faible prévalence du VIH à l'échelle nationale, il convient de prendre en compte certains éléments clés :

- Dans les contextes à faible prévalence où l'épidémie de VIH est concentrée, il peut s'avérer ardu d'estimer le nombre total de femmes enceintes vivant avec le virus. La fiabilité de l'histogramme n'est pas garantie, car les principales hypothèses utilisées dans le cadre du modèle de Spectrum peuvent générer certaines incertitudes dans les résultats produits, notamment sur la date de l'initiation du TAR et sur les taux de fertilité au sein des populations clés (par exemple, consommatrices de drogues injectables, travailleuses du sexe, partenaires d'hommes présentant des risques d'infection au VIH élevés). Il est conseillé de recourir à des données empiriques afin de caractériser les populations à haut risque. Bien que les données infranationales soient particulièrement utiles dans ces circonstances, la capacité de Spectrum à générer ce type d'analyses peut se révéler limitée. La détection des cas et leur signalement peuvent fournir les informations nécessaires à l'analyse des occasions manquées. Lorsque ces données ne sont pas recueillies de manière régulière, les systèmes de surveillance des cas doivent être modifiés afin de collecter les informations essentielles à la détermination des causes sous-jacentes des nouvelles infections à VIH chez les enfants ;
- Dans un contexte de faible prévalence du VIH, il est parfois nécessaire de redoubler d'efforts afin de mobiliser les ressources et le soutien nécessaires aux programmes de PTME. Cette hiérarchisation des priorités et les éventuels conflits qu'elles présentent par rapport à celles d'autres domaines de santé peuvent nécessiter la mise en place d'initiatives de sensibilisation et de plaidoyer. Il est recommandé d'accorder une plus grande importance aux initiatives transversales, notamment les activités de lutte contre la stigmatisation et la discrimination, dans le cadre des efforts déployés au niveau des systèmes et des approches intégrant le dépistage du VIH aux tests prénatals plus généraux (par exemple, pour la syphilis ou l'hépatite) ;
- Tous les pays et territoires qui ont réussi à éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant offrent un accès universel aux soins de santé, sous une forme ou sous une autre. Il est crucial d'intégrer les mesures de PTME aux services de santé de routine afin d'en garantir la pérennité. Cela se traduit entre autres par un dépistage universel du VIH pour toutes les femmes enceintes et l'accès à un TAR pour les mères et les enfants diagnostiqués séropositifs. Il est en outre primordial d'établir des liens solides entre les programmes de traitement du VIH et les services prénatals/postnatals.

Les outils d'évaluation ont un rôle majeur à jouer pour optimiser les initiatives d'amélioration de la qualité. En Afrique du Sud, par exemple, le Ministère national de la santé a dirigé la mise en place d'un système de suivi destiné à évaluer les performances du programme national de PTME. Les étapes importantes de la cascade de la PTME ont ainsi été reliées aux indicateurs de processus dans le cadre d'une démarche participative. Ces indicateurs ont ensuite été présentés régulièrement, aux niveaux du district, de la province et du pays, à l'aide d'un tableau de bord utilisant un code couleur³¹.

De même, dans le cadre de l'essai SAIA, un outil basé sur une feuille de calcul a été mis au point afin d'établir une cascade de la PTME en sept étapes permettant d'établir un diagnostic. Grâce à cet outil d'évaluation rapide, les soignants et les responsables de dispensaires peuvent très vite repérer les lacunes des services de santé locaux et y remédier³². Des versions de cet outil existent désormais pour téléphone mobile, ce qui devrait permettre d'en accroître l'utilisation dans les environnements cliniques³³.

Ces outils sont d'autant plus efficaces lorsque les prestataires de soins de première ligne qui y ont recours peuvent s'appuyer sur des systèmes de santé réactifs. Dans le cas où les systèmes de santé exigeraient des ajustements, le suivi continu des activités programmatiques (par exemple, chaîne d'approvisionnement, laboratoire, ressources humaines) peut se révéler efficace pour mettre en évidence les obstacles éventuels et les solutions visant à améliorer la prestation de services.

Enfin, les programmes doivent assurer un suivi continu de leur performance au regard des objectifs nationaux de PTME, via un contrôle constant aux niveaux national et infranational, ainsi que par le biais d'un examen itératif suivant la stratégie *Dernière ligne droite vers l'ETME*. Grâce à une compréhension approfondie des facteurs favorables à l'atteinte des objectifs énoncés en matière de PTME, les programmes peuvent mettre en lumière leurs réussites, mais aussi les obstacles qui pourraient subsister. Cela permettra de justifier les mesures prises par la suite visant à accélérer les progrès de manière significative et efficace.

Lacunes et priorités : exemples de deux pays d'Afrique

En mai 2019, les équipes de cinq pays (Malawi, Ouganda, Seychelles, Zambie et Zimbabwe) ont participé à un atelier sur l'utilisation des données appliquée au suivi des programmes de PTME à Harare, au Zimbabwe. Cette réunion avait pour but de partager des connaissances sur les stratégies de visualisation, d'interprétation et de hiérarchisation des

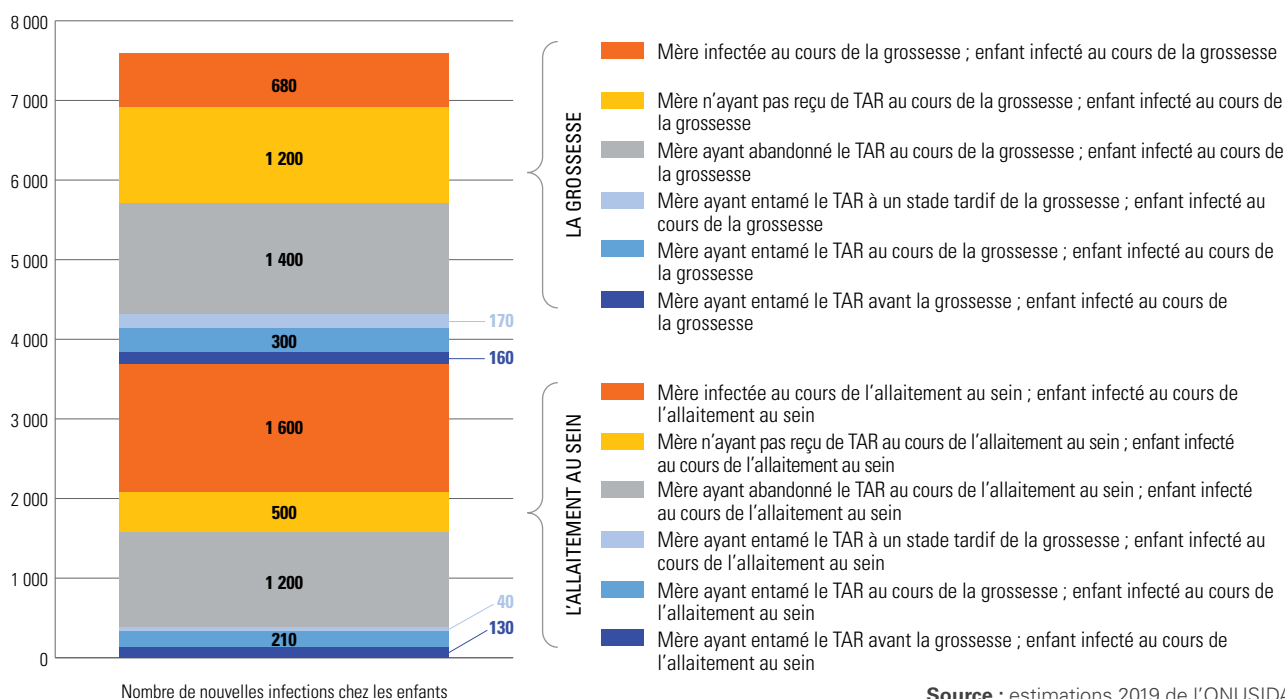
priorités en se basant sur les résultats de Spectrum. Pour chaque pays, un histogramme empilé a été généré au niveau national et examiné en interne à des fins de cohérence. Chaque équipe de pays a par ailleurs brièvement présenté les principaux indicateurs des programmes. Nous exposons ici les synthèses de deux équipes de pays, à savoir l'Ouganda et le

Zimbabwe, afin d'illustrer la manière dont cette méthodologie peut servir à guider la prise de décisions.

Les équipes de pays ont considéré que l'histogramme empilé Spectrum constituait un outil utile pour orienter la mise en œuvre des programmes. De nombreux pays ont fait état d'une couverture des programmes de PTME supérieure à 90 %. Toutefois, la triangulation de ces données avec d'autres indicateurs liés au VIH ainsi qu'à la santé maternelle et de l'enfant a aidé les participants à mieux appréhender leur situation locale et ainsi à élaborer des plans ciblés en matière d'ETME. Par ailleurs,

les histogrammes empilés mettent également en évidence des paramètres qui ne sont habituellement pas pris en compte dans les taux de couverture de la PTME, à l'instar de l'initiation tardive du TAR, du taux d'attrition dans les programmes ou encore des infections incidentes au VIH des mères. Tous les pays ont reconnu l'importance de recourir à des dénominateurs basés sur la population afin de définir leur programme d'élimination dans le cadre de la présente stratégie, et de ne laisser aucune mère ni aucun enfant de côté. Toutefois, ils se sont également accordés à dire que la qualité des données utilisées pour créer les histogrammes empilés nécessitait certaines améliorations.

Figure 7. Histogramme empilé Spectrum sur la PTME, Ouganda



Source : estimations 2019 de l'ONUSIDA.

LES TROIS PRINCIPALES SOURCES D'INFECTION À VIH CHEZ LES NOURRISSONS À L'ÉCHELLE NATIONALE

- Les femmes qui arrêtent le TAR durant la grossesse ou l'allaitement maternel ;
- Les femmes qui contractent le VIH durant la grossesse ou l'allaitement maternel ;
- Les femmes qui n'ont pas reçu de TAR durant la grossesse ou l'allaitement maternel.

DONNÉES IMPORTANTES DES INDICATEURS DE L'UNICEF

- Soins prénatals avec au moins une consultation (2012-2018) : 97,3 % ;
- Soins prénatals avec au moins quatre consultations (2012-2018) : 59,9 % ;
- Accouchement médicalisé (2012-2018) : 73,4 % ;
- Femmes enceintes qui connaissent leur statut VIH : > 95 % ;
- Femmes enceintes vivant avec le VIH qui reçoivent un TAR : 92,9 % ;
- Taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant : 7,4 %.

LACUNES PROGRAMMATIQUES

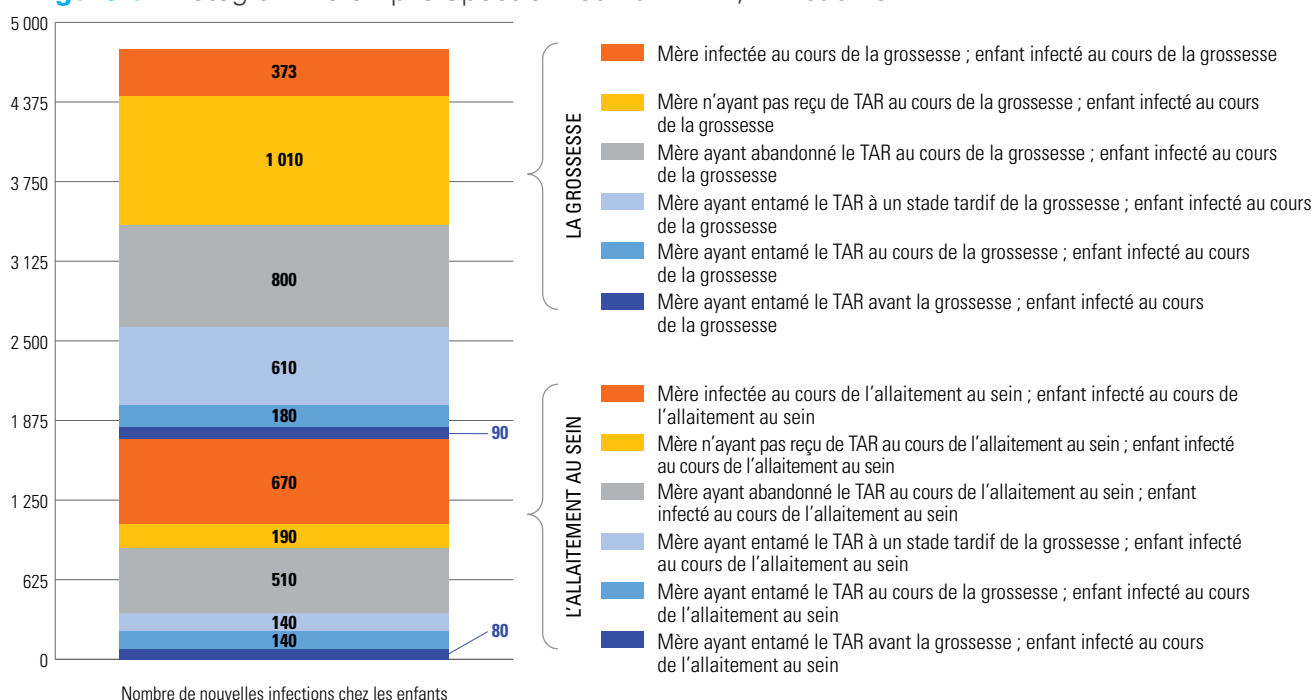
- Services limités de prévention primaire du VIH chez les femmes enceintes et allaitantes, en particulier chez les adolescentes et les jeunes femmes ;

- Inadéquation des efforts en matière de dépistage répété du VIH ;
- Taux élevés de personnes perdues de vue pendant la grossesse ou l'allaitement maternel, notamment chez les adolescentes et les jeunes femmes ;
- Lacunes dans la mise en relation avec les services de prise en charge à la suite d'un premier diagnostic du VIH.

MESURES PRIORITAIRES

- Concentrer les efforts de programmation sur les adolescentes et les jeunes femmes, par exemple par le biais de campagnes de sensibilisation et d'éducation ainsi que de nouveaux modèles de soins différenciés ;
- Renforcer la campagne Bring Back Mother-Baby Pair visant à améliorer la rétention des couples mère-enfant dans les services de santé ;
- Encourager l'analyse courante de la cascade de la PTME aux niveaux national et infranational à des fins d'amélioration de la qualité ;
- Plaider en faveur de l'adoption de nouvelles politiques de santé en milieu scolaire visant à favoriser la prévention, la prise en charge et le traitement du VIH auprès des jeunes, y compris la mise en relation avec les services de prise en charge.

Figure 8. Histogramme empilé Spectrum sur la PTME, Zimbabwe



Source : estimations 2019 de l'ONUSIDA.

LES TROIS PRINCIPALES SOURCES D'INFECTION À VIH CHEZ LES NOURRISSONS À L'ÉCHELLE NATIONALE

- Les femmes qui arrêtent le TAR durant la grossesse ou l'allaitement maternel ;
- Les femmes qui contractent le VIH durant la grossesse ou l'allaitement maternel ;
- Les femmes qui n'ont pas reçu de TAR durant la grossesse ou l'allaitement maternel.

DONNÉES IMPORTANTES DES INDICATEURS DE L'UNICEF

- Soins prénatals avec au moins une consultation (2012-2018) : 93,8 % ;
- Soins prénatals avec au moins quatre consultations (2012-2018) : 75,7 % ;
- Accouchement médicalisé (2012-2018) : 77,0 % ;
- Femmes enceintes qui connaissent leur statut VIH : 86,0 % ;
- Femmes enceintes vivant avec le VIH qui reçoivent un TAR : 93,9 % ;
- Taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant : 7,6 %.

LACUNES PROGRAMMATIQUES

- Les taux de dépistage répété du VIH chez les femmes diagnostiquées séronégatives durant les soins prénatals et postnatals restent faibles ;
- On observe un manque de coordination des services de prévention du VIH pendant la grossesse et l'allaitement maternel, en particulier pour les adolescentes et les jeunes femmes ;
- On observe un manque d'implication des hommes et de faibles taux de participation aux consultations de couple visant à recenser les femmes séronégatives ayant un partenaire séropositif ;
- Le recours aux soins prénatals n'est pas universel et, même lorsque les femmes accèdent à ces services, leur première consultation a généralement lieu vers le

milieu voire la fin du deuxième trimestre de grossesse ;

- Afin de faciliter la prise en charge du VIH, il est essentiel de renforcer l'ensemble du continuum de soins ;
- Les systèmes de surveillance et d'évaluation actuellement utilisés pour le suivi longitudinal des couples mère-enfant manquent de cohérence.

MESURES PRIORITAIRES

- Étendre le dépistage répété du VIH chez les femmes diagnostiquées séronégatives durant les soins prénatals et postnatals ;
- Mettre en place des services complets de prévention du VIH intégrant notamment la PrEP pour les adolescentes et les jeunes femmes enceintes ou allaitantes ;
- Collaborer avec les agents de santé des villages et les parties prenantes communautaires afin de favoriser le dépistage et la prise de rendez-vous en début de grossesse ainsi que la participation des femmes à l'ensemble des consultations prénatals ;
- Impliquer les membres de la communauté, y compris les agents masculins de mobilisation, en vue de renforcer la participation des hommes dont la partenaire est une femme enceinte ou allaitante ;
- Lancer des initiatives d'entraide, à l'instar des programmes de mères mentors, en vue de promouvoir le suivi des TAR, de même que l'observance et la rétention, tout particulièrement chez les adolescentes et les jeunes femmes ;
- Améliorer l'accès aux plateformes de dépistage sur le lieu de soins, y compris le suivi de la charge virale pour les mères ainsi que le diagnostic précoce du nourrisson, et optimiser les systèmes actuels de transport des échantillons ainsi que la communication des résultats ;
- Renforcer le suivi longitudinal des couples mère-enfant afin de garantir que les services font l'objet d'un suivi et d'une évaluation systématiques.

Deuxième partie :

Données probantes

La planification et la hiérarchisation des différentes stratégies visant à combler les lacunes programmatiques mises en évidence par l'évaluation systématique des programmes nationaux de PTME (activité 5) sont au cœur de l'approche *Dernière ligne droite vers l'ETME*. Cette deuxième partie expose les données probantes à l'appui de ces stratégies de PTME. L'objectif global est de mettre en relation les différentes interventions proposées et évaluées dans la littérature médicale avec certaines lacunes des programmes de PTME.

Aux fins de cette revue, nous nous sommes plus particulièrement concentrés sur la littérature portant sur le TAR universel pour les femmes enceintes et allaitantes (c.-à-d. l'Option B+) adopté par l'OMS en 2013³⁴. Toutefois, pour pallier le manque de matériel, ce document s'appuie également sur des études pertinentes issues de la littérature relative au traitement du VIH en général, ainsi que sur les données liées à des programmes de PTME mis en œuvre par le passé.

Les principales orientations opérationnelles comportent une synthèse des interventions envisageables, lesquelles sont classées en six domaines distincts (tableau 3) : prévention du VIH chez les femmes, accès rapide aux tests de dépistage du VIH, accès rapide au TAR, rétention dans les programmes et aide à l'observance, recours précoce aux soins prénatals, et services destinés aux nouveau-nés les plus exposés au risque d'infection à VIH.

SERVICES DE PRÉVENTION DU VIH DESTINÉS AUX FEMMES

De plus en plus de travaux confirment la forte incidence du VIH chez les femmes enceintes et allaitantes dans de nombreuses zones d'Afrique subsaharienne. Une méta-analyse de 19 cohortes (totalisant plus de 22 000 personnes-années) publiée en 2013 révélait une incidence élevée du VIH durant la grossesse (4,7 pour 100 personnes-années) et l'allaitement maternel (2,9 pour 100 personnes-années)³⁵, des taux qui avoisinent, voire dépassent, les seuils à partir desquels l'OMS recommande la PrEP au VIH (3,0 pour 100 personnes-années). Ces taux d'incidence varient en fonction de plusieurs facteurs locaux, notamment la prévalence globale du VIH. Cependant, il semblerait que les femmes présentent un risque biologique plus élevé de contracter le VIH durant la grossesse et peu de temps après l'accouchement, quelle que soit la fréquence des rapports sexuels déclarés³⁶.

Les nouvelles infections à VIH ont des conséquences à long terme, notamment la hausse des taux de morbidité et de mortalité. En outre, lorsqu'elles surviennent en période de grossesse ou d'allaitement au sein, elles posent des problèmes supplémentaires en matière de transmission du virus de la mère à l'enfant. En cas de forte prévalence du VIH et de couverture importante du TAR, les nouvelles infections à VIH non diagnostiquées chez les femmes enceintes ou allaitantes

pourraient être responsables d'une part croissante des nouveaux cas d'infection à VIH chez les nourrissons³⁷ – jusqu'à 43 % dans certains contextes³⁸. Nous disposons actuellement de peu d'outils permettant de déterminer quelles sont les femmes les plus exposées au risque d'infection à VIH pendant la grossesse. Au Kenya, Pintye et ses collègues ont créé une note de risque pour le triage des femmes enceintes et allaitantes séronégatives afin de repérer les femmes pouvant bénéficier de la PrEP et d'établir un ordre de priorité en fonction de leur situation. La note intègre les partenaires sexuels tout au long de la vie, ainsi que le statut sérologique pour la syphilis et pour le VIH des partenaires masculins³⁹. Cet outil n'a toutefois pas encore été validé dans d'autres contextes.

Il peut être utile de s'appuyer sur une approche ciblant les couples afin d'orienter les programmes de prévention du VIH pendant la grossesse et l'allaitement⁴⁰. Les femmes enceintes qui connaissent leur statut VIH et celui de leur(s) partenaire(s) sont mieux armées pour comprendre les risques qu'elles courent en matière de contraction/transmission du VIH et bénéficier des services de prévention, de prise en charge et de traitement adaptés. D'après ce modèle, le dépistage indicateur du VIH chez la femme enceinte et son ou ses partenaire(s) constitue une première étape cruciale. Alors que les services de dépistage du VIH se développent rapidement dans le cadre des soins prénatals, les efforts déployés pour impliquer les partenaires masculins ne progressent pas aussi vite, et sont jusqu'à présent peu fructueux⁴¹. De nombreux programmes de PTME proposent des consultations de couple dans les établissements. Ces services peuvent être améliorés en offrant plusieurs options concernant la notification au partenaire⁴². Par ailleurs, un essai randomisé réalisé au Kenya a montré que le dépistage du VIH à domicile pour les couples était à la fois acceptable, réalisable et rentable⁴³. La mise à disposition de kits d'auto-dépistage joue également un rôle clé dans la décentralisation du dépistage du VIH. Après avoir reçu une explication sur leur utilisation, les femmes repartent chez elle avec des kits d'auto-dépistage pour leur partenaire⁴⁴. S'il reste indispensable d'effectuer des tests de confirmation en cas de résultats positifs, cette pratique offre l'avantage indéniable de préserver l'intimité et la confidentialité des personnes concernées.

En dépit du nombre important de nouveaux cas d'infection à VIH au cours de la grossesse et de l'allaitement maternel, les femmes obtenant des résultats négatifs au premier test de dépistage du VIH lors des soins prénatals ne bénéficient que rarement de services de prévention du VIH, outre la consultation prévue après le test. Plusieurs interventions comportementales ont été proposées, mais les résultats obtenus sont jusqu'à présent contrastés. Jones et ses collègues ont, par exemple, étudié une initiative combinée intégrant deux approches fondées sur des données probantes : la réduction du risque comportemental au sein des couples et une intervention visant à renforcer le recours à la PTME. Cette initiative a permis

de réduire le nombre de rapports sexuels non protégés et d'améliorer les connaissances liées au VIH. Aucune nouvelle infection maternelle à VIH n'a été constatée parmi les femmes ayant bénéficié de l'intervention, contre six dans le groupe témoin⁴⁵. En revanche, une étude dirigée par Homsy et ses collègues a montré que l'adoption d'une stratégie longitudinale renforcée de conseil et de dépistage du VIH visant à prévenir la contraction du virus chez les femmes enceintes ne donnait pas lieu à des changements de comportements importants, s'agissant par exemple de l'utilisation de préservatifs. Par ailleurs, aucune différence n'a été constatée sur le plan de l'incidence du VIH, mais les taux étaient globalement faibles (0,2 pour 100 personnes-années)⁴⁶. Les chercheurs ont également observé que lorsque les femmes séronégatives recevaient le soutien d'agents de santé communautaires en Afrique du Sud – notamment des conseils individualisés sur le VIH, des tests réguliers de dépistage du VIH (seules ou en couple), ainsi que des services d'orientation pour les partenaires (concernant par exemple la circoncision, ou le traitement des infections sexuellement transmissibles et du VIH) – le taux d'infections incidentes au VIH diminuait pendant la grossesse (1,49 pour 100 personnes-années) et au cours de la période suivant l'accouchement (1,03 pour 100 personnes-années)⁴⁷. Malgré l'absence de comparaisons directes dans cette étude, il en ressort des taux nettement inférieurs à ceux présentés dans les études réalisées précédemment dans la même région sud-africaine, ainsi que dans la méta-analyse évoquée plus haut⁴⁸. Compte tenu de l'hétérogénéité des résultats obtenus avec ce type d'interventions, il est crucial d'y intégrer une composante d'évaluation lors de la planification, du pilotage ou de la mise en œuvre de ces stratégies de prévention.

Il a été démontré que le TAR était très efficace pour réduire la transmission horizontale du VIH. Le HIV Prevention Trials Network (réseau pour les essais de prévention du VIH, HPTN) a révélé à la suite de son essai 052 que, dans les couples sérodiscordants, lorsque la personne séropositive débutait un TAR qui aboutissait à une suppression de la charge virale, le risque de transmission du virus à son/sa partenaire séronégatif/ive pouvait chuter de 96 %⁴⁹. L'essai met également en évidence l'importance de commencer le TAR rapidement après un diagnostic du VIH, notamment pour les partenaires masculins séropositifs de femmes enceintes séronégatives. En revanche, plusieurs essais de grande envergure portant sur une stratégie universelle de dépistage et de traitement du VIH révèlent les difficultés que pose le déploiement des interventions à grande échelle au sein de la population⁵⁰. Parmi elles figurent par exemple : la couverture des services liés au VIH, en particulier pour les personnes présentant des risques élevés (par exemple, les jeunes, les hommes et les communautés très mobiles) ; la mise en relation des personnes diagnostiquées avec les services de prise en charge ; de même qu'un soutien à l'observance des traitements et à la rétention dans les programmes.

La PrEP joue un rôle crucial dans la prévention du VIH, y compris pour les femmes enceintes et allaitantes⁵¹. De nombreuses études indiquent que la PrEP – prise quotidienne de fumarate de ténofovir disoproxil et d'emtricitabine (TDF-FTC) – s'avère très efficace chez les femmes qui observent le traitement, comme en attestent un grand nombre d'essais randomisés⁵².

Bien que l'OMS recommande son utilisation durant la grossesse et l'allaitement maternel⁵³, nombreux sont les programmes nationaux qui ne l'ont pas encore pleinement intégrée pour les femmes enceintes et allaitantes⁵⁴. Or, des études antérieures encourageaient déjà le recours à la PrEP au sein de ces populations. D'après une évaluation sur la fourniture de la PrEP dans 16 dispensaires kenyans centrés sur la fourniture de soins aux mères et aux enfants, 22 % des femmes avaient commencé à y recevoir ce traitement. Ce sont les femmes enceintes connaissant le statut séropositif de leur partenaire qui ont le plus eu recours à la PrEP (79 %) et ce facteur favorise aussi grandement la poursuite du traitement⁵⁵. Les études qualitatives menées dans la région indiquent que la PrEP revêt un caractère acceptable et réalisable⁵⁶. Qui plus est, des études de modélisation révèlent également que son intégration aux services de soins prénatals pourrait permettre de réduire drastiquement le nombre de nouvelles infections à VIH. Powers *et al.* ont ainsi démontré qu'une augmentation absolue de 20 % de l'utilisation de la PrEP pouvait à elle seule permettre d'éviter 13 % des transmissions horizontales du VIH et 12 % des transmissions verticales du virus. En associant cette approche à d'autres stratégies, il serait possible de faire passer ces chiffres à 32 % et 29 % respectivement⁵⁷. D'après les conclusions de Davey et de ses collègues, le suivi de la PrEP durant la grossesse réduirait de 13 à 40 % la transmission verticale du VIH⁵⁸. L'identification des femmes enceintes et allaitantes les plus exposées au risque d'infection à VIH permettrait d'accroître encore davantage cette proportion.

Enfin, malgré le rôle majeur que joue la prévention primaire du VIH dans la PTME, force est de constater que certaines femmes contractent le virus au cours de leur grossesse ou de l'allaitement maternel en dépit des efforts déployés par ces programmes. Il est donc crucial d'adopter des stratégies visant à diagnostiquer ces femmes le plus vite possible, afin de prendre rapidement des mesures de PTME, notamment l'initiation du TAR. L'OMS recommande actuellement d'effectuer des tests de dépistage du VIH répétés chez les femmes enceintes initialement diagnostiquées séronégatives, à compter du troisième trimestre de grossesse et tout au long de l'allaitement maternel⁵⁹. Une analyse récente de 49 politiques nationales de dépistage du VIH a révélé qu'environ trois quarts (78 %) d'entre elles recommandaient d'effectuer des tests répétés, avec tout de même des différences quant au moment propice à leur réalisation et aux populations ciblées. En revanche, onze pays ne préconisaient pas de pratiquer des tests répétés pour le VIH, au rang desquels se trouvent plusieurs pays prioritaires de l'ONUSIDA sur le plan de l'ETME. Si la prévalence du VIH dans ces pays se révélait faible, voire très faible, ils présentaient cependant des taux de transmission verticale du VIH moyens à élevés. Les mesures qui seront prises dans le cadre des programmes futurs seront donc cruciales⁶⁰. Afin de renforcer la répétition des tests de dépistage du VIH, les programmes doivent chercher à réduire au maximum les occasions manquées de pratiquer de nouveaux tests, à savoir, la faible rétention dans les soins prénatals, le renoncement des personnes admissibles à se rendre à nouveau au dispensaire, et l'entrée tardive dans le parcours de soins prénatals (ce qui peut aboutir à une non-admissibilité pour des tests ultérieurs de dépistage du VIH)⁶¹. Les stratégies consistant à intégrer la répétition des tests VIH

aux services de santé de routine et l'adoption de pratiques plus récentes en matière de dépistage du VIH (à savoir les campagnes communautaires, l'auto-dépistage ou encore le dépistage à domicile) offrent également de belles perspectives. Nous nous intéressons de façon plus détaillée à ces approches dans les parties suivantes.

ACCÈS RAPIDE AU DÉPISTAGE DU VIH

Il est essentiel d'effectuer un diagnostic du VIH chez les femmes afin qu'elles puissent bénéficier d'un continuum de soins liés à la PTME. Plus tôt ce diagnostic est réalisé, plus la probabilité de parvenir à une suppression virologique avant l'accouchement est grande, ce qui a pour effet de réduire très fortement le risque de transmission verticale du VIH. Les consultations proposées aux femmes séronégatives après les tests sont l'occasion de discuter des approches permettant de diminuer les risques et, lorsque cela est possible, de les mettre en relation avec des services existants de prévention du VIH.

Un certain nombre de stratégies fondées sur des données probantes ont été mises en œuvre afin d'élargir la couverture du dépistage du VIH dans le cadre des soins prénatals. D'importantes améliorations ont été constatées dans l'accès à ces services grâce à la mise à disposition généralisée de tests de dépistage rapides, lesquels sont très performants, peu coûteux et faciles à stocker, tout en fournissant rapidement des résultats. Aujourd'hui, les soins prénatals de routine comprennent très souvent la réalisation systématique de tests de dépistage du VIH⁶² – sous réserve du consentement de la personne concernée –, une approche qui présente l'avantage de limiter la stigmatisation. Afin d'offrir des services de conseil et de dépistage liés au VIH dans des dispensaires prénatals déjà débordés, il est nécessaire de déléguer certaines tâches, notamment en faisant appel à des conseillers bénévoles formés⁶³. Le dépistage du VIH doit être effectué rapidement chez les femmes enceintes ; dans l'idéal, dès la première consultation de soins prénatals. La répétition de tests de dépistage du VIH au cours du troisième trimestre de grossesse, pendant le travail et/ou durant l'allaitement maternel peut permettre de recenser les femmes récemment infectées par le virus et donc de leur proposer de suivre un TAR et de bénéficier d'une prise en charge du VIH à long terme. Il a été observé que le fait de réaliser un deuxième test de dépistage du VIH chez les femmes enceintes dont le premier test était négatif était rentable aussi bien dans les milieux à forte prévalence du VIH (par exemple, en Ouganda) que dans ceux à faible prévalence du virus (par exemple, en Inde)⁶⁴.

Les stratégies visant à décentraliser les pratiques de dépistage du VIH – en dehors des établissements de santé ou de sorte à décharger les soignants travaillant dans des établissements – ont également fait leurs preuves. Ezeanolue et ses collègues ont notamment démontré l'efficacité d'une stratégie ciblant des congrégations afin d'encourager le dépistage du VIH chez les femmes enceintes dans un essai randomisé par grappes couvrant 40 églises au Nigéria. Ils ont en effet constaté que lorsque l'on intégrait des tests de dépistage du VIH aux cérémonies prénatales organisées par les églises (au nombre de 3002), les taux de dépistage étaient beaucoup plus élevés que dans le cadre de procédures d'orientation standard (92 % contre 55 % respectivement)⁶⁵. L'intégration du dépistage du VIH aux

« semaines » de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (campagnes semestrielles visant à étendre l'accès aux services de santé) constitue également une solution intéressante. Rien qu'en une semaine, dans 13 zones d'administration locale de l'État de Benue au Nigéria, plus de 50 000 femmes enceintes ont été sensibilisées au dépistage du VIH. Plus de 99 % d'entre elles ont ensuite donné leur consentement oral avant de se soumettre à un test de dépistage et de participer à une consultation, sauf en cas de refus exprès⁶⁶. Ces pratiques doivent garantir la confidentialité des résultats et le consentement des patientes. Elles doivent par ailleurs être associées à des services existants de qualité en matière de dépistage du VIH au sein des établissements de santé. Certes, ces approches communautaires permettent de renforcer l'accès aux tests de dépistage du VIH, mais pour être pleinement efficaces, elles doivent aussi inclure des services de suivi, notamment pour les femmes récemment diagnostiquées séropositives.

Il est également essentiel de promouvoir le dépistage du VIH chez les partenaires, par exemple, lors des consultations de couple. Le fait de connaître le statut VIH de son/sa partenaire et de dévoiler son propre statut sérologique contribue à obtenir de meilleurs résultats, comme l'indiquent un certain nombre d'études. Cela favorise en outre la prévention, la prise en charge et le traitement du VIH au sein des familles. Les approches visant à accroître le dépistage du VIH chez les partenaires sont décrites plus en détail dans les parties *Services de prévention du VIH destinés aux femmes* et *Rétention dans les programmes de soins et aide à l'observance*.

ACCÈS RAPIDE AU TAR

Les femmes diagnostiquées séropositives doivent pouvoir initier un TAR le plus rapidement possible. La couverture géographique de la prise en charge et du traitement du VIH doit faire l'objet d'une évaluation critique afin de garantir que les femmes séropositives ont facilement accès à ces services. La distance séparant les patientes des établissements de santé est inversement proportionnelle à l'utilisation des services⁶⁷, un facteur dont il convient de tenir compte au cours de la planification. D'autres obstacles structurels, tels que les frais médicaux à la charge des patients et les délais d'attente, doivent également être analysés et éliminés lorsque cela est possible.

Quand bien même des services seraient disponibles dans les établissements de santé situés à proximité, voire dans d'autres unités au sein de la même structure, une aide supplémentaire peut s'avérer nécessaire. Des études portant sur l'intégration des services de santé relatifs au VIH destinés aux mères et aux enfants font état de résultats encourageants. Citons par exemple une étude randomisée par grappes menée en milieu rural au Kenya dans le cadre de laquelle l'équipe de recherche dirigée par Turan a démontré que l'inclusion des soins prénatals et des services de prise en charge du VIH avait permis d'augmenter la proportion de femmes bénéficiant d'une prise en charge du VIH par rapport à des services de soins standard (69 % contre 36 % ; rapport des cotes [RC] = 3,94 ; intervalle de confiance [IC] à 95 % : 1,14–13,63) et démarrant un TAR (40 % contre 17 % ; RC = 3,22 ; IC à 95 % : 1,81–5,72)⁶⁸. Une évaluation par étape menée en Zambie a produit des résultats similaires. Elle montre en effet que la fourniture de services intégrés est

liée à une augmentation de la part des femmes qui entrent dans la cascade de soins anti-VIH (44,4 % contre 25,3 % ; RC ajusté = 2,06 ; IC à 95 % : 1,27-3,34) et débutent un TAR (32,9 % contre 14,4 % ; RC ajusté = 2,01 ; IC à 95 % : 1,37-2,95)⁶⁹. En menant une analyse rétrospective sur le Malawi, une autre équipe de chercheurs (Chan *et al.*) a découvert que l'intégration totale du dépistage du VIH et de la fourniture de TAR dans le cadre des soins prénatals se traduisait par un taux d'initiation du TAR nettement plus élevé que dans le cas d'une intégration partielle (dépistage du VIH uniquement, orientation aux fins d'une initiation du TAR ; 63 % contre 51 %). Néanmoins, le modèle d'intégration totale était également associé à une rétention plus faible (79 % contre 87 %). Indépendamment du modèle de prestation de services utilisé, le fait d'établir un diagnostic du VIH et de démarrer un TAR le même jour est associé à un risque accru d'attrition au bout de six mois (RC ajusté = 2,27 ; IC à 95 % : 1,34-3,85)⁷⁰. Compte tenu de l'importance de démarrer rapidement le TAR, il semble judicieux d'accompagner davantage les personnes qui débutent le traitement afin de minimiser le risque d'abandon. Les résultats des programmes passés portant sur l'intégration des soins de santé relatifs au VIH destinés aux mères et aux enfants vont eux aussi dans ce sens⁷¹.

RÉTENTION DANS LES PROGRAMMES DE SOINS ET AIDE À L'OBSERVANCE

Si l'on veut atteindre les objectifs ambitieux de l'ETME, l'observance du TAR et la rétention dans les programmes revêtent une importance cruciale. Malheureusement, ces deux facteurs posent certaines difficultés durant la grossesse et l'allaitement maternel⁷². Plusieurs approches s'avèrent efficaces pour améliorer la rétention et/ou l'observance des traitements chez les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH.

Des solutions axées sur l'entraide se sont ainsi révélées fructueuses⁷³. C'est notamment le cas du programme des mères mentors qui forme des femmes séropositives ayant une expérience de la PTME, afin qu'elles sensibilisent d'autres femmes et leur fournissent un soutien psychologique ainsi que des orientations opérationnelles les aidant à s'y retrouver dans le système de santé. Il est ressorti d'une étude comparative de cohortes menée au Nigéria que les femmes bénéficiant du soutien d'une mère mentor avaient nettement plus de chances de se maintenir dans le parcours de soins (RC ajusté = 5,9 ; IC à 95 % : 3,0-11,6) et de connaître une suppression virale (RC ajusté = 4,9 ; IC à 95 % : 2,6-9,2) six mois après l'accouchement⁷⁴. L'essai PURE conduit au Malawi a révélé que, comparées aux modèles de santé prédominants, les approches qui s'appuient sur l'entraide au niveau des établissements de soins et des communautés obtenaient de meilleurs résultats en matière de prise du TAR (81 % contre 86 % et 90 % respectivement) et de rétention à 24 mois (66 % contre 80 % et 83 % respectivement)⁷⁵. D'autres études démontrent l'efficacité des approches centrées sur l'entraide en association avec d'autres interventions⁷⁶ et révèlent qu'elles favorisent les changements de comportements en matière de santé reproductive⁷⁷. Les recherches qualitatives corroborent largement les conclusions de cet essai et confirment la faisabilité et l'acceptabilité générales de ce type de programmes⁷⁸, en particulier parmi les adolescentes⁷⁹. Toutefois, pour généraliser la mise en œuvre de ces initiatives,

quelques ajustements peuvent se révéler nécessaires en vue de tirer pleinement parti des membres de groupes d'entraide au sein du système de santé⁸⁰.

Les prestataires de soins communautaires peuvent également jouer ce rôle de soutien. Ainsi, dans le cadre de l'étude MIR4Health, des conseillers bénévoles formés ont apporté un appui coordonné à des femmes enceintes, notamment à travers des programmes personnalisés d'éducation sanitaire, une aide à la rétention et à l'observance, des rappels de rendez-vous par téléphone et SMS, ainsi qu'un suivi des consultations manquées. Les conclusions de l'étude ont révélé un taux d'attrition à six mois après l'accouchement plus faible chez les femmes bénéficiant de ce programme que chez celles suivant des soins standard (18,8 % contre 28,2 % ; risque relatif [RR] : 0,67 ; IC à 95 % : 0,45-0,99)⁸¹.

Afin d'accroître l'observance des traitements et la rétention des femmes dans le parcours de soins, il peut aussi être bénéfique de déterminer des soutiens dans leur entourage. Il a été observé que l'implication des partenaires masculins favorisait le suivi de la cascade de soins en faveur de l'ETME, en particulier le dépistage du VIH et la prise de TAR chez les femmes séropositives⁸². La mobilisation des partenaires permet aussi d'obtenir de meilleurs résultats chez les nourrissons exposés au VIH, notamment en matière de nouvelles infections à VIH et de survie sans VIH⁸³. À l'inverse, le manque d'implication des partenaires peut avoir des conséquences négatives. Une étude transversale menée au Malawi a révélé que le fait d'être dans un couple au sein duquel aucun des partenaires n'avait dévoilé son statut VIH était associé à un risque accru que la mère ne commence pas de TAR (RC ajusté = 4,7 ; IC à 95 % : 2,5-8,8), que l'observance des traitements soit insuffisante (RC ajusté = 1,8 ; IC à 95 % : 1,1-2,8), et que la mère transmette le VIH à son enfant (RC ajusté = 2,1 ; IC à 95 % : 1,1-4,1)⁸⁴. Les stratégies destinées à favoriser l'implication des partenaires masculins prévoient dans un premier temps des consultations et des tests de dépistage du VIH pour les couples (se référer à la partie *Services de prévention du VIH destinés aux femmes*). Les activités de sensibilisation communautaires visant à impliquer les partenaires masculins menées au Mozambique et en République-Unie de Tanzanie se sont révélées efficaces⁸⁵. Cela étant dit, il est crucial de tenir compte des risques que peuvent comporter ces approches, concernant par exemple les violences conjugales ou les préjugés sociaux, lors de la mise en œuvre de ces services à l'échelle de la population.

D'autres stratégies fondées sur des données probantes et dont l'efficacité a été démontrée auprès d'autres populations peuvent être transposées aux femmes enceintes et allaitantes. Les groupes d'observance dans les communautés ou les établissements donnent notamment des résultats prometteurs parmi les patientes « stables » suivant un TAR et présentant déjà une suppression virologique. Le personnel soignant fait alors venir les patientes – généralement à intervalle de quelques mois – pour des consultations de groupe, des renouvellements d'ordonnances, ou afin de les orienter vers un établissement de santé (si besoin). Dans une étude menée auprès d'un groupe de 129 femmes vivant avec une charge virale du VIH inférieure à 1 000 copies/ml pendant au moins trois mois, l'équipe de recherche de Myer a obtenu des résultats positifs

avec les groupes d'observance durant la période post-partum⁸⁶. Des entretiens poussés avec des prestataires de soins et des patientes ont permis de confirmer la faisabilité et l'acceptabilité de cette approche⁸⁷. Il est néanmoins nécessaire de compléter ces découvertes encourageantes avec des recherches supplémentaires portant sur les préférences des patientes et les effets à long terme sur la population. De même, de nombreuses études indiquent que les technologies de santé mobile permettent d'améliorer la rétention et l'observance au sein de l'ensemble de la population adulte vivant avec le VIH. En revanche, les technologies qui ciblent les femmes enceintes ou celles ayant récemment accouché obtiennent des résultats plus mitigés. Des essais distincts ont montré que le fait d'échanger des messages avec les nouvelles mères et de les appeler deux fois par semaine permettait d'améliorer leur taux de rétention durant les huit à dix semaines suivant l'accouchement⁸⁸. À plus long terme, cependant, soit jusqu'à douze mois après l'accouchement, les données sont plus nuancées⁸⁹. Ce type d'approches doit faire l'objet de recherches plus approfondies, notamment compte tenu de la multiplication des technologies de santé mobile liées aux services destinés aux mères et aux enfants⁹⁰. Du reste, l'efficacité de ces interventions à l'échelle de la santé publique dépendra aussi très certainement de l'évolution de certains facteurs structurels, sociaux et culturels.

Plusieurs stratégies donnent des résultats prometteurs auprès des femmes enceintes et allaitantes, mais doivent faire l'objet d'évaluations supplémentaires. Parmi elles, citons notamment le suivi accru de la charge virale durant la grossesse et l'allaitement au sein, qui permet aux soignants, mais aussi aux patientes, d'obtenir des informations précieuses sur l'observance des traitements et/ou la résistance aux antirétroviraux. Bien que le suivi de la charge virale soit désormais recommandé dans de nombreux contextes, la couverture de cette méthode reste limitée et les tests sont encore trop espacés dans le temps (par exemple, tous les 6 à 24 mois). Sans un renforcement des mesures de suivi, jusqu'à 70 % des femmes concernées pourraient ne pas subir de tests de charge virale de routine pendant leur grossesse et la durée de l'allaitement maternel, ce qui pourrait avoir des conséquences néfastes⁹¹. La réalisation de tests de charge virale dès l'entrée dans le parcours de soins prénatals (pour les femmes sous TAR avant la conception) peut contribuer à mettre en évidence d'éventuels échecs thérapeutiques non diagnostiqués. Par ailleurs, il peut être judicieux de s'appuyer sur la charge virale détectable du VIH relevée au cours du troisième trimestre et/ou durant l'allaitement maternel pour définir les conseils et le soutien à apporter en matière d'observance. Compte tenu des délais d'obtention des résultats, en particulier dans les zones rurales et isolées, la conduite de tests de charge virale sur le lieu de soins constitue une bonne solution pour accroître la couverture du suivi virologique. Toutefois, les instruments de dépistage sur le lieu de soins doivent être utilisés de sorte à exploiter au mieux les laboratoires centralisés (de même que leurs réseaux existants de transport des échantillons) et à réduire au maximum les coûts globaux⁹².

Il est possible de faire baisser rapidement la charge virale grâce à des TAR contenant des inhibiteurs de l'intégrase, ce qui peut s'avérer particulièrement utile pour les femmes enceintes prises

en charge tardivement. Chez les femmes enceintes présentant une charge virale détectable qui suivent un traitement sans inhibiteurs de l'intégrase, le fait de passer à un TAR contenant des inhibiteurs de l'intégrase peut se traduire par une réduction rapide de la charge virale⁹³. Cependant, dans ce cas, il peut également être nécessaire de modifier l'inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse afin que le traitement intègre deux médicaments actifs⁹⁴. En dépit des craintes suscitées initialement par la prise de dolutégravir avant la conception et des anomalies du tube neural qui pourraient en découler⁹⁵, de nouvelles données semblent indiquer que ces risques restent dans l'ensemble limités⁹⁶. La prise de traitements à base de dolutégravir au cours de la grossesse n'est pas associée à un risque plus élevé de problèmes à la naissance que dans le cas de traitements contenant de l'efavirenz⁹⁷. Ces conclusions ont amené l'OMS à recommander l'administration de dolutégravir dans le cadre des TAR de première intention pour toutes les catégories de population, y compris les femmes enceintes⁹⁸.

RECOURS AUX SOINS PRÉNATALS

Pour être pleinement efficaces, les programmes de PTME doivent pouvoir s'appuyer sur le recours précoce et continu des patientes aux soins prénatals. La prise en charge tardive dans le parcours de soins prénatals peut réduire le temps imparti pour effectuer des tests de dépistage du VIH et démarrer un TAR chez les femmes enceintes qui n'ont pas encore été diagnostiquées séropositives. Suivant les nouvelles recommandations de l'OMS, le nombre minimal de consultations prénatales passe de quatre à huit⁹⁹. Par conséquent, il convient d'adopter de nouvelles stratégies afin de favoriser le recours aux soins prénatals dès le premier trimestre.

Or, jusqu'à présent, les interventions communautaires visant à encourager la participation aux soins prénatals produisent des résultats contrastés. En République-Unie de Tanzanie, par exemple, un programme d'agents de santé communautaires a contacté plus de 42 000 femmes enceintes durant 16 mois. Parmi ces femmes, 75 % n'avaient pas encore reçu de soins prénatals (40 % d'entre elles étaient dans leur premier trimestre de grossesse) et ont été dirigées vers les services de santé appropriés¹⁰⁰. En revanche, l'évaluation formelle du programme basée sur un essai randomisé par grappes a révélé que la proportion de femmes ayant déclaré moins de quatre consultations prénatales au cours de leur grossesse était similaire chez les femmes ayant bénéficié de l'intervention et chez celles ayant suivi les soins standard (respectivement 59,1 % contre 60,7 % ; RR : 0,97 ; IC à 95 % : 0,82-1,15). Par ailleurs, la part des femmes n'ayant pas reçu de soins prénatals durant le premier trimestre de grossesse était également comparable (69,7 % contre 70,3 % ; RR : 0,99 ; IC à 95 % : 0,87-1,13)¹⁰¹.

Les mesures d'incitation constituent une approche prometteuse. Dans le cadre d'une revue systématique dirigée par Till, il a été découvert que si les stratégies axées sur des mesures incitatives n'augmentaient pas nécessairement la probabilité que les femmes aient recours aux soins prénatals, elles semblaient en revanche favoriser la poursuite régulière de ces soins pour les femmes enceintes bénéficiant déjà d'une prise en charge en établissement¹⁰². Lors d'un petit essai pilote mené en Afrique du Sud, Rossouw et ses collègues ont évalué

une initiative intégrant la « Thula Baba Box » – boîte inspirée du kit de maternité finlandais comprenant du matériel pour la mère et le bébé – et des visites mensuelles d’agents de santé communautaires. Ces incitations étaient subordonnées à un recours précoce (dans les quatre semaines suivant la première interaction avec un agent de santé communautaire) et continu (au moins quatre consultations de soins prénatals) des patientes. Il est ressorti de cet essai que les femmes bénéficiant de l’intervention étaient davantage susceptibles de se rendre à plus de quatre consultations prénatales (RC ajusté = 4,85 ; IC à 95 % : 0,84-27,88) et de commencer les soins prénatals avant le cinquième mois de grossesse (RC ajusté = 10,51 ; IC à 95 % : 10,51 (1,80-61,83)¹⁰³.

D’autres stratégies méritent également que l’on s’y attarde. Les soins prénatals de groupe font l’objet d’une attention accrue et sont désormais recommandés par l’OMS¹⁰⁴. Les évaluations préliminaires de cette approche font état de résultats encourageants, notamment une autonomisation accrue des femmes vis-à-vis de leur grossesse dans certains contextes¹⁰⁵. Des essais plus importants relatifs à cette méthode sont en passe d’être terminés et devraient étayer cette stratégie¹⁰⁶. En outre, l’envoi de rappels par SMS peut aussi s’avérer utile pour promouvoir les consultations prénatales. Une revue systématique et une méta-analyse ont dévoilé que les femmes enceintes qui recevaient des SMS de rappel étaient plus susceptibles de se rendre aux quatre consultations ciblées de soins prénatals auparavant recommandées par l’OMS (RC = 2,74 ; IC à 95 % : 1,41-5,32)¹⁰⁷. Les programmes nationaux commencent à inclure ce type de stratégies dans les soins prénatals de routine¹⁰⁸. L’utilisation de plateformes de messagerie en ligne (par exemple, WhatsApp) pourrait aussi permettre de recréer certains éléments des activités de soutien en groupe et mérite de faire l’objet de recherches approfondies.

SERVICES DESTINÉS AUX NOUVEAU-NÉS LES PLUS EXPOSÉS AU RISQUE D’INFECTION À VIH

Chez les femmes qui entament un TAR tardivement au cours de leur grossesse ou n’en suivent pas du tout, on observe des taux de transmission verticale du VIH plus élevés. L’OMS considère que les catégories de population suivantes présentent un risque élevé d’infection à VIH : 1) les nourrissons nés d’une mère dont l’infection au VIH est diagnostiquée et qui a reçu moins de quatre semaines de TAR au moment de l’accouchement ; 2) les nourrissons nés d’une mère dont l’infection au VIH est diagnostiquée, avec une charge virale supérieure à 1 000 copies/ml dans les quatre semaines précédant l’accouchement ; 3) les nourrissons nés d’une mère souffrant d’une infection incidente au VIH lors de la grossesse ou de l’allaitement au sein ; ou 4) les nourrissons identifiés pour la première fois au cours de la période suivant l’accouchement, avec ou sans test négatif au VIH au cours de la période prénatale¹⁰⁹. Les anticorps VIH sont transmis de manière passive de la mère au fœtus et ne diminuent qu’au bout de plusieurs mois après la naissance. C’est pourquoi il est nécessaire de dépister les nouveau-nés au moyen de tests à base d’acides nucléiques.

Dans le cadre de programmes en capacité d’établir des diagnostics précoces du VIH chez les nourrissons – et liés à des services de traitement pédiatrique du VIH – le dépistage du VIH chez les nourrissons exposés à des risques élevés

peut se révéler utile. Pour l’heure, peu d’établissements de santé publique effectuent ce type de diagnostics de manière systématique, mais il existe tout de même quelques exceptions. L’Afrique du Sud a par exemple mis en place le dépistage universel à la naissance pour les nourrissons exposés au risque d’infection à VIH. Compte tenu de la prévalence élevée du VIH dans le pays et du recours limité aux tests de charge virale chez les mères, il a en effet été estimé qu’avec un dépistage ciblé du VIH chez les nouveau-nés, 20 à 25 % des infections in utero risquaient de ne pas être détectées¹¹⁰. Aussi prometteur soit-il, le dépistage du VIH à la naissance peut également nuire à la conduite systématique de tests de dépistage des nourrissons (quatre à huit semaines après la naissance) dont les premiers tests se sont révélés négatifs. Aussi les programmes de dépistage du VIH à la naissance doivent-ils comprendre une évaluation rigoureuse de leur impact sur la réalisation ultérieure des tests de dépistage précoce du VIH requis. Il peut en outre s’avérer indispensable de mettre en œuvre des interventions structurées visant à soutenir les services de suivi en matière de dépistage précoce du nourrisson en cas de résultat négatif au test du VIH effectué à la naissance¹¹¹. Les tests de dépistage précoce du nourrisson effectués sur le lieu de soins peuvent faciliter le dépistage du VIH à la naissance, à condition que les modèles de prestation de services fassent l’objet de certaines améliorations¹¹². Les nourrissons diagnostiqués séropositifs à la naissance doivent être en urgence redirigés vers des services de prise en charge du VIH, car il a été prouvé que l’administration universelle d’un TAR permettait de réduire fortement la morbidité et la mortalité chez les nouveau-nés¹¹³.

Toutes les femmes récemment diagnostiquées séropositives devraient immédiatement entamer un TAR, indépendamment du stade de leur grossesse ou du post-partum, et recevoir le soutien nécessaire afin de favoriser leur observance et leur rétention. La suppression virologique chez les mères se traduit par une amélioration de leur état de santé et de faibles taux de transmission verticale du VIH. Pour les nourrissons fortement exposés au risque d’infection à VIH, le recours à la prophylaxie permet de leur apporter une protection antirétrovirale supplémentaire durant la période importante pouvant s’écouler entre l’initiation du TAR maternel et la suppression virale chez la mère. S’agissant des nourrissons allaités au sein nés d’une mère séropositive sous TAR, l’OMS recommande actuellement le recours à la prophylaxie pendant six semaines avec une dose quotidienne de névirapine. Ces recommandations s’appuient sur de nombreux essais cliniques qui attestent de l’innocuité de l’administration de névirapine à des nourrissons pendant des durées différentes¹¹⁴. D’autres traitements prophylactiques du VIH pour les nouveau-nés permettent d’obtenir des taux de transmission du virus de la mère à l’enfant tout aussi faibles. C’est notamment le cas de la lamivudine, de l’association lopinavir/ritonavir et de la zidovudine¹¹⁵ qui peuvent éventuellement être utilisés à la place de la névirapine si ce médicament n’est pas disponible. Il est recommandé d’administrer aux nouveau-nés considérés comme particulièrement exposés au risque de transmission verticale du VIH (voir ci-dessus) un double traitement prophylactique adapté aux nourrissons – deux doses quotidiennes de zidovudine et une dose quotidienne de névirapine – durant les

six premières semaines de vie, suivi d'un double traitement prophylactique ou de l'administration d'une dose quotidienne de névirapine durant six semaines supplémentaires, soit une durée totale de 12 semaines pour les nourrissons allaités au sein¹¹⁶. Une autre possibilité en matière de prophylaxie chez les nourrissons qui présentent un risque très élevé d'infection consisterait à démarrer une prophylaxie postnatale améliorée reposant sur un traitement préventif amélioré associant trois médicaments (la zidovudine, la lamivudine et le raltégravir ; ou la zidovudine, la lamivudine et la névirapine si

le raltégravir n'est pas disponible) dans l'attente des résultats du test de dépistage du VIH effectué à la naissance¹¹⁷. Ce type d'approches doit cependant s'accompagner d'un suivi rigoureux des pratiques de dépistage des nourrissons utilisées afin de garantir qu'au moins un échantillon de diagnostic a été recueilli avant de commencer un traitement préventif. Celui-ci pourrait en effet influencer sur les résultats du test de la charge virale. Les études qui évaluent la mise en œuvre à grande échelle de ces stratégies axées sur les traitements préventifs ne sont pas encore accessibles.

Conclusion

Le présent guide opérationnel encourage l'adoption d'une approche réfléchie et coordonnée conduite à l'échelle locale par les ministères de la santé et les programmes nationaux de lutte contre le VIH. Il promeut en outre l'implication d'un certain nombre de parties prenantes. Il convient de suivre une démarche étayée par des données, mais aussi de tenir compte des lacunes en matière de PTME et des priorités contextuelles afin de trouver des solutions appropriées. La vision que nous avons est celle d'un processus cyclique qui ferait l'objet d'un suivi et d'évaluations au fil du temps afin de garantir que les services mis en place répondent

aux besoins les plus urgents de chaque pays. Ces orientations sont également conformes aux objectifs nationaux en matière de PTME dont elles s'inspirent et s'attachent à ce que les initiatives adoptées soient cohérentes avec ces objectifs généraux. Surtout, nous aspirons à ce que les programmes nationaux de PTME réitérent leur engagement de manière efficace. Après des décennies de progrès, les objectifs en matière d'ETME sont enfin à portée de main. Ce processus structuré et itératif vise à indiquer la marche à suivre en vue d'entrer dans la *dernière ligne droite vers l'ETME* et de remporter ce combat.

Notes de fin

1. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, « AIDS info ». Disponible à l'adresse suivante : <http://aidsinfo.unaids.org/>, page consultée le 20 novembre 2019.
2. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, *Start Free Stay Free AIDS Free: 2019 report*. Disponible à l'adresse suivante : www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20190722_UNAIDS_SFSAF_2019_en.pdf, page consultée le 16 août 2019.
3. Ibid.
4. Organisation mondiale de la Santé, *Orientations mondiales relatives aux critères et aux procédures de validation : élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant*, 2^e édition (en anglais), 2017. Disponible à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259517/9789241513272-eng.pdf?sequence=1>, page consultée le 17 août 2019.
5. Les pays et territoires concernés sont les suivants : Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Bélarus, Bermudes, Cuba, Îles Caïmanes, Malaisie, Maldives, Montserrat, Saint-Kitts-et-Nevis, Sri Lanka et Thaïlande.
6. Schouten, E. J., *et al.*, « Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and the Health-Related Millennium Development Goals: Time for a public health approach », *The Lancet*, vol. 378, n° 9787, 2011, p. 282-284.
7. Organisation mondiale de la Santé, *Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH : recommandations pour une approche de santé publique*, 2^e édition (en anglais), 2016. Disponible à l'adresse suivante : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf, page consulté le 18 juin 2019.
8. Organisation mondiale de la Santé, *Orientations mondiales relatives aux critères et aux procédures de validation : élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant*.
9. Organisation mondiale de la Santé, *Towards the Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV: Report of a WHO technical consultation*. Disponible à l'adresse suivante : http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501910_eng.pdf, page consultée le 17 août 2019.
10. Prevention Access Campaign, « Undetectable = Untransmittable ». Disponible à l'adresse suivante : www.preventionaccess.org, page consultée le 20 octobre 2019.
11. Organisation mondiale de la Santé, *Orientations mondiales relatives aux critères et aux procédures de validation : élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant*.
12. Visser, M., *et al.*, « Evaluating Progress Towards Triple Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV, Syphilis and Hepatitis B in the Netherlands », *BMC Public Health*, vol. 19, n° 1, 2019, p. 353 ; Zhang, L., *et al.*, « Integrated Approach for Triple Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV, Hepatitis B and Syphilis is Highly Effective and Cost-Effective: A economic evaluation », *International Journal of Epidemiology*, 2019 ; Wang, A. L., *et al.*, « Integrated Prevention of Mother-to-Child Transmission for Human Immunodeficiency Virus, Syphilis and Hepatitis B Virus in China », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 93, n° 1, 2015, p. 52-56 ; Organisation panaméricaine de la santé, *New Generations Free of HIV, Syphilis, Hepatitis B, and Chagas Disease in the Americas*, 2019. Disponible à l'adresse suivante : http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/50993/9789275120675_eng.pdf?sequence=2&isAllowed=y, page consultée le 20 octobre 2019.
13. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, document d'orientation 2017 « Accélération de la riposte et droits de l'homme ». Disponible à l'adresse suivante : <https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2017/fast-track-human-rights> ; Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, « Outil ONUSIDA d'évaluation basée sur le genre », 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2019/unaids-gender-assessment-tool> ; Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Participation accrue des personnes vivant avec le VIH (GIPA). Disponible à l'adresse suivante : https://www.unaids.org/en/resources/documents/2018/who_srh_guideline_checklist, page consultée le 24 janvier 2020.

14. *Start Free Stay Free AIDS Free.*
15. Moyo, F., *et al.*, « Near-Real-Time Tracking of Gaps in Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV in Three Districts of KwaZulu-Natal Province, South Africa », *South African Medical Journal*, vol. 108, n° 4, 2018, p. 319-324.
16. Bonowitz, R., *et al.*, « Identifying Gaps in Prevention of Mother to Child Transmission of HIV: A Case Series of HIV-positive Infants in Zambia », *Pediatric Infectious Disease Journal*, 2016, vol. 35, n° 7, p. 772-776.
17. ICAP, « The PHIA Project ». Disponible à l'adresse suivante : <https://phia.icap.columbia.edu>, page consultée le 17 août 2019.
18. Agence des États-Unis pour le développement international, enquêtes démographiques et de santé dans le cadre du DHS Program. Disponibles à l'adresse suivante : www.measuredhs.com/, page consultée le 19 juin 2019.
19. Organisation mondiale de la Santé, *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive.* Disponible à l'adresse suivante : https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/fr/, page consultée le 13 août 2019.
20. Lagarde, M., et Palmer, N., « The Impact of User Fees on Health Service Utilization in Low- and Middle-income Countries: How strong is the evidence? », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 86, n° 11, 2008, p. 839-848 ; Watson, S. I., *et al.*, « The Impact of User Fees on Health Services Utilization and Infectious Disease Diagnoses in Neno District, Malawi: A longitudinal, quasi-experimental study », *BMC Health Services Research*, vol. 16, n° 1, 2016, p. 595.
21. Analyse des lois et politiques du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Disponible à l'adresse suivante : <http://lawsandpolicies.unaids.org>, page consultée le 20 décembre 2019.
22. Stringer, E. M., *et al.*, « Monitoring effectiveness of programmes to prevent mother-to-child HIV transmission in lower-income countries », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 86, n° 1, 2008, p. 57-62 ; McNairy, M. L., *et al.*, « Mother and Child Both Matter: Reconceptualizing the prevention of mother-to-child transmission care continuum », *Current Opinion in HIV AIDS*, 2015.
23. Hamilton, E., *et al.*, « Using the PMTCT Cascade to Accelerate Achievement of the Global Plan Goals », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 75, suppl. 1, 2017, p. S27-S35.
24. Chi, B. H., *et al.*, « Prevention of mother-to-child HIV transmission within the continuum of maternal, newborn, and child health services », *Current opinion in HIV and AIDS*, vol. 8, n° 5, p. 498-503.
25. Plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le sida, « PEPFAR Monitoring, Evaluation, and Reporting (MER 2.0) Indicator Reference Guide ». Disponible à l'adresse suivante : <https://srhrindex.genderhealth.org/uploads/2018/11/PEPFAR-Indictators-2017.pdf>, page consultée le 17 août 2019.
26. Organisation mondiale de la Santé, *Everybody's Business: Strengthening health systems to improve health outcomes - WHO's framework for action.* Disponible à l'adresse suivante : www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf?ua=1, page consultée le 20 octobre 2019.
27. Schouten, E. J., *et al.*, « Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and the Health-Related Millennium Development Goals: Time for a public health approach », *The Lancet*, vol. 378, n° 9787, 2011, p. 282-284.
28. Barker, P., *et al.*, « The Role of Quality Improvement in Achieving Effective Large-scale Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV in South Africa », *AIDS*, vol. 29, suppl. 2, 2015, p. S137-S143 ; Bhardwaj, S., *et al.*, « Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV in South Africa: Rapid scale-up using quality improvement », *South African Medical Journal*, vol. 104, n° 3, suppl. 1, 2014, p. 239-243 ; Kinyua, K., *et al.*, « Applying Quality Improvement Strategies to Health Services for HIV-Affected Mother-Baby Pairs in Rural Kenya », *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*, vol. 18, n° 2325958219857977, 2019 ; Mwita, S. K., *et al.*, « Engagement of National Stakeholders and Communities on Health-Care Quality Improvement: Experience from the implementation of the Partnership for HIV-Free Survival in Tanzania », *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*, vol. 18, n° 2325958219847454, 2019 ; Nsubuga-Nyombi, T., *et al.*, « Increasing HIV-Free Survival of Infants: Reorganizing care using quality improvement for the optimal health and nutrition of HIV-positive women and their exposed infants in Uganda », *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*, vol. 18, n° 2325958219857724, 2019.
29. Rustagi, A. S., *et al.*, « Implementation and Operational Research: Impact of a systems engineering intervention on PMTCT service delivery in Cote d'Ivoire, Kenya, Mozambique: A cluster randomized trial », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 72, n° 3, 2016, p. e68-e76.
30. Oyeledun, B., *et al.*, « The Effect of a Continuous Quality Improvement Intervention on Retention-In-Care at 6 Months Postpartum in a PMTCT Program in Northern Nigeria: Results of a cluster randomized controlled study », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 75, suppl. 2, 2017, p. S156-S164.
31. Bhardwaj, S., *et al.* « Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV in South Africa: Rapid Scale-Up Using Quality Improvement », *South African Medical Journal*, vol. 104, n° 3, suppl. 1, 2014, p. 239-243.
32. Gimbel, S. *et al.*, « The Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV Cascade Analysis Tool: Supporting Health Managers to Improve Facility-Level Service Delivery », *BMC Research Notes*, vol. 7, n° 1, 2014, article n° 743.
33. Kawakyu, N., *et al.*, « Development and Implementation of a Mobile Phone-Based Prevention of Mother-To-Child Transmission of HIV Cascade Analysis Tool: Usability and Feasibility Testing in Kenya and Mozambique », *JMIR mHealth and uHealth*, vol. 7, n° 5, 2019, article n° e13963.
34. Organisation mondiale de la Santé, *Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH : recommandations pour une approche de santé publique*, 2013. Disponible à l'adresse suivante : www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/fr/, page consultée le 30 novembre 2019.
35. Drake, A. L. *et al.*, « Incident HIV During Pregnancy and Postpartum and Risk of Mother-to-Child HIV Transmission: A Systematic Review and Meta-Analysis », *PLoS Medicine*, vol. 11, n° 2, février 2014, article n° e1001608.
36. Thomson, K. A. *et al.*, « Increased Risk of HIV Acquisition Among Women Throughout Pregnancy and During the Postpartum Period: A Prospective Per-Coital-Act Analysis Among Women with HIV-Infected Partners », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 218, n° 1, 5 juin 2018, p. 16-25.
37. Dinh, T. H. *et al.*, « Impact of Maternal HIV Seroconversion During Pregnancy on Early Mother to Child Transmission of HIV (MTCT) Measured at 4-8 Weeks Postpartum in South Africa 2011-2012: A National Population-Based Evaluation », *PLoS One*, vol. 10, n° 5, 2015, article n° e0125525.
38. Lu, L. *et al.*, « HIV Incidence in Pregnancy and the First Postpartum Year and Implications for PMTCT Programs, Francistown, Botswana 2008 », article présenté lors de la 16e Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes, Montréal, Québec (Canada), 2009.
39. Pintye, J. *et al.*, « A Risk Assessment Tool for Identifying Pregnant and Postpartum Women Who May Benefit from Preexposure Prophylaxis », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 64, n° 6, 15 mars 2017, p. 751-758.
40. Chi, B. H. *et al.*, « Involving Both Parents in HIV Prevention During Pregnancy and Breastfeeding », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 96, n° 1, 1^{er} janvier 2018, p. 69-71.
41. Hensen, B. *et al.*, « Systematic Review of Strategies to Increase Men's HIV-Testing in Sub-Saharan Africa », *AIDS*, vol. 28, n° 14, 10 septembre 2014, p. 2133-2145.
42. Organisations mondiale de la Santé, *Lignes directrices sur l'autodépistage du VIH et la notification aux partenaires : Supplément aux lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH*, décembre 2016. Disponible à l'adresse suivante : www.who.int/hiv/pub/self-testing/hiv-self-testing-guidelines/fr, page consultée le 27 juin 2017.
43. Osoti, A. O. *et al.*, « Home Visits During Pregnancy Enhance Male Partner HIV Counselling and Testing in Kenya: A Randomized Clinical Trial », *AIDS*, vol. 28, n° 1, 2 janvier 2014, p. 95-103 ; Krakowiak, D. *et al.*, « Home-Based HIV Testing Among Pregnant Couples Increases Partner Testing and Identification of Serodiscordant Partnerships », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 72, suppl. 2, 1^{er} août 2016, p. S167-173 ; Sharma, M. *et al.*, « Modeling the Cost-Effectiveness of Home-Based HIV Testing and Education (HOPE) for Pregnant Women and Their Male Partners in Nyanza Province, Kenya », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 72, suppl. 2, 1^{er} août 2016, p. S174-180.

44. Masters, S. H. *et al.*, « Promoting Partner Testing and Couples Testing through Secondary Distribution of HIV Self-Tests: A Randomized Clinical Trial », *PLoS Med*, vol. 13, n° 11, novembre 2016, article n° e1002166 ; Thirumurthy, H. *et al.*, « Promoting Male Partner HIV Testing and Safer Sexual Decision Making through Secondary Distribution of Self-Tests by HIV-Negative Female Sex Workers and Women Receiving Antenatal and Post-Partum Care in Kenya: A Cohort Study », *The Lancet HIV*, vol. 3, n° 6, juin 2016, p. e266-e274.
45. Jones, D. L. *et al.*, « Reducing the Risk of HIV Infection during Pregnancy among South African Women: A Randomized Controlled Trial », *AIDS Care*, vol. 25, n° 6, 2013, p. 702-709.
46. Homsy, J. *et al.*, « Primary HIV Prevention in Pregnant and Lactating Ugandan Women: A Randomized Trial », *PLoS One*, vol. 14, n° 2, 2019, article n° e0212119.
47. Fatti, G. *et al.*, « Low HIV Incidence in Pregnant and Postpartum Women Receiving a Community-Based Combination HIV Prevention Intervention in a High HIV Incidence Setting in South Africa », *PLoS One*, vol. 12, n° 7, 2017, article n° e0181691.
48. Drake, A. L. *et al.*, « Incident HIV During Pregnancy and Postpartum and Risk of Mother-to-Child HIV Transmission: A systematic review and meta-analysis », *PLoS Medicine*, vol. 11, no 2, février 2014, article no e1001608.
49. Cohen, M. S. *et al.*, « Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy », *The New England Journal of Medicine*, vol. 365, n° 6, 11 août 2011, p. 493-505 ; Cohen, M. S. *et al.*, « Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission », *The New England Journal of Medicine*, vol. 375, n° 9, 1^{er} septembre 2016, p. 830-839.
50. Hayes, R. J. *et al.*, « Effect of Universal Testing and Treatment on HIV Incidence – HPTN 071 (PopART) », *The New England Journal of Medicine*, vol. 381, n° 3, 18 juillet 2019, p. 207-218 ; Makheba, J. *et al.*, « Universal Testing, Expanded Treatment, and Incidence of HIV Infection in Botswana », *The New England Journal of Medicine*, vol. 381, n° 3, 18 juillet 2019, p. 230-242 ; Havlir, D. V. *et al.*, « HIV Testing and Treatment with the Use of a Community Health Approach in Rural Africa », *The New England Journal of Medicine*, vol. 381, n° 3, 18 juillet 2019, p. 219-229 ; Iwuji, C. C. *et al.*, « Universal Test and Treat and the HIV Epidemic in Rural South Africa: A Phase 4, Open-label, Community Cluster randomised trial », *The Lancet HIV*, vol. 5, n° 3, mars 2018, p. e116-e125.
51. Joseph Davey, D. L. *et al.*, « Delivering Preexposure Prophylaxis to Pregnant and Breastfeeding Women in Sub-Saharan Africa: The Implementation Science Frontier », *AIDS*, vol. 31, n° 16, 23 octobre 2017, p. 2193-2197 ; Seidman, D. L. *et al.*, « Offering Pre-Exposure Prophylaxis for HIV Prevention to Pregnant and Postpartum Women: A Clinical Approach », *Journal of the International AIDS Society*, vol. 20, suppl. 1, 8 mars 2017, article n° 21295 ; Heffron, R. *et al.*, « PrEP as Peri-Conception HIV Prevention for Women and Men », *Current HIV/AIDS Reports*, vol. 13, n° 3, juin 2016, p. 131-139 ; Pollock, L. et Levison, J., « Role of Preexposure Prophylaxis in the Reproductive Health of Women at Risk for Human Immunodeficiency Virus Infection », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 132, n° 3, septembre 2018, p. 687-691.
52. Fonner, V. A. *et al.*, « Effectiveness and Safety of Oral HIV Preexposure Prophylaxis for All Populations », *AIDS*, vol. 30, n° 12, 31 juillet 2016, p. 1973-1983.
53. Organisation mondiale de la Santé, *Guideline on When to Start Antiretroviral Therapy and on Pre-Exposure Prophylaxis for HIV*, septembre 2015. Disponible à l'adresse suivante : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf, page consultée le 9 juin 2019.
54. Davies, N. et Heffron, R., « Global and National Guidance for the Use of Pre-Exposure Prophylaxis During Peri-Conception, Pregnancy and Breastfeeding », *Sexual Health*, vol. 15, n° 6, novembre 2018, p. 501-512.
55. Kinuthia, J. *et al.*, « High PrEP Uptake Among Kenyan Pregnant Women Offered Prep During Antenatal Care » [Résumé no 1047], article présenté lors de la Conférence 2018 sur les rétrovirus et les infections opportunistes, Boston (États-Unis), 2018.
56. Vazquez, L. *et al.*, « Perceptions of HIV Preexposure Prophylaxis Among Young Pregnant Women from Rural Kwazulu-Natal, South Africa », *AIDS Patient Care and STDs*, vol. 33, n° 5, mai 2019, p. 214-219 ; Pintye, J. *et al.*, « HIV-Uninfected Kenyan Adolescent and Young Women Share Perspectives on Using Preexposure Prophylaxis During Pregnancy », *AIDS Patient Care and STDs*, vol. 32, n° 12, 23 juillet 2018 ; Pintye, J. *et al.*, « "I Did Not Want to Give Birth to a Child Who Has HIV": Experiences Using PrEP During Pregnancy Among HIV-Uninfected Kenyan Women in HIV-Serodiscordant Couples », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 76, n° 3, 1^{er} novembre 2017, p. 259-265 ; Zimba, C. *et al.*, « The Landscape for HIV Pre-Exposure Prophylaxis During Pregnancy and Breastfeeding in Malawi and Zambia: A qualitative study », *PLoS One*, vol. 14, n° 10, 2019, article n° e0223487.
57. Powers, K. A. *et al.*, « A Mathematical Modeling Analysis of Combination HIV Prevention in Antenatal Clinics », article présenté lors de la Conférence 2019 sur les rétrovirus et les infections opportunistes, Seattle (États-Unis), 2019.
58. Joseph Davey, D. L. *et al.*, « Modelling the Potential Impact of Providing Preexposure Prophylaxis (PrEP) in Pregnant and Breastfeeding Women in South Africa », *AIDS*, vol. 33, n° 8, 1^{er} juillet 2019, p. 1391-1395.
59. Organisation mondiale de la Santé, *Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH*.
60. Drake, A. L. *et al.*, « Retest and Treat: A Review of National HIV Retesting Guidelines to Inform Elimination of Mother-to-Child HIV Transmission (EMTCT) Efforts », *Journal of the International AIDS Society*, vol. 22, n° 4, avril 2019, article n° e25271.
61. Rogers, A. J. *et al.*, « Implementation of Repeat HIV Testing During Pregnancy in Southwestern Kenya: Progress and missed opportunities », *Journal of the International AIDS Society*, vol. 20, n° 4, décembre 2017.
62. Committee on Obstetric Practice et HIV Expert Work Group, « ACOG Committee Opinion No. 752: Prenatal and perinatal human immunodeficiency virus testing », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 132, n° 3, septembre 2018, p. e138-e142.
63. Shetty, A. K. *et al.*, « The Feasibility of Preventing Mother-to-Child Transmission of HIV Using Peer Counselors in Zimbabwe », *AIDS Research and Therapy*, vol. 5, 1^{er} août 2008, article n° 17 ; Flick, R. J. *et al.*, « The HIV Diagnostic Assistant: Early Findings from a Novel HIV Testing Cadre in Malawi », *AIDS*, vol. 33, n° 7, 1^{er} juin 2019, p. 1215-1224.
64. Kim, L. H. *et al.*, « The Cost-Effectiveness of Repeat HIV Testing During Pregnancy in a Resource-Limited Setting », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 63, n° 2, 1^{er} juin 2013, p. 195-200 ; Joshi, S. *et al.*, « Cost-Effectiveness of a Repeat HIV Test in Pregnancy in India », *BMJ Open*, vol. 5, n° 6, 11 juin 2015, article n° e006718.
65. Ezeanolue, E. E. *et al.*, « Effect of a Congregation-Based Intervention on Uptake of HIV Testing and Linkage to Care in Pregnant Women in Nigeria (Baby Shower): A cluster randomised trial », *The Lancet Global Health*, vol. 3, n° 11, novembre 2015, p. e692-e700.
66. Akinleye, O. *et al.*, « Integration of HIV Testing into Maternal, Newborn, and Child Health Weeks for Improved Case Finding and Linkage to Prevention of Mother-to-Child Transmission Services in Benue State, Nigeria », *Frontiers in Public Health*, vol. 5, 2017, article n° 71.
67. Escamilla, V. *et al.*, « Implementation and Operational Research: Distance from Household to Clinic and Its Association with the Uptake of Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission Regimens in Rural Zambia », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 70, n° 3, 1^{er} novembre 2015, p. e94-e101 ; Bilinski, A. *et al.*, « Distance to Care, Enrollment and Loss to Follow-up of HIV Patients During Decentralization of Antiretroviral Therapy in Neno District, Malawi: A retrospective cohort study », *PLoS One*, vol. 12, n° 10, 2017, article n° e0185699.
68. Turan, J. M. *et al.*, « Implementation and Operational Research: Effects of Antenatal Care and HIV Treatment Integration on Elements of the PMTCT Cascade: Results from the SHAIIP cluster-randomized controlled trial in Kenya », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 69, n° 5, 15 août 2015, p. e172-e181.
69. Killam, W. P. *et al.*, « Antiretroviral Therapy in Antenatal Care to Increase Treatment Initiation in HIV-Infected Pregnant Women: A stepped-wedge evaluation », *AIDS*, vol. 24, n° 1, 2 janvier 2010, p. 85-91.
70. Chan, A. K. *et al.*, « Same Day HIV Diagnosis and Antiretroviral Therapy Initiation Affects Retention in Option B+ Prevention of Mother-to-Child Transmission Services at Antenatal Care in Zomba District, Malawi », *Journal of the International AIDS Society*, vol. 19, n° 1, 2016, article n° 20672.

71. Herlihy, J. M. *et al.*, « Implementation and Operational Research: Integration of PMTCT and Antenatal Services Improves Combination Antiretroviral Therapy Uptake for HIV-Positive Pregnant Women in Southern Zambia: A prototype for option B+? », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 70, n° 4, 1^{er} décembre 2015, p. e123-e129 ; Gamell, A. *et al.*, « Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV Option B+ Cascade in Rural Tanzania: The one stop clinic model », *PLoS One*, vol. 12, n° 7, 2017, article n° e0181096.
72. Haas, A. D. *et al.*, « Adherence to Antiretroviral Therapy During and after Pregnancy: Cohort Study on Women Receiving Care in Malawi's Option B+ Program », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 63, n° 9, 1^{er} novembre 2016, p. 1227-1235 ; Haas, A. D. *et al.*, « Retention in Care During the First 3 Years of Antiretroviral Therapy for Women in Malawi's Option B+ Programme: An observational cohort study », *The Lancet HIV*, vol. 3, n° 4, avril 2016, p. e175-e182 ; Decker, S. *et al.*, « Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV: Postpartum Adherence to Option B+ until 18 Months in Western Uganda », *PLoS One*, vol. 12, n° 6, 2017, article n° e0179448 ; Larsen, A. *et al.*, « Longitudinal Adherence to Maternal Antiretroviral Therapy and Infant Nevirapine Prophylaxis from 6 Weeks to 18 Months Postpartum Amongst a Cohort of Mothers and Infants in South Africa », *BMC Infectious Diseases*, vol. 19, suppl. 1, 16 septembre 2019, article n° 789.
73. Schmitz, K. *et al.*, « Impact of Lay Health Worker Programmes on the Health Outcomes of Mother-Child Pairs of HIV Exposed Children in Africa: A scoping review », *PLoS One*, vol. 14, n° 1, 2019, article n° e0211439.
74. Sam-Agudu, N. A. *et al.*, « The Impact of Structured Mentor Mother Programs on 6-Month Postpartum Retention and Viral Suppression among HIV-Positive Women in Rural Nigeria: A Prospective Paired Cohort Study », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 75, suppl. 2, 1^{er} juin 2017, p. S173-S181.
75. Phiri, S. *et al.*, « Impact of Facility- and Community-Based Peer Support Models on Maternal Uptake and Retention in Malawi's Option B+ HIV Prevention of Mother-to-Child Transmission Program: A 3-Arm Cluster Randomized Controlled Trial (Pure Malawi) », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 75, suppl. 2, 1^{er} juin 2017, p. S140-S148.
76. Futterman, D. *et al.*, « Mamekhaya: A pilot study combining a cognitive-behavioral intervention and mentor mothers with PMTCT services in South Africa », *AIDS Care*, vol. 22, n° 9, septembre 2010, p. 1093-1100.
77. Mudiope, P. *et al.*, « Greater Involvement of HIV-Infected Peer-Mothers in Provision of Reproductive Health Services as "Family Planning Champions" Increases Referrals and Uptake of Family Planning among HIV-Infected Mothers », *BMC Health Services Research*, vol. 17, n° 1, 27 juin 2017, article n° 444.
78. Shroufi, A. *et al.*, « Mother to Mother (M2M) Peer Support for Women in Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT) Programmes: A qualitative study », *PLoS One*, vol. 8, n° 6, 2013, article n° e64717 ; Hamilton, A. R. L. *et al.*, « Mentor Mothers Zithulele: Exploring the role of a peer mentorship program in rural PMTCT Care in Zithulele, Eastern Cape, South Africa », *Paediatric and International Child Health*, vol. 13, août 2018, p. 1-7 ; Wang, I. *et al.*, « Acceptability of Community-Based Mentor Mothers to Support HIV-Positive Pregnant Women on Antiretroviral Treatment in Western Kenya: A qualitative study », *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 19, n° 1, 13 août 2019, article n° 288.
79. Carbone, N. B. *et al.*, « "I Would Love If There Was a Young Woman to Encourage Us, to Ease Our Anxiety Which We Would Have If We Were Alone": Adapting the Mothers2Mothers Mentor Mother Model for Adolescent Mothers Living with HIV in Malawi », *PLoS One*, vol. 14, n° 6, 2019, article n° e0217693.
80. Sam-Agudu, N. A. *et al.*, « "They Do Not See Us as One of Them": A qualitative exploration of mentor mothers' working relationships with healthcare workers in rural North-Central Nigeria », *Human Resources for Health*, vol. 16, 10 septembre 2018, article n° 47.
81. Fayorsey, R. N. *et al.*, « Effectiveness of a Lay Counselor-Led Combination Intervention for Retention of Mothers and Infants in HIV Care: A Randomized Trial in Kenya », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 80, n° 1, 1^{er} janvier 2019, p. 56-63.
82. Audet, C. M. *et al.*, « Engagement of Men in Antenatal Care Services: Increased HIV Testing and Treatment Uptake in a Community Participatory Action Program in Mozambique », *AIDS and Behavior*, vol. 20, n° 9, septembre 2016, p. 2090-2100 ; Faruqhar, C. *et al.*, « Antenatal Couple Counselling Increases Uptake of Interventions to Prevent HIV-1 Transmission », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 37, n° 5, 15 décembre 2004, p. 1620-1626.
83. Aluisio, A. *et al.*, « Male Antenatal Attendance and HIV Testing Are Associated with Decreased Infant HIV Infection and Increased HIV-Free Survival », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 56, n° 1, 1^{er} janvier 2011, p. 76-82 ; Aluisio, A. *et al.*, « Male Partner Participation in Antenatal Clinic Services Is Associated with Improved HIV-Free Survival among Infants in Nairobi, Kenya: A Prospective Cohort Study », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, volume 73, n° 2, 26 avril 2016, p. 169-176 ; Ambia, J. et Mandala, J., « A Systematic Review of Interventions to Improve Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission Service Delivery and Promote Retention », *Journal of the International AIDS Society*, vol. 19, n° 1, 2016, article n° 20309.
84. Van Lettow, M. *et al.*, « Impact of Inter-Partner HIV Disclosure Patterns in Malawi's PMTCT Program: A Mixed-method Study », *PLoS One*, vol. 14, n° 7, 2019, article n° e0219967.
85. Audet, C. M. *et al.*, « Engagement of Men in Antenatal Care Services: Increased HIV Testing and Treatment Uptake in a Community Participatory Action Program in Mozambique », *AIDS and Behavior*, vol. 20, n° 9, septembre 2016, p. 2090-2100 ; Lyatuu, G. W. *et al.*, « Engaging Community Leaders to Improve Male Partner Participation in the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV in Dar Es Salaam, Tanzania », *PLoS One*, vol. 13, n° 12, 2018, article n° e0207986.
86. Myer, L. *et al.*, « Differentiated Models of Care for Postpartum Women on Antiretroviral Therapy in Cape Town, South Africa: A Cohort Study », *Journal of the International AIDS Society*, vol. 20, suppl. 4, 21 juillet 2017, article n° 21636.
87. Trafford, Z. *et al.*, « Experiences of HIV-Positive Postpartum Women and Health Workers Involved with Community-Based Antiretroviral Therapy Adherence Clubs in Cape Town, South Africa », *BMC Public Health*, vol. 18, n° 1, 31 juillet 2018, article n° 935.
88. Ibid. ; Kebaya, L. *et al.*, « Efficacy of Mobile Phone Use on Adherence to Nevirapine Prophylaxis and Retention in Care among the HIV-Exposed Infants in PMTCT: A Randomised Controlled Trial », *Archives of Diseases in Childhood*, vol. 99, 2014, p. A329.
89. Schwartz, S. R. *et al.*, « Acceptability and Feasibility of a Mobile Phone-Based Case Management Intervention to Retain Mothers and Infants from an Option B+ Program in Postpartum HIV Care », *Maternal and Child Health Journal*, vol. 19, n° 9, septembre 2015, p. 2029-2037.
90. Schwartz, S. R. *et al.*, « Acceptability and Feasibility of a Mobile Phone-Based Case Management Intervention to Retain Mothers and Infants from an Option B+ Program in Postpartum HIV Care », *Maternal and Child Health Journal*, vol. 19, n° 9, septembre 2015, p. 2029-2037.
91. Lesosky, M. *et al.*, « Comparison of Guidelines for HIV Viral Load Monitoring among Pregnant and Breastfeeding Women in Sub-Saharan Africa », *AIDS*, vol. 34, n° 2, 11 octobre 2019, p. 311-315.
92. Nichols, B. E. *et al.*, « Monitoring Viral Load for the Last Mile: What will it cost? », *Journal of the International AIDS Society*, vol. 22, n° 9, septembre 2019, article n° e25337 ; Girdwood, S. J. *et al.*, « Optimizing Viral Load Testing Access for the Last Mile: Geospatial cost model for point of care instrument placement », *PLoS One*, vol. 14, n° 8, 2019, article n° e0221586
93. Rahangdale, L. *et al.*, « Integrase Inhibitors in Late Pregnancy and Rapid HIV Viral Load Reduction », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 214, n° 3, mars 2016, p. 385.e1-385.e7.
94. Organisation mondiale de la Santé, *Update of recommendations of first- and second-line antiretroviral regimens*, 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-update-2019-policy/en/>, page consultée le 30 novembre 2019.
95. Zash, R. *et al.*, « Neural-Tube Defects with Dolutegravir Treatment from the Time of Conception », *The New England Journal of Medicine*, vol. 379, n° 10, 6 septembre 2018, p. 979-981.
96. Zash, R. *et al.*, « Neural-Tube Defects and Antiretroviral Treatment Regimens in Botswana », *The New England Journal of Medicine*, vol. 381, n° 9, 29 août 2019, p. 827-840.

97. Zash, R. *et al.*, « Comparative Safety of Dolutegravir-Based or Efavirenz-Based Antiretroviral Treatment Started During Pregnancy in Botswana: An observational study », *The Lancet Global Health*, vol. 6, n° 7, juillet 2018, p. e804-e810.
98. Organisation mondiale de la Santé, *Update of recommendations of first- and second-line antiretroviral regimens*, 2019. Disponible à l'adresse suivante : www.who.int/hiv/pub/arv/arv-update-2019-policy/en/, page consultée le 30 novembre 2019.
99. Organisation mondiale de la Santé, *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive*, 2017. Disponible à l'adresse suivante : www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/fr, page consultée le 13 août 2019.
100. Lema, I. A. *et al.*, « Community Health Workers to Improve Antenatal Care and PMTCT Uptake in Dar Es Salaam, Tanzania: A quantitative performance evaluation », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 67, suppl. 4, 1^{er} décembre 2014, p. S195-S201.
101. Geldsetzer, P. *et al.*, « Community Health Workers to Improve Uptake of Maternal Healthcare Services: A cluster-randomized pragmatic trial in Dar Es Salaam, Tanzania », *PLoS Medicine*, vol. 16, n° 3, mars 2019, article n° e1002768.
102. Till, S. R. *et al.*, « Incentives for Increasing Prenatal Care Use by Women in Order to Improve Maternal and Neonatal Outcomes », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 12, 15 décembre 2015, article n° CD009916.
103. Rossouw, L. *et al.*, « An Incentive-Based and Community Health Worker Package Intervention to Improve Early Utilization of Antenatal Care: Evidence from a pilot randomised controlled trial », *Maternal and Child Health Journal*, vol. 23, n° 5, mai 2019, p. 633-640.
104. Organisation mondiale de la Santé, *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive*.
105. Patil, C. L. *et al.*, « Randomized Controlled Pilot of a Group Antenatal Care Model and the Sociodemographic Factors Associated with Pregnancy-Related Empowerment in Sub-Saharan Africa », *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 17, suppl. 2, 8 novembre 2017, article n° 336.
106. Kabue, M. M. *et al.*, « Group Versus Individual Antenatal and First Year Postpartum Care: Study Protocol for a Multi-Country Cluster Randomized Controlled Trial in Kenya and Nigeria », *Gates Open Research*, vol. 2, 5 novembre 2018, article n° 56.
107. Wagnew, F. *et al.*, « Does Short Message Service Improve Focused Antenatal Care Visit and Skilled Birth Attendance? A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials », *Reproductive Health*, vol. 15, n° 1, 22 novembre 2018, article n° 191.
108. Barron, P. *et al.*, « Mobile Health Messaging Service and Helpdesk for South African Mothers (MomConnect): History, Successes and Challenges », *BMJ Global Health*, vol. 3, suppl. 2, 2018, article n° e000559.
109. Organisation mondiale de la Santé, *Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH*.
110. Ibrahim, M. *et al.*, « Targeted HIV Testing at Birth Supported by Low and Predictable Mother-to-Child Transmission Risk in Botswana », *Journal of the International AIDS Society*, vol. 21, n° 5, mai 2018, article n° e25111.
111. Du Plessis, N. M. *et al.*, « An Early Infant HIV Risk Score for Targeted HIV Testing at Birth », *Pediatrics*, vol. 143, n° 6, 2019, article n° e20183834 ; Moyo, F. *et al.*, « Introduction of Routine HIV Birth Testing in the South African National Consolidated Guidelines », *Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 37, n° 6, 2018, p. 559-563.
112. Wexler, C. *et al.*, « "Closing the Gap": Provider Recommendations for Implementing Birth Point of Care HIV Testing », *AIDS and Behavior*, vol. 23, n° 4, avril 2019, p. 1073-1083 ; Spooner, E. *et al.*, « Point-of-Care HIV Testing Best Practice for Early Infant Diagnosis: An implementation study », *BMC Public Health*, vol. 19, n° 1, 11 juin 2019, article n° 731 ; Gill, M. M. *et al.*, « Piloting Very Early Infant Diagnosis of HIV in Lesotho: Acceptability and feasibility among mothers, health workers and laboratory personnel », *PLoS One*, vol. 13, n° 2, 2018, article n° e0190874.
113. Violari, A. *et al.*, « Early Antiretroviral Therapy and Mortality among HIV-Infected Infants », *The New England Journal of Medicine*, vol. 359, n° 21, 20 novembre 2008, p. 2233-2244.
114. Bedri, A. *et al.*, « Extended-Dose Nevirapine to 6 Weeks of Age for Infants to Prevent HIV Transmission Via Breastfeeding in Ethiopia, India, and Uganda: An analysis of three randomised controlled trials », *The Lancet*, vol. 372, n° 9635, 26 juillet 2008, p. 300-313 ; Kumwenda, N. I. *et al.*, « Extended Antiretroviral Prophylaxis to Reduce Breast-Milk HIV-1 Transmission », *The New England Journal of Medicine*, vol. 359, n° 2, 10 juillet 2008, p. 119-129 ; Coovadia, H. M. *et al.*, « Efficacy and Safety of an Extended Nevirapine Regimen in Infant Children of Breastfeeding Mothers with HIV-1 Infection for Prevention of Postnatal HIV-1 Transmission (HPTN 046): A randomised, double-blind, placebo-controlled trial », *The Lancet*, vol. 379, n° 9812, 21 janvier 2012, p. 221-228 ; Chasela, C. S. *et al.*, « Maternal or Infant Antiretroviral Drugs to Reduce HIV-1 Transmission », *The New England Journal of Medicine*, vol. 362, n° 24, 17 juin 2010, p. 2271-2281.
115. Nagot, N. *et al.*, « Extended Pre-Exposure Prophylaxis with Lopinavir-Ritonavir Versus Lamivudine to Prevent HIV-1 Transmission through Breastfeeding up to 50 Weeks in Infants in Africa (ANRS 12174): A randomised controlled trial », *The Lancet*, vol. 387, n° 10018, 6 février 2016, p. 566-573 ; Powis, K. M. *et al.*, « Similar HIV Protection from Four Weeks of Zidovudine Versus Nevirapine Prophylaxis among Formula-Fed Infants in Botswana », *Southern African Journal of HIV Medicine*, vol. 19, n° 1, 2018, article n° 751.
116. Organisation mondiale de la Santé, *Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH*.
117. Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Le diagnostic du VIH et l'utilisation des ARV chez le nourrisson exposé au virus : mise à jour programmatique*, juillet 2018. Disponible à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329296/WHO-CDS-HIV-18.17-fre.pdf>, page consultée le 6 décembre 2019.

Statistiques

Données sur la santé de la mère et de l'enfant et données sur la PTME dans une sélection de 23 pays, 2018

Pays	Soins prénatals : au moins une consultation (%), 2012-2018*	Soins prénatals : au moins quatre consultations (%), 2012-2018*	Accouchement médicalisé (%), 2012-2018*	Femmes enceintes qui connaissent leur statut VIH (%)	Femmes enceintes vivant avec le VIH qui reçoivent des TAR pour la PTME (%)	Taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant
Afrique du Sud	93,7	75,5	95,9	88,1	86,5 [63,1->95]	4,9 [4,3-9,6]
Angola	81,6	61,4	45,6	–	38,2 [29,0-47,8]	27,8 [25,4-30,3]
Botswana	94,1 ✕	73,3 ✕	99,7	> 95	> 95 [76,7->95]	2,5 [1,9-4,5]
Burundi	99,2	49,3	83,9	–	79,7 [61,2->95]	16,4 [12,5-21,3]
Cameroun	82,8	58,8	61,3	86,3	80,0 [60,7-94,5]	16,5 [13,5-18,9]
Côte d'Ivoire	93,2	51,3	69,8	–	89,8 [65,2->95]	14,2 [9,3-20,2]
Eswatini	98,5	76,1	87,7	91,3	79,2 [65,7-88,8]	7,8 [5,7-9,6]
Éthiopie	62,4	31,8	26,2	88,9	91,7 [62,7->95]	13,4 [10,2-19,7]
Ghana	90,5	87,3	73,1	–	78,9 [58,4->95]	20,2 [16,9-23,9]
Inde	79,3	51,2	78,9	–	–	–
Indonésie	97,5	77,4	73,6	36,9	15,4 [13,2-18,0]	29,3 [27,5-31,1]
Kenya	93,7	57,6	61,2	91,9	91,2 [70,1->95]	12,1 [8,6-16,5]
Lesotho	95,2	74,4	76,5	–	77,2 [59,4-89,5]	12,7 [9,9-14,4]
Malawi	97,6	50,6	91,4	> 95	> 95 [80,1->95]	7,8 [6,9-9,4]
Mozambique	87,2	51,7	54,8 ✕	> 95	> 95 [72,8->95]	15,0 [11,8-19,0]
Namibie	96,6	62,5	87,4	–	> 95 [92,0->95]	3,9 [3,6-5,1]
Nigéria	67,0	56,8	39,4	41,3	43,6 [28,2-61,9]	24,1 [19,9-27,7]
Ouganda	97,3	59,9	73,4	> 95	92,9 [73,5->95]	7,4 [5,9-9,6]
République démocratique du Congo	88,4	48,0	79,9	35,3	43,9 [33,1-52,3]	27,1 [24,4-30,0]
République-Unie de Tanzanie	98,0	62,2	62,6	91,1	93,3 [70,3->95]	10,5 [9,0-13,2]
Tchad	54,7	31,0	21,7	–	55,8 [39,7-71,8]	21,4 [15,6-25,4]
Zambie	95,7	55,5	67,4	88,7	> 95 [94,0->95]	11,2 [9,2-14,0]
Zimbabwe	93,3	75,7	77,0	86,0	93,9 [71,1->95]	7,6 [5,9-10,3]
Moyenne des 23 pays	81,8	31,9	68,0	–	84,7 [68,3->95]	11,7 [7,8-19,3]

Remarques : – Données non disponibles. ✕ Les données se rapportent à d'autres années ou périodes que celles indiquées dans l'en-tête de colonne. Ces données ne sont pas incluses dans le calcul des moyennes régionales et mondiales. Les estimations correspondant à des années antérieures à 2000 ne sont pas présentées. * Les données se rapportent à l'année disponible la plus récente au sein de la période indiquée dans l'en-tête de colonne.

Définitions des indicateurs : **Soins prénatals : au moins une consultation (%), 2012-2018*** – Pourcentage de femmes (âgées de 15 à 49 ans) ayant bénéficié, au cours de leur grossesse, d'au moins une consultation avec un(e) professionnel(le) de santé qualifié(e) [généralement un médecin, un(e) infirmier(ère) ou une sage-femme]. **Soins prénatals : au moins quatre consultations (%), 2012-2018*** – Pourcentage de femmes (âgées de 15 à 19 ans et de 15 à 49 ans) ayant bénéficié d'au moins quatre consultations avec un(e) professionnel(le) de santé. **Accouchement médicalisé (%), 2012-2018*** – Pourcentage de femmes (âgées de 15 à 49 ans) ayant accouché dans un établissement de santé. **Femmes enceintes qui connaissent leur statut VIH (%)** – Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu des soins prénatals, qui ont effectué un dépistage du VIH ou qui connaissaient déjà leur séropositivité. **Femmes enceintes vivant avec le VIH qui reçoivent des TAR pour la PTME (%)** – Pourcentage estimé de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu un traitement antirétroviral efficace (à l'exception d'une dose unique de névirapine) aux fins de la PTME en 2018. **Taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant** – Nombre estimé d'enfants âgés de 0 à 4 ans infectés par le VIH à cause d'une transmission de la mère à l'enfant pour 100 femmes vivant avec le VIH et ayant accouché au cours des 12 derniers mois.

Sources des données : **Soins prénatals : au moins une consultation (%), 2012-2018*** – Enquêtes démographiques et de santé (EDS), enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS) et autres enquêtes nationales auprès des ménages. Dernière mise à jour : mai 2019. **Soins prénatals : au moins quatre consultations (%), 2012-2018*** – International Center for Equity in Health, université fédérale de Pelotas (Brésil), à partir de données issues d'EDS, de MICS et d'autres enquêtes nationales. Dernière mise à jour : août 2019. **Accouchement médicalisé (%), 2012-2018*** – EDS, MICS et autres enquêtes nationales auprès des ménages. Dernière mise à jour : mai 2019. **Femmes enceintes qui connaissent leur statut VIH (%)** – Estimations d'ONUSIDA et du Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida 2019. Dernière mise à jour : juillet 2019. **Femmes enceintes vivant avec le VIH qui reçoivent des TAR pour la PTME (%)** – Estimations d'ONUSIDA et du Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida 2019. Dernière mise à jour : juillet 2019. **Taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant** – Estimations 2019 d'ONUSIDA. Dernière mise à jour : juillet 2019.

unicef  | pour chaque enfant

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance
Three United Nations Plaza
New York, New York 10017

Février 2020