

RAPPORT D'AVANCEMENT SUR LE PLAN MONDIAL 2014

visant à éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie



199 000

NOUVELLES INFECTIONS
À VIH CHEZ LES ENFANTS
EN 2013



43%

DE RÉDUCTION DU NOMBRE
DE NOUVELLES INFECTIONS
À VIH CHEZ LES ENFANTS,
2009-2013



**7 FEMMES ENCEINTES
VIVANT AVEC LE VIH SUR 10**

ONT REÇU UN TRAITEMENT
ANTIRÉTROVIRAL POUR
PRÉVENIR LA TRANSMISSION
DU VIH DE LA MÈRE À
L'ENFANT



**6 FEMMES (OU LEURS
ENFANTS) SUR 10**

ONT REÇU UN TRAITEMENT
ANTIRÉTROVIRAL PENDANT LA PÉRIODE
D'ALLAITEMENT POUR PRÉVENIR
LA TRANSMISSION DU VIH DE
LA MÈRE À L'ENFANT

ONUSIDA / JC2681/1/E (Traduction Française, Septembre 2014)

Copyright © 2014

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).

Tous droits réservés. Les publications produites par l'ONUSIDA sont disponibles auprès de son Unité de production de l'information.

Toute reproduction de graphiques, tableaux, cartes et extraits est libre de droits en cas d'utilisation éducative, non commerciale et sans but lucratif, sous réserve de la mention suivante : ONUSIDA + année. Pour les photos, la source doit être mentionnée comme suit : ONUSIDA/nom du photographe + année. Les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction – à des fins de vente ou de diffusion non commerciale – doivent être adressées à l'Unité de production de l'information, par courriel, à : publicationpermissions@unaids.org.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

L'ONUSIDA ne garantit pas que les informations contenues dans la présente publication soient complètes et correctes et ne pourra être tenue pour responsable des dommages éventuels résultant de leur utilisation.

RAPPORT D'AVANCEMENT SUR LE PLAN MONDIAL 2014

visant à éliminer les nouvelles infections à VIH chez
les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie

TABLE DES MATIÈRES

AVANT PROPOS	7
VUE D'ENSEMBLE	8
Le nombre d'enfants nouvellement infectés à VIH est en baisse	8
Les femmes enceintes vivant avec le VIH reçoivent des services, mais d'importantes lacunes subsistent	9
Taux de transmission de la mère à l'enfant	12
Nouvelles infections à VIH chez les femmes	13
Besoins non satisfaits en planification familiale chez les femmes	13
Garder les mères en vie	14
Accès aux soins de santé pour les plus pauvres	15
Diagnostic chez les nourrissons	16
Traitement du VIH pédiatrique	17
Traitement préventif par co-trimoxazole	18
LES 500 JOURS RESTANTS	20
REMARQUE RELATIVE AUX DONNÉES	21
TABLEAUX RÉCAPITULATIFS	22

AVANT-PROPOS

Ce rapport reflète les résultats des données de l'année civile 2013. En 2013, pour la première fois depuis les années 1990, le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants dans les 21 pays ciblés en priorité¹ par le Plan mondial en Afrique subsaharienne a chuté à moins de 200 000 [170 000–230 000]. Cela représente une baisse de 43 % du nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants dans ces 21 pays depuis 2009, ce qui est source d'optimisme alors que le Plan mondial avance vers ses objectifs 2015 de 90 % de réduction. Des motifs de préoccupation restent malgré tout présents. Entre 2012 et 2013, le rythme des progrès dans la réduction des nouvelles infections à VIH chez les enfants dans les pays ciblés a considérablement ralenti. Bien qu'un certain nombre de pays aient fait des progrès impressionnants, d'autres n'ont pas progressé ou ont régressé.

En 2013, un pourcentage deux fois plus important (68 %) de femmes enceintes vivant avec le VIH dans les pays ciblés en priorité ont eu accès aux médicaments antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du VIH à leurs enfants par rapport au pourcentage de 2009 (33 %). Cette réussite doit être félicitée et améliorée. Pourtant, les données montrent un ralentissement significatif entre 2012 et 2013, où le pourcentage de femmes recevant des médicaments antirétroviraux a augmenté de seulement 4 % (de 64 % à 68 %). La situation est particulièrement préoccupante pour six pays qui ont enregistré une couverture inférieure en 2013 par rapport à 2012, ce qui montre que les progrès sont inégaux et fragiles. Les raisons de ce ralentissement devraient être examinées et traitées d'urgence afin de revenir sur la bonne voie pour atteindre les objectifs du Plan mondial à l'horizon 2015.

En 2013, les pays ciblés en priorité avaient un taux combiné de transmission de la mère à l'enfant à six semaines de 7 % ; toutefois, ce chiffre est passé à 16 % après la fin de l'allaitement, ce qui met en exergue l'importance de poursuivre la prophylaxie au cours de cette période à risque de transmission de la mère à l'enfant et montre la faiblesse de nombreux programmes pour fournir des médicaments antirétroviraux efficaces post-partum. Sans un soutien systématique pour maintenir une bonne observance du traitement

anti-VIH pendant la période postnatale, une importante transmission se produira au cours de la période d'allaitement. L'ONUSIDA estime que plus de la moitié des transmissions du VIH aux nourrissons en 2013 a eu lieu au cours de l'allaitement, en partie parce que de nombreux pays ont mis davantage l'accent sur les médicaments antirétroviraux pendant la grossesse et l'accouchement, dans le cadre des soins prénatals, mais ont accordé moins d'importance au suivi systématique de poursuite des soins pendant la longue période d'allaitement. L'allaitement pour les femmes vivant avec le VIH peut être rendu plus sûr par l'administration de médicaments antirétroviraux pendant toute la période d'allaitement, en utilisant l'option B² ou B+³ de schémas thérapeutiques recommandés. Par conséquent, l'adaptation plus-rapide des politiques de schéma thérapeutique, le déploiement de ces médicaments et le soutien pour poursuivre les soins aux mères sont toutes des mesures nécessaires afin d'assurer que les enfants puissent allaiter sans danger.

L'accent mis sur les femmes en âge de procréer dans les pays ciblés en priorité demeure au centre de la riposte au sida. Cependant, le nombre de nouvelles infections à VIH parmi elles reste élevé, ayant diminué de seulement 17 % depuis 2009. Davantage d'efforts doivent être faits pour réduire le risque de nouvelles infections à VIH chez les femmes. Ceci est important non seulement pour la santé de la femme, mais aussi pour atteindre l'objectif d'élimination de nouvelles infections à VIH chez les enfants. Davantage d'efforts devraient également être faits pour fournir des traitements aux femmes enceintes vivant avec le VIH. Seulement 34 % des femmes enceintes dans les 21 pays présentés ici recevaient un traitement antirétroviral à vie en 2013.

En 2013, 3,2 millions d'enfants de moins de 15 ans vivaient avec le VIH à l'échelle mondiale, 91 % d'entre eux se trouvant en Afrique subsaharienne. Pourtant, seulement 22 % de ces enfants recevaient un traitement antirétroviral dans les pays ciblés en priorité. Globalement, les enfants vivant avec le VIH sont un tiers moins susceptibles de recevoir un traitement par rapport aux adultes. Ces

¹ Le Plan mondial ciblait en priorité 22 pays où résidaient 90 % des femmes enceintes vivant avec le VIH. À la date de préparation de ce rapport, les données ne sont pas disponibles pour l'Inde. Les 21 pays subsahariens restants pour lesquels des données étaient disponibles sont désignés dans le présent rapport comme « pays ciblés en priorité ».

² L'option B fait référence à des médicaments antirétroviraux triples administrés à toutes les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH, à compter de la période prénatale et continuant pendant toute la durée de l'allaitement maternel.

³ L'option B+ fait référence à la thérapie antirétrovirale à vie administrée à toutes les femmes enceintes vivant avec le VIH, quel que soit leur taux de CD4.

importantes disparités doivent être résolues. Sans traitement, la moitié des enfants vivant avec le VIH mourront avant leur deuxième anniversaire.

Alors que le Plan mondial est sur la ligne droite finale vers 2015, il est essentiel de consolider

les gains importants qui ont été réalisés dans de nombreux pays, d'accélérer les progrès là où les résultats sont au point mort ou ont régressé et de redoubler nos efforts collectifs en vue d'éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et de maintenir leurs mères en vie.

VUE D'ENSEMBLE

Le Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie (le Plan mondial) a été lancé en juillet 2011, lors de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations unies sur le sida. Il privilégie 22 pays qui comptent le plus grand nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH et qui ont besoin de services, à savoir l'Angola, le Botswana, le Burundi, le Cameroun, le Tchad, la Côte d'Ivoire, la République démocratique du Congo, l'Éthiopie, le Ghana, l'Inde, le Kenya, le Lesotho, le Malawi, le Mozambique, la Namibie, le Nigeria, l'Afrique du Sud, l'Ouganda, la République-Unie de Tanzanie, le Swaziland, la Zambie et le Zimbabwe. Lors de la préparation de ce rapport, les données pour l'Inde n'étaient pas disponibles, ainsi le rapport présente les résultats des 21 autres pays ciblés en priorité, qui sont tous situés en Afrique subsaharienne.

En 2013, un certain nombre de pays ciblés ont poursuivi leurs avancées dans l'élargissement et l'amélioration de l'accès aux services liés au VIH pour les femmes et les enfants. Pour la première fois, tous ces pays ont des directives approuvant officiellement les médicaments antirétroviraux plus efficaces (option B ou B+) et la suppression progressive de l'option A, qui n'est plus recommandée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Au cours de l'année écoulée, les pays ont travaillé à identifier et résoudre les blocages, à faire le bilan des résultats et à trouver des moyens d'améliorer leurs programmes. Les Ministres de la Santé de ces pays se sont réunis en marge de l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2014 à Genève pour discuter des progrès et élaborer des moyens d'améliorer les résultats. Les questions clés comprenaient la nécessité d'intensifier les régimes

de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) que recommande l'OMS et la nécessité de traiter d'urgence la faible couverture des traitements pédiatriques. Diverses actions sont actuellement prises pour répondre à ce besoin non satisfait.

LE NOMBRE D'ENFANTS NOUVELLEMENT INFECTÉS À VIH EST EN BAISSÉ

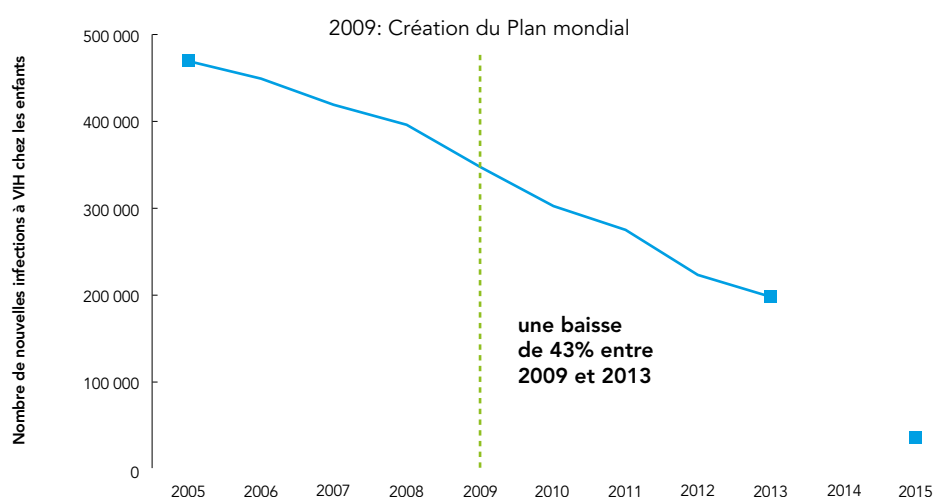
Depuis 2009, il y a eu une baisse de 43 % des nouvelles infections à VIH chez les enfants dans les pays ciblés en priorité, passant de 350 000 infections [310 000–380 000] en 2009 à 199 000 [170 000–230 000] en 2013⁴. C'est la première fois depuis les années 1990 que le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants dans ces pays ciblés en priorité a chuté à moins de 200 000. Des baisses de nouvelles infections à VIH ont été enregistrées entre 2009 et 2013 dans tous les pays ciblés, mais à des degrés divers. Le Malawi a vu la plus forte baisse, soit 67 % (même s'il partait d'un taux de transmission plus élevé que de nombreux autres pays), alors que les nouvelles infections à VIH chez les enfants ont diminué de 50 % ou plus dans sept autres pays : le Botswana, l'Éthiopie, le Ghana, le Mozambique, la Namibie, l'Afrique du Sud et le Zimbabwe. Toutefois, entre 2012 et 2013, le rythme des progrès dans la réduction des nouvelles infections à VIH chez les enfants dans les 21 pays ciblés en priorité par le Plan mondial a ralenti. Bien qu'un certain nombre de pays aient fait des progrès impressionnants, d'autres n'ont pas progressé ou ont régressé. Globalement, les pays ont enregistré une réduction de 12 % des nouvelles infections entre 2009 et 2010, une réduction de 9 % entre 2010 et 2011, et une réduction de 19 % entre 2011 et 2012 (quand un certain nombre de pays sont

⁴ Une des difficultés dans la mesure des progrès réalisés dans le cadre du Plan mondial est que la plupart des pays ciblés en priorité n'ont pas de moyens de mesure directe du nombre d'enfants nouvellement infectés à VIH. La mesure d'autres indicateurs comme le taux de transmission de la mère à l'enfant est difficile, car les systèmes de surveillance peuvent être faibles, et d'autres méthodes sont chères. Dans la plupart des pays, des modèles, qui utilisent des données du programme comme entrées, sont nécessaires pour évaluer les progrès réalisés vers l'objectif de 2015 du Plan mondial. Ainsi, sauf indication contraire, les données du présent rapport sont fondées sur des estimations modélisées.

passés à des traitements plus efficaces en suivant les directives de 2010 de l'OMS). Toutefois, les 21 pays ont enregistré une réduction de 11 % entre 2012 et 2013. Le Nigeria continue à compter le plus grand nombre de nouvelles infections à VIH chez les

enfants, qui a diminué de seulement 19 % depuis 2009. En 2013, le pays comptait un quart de toutes les nouvelles infections à VIH chez les enfants dans les pays ciblés en priorité - près de 51 000 cas [44 000-60 000].

Fig. 1
Nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants, 2005-2013, dans 21 pays ciblés en priorité par le Plan mondial



Source : Estimations ONUSIDA 2013.

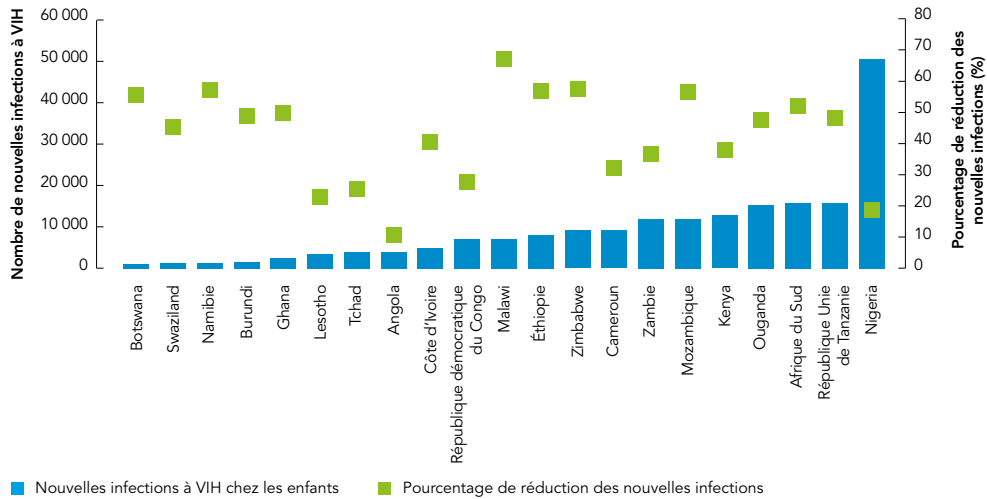
LES FEMMES ENCEINTES VIVANT AVEC LE VIH REÇOIVENT DES SERVICES, MAIS D'IMPORTANTES LACUNES SUBSISTENT

La proportion de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des médicaments antirétroviraux pour la PTME a doublé au cours des cinq dernières années, passant de 33 % [31-35 %] à 68 % [64-74 %] et les traitements reçus sont maintenant plus efficaces. Au Botswana, en Namibie, en Afrique du Sud et au Swaziland, 90 % ou plus des femmes enceintes vivant avec le VIH recevaient des médicaments antirétroviraux en 2013. En outre, la Namibie, l'Afrique du Sud et le Swaziland passent à l'option B+, et de ce fait, plus de progrès sont attendus. Malgré tout, les données montrent un ralentissement significatif entre 2012 et 2013, où le pourcentage de femmes recevant des médicaments antirétroviraux a très peu

augmenté, passant de 64 % à 68 %. Dans la même période, seulement 37 000 femmes enceintes supplémentaires vivant avec le VIH ont eu accès à la prophylaxie ou au traitement antirétroviral, contre près de 97 000 entre 2011 et 2012. Certains pays ont vu une stagnation et d'autres une diminution. La stagnation a été documentée au Botswana, en Afrique du Sud, en République-Unie de Tanzanie, en Ouganda et au Zimbabwe, tandis que des baisses d'au moins 10 % ont été constatées au Tchad, au Ghana, au Lesotho et en Zambie. Les raisons de ces changements diffèrent - des pays comme le Botswana et l'Afrique du Sud ont déjà une couverture élevée et atteignent peut-être un point de saturation. D'autres pays peuvent voir une fluctuation de programmation, tandis que d'autres encore ont apporté des améliorations aux systèmes de surveillance qui permettent des estimations plus précises.

Fig. 2

Nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants en 2013 et pourcentage de réduction des nouvelles infections depuis 2009 dans 21 pays ciblés en priorité par le Plan mondial



Source : Estimations ONUSIDA 2013.

POURCENTAGE DE RÉDUCTION DE NOUVELLES INFECTIONS À VIH CHEZ LES ENFANTS DANS LES 21 PAYS CIBLÉS EN PRIORITÉ PAR LE PLAN MONDIAL, 2009 À 2013

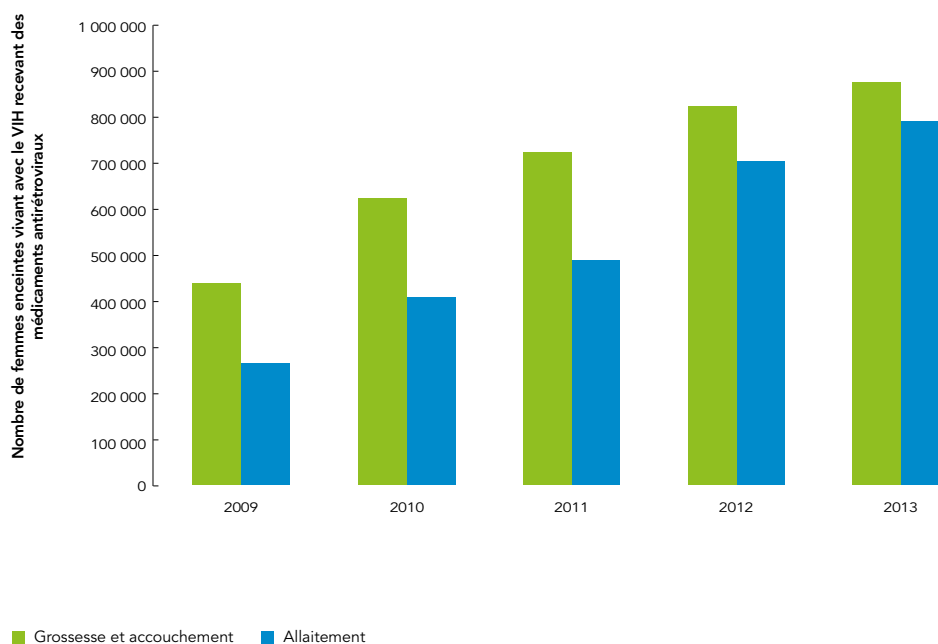
> 50 % de réduction	26 à 50 % de réduction	≤ 25 % de réduction
Afrique du Sud	Burundi	Angola
Botswana	Cameroun	Lesotho
Éthiopie	Côte d'Ivoire	Nigeria
Ghana	Kenya	Tchad
Malawi	Ouganda	
Mozambique	République démocratique du Congo	
Namibie	République-Unie de Tanzanie	
Zimbabwe	Swaziland	
	Zambie	

Source : Estimations ONUSIDA 2013.

Les directives 2013 de l'OMS sur l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour traiter et prévenir les infections à VIH⁵ (OMS, 2013) recommandent que les femmes allaitantes continuent de prendre des médicaments antirétroviraux jusqu'à la fin de l'allaitement lorsque le risque de transmission du VIH à l'enfant se termine, et que les femmes soit poursuivent le traitement si elles sont admissibles pour un traitement antirétroviral (option B), ou que toutes les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH poursuivent le traitement antirétroviral à

vie (option B+). Observation encourageante, entre 2009 et 2013, il y a eu une forte augmentation du pourcentage de femmes recevant des médicaments antirétroviraux (prophylaxie ou traitement à vie) pendant l'allaitement, passant de 20 % à 61 %. Bien qu'il existe des préoccupations sur l'exactitude des données sur la couverture des médicaments antirétroviraux pendant l'allaitement, il s'agit ici d'une amélioration remarquable, mais il reste du travail pour assurer que toutes les femmes aient un accès similaire.

Fig. 3
Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH recevant des médicaments antirétroviraux dans les 21 pays ciblés en priorité par le Plan mondial, 2009-2013



Source : Estimations ONUSIDA / UNICEF / OMS, 2013.

⁵ Directives de l'OMS sur l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour traiter et prévenir l'infection à VIH, 2013. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/en/>

TAUX DE TRANSMISSION DU VIH DE LA MÈRE À L'ENFANT

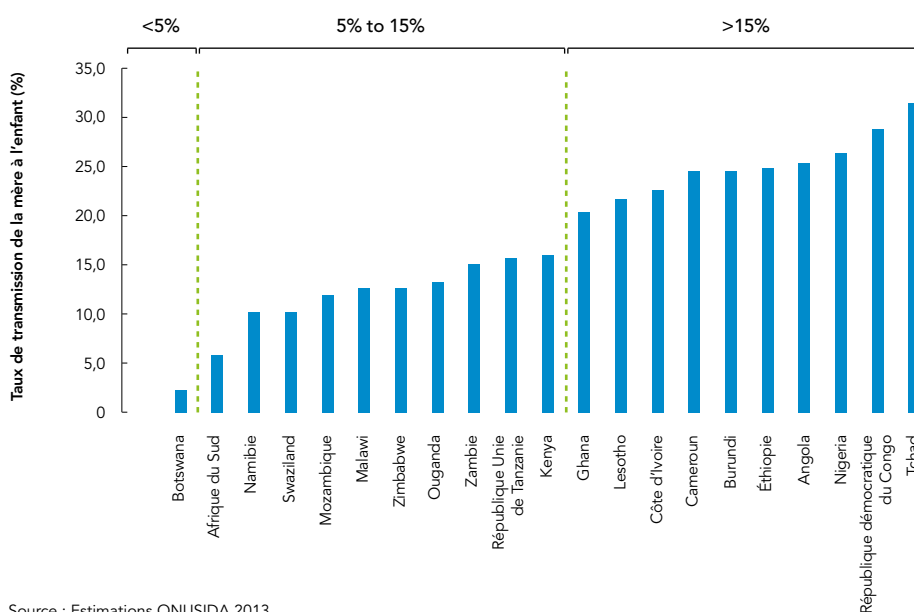
Le taux de transmission du VIH d'une mère séropositive à son enfant – si elle ne reçoit pas des médicaments antirétroviraux – varie entre 30 et 45 %, selon la durée de l'allaitement. L'un des principaux objectifs du Plan mondial est de réduire ce taux à moins de 5 % chez les populations qui allaitent, et à moins de 2 % chez les populations qui n'allaitent pas. En 2009, avant le lancement du Plan mondial, le taux global de transmission (y compris par l'allaitement maternel) était de 26 % dans les 21 pays ciblés en priorité par le Plan mondial. Depuis la mise en place du Plan mondial, le taux a chuté à 16 %. Si ces progrès sont encourageants, ils restent loin de l'objectif de 5 % du Plan mondial. Les taux nationaux de transmission reflètent la situation pour toutes les femmes enceintes vivant avec le VIH dans un pays (c.-à-d. estimations basées sur la population) et ne sont pas limités à celles qui reçoivent des traitements.

Avec un taux modélisé de transmission de 2 % en 2013, le Botswana semble avoir accompli l'objectif d'élimination virtuelle de la transmission de la mère

à l'enfant, et l'Afrique du Sud n'est pas loin derrière avec 6 %. Les 19 autres pays ciblés en priorité ont des taux de transmission de plus de 10 %, et dix d'entre eux ont des taux de transmission de plus de 20 %. Des efforts considérables, notamment pour le dépistage du VIH et le conseil, une couverture élevée avec des traitements efficaces de PTME et un soutien pour l'observance sont nécessaires pour atteindre les objectifs du Plan mondial. Ceci est particulièrement important pendant l'allaitement maternel.

L'analyse des données 2013 montre que les pays ciblés en priorité ont un taux de transmission de la mère à l'enfant à six semaines de 7 %, mais ce chiffre passe à 16 % à la fin de l'allaitement. Parce que le déploiement de la PTME à grande échelle et que l'usage de traitements plus efficaces ont permis de réduire le risque de transmission du VIH pendant la grossesse et l'accouchement, le risque de transmission du VIH est maintenant concentré au cours de la période d'allaitement maternel. C'est pourquoi il est urgent que les programmes offrent des traitements efficaces de PTME au cours de cette période, afin d'empêcher que les enfants ne soient infectés par le VIH.

Fig. 4
Taux finaux de transmission du VIH de la mère à l'enfant après l'allaitement dans 21 pays ciblés en priorité du Plan mondial, 2013



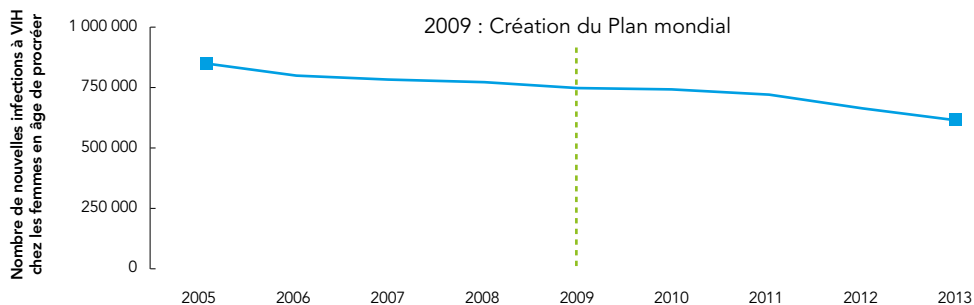
Source : Estimations ONUSIDA 2013.

NOUVELLES INFECTIONS À VIH CHEZ LES FEMMES

Afin d'éliminer la transmission de la mère à l'enfant et également de garder les femmes en bonne santé, il est important de réduire les nouvelles infections à VIH chez les femmes en âge de procréer, en particulier chez les adolescentes et les jeunes femmes. Ainsi, le Plan mondial aspirait à réduire ce nombre de 50 % entre 2009 et 2015 dans les pays ciblés en priorité. Les données montrent que de faibles progrès ont été réalisés – en 2009, 740 000 femmes [680 000–800 000] ont été infectées par le VIH, comparativement à 620 000 [560 000–680 000] en 2013, une réduction de seulement 17 %. Ces chiffres sont à rajouter au nombre de femmes qui ont été infectées plus tôt, et qui, quand elles désirent procréer, ont besoin de traitements de prévention de la transmission de la mère à l'enfant. Ainsi, le nombre total de femmes qui ont besoin de ces services reste élevé à 1,3 million [1,2 à 1,4 million] pour les pays ciblés en priorité. En outre, l'accès au traitement antirétroviral signifie que plus de

femmes vivant avec le VIH sont en bonne santé et en mesure d'avoir des enfants, un objectif important pour les droits des femmes. La poursuite des investissements dans les services de PTME et l'accès aux médicaments antirétroviraux est nécessaire, en raison de la lente diminution des nouvelles infections à VIH chez les femmes, et du nombre croissant de femmes vivant avec le VIH qui sont encore en bonne santé et en vie grâce au traitement. Dans le même temps, les pays doivent intensifier les initiatives visant à aider les femmes enceintes séronégatives à rester négatives en leur assurant l'accès à une information adéquate et des soins prénatals, car ces femmes sont déjà dans le système de soins de santé. Les programmes peuvent encourager l'engagement des partenaires et l'accès au dépistage, assurant que les partenaires qui ont besoin de traitement puissent accéder aux médicaments antirétroviraux, et fournir des informations aux couples sérodiscordants afin de réduire le risque de transmission. Les programmes doivent également fournir des informations et des services pour les femmes et leurs partenaires afin d'éviter les grossesses non désirées.

Fig. 5
Nombre de femmes en âge de procréer nouvellement infectées par le VIH, 21 pays ciblés en priorité par le Plan mondial



Source : Estimations ONUSIDA 2013, 21 pays.

BESOINS NON SATISFAITS EN PLANIFICATION FAMILIALE CHEZ LES FEMMES

Toutes les femmes, y compris les femmes vivant avec le VIH, devraient avoir la possibilité de planifier leurs grossesses. Ceci est particulièrement important pour les adolescentes, qui sont plus à risque de complications liées à la grossesse. La planification familiale est l'un des quatre piliers de

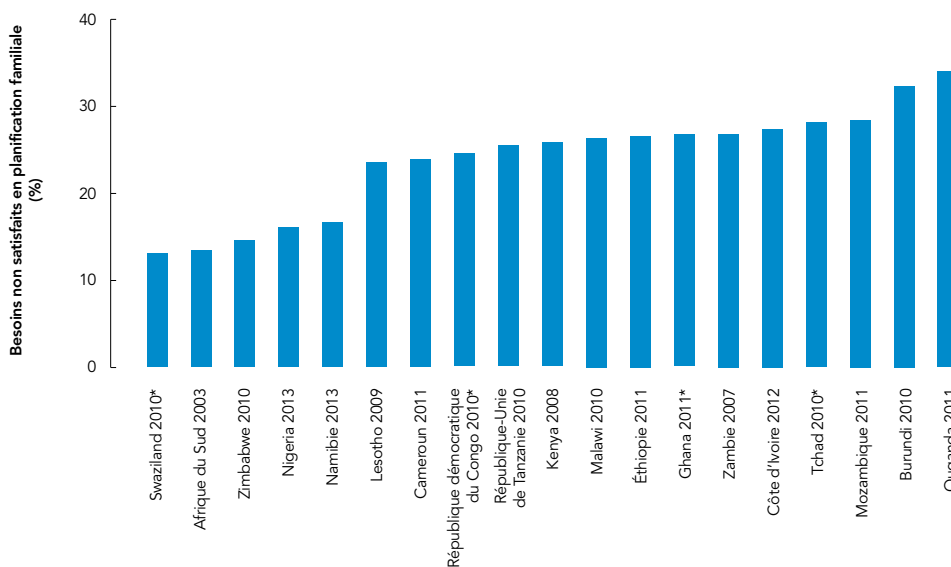
l'orientation sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Fournir des services appropriés, un soutien et des contraceptifs aux femmes vivant avec le VIH pour atteindre leurs objectifs de planification familiale permettra d'optimiser les résultats de santé pour les femmes et de réduire le risque de transmission du VIH à leurs enfants. En outre, l'espacement des grossesses est bénéfique pour la santé de toutes les femmes et de leurs enfants.

Le Plan mondial vise à éliminer tout besoin non satisfait en planification familiale chez toutes les femmes, y compris les femmes vivant avec le VIH, dans les pays ciblés en priorité, assurant ainsi que toutes les femmes qui désirent une contraception puissent y avoir accès. Toutefois, selon les enquêtes les plus récentes auprès des populations, plus de la moitié des pays ciblés en priorité ne parviennent pas à répondre aux besoins en planification familiale chez au moins 25 % de toutes les femmes mariées. C'est le cas au Burundi, en Côte d'Ivoire, en République démocratique du Congo, en Éthiopie, au Ghana, au Kenya, au Malawi, au Mozambique, en République-Unie de Tanzanie, en Ouganda et en Zambie.

Les données pour évaluer les besoins non satisfaits en planification familiale sont extraites d'enquêtes

auprès des ménages, qui ont lieu tous les trois à cinq ans, avec des calendriers variant selon les pays. Certaines des données présentées ici ont été recueillies il y a cinq ans, et d'autres plus récemment. Il est nécessaire de développer d'autres mesures des besoins non satisfaits en planification familiale, afin de fournir plus d'informations en temps réel sur les désirs de procréation des femmes. De plus, les résultats présentés ici ne sont pas spécifiques aux femmes vivant avec le VIH. Les données d'enquête ne sont souvent pas disponibles concernant le statut VIH ou le nombre de femmes vivant avec le VIH est trop faible pour fournir des mesures fiables. Il est nécessaire de développer des mécanismes basés sur la population pour évaluer les différences de statut VIH, afin d'avoir des données pour les programmes.

Fig. 6
Besoins non satisfaits en planification familiale chez les femmes mariées, indépendamment de leur statut VIH dans 19 pays ciblés en priorité par le Plan mondial



Source : Enquête auprès des ménages à l'échelle nationale la plus récente, 2003 à 2013.

* Les enquêtes par grappes à indicateurs multiples sont basées sur une définition légèrement différente des besoins non satisfaits en planification familiale.

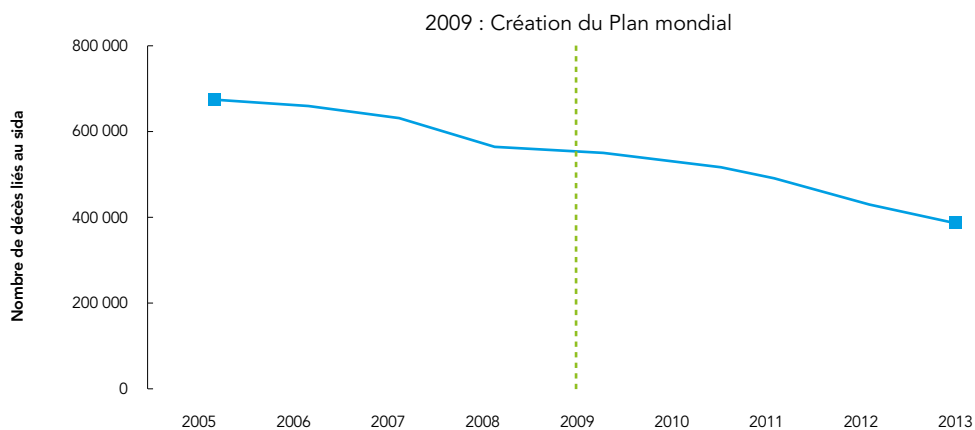
GARDER LES MÈRES EN VIE

Les cinq dernières années ont vu une baisse de 29 % (43 % depuis 2005) du nombre de décès liés au sida chez les femmes en âge de procréer ; malgré tout, la route est encore longue. Veiller à ce que les

femmes en âge de procréer qui vivent avec le VIH sont sous antirétroviraux avec suppression virale, sont correctement diagnostiquées et traitées pour la tuberculose et sont assurées de recevoir de bons soins périnataux et d'accouchement diminuera encore la mortalité.

Fig. 7

Décès liés au sida chez les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) dans 21 pays ciblés en priorité par le Plan mondial, 2005 à 2013



Source : Estimations ONUSIDA 2013.

ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ POUR LES PLUS PAUVRES

Dans leur récent rapport « *Countdown to 2015* », le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et l'OMS, soulignent d'importantes inégalités dans la couverture pour de nombreux services de santé essentiels tels que les soins prénatals et postnatals, la vaccination des enfants et la planification familiale, où les femmes des ménages plus riches sont plus susceptibles de recevoir ces services que celles des ménages plus pauvres. Cette tendance est particulièrement évidente pour les services qui nécessitent un système de santé fonctionnel, qui inclut un personnel qualifié tel que des sages-femmes⁶. Par conséquent, les femmes du quintile le plus pauvre sont deux à trois fois moins susceptibles que celles des ménages les plus aisés d'avoir accès à, ou d'utiliser, ces interventions vitales. Les données montrent que les pays réalisant des progrès rapides dans la couverture des interventions essentielles

ont accompli cela principalement par l'amélioration de la couverture pour les quintiles les plus pauvres. Ceci est dû, en partie, au fait que ces populations présentent le plus grand potentiel de gains.

Les femmes enceintes dans les quintiles les plus pauvres qui résident dans les zones rurales et ont les plus bas niveaux d'éducation sont plus susceptibles de ne pas avoir accès aux services que les autres femmes. Les adolescentes enceintes dans les communautés aux ressources limitées sont encore plus défavorisées du fait de leur jeunesse et manque d'expérience. C'est pourquoi des efforts particuliers doivent être réalisés pour répondre à leurs besoins liés au VIH, y compris en offrant des services de santé plus accessibles. Cela nécessite de décentraliser les services vers les niveaux les plus périphériques, et l'inclusion de considérations d'équité afin de cibler les femmes vulnérables lors de l'élaboration de stratégies pour l'intensification des interventions⁷.

⁶ Narrowing the Gaps to Meet the Goals. United Nations Children's Fund, 2010. (http://www.unicef.org/publications/files/Narrowing_the_Gaps_to_Meet_the_Goals_090310_2a.pdf, accédé le 4 juillet 2014.

⁷ UNICEF/OMS. Countdown to 2015: Maternal, Newborn and Child Survival. Accountability for Maternal, Newborn and Child Survival. The 2013 Update.

DIAGNOSTIC CHEZ LES NOURRISSONS

L'OMS recommande que les enfants exposés au VIH soient testés dans les quatre à six semaines après la naissance, de sorte que ceux qui sont déjà infectés puissent commencer le traitement immédiatement. Ceci est dû, en partie, au fait que les bébés qui sont infectés in utero ou pendant la période intrapartum ont un pronostic défavorable ; le plus tôt ils sont identifiés et placés sous traitement, meilleurs seront leurs résultats cliniques. Un nourrisson de moins de 18 mois possède en lui encore les anticorps de sa mère, ce qui signifie que le test rapide normal de dépistage du VIH utilisé pour diagnostiquer les adultes ne convient pas. Dans cette population, l'infection à VIH ne peut être définitivement confirmée que par un test virologique.

Actuellement le test virologique est effectué sur des échantillons de gouttes de sang séchées recueillis sur les sites locaux, puis envoyés et testés dans de grands laboratoires centralisés. Cela a parfois conduit à de longues périodes d'attente avant que les résultats ne parviennent aux fournisseurs de soins, et a conduit à des taux élevés de perte de suivi et d'échec d'initiation d'un traitement, même parmi les nourrissons qui sont diagnostiqués comme infectés. Cependant, les deux dernières années ont vu un développement considérable dans le domaine du diagnostic infantile, notamment avec le développement de dispositifs sur le lieu de soins qui sont sur le point d'être lancés en 2014-2015. En outre, le coût des tests de diagnostic précoce du nourrisson a diminué, et les réseaux de transport des échantillons ont été améliorés (UNITAID, 2014)⁸.

L'OMS a également examiné la faisabilité d'un test à la naissance, ce qui peut fournir un complément important à la détection et au traitement plus précoce des enfants infectés.

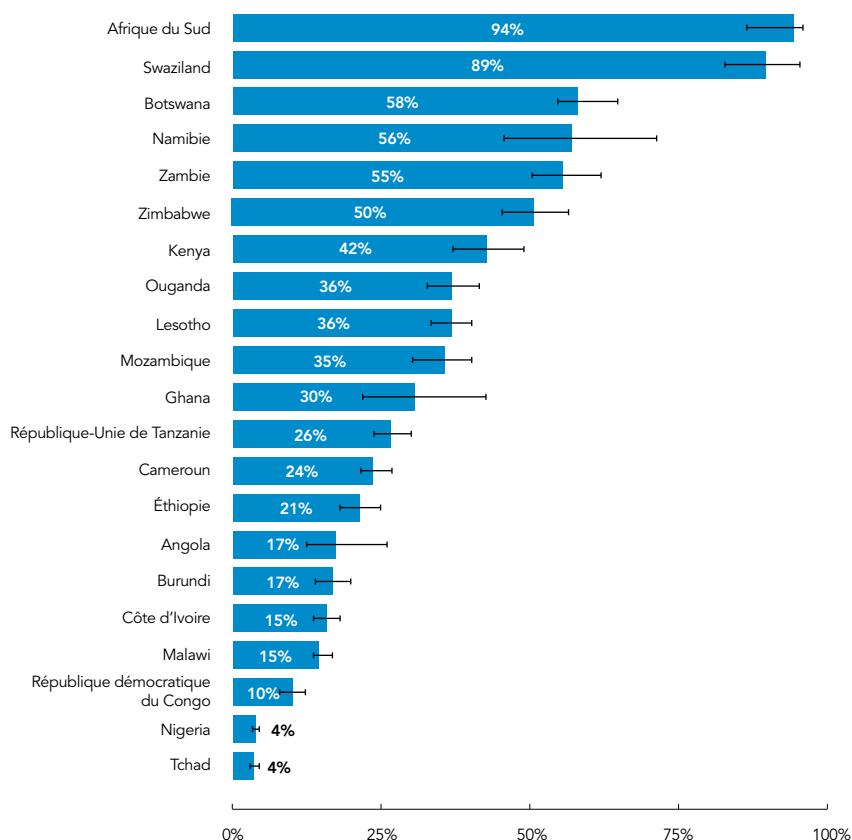
Les taux de diagnostic chez le nourrisson (à la fois le diagnostic précoce et le diagnostic final après 18 mois) restent faibles dans de nombreux pays, ce qui crée un goulot d'étranglement pour l'extension du traitement pour les enfants, en particulier pour ceux âgés de moins de 18 mois. Malgré des investissements considérables, parmi les pays ciblés en priorité, seulement 39 % des enfants exposés au VIH ont bénéficié d'un dépistage virologique du VIH au cours des deux premiers mois de la vie. Seulement six des pays ciblés en priorité ont offert un diagnostic précoce du nourrisson à plus de 50 % des enfants exposés au VIH en 2013 : l'Afrique du Sud (94 %), le Swaziland (89 %), le Botswana (58 %), la Namibie (56 %), la Zambie (55 %) et le Zimbabwe (50 %). Dans les autres pays ciblés en priorité, le nombre d'enfants qui ont bénéficié de tests virologiques était inférieur à 50 %, et est resté inchangé ou a légèrement diminué par rapport aux années précédentes. Dans neuf pays ciblés en priorité, le nombre d'enfants exposés au VIH bénéficiant d'un test virologique était inférieur à 25 % (OMS, 2014)⁹. Le suivi des soins pour les mères et leurs enfants doit être renforcé post-partum tout au long de l'allaitement maternel, en utilisant les possibilités appropriées dans les services de santé de l'enfant, les programmes de vaccination et de nutrition pour le dépistage chez les nourrissons, afin de déterminer le statut final de la transmission du VIH à la fin de la période à risque.

⁸ UNITAID: HIV/AIDS Diagnosis Technology Landscape, 4th Edition. Genève, juin 2014. http://www.unitaid.org/images/marketdynamics/publications/UNITAID-HIV_Diagnostic_Landscape-4th_edition.pdf.

⁹ OMS : Global Update on the Health Sector Response to HIV, 2014. Genève, OMS, juillet 2014.

Fig. 8

Pourcentage de nourrissons nés de femmes enceintes vivant avec le VIH recevant un test virologique pour le VIH dans les deux mois après la naissance dans 21 pays ciblés en priorité par le Plan mondial, 2013



Source : Nombre de nourrissons ayant reçu un test virologique pour le VIH dans les deux mois après la naissance, déclarés par pays : Rapports d'avancement de la riposte mondiale au sida (OMS/UNICEF/ONUSIDA) ; nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH comme une mesure indirecte pour les nourrissons exposés au VIH : Estimations ONUSIDA 2013.

TRAITEMENT DU VIH PÉDIATRIQUE

Etant donné que les nourrissons et les jeunes enfants qui contractent le VIH ont un risque exceptionnellement élevé de morbidité et de mortalité, l'OMS et l'UNICEF encouragent les pays à adopter un diagnostic et un traitement accélérés des enfants. Sans traitement, jusqu'à 52 % des enfants qui ont le VIH meurent avant leur deuxième anniversaire. *Les lignes directrices de 2013 sur l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour traiter et prévenir l'infection*

à VIH (OMS, 2013) prônent la simplicité et l'efficacité, afin de sauver davantage de vies et d'améliorer les résultats cliniques. L'OMS recommande aussi désormais que le traitement antirétroviral soit initié chez tous les enfants infectés par le VIH de moins de cinq ans, et pour tous les enfants plus âgés infectés par le VIH dont le nombre de cellules CD4 < 500/mm³. Les précédentes lignes directrices (2010) faisaient cette recommandation seulement pour les enfants diagnostiqués de moins de deux ans. En outre, le traitement antirétroviral doit être initié chez tous

les enfants vivant avec le VIH qui présentent une maladie symptomatique sévère ou avancée (stades cliniques OMS 3 ou 4), indépendamment de l'âge et du nombre de cellules CD4, et chez tout enfant de moins de 18 mois qui a reçu un diagnostic présomptif d'infection à VIH¹⁰.

Prenant effet en 2013, les estimations de l'ONUSIDA pour le traitement pédiatrique du VIH sont basées sur un dénominateur de tous les enfants vivant avec le VIH, et pas seulement ceux qui sont admissibles pour le traitement du VIH, comme c'était le cas auparavant. Ceci afin de permettre une meilleure comparabilité entre les pays avec différents critères d'admissibilité au traitement antirétroviral et pour tenir compte des changements apportés à ces critères au fil du temps. Les résultats montrent que, depuis 2009, le nombre d'enfants recevant un traitement antirétroviral a augmenté dans tous les pays ciblés en priorité. Le Botswana a atteint un accès universel (défini comme 80 % de couverture), avec 84 % des enfants infectés recevant un traitement du VIH. Trois pays ciblés en priorité – la Namibie, l'Afrique du Sud et le Swaziland – offrent un traitement à près de la moitié des enfants vivant avec le VIH. Cependant, la plupart des pays ciblés en priorité ont encore beaucoup de chemin à parcourir ; le Cameroun, le Tchad, la Côte d'Ivoire, la République démocratique du Congo et l'Éthiopie fournissent un traitement à moins de 10 % de leurs enfants vivant avec le VIH. Seulement 22 % des enfants vivant avec le VIH reçoivent un traitement du VIH dans les 21 pays ciblés en priorité. Bien que cela représente une augmentation par rapport à la référence de 8 % en 2009, il est beaucoup plus faible que les 34 % des femmes enceintes vivant avec le VIH qui sont actuellement sous traitement dans les pays ciblés en priorité, soit 39 % de tous les adultes vivant avec le VIH dans les 21 pays ciblés en priorité. Le nombre d'enfants nouvellement infectés ayant besoin d'un traitement contre le VIH diminuera avec l'augmentation de la prévention des nouvelles infections, mais il est urgent d'identifier les enfants vivant avec le VIH et de leur prodiguer des traitements et des soins afin de réduire les taux de morbidité et de mortalité infantiles. Une faible couverture de traitement pour les enfants vivant avec le VIH est liée à de multiples facteurs, notamment les défis uniques aux médicaments, au diagnostic, au dépistage et au lien, spécifiques aux enfants, ainsi qu'au maintien

de leur prise en charge. Il existe moins d'options de médicaments antirétroviraux adaptés à l'âge disponibles pour une utilisation par des enfants et le coût du traitement pour les enfants est plus élevé. Le traitement ne peut réussir que si les enfants reçoivent des schémas thérapeutiques recommandés par l'OMS et reçoivent un soutien à l'observance du traitement, mais cela est difficile dans de nombreux contextes. Il existe également un besoin urgent de formulations pédiatriques des antirétroviraux qui soient stables à la chaleur, agréables au goût et faciles à administrer par les parents.

Les problèmes d'approvisionnement en médicaments entravent d'autant le traitement pédiatrique. Des formulations complexes compliquent les décisions de tarification et de commande et sont contraires à une approche de santé publique qui met l'accent sur l'adoption d'un nombre limité de schémas thérapeutiques optimisés. Les directives de l'OMS de 2013 ont recommandé une approche plus simplifiée pour le traitement antirétroviral pédiatrique, et le travail est en cours pour simplifier et harmoniser davantage les régimes thérapeutiques pédiatriques.

TRAITEMENT PRÉVENTIF PAR CO-TRIMOXAZOLE

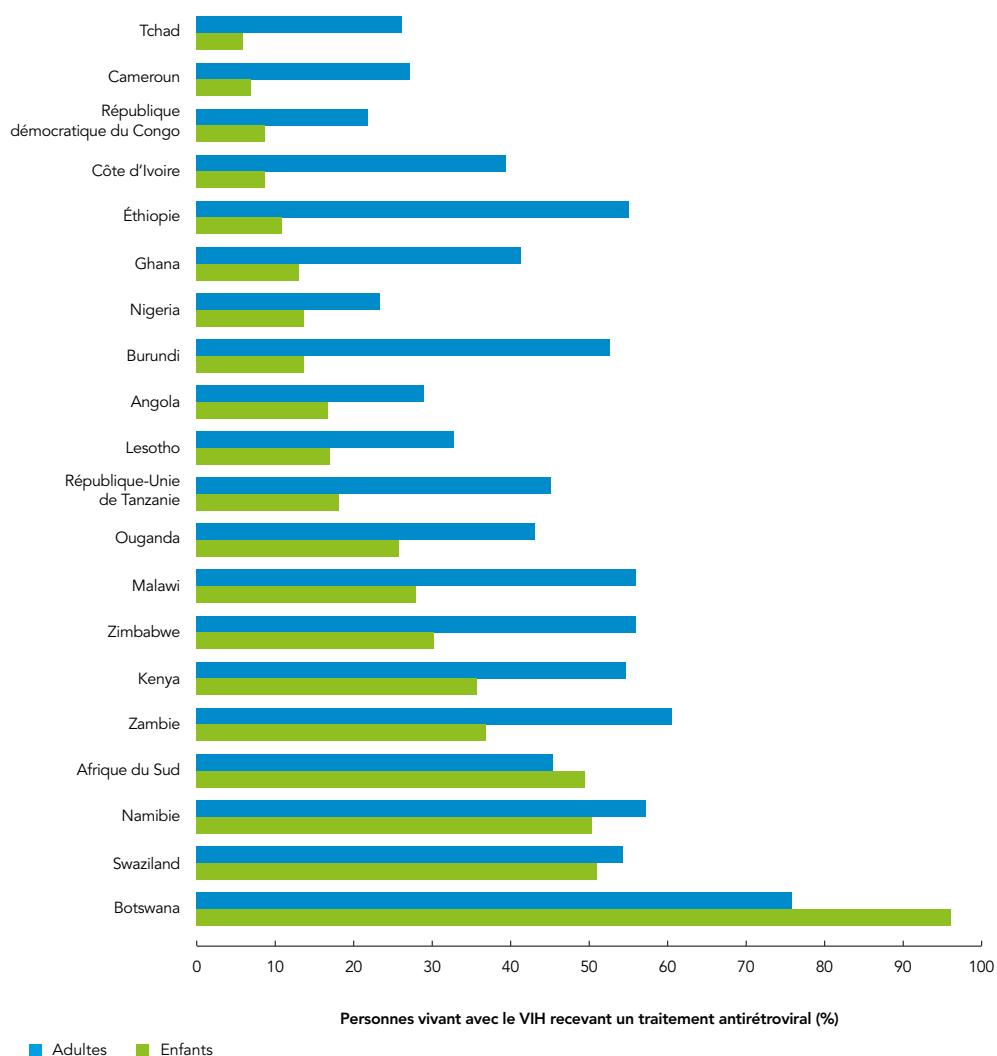
Plusieurs co-infections et pathologies sont fréquentes chez les enfants exposés au VIH. *Les lignes directrices de l'OMS de 2013* recommandent un traitement préventif au co-trimoxazole (CPT, « co-trimoxazole preventive therapy ») chez les enfants pour la prévention de la pneumonie à pneumocystis, de la toxoplasmose et des infections bactériennes. Le CPT est une intervention simple, bien tolérée et efficace qui peut prolonger et améliorer la qualité de vie des enfants exposés au VIH, y compris pour ceux sous traitement antirétroviral. Toutefois, les données montrent que cette thérapie hautement efficace est faiblement utilisée. Cinq pays prioritaires fournissent le CPT à au moins 50 % de ces nourrissons : le Swaziland (90 %), le Botswana (80 %), l'Afrique du Sud (78 %), le Mozambique (68 %) et le Zimbabwe (55 %). Il est nécessaire que les pays revoient les priorités de prophylaxie au co-trimoxazole dans le cadre de l'ensemble des traitements pédiatriques du VIH, tel que

¹⁰ WHO: Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection. Geneva, WHO, June 2013.

recommandé par l'OMS depuis 2006. Cela nécessitera un ensemble d'interventions interdépendantes, notamment le renforcement des liens entre le dépistage et le traitement du VIH ainsi que le suivi des nourrissons et les

enfants exposés au VIH. Il est recommandé d'initier le CPT chez tous les nourrissons exposés au VIH à l'âge de 6 semaines, en même temps que le test de diagnostic précoce recommandé.

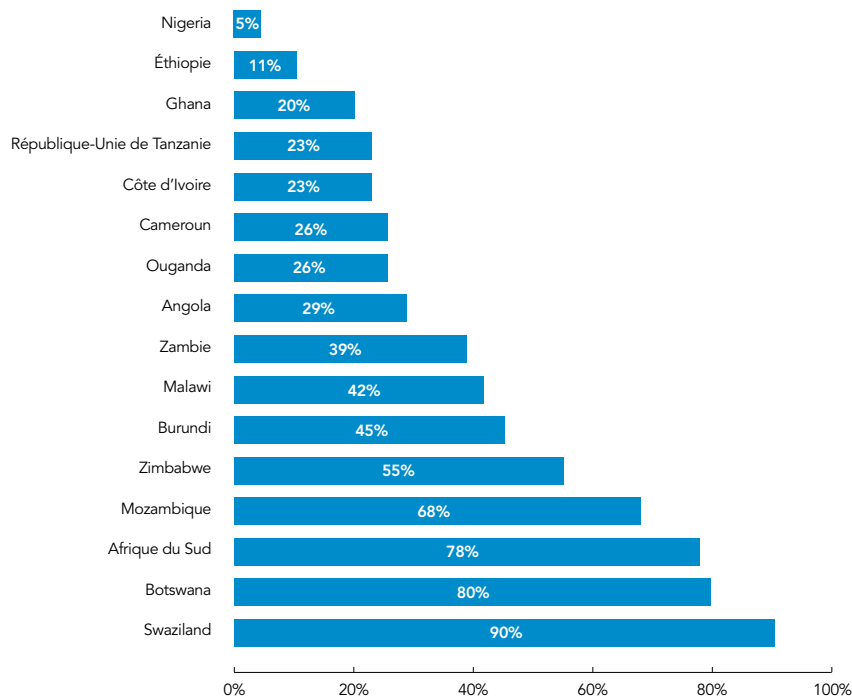
Fig. 9
Pourcentage d'adultes (âgés de 15 ans et plus) et d'enfants (de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH qui recevaient un traitement antirétroviral en 2013, dans 21 pays ciblés en priorité par le Plan mondial



Source : Estimations ONUSIDA/UNICEF/OMS, 2013.

Fig. 10

Pourcentage d'enfants exposés au VIH qui ont reçu le co-trimoxazole en 2013 dans 16 pays ciblés en priorité par le Plan mondial



Parmi les 16 pays ciblés en priorité rapportés
Source : Estimations ONUSIDA/UNICEF/ OMS, 2013.

LES 500 JOURS RESTANTS

Le Plan mondial représente l'engagement des gouvernements, des partenaires de mise en œuvre, de la société civile, des femmes vivant avec le VIH et d'autres parties prenantes. Ce partenariat repose sur une volonté collective d'éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et de maintenir leurs mères en vie. Le Plan mondial vise également à accélérer l'accès par les femmes et les enfants à des services de qualité de prévention, de traitement et de soins salvateurs contre le VIH. Il est fondé sur le respect des droits des femmes, des familles et des communautés, et place les femmes vivant avec le VIH au centre de la riposte.

Le Plan mondial a fixé l'objectif ambitieux de réduire de 90 % les nouvelles infections à VIH chez les enfants entre 2009 et 2015, ainsi que de réduire de moitié la mortalité maternelle et pédiatrique liée au sida. Les résultats de ce rapport montrent que les 21 pays ciblés en priorité par le Plan mondial ont fait des progrès importants, mais inégaux.

Collectivement, ces pays ont réduit les nouvelles infections à VIH chez les enfants de 43 % depuis 2009. Pendant cette période, huit pays ciblés en priorité ont réalisé des baisses de 50 % ou plus ; malgré tout, dans les 13 autres pays, les progrès ont été plus graduels ou inexistants.

Au moment où le Plan mondial entre dans ses 15 derniers mois, il est urgent que tous les partenaires travaillent ensemble pour consolider les gains importants qui ont été réalisés ; éliminent les principaux obstacles qui ont ralenti, reporté ou annulé les progrès ; et redoublent d'efforts collectifs visant à éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et à maintenir leurs mères en vie. Il est également essentiel d'examiner les implications de ce partenariat alors que nous entrons dans l'ère post-2015, et de formuler des stratégies pour faire face au travail inachevé de mettre fin à de nouvelles infections à VIH chez les enfants et de maintenir leurs mères en vie et en bonne santé.

REMARQUE RELATIVE AUX DONNÉES

À moins de 500 jours de la date butoir des objectifs 2015 du Plan mondial, il est essentiel de mesurer les progrès effectués et d'identifier les obstacles qui subsistent. Les pays doivent suivre de près les objectifs et fournir en temps voulu des données fiables aux décideurs et aux responsables de la mise en œuvre des programmes. Comme la plupart des pays prioritaires ne disposent pas de mesures directes pour plusieurs indicateurs du Plan mondial – tels que le nombre de nouvelles infections chez les enfants, les taux de transmission de la mère à l'enfant, et les degrés de couverture de la PTME et de la thérapie antirétrovirale – des modèles sont utilisés pour fournir les meilleures estimations. Ainsi, sauf indication contraire, les données du présent rapport sont fondées sur des estimations modélisées.

Ces estimations sont créées par les équipes de pays utilisant le logiciel soutenu par l'ONUSIDA. Les équipes de pays sont principalement composées d'épidémiologistes, de démographes, de spécialistes du suivi et des évaluations et de partenaires techniques. Les dossiers soumis par les pays sont examinés à ONUSIDA, et les principales données de services liés au VIH contenues dans les dossiers sont examinées et validées en partenariat avec l'OMS et l'UNICEF. L'examen par l'ONUSIDA vise à assurer la comparabilité des résultats entre les régions, les pays et au fil du temps. Ces modèles doivent intégrer des données nationales fiables et de grande qualité, issues des programmes de PTME. Les systèmes de suivi ont connu des avancées significatives ces dernières décennies, et fournissent notamment des données plus fiables sur la couverture antirétrovirale des femmes vivant avec le VIH pendant la grossesse et l'accouchement. Cependant, le suivi de la couverture antirétrovirale durant l'allaitement maternel reste faible, voire inexistant dans certains pays, ainsi que le suivi des enfants exposés au VIH pendant l'entière période d'allaitement maternel. En outre, de nombreux systèmes ne peuvent pas identifier les femmes qui sont comptées deux fois quand elles changent de régime, ou de cliniques. Les pays doivent fournir des efforts pour améliorer ces composantes du recueil de données.

AMÉLIORATIONS DU MODÈLE D'ESTIMATIONS DE L'ONUSIDA 2013

Chaque année, les équipes de pays créent de nouveaux fichiers Spectrum. Les fichiers d'une année sur l'autre peuvent différer pour deux raisons. Premièrement, les nouvelles données de surveillance et de programmes sont saisies dans le modèle, ce qui peut modifier les tendances de prévalence et d'incidence du VIH au fil du temps, notamment pour les années passées. Deuxièmement, des améliorations sont intégrées dans le modèle en fonction des dernières données scientifiques disponibles et de la compréhension de l'épidémie. Entre les estimations de 2012 et celles de 2013, les modifications suivantes ont été appliquées au modèle sous la direction du Groupe de référence ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections :

- données démographiques actualisées de la division de Projections de la Population mondiale des Nations Unies 2012 ;
- étalonnage révisé de la prévalence du VIH dans les cliniques prénatales à la population générale dans les pays ayant des épidémies généralisées sans enquêtes nationales ;
- le calcul de l'incidence chez les personnes âgées de 15 à 49 ans n'est plus basé sur le nombre de personnes âgées de plus de 15 ans sous traitement antirétroviral ; il est désormais basé sur le nombre de personnes sous traitement antirétroviral qui sont âgées de 15 à 49 ans.

Vu qu'il y a des améliorations qui sont apportées aux données et aux méthodes utilisées pour créer les estimations à chaque cycle, les utilisateurs des données ne doivent pas comparer les résultats d'un cycle à l'autre. Un ensemble historique complet des estimations est créé pour chaque cycle permettant d'estimer des tendances au fil du temps au sein du même cycle. Pour plus d'informations, veuillez voir la Foire aux questions ici. <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/name,97468,en.asp>.

Tableaux récapitulatifs

Tableaux récapitulatifs sur les progrès vers la réalisation des objectifs du *Plan mondial visant à éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie*, 21 pays ciblés en priorité par le Plan mondial

NOMBRE DE FEMMES ATTEINTES DU VIH QUI ACCOUCHEMENT						
21 PAYS DU PLAN MONDIAL EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE	2009	Faible	Élevé	2013	Faible	Élevé
Afrique du Sud	270 000	250 000	300 000	260 000	230 000	280 000
Angola	13 000	8 900	19 000	16 000	11 000	22 000
Botswana	13 000	12 000	14 000	11 000	9 900	12 000
Burundi	7 500	6 400	8 700	5 300	4 500	6 300
Cameroun	43 000	38 000	48 000	38 000	34 000	43 000
Côte d'Ivoire	28 000	24 000	31 000	21 000	18 000	25 000
Éthiopie	50 000	43 000	58 000	33 000	28 000	39 000
Ghana	15 000	11 000	20 000	12 000	8 400	16 000
Kenya	81 000	72 000	91 000	79 000	69 000	90 000
Lesotho	16 000	14 000	17 000	16 000	14 000	17 000
Malawi	72 000	65 000	78 000	58 000	52 000	65 000
Mozambique	100 000	91 000	120 000	100 000	88 000	120 000
Namibie	11 000	9 300	14 000	10 000	8 300	13 000
Nigeria	200 000	180 000	230 000	190 000	170 000	220 000
Ouganda	96 000	85 000	110 000	120 000	100 000	130 000
République démocratique du Congo	29 000	24 000	35 000	26 000	21 000	32 000
République-Unie de Tanzanie	110 000	100 000	130 000	100 000	89 000	110 000
Swaziland	10 000	9 400	11 000	10 000	9 400	11 000
Tchad	15 000	12 000	18 000	12 000	9 200	15 000
Zambie	78 000	71 000	85 000	78 000	70 000	87 000
Zimbabwe	70 000	63 000	77 000	70 000	63 000	78 000
Pays ciblés en priorité par le Plan mondial	1 300 000	1 200 000	1 400 000	1 300 000	1 200 000	1 400 000

Sources : Estimations ONUSIDA 2013.

OBJECTIF GÉNÉRAL 1 : NOMBRE DE NOUVELLES INFECTIONS CHEZ LES ENFANTS

21 PAYS DU PLAN MONDIAL EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE	2009	Faible	Élevé	2013	Faible	Élevé
Afrique du Sud	33 000	24 000	43 000	16 000	14 000	19 000
Angola	4 400	2 800	6 400	4 000	2 100	6 400
Botswana	< 1 000	< 1 000	< 1 000	< 500	< 500	< 500
Burundi	2 600	2 200	3 000	1 300	< 1 000	1 700
Cameroun	14 000	12 000	16 000	9 500	7 700	11 000
Côte d'Ivoire	8 200	7 000	9 600	4 900	3 700	6 200
Éthiopie	20 000	17 000	23 000	8 300	6 200	11 000
Ghana	4 800	3 300	6 700	2 400	1 000	4 500
Kenya	21 000	17 000	25 000	13 000	9 200	17 000
Lesotho	4 400	3 800	4 900	3 400	2 800	3 900
Malawi	23 000	20 000	25 000	7 400	5 100	9 800
Mozambique	27 000	23 000	33 000	12 000	8 500	19 000
Namibie	2 400	1 800	3 200	1 100	< 1 000	1 800
Nigeria	63 000	55 000	72 000	51 000	44 000	60 000
Ouganda	30 000	26 000	33 000	16 000	10 000	21 000
République démocratique du Congo	10 000	8 300	13 000	7 400	5 600	9 600
République-Unie de Tanzanie	31 000	26 000	36 000	16 000	12 000	20 000
Swaziland	1 900	1 700	2 200	1 100	<1 000	1 200
Tchad	4 900	3 900	6 100	3 700	2 800	4 900
Zambie	19 000	16 000	21 000	12 000	9 800	15 000
Zimbabwe	21 000	19 000	24 000	9 000	6 200	12 000
Pays ciblés en priorité par le Plan mondial	350 000	310 000	380 000	200 000	170 000	230 000

Objectif 2015 : Réduction de 90 % des nouvelles infections chez les enfants

Sources : Estimations ONUSIDA 2013.

OBJECTIF DU VOLET 1 : NOUVELLES INFECTIONS À VIH CHEZ LES FEMMES ÂGÉES DE 15 À 49 ANS

21 PAYS DU PLAN MONDIAL EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE	2009	Faible	Élevé	2013	Faible	Élevé
Afrique du Sud	220 000	200 000	240 000	160 000	150 000	180 000
Angola	10 000	6 800	15 000	13 000	8 400	20 000
Botswana	5 900	5 000	6 800	4 500	3 700	5 400
Burundi	< 500	< 100	1 000	< 500	< 200	< 1 000
Cameroun	22 000	20 000	25 000	20 000	17 000	24 000
Côte d'Ivoire	5 800	3 900	8 000	7 200	4 300	11 000
Éthiopie	4 500	1 800	8 500	7 800	4 600	13 000
Ghana	6 200	3 500	9 900	3 000	< 500	6 800
Kenya	52 000	44 000	60 000	48 000	37 000	63 000
Lesotho	13 000	12 000	15 000	12 000	10 000	14 000
Malawi	22 000	19 000	25 000	14 000	11 000	17 000
Mozambique	55 000	47 000	66 000	54 000	43 000	70 000
Namibie	5 300	3 800	7 500	5 700	4 000	8 000
Nigeria	120 000	100 000	140 000	88 000	72 000	110 000
Ouganda	66 000	58 000	73 000	67 000	58 000	79 000
République démocratique du Congo	15 000	12 000	20 000	14 000	11 000	18 000
République-Unie de Tanzanie	40 000	34 000	46 000	30 000	25 000	37 000
Swaziland	6 800	6 200	7 400	5 200	4 500	6 000
Tchad	5 800	4 300	7 900	4 700	3 200	6 700
Zambie	26 000	23 000	30 000	20 000	17 000	24 000
Zimbabwe	39 000	35 000	44 000	33 000	28 000	38 000
Pays ciblés en priorité par le Plan mondial	740 000	680 000	800 000	620 000	560 000	680 000

Objectif 2015 : Réduction de 50 % de l'incidence chez les femmes âgées de 15 à 49 ans

Sources : Estimations ONUSIDA 2013.

**OBJECTIF DU VOLET 2 : BESOINS NON SATISFAITS DE PLANIFICATION
FAMILIALE CHEZ LES FEMMES**

21 PAYS DU PLAN MONDIAL EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE		Year
Afrique du Sud	13,8	2003
Angola		
Botswana		
Burundi	32	2010
Cameroun	24	2011
Côte d'Ivoire	27	2012
Éthiopie	26	2011
Ghana	26,4	2011
Kenya	26	2008-09
Lesotho	23	2009
Malawi	26	2010
Mozambique	29	2011
Namibie	18	2013
Nigeria	16	2013
Ouganda	34	2011
République démocratique du Congo	24,2	2010
République-Unie de Tanzanie	25	2010
Swaziland	13	2010
Tchad	28,3	2010
Zambie	27	2007
Zimbabwe	15	2010-11
Pays ciblés en priorité par le Plan mondial		

Objectif 2015 : Réduire les besoins non satisfaits en planification familiale à zéro

Source : Enquêtes sur les ménages, 2003 à 2013. La nouvelle définition des besoins non satisfaits en planification familiale chez les femmes actuellement mariées (15 à 49 ans) a été utilisée. Consultez : <http://dhsprogram.com/topics/Unmet-Need.cfm>.

OBJECTIF DU VOLET 3 : TAUX DE TRANSMISSION FINAL DE LA MÈRE À L'ENFANT

21 PAYS DU PLAN MONDIAL EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE	2009	Faible	Élevé	2013	Faible	Élevé
Afrique du Sud	12	9	16	6	5	7
Angola	33	19	46	25	12	39
Botswana	5	4	5	2	2	3
Burundi	34	29	40	25	18	32
Cameroun	32	28	36	25	20	29
Côte d'Ivoire	29	25	34	23	17	29
Éthiopie	39	33	46	25	18	32
Ghana	32	21	43	21	6	35
Kenya	26	21	30	16	11	21
Lesotho	27	24	31	22	18	25
Malawi	32	28	35	13	9	17
Mozambique	26	22	31	12	7	17
Namibie	22	15	28	10	4	16
Nigeria	31	27	35	26	22	31
Ouganda	31	27	35	13	9	18
République démocratique du Congo	36	28	43	29	21	37
République-Unie de Tanzanie	27	23	32	16	11	20
Swaziland	19	17	22	10	9	11
Tchad	34	26	41	32	23	41
Zambie	24	21	27	15	12	18
Zimbabwe	30	27	34	13	9	17
Pays ciblés en priorité par le Plan mondial	26	23	28	16	13	18

Objectif 2015 : Réduire le taux final de transmission de la mère à l'enfant à moins de 5 pourcent

Sources : Estimations ONUSIDA 2013.

**OBJECTIF DU VOLET 3 : POURCENTAGE DE FEMMES RECEVANT DES MÉDICAMENTS
ANTIRÉTROVIRAUX (HORS DOSE UNIQUE DE NÉVIRAPINE) POUR PRÉVENIR DE NOUVELLES
INFECTIONS CHEZ LES ENFANTS**

21 PAYS DU PLAN MONDIAL EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE	2009	Faible	Élevé	2013	Faible	Élevé
Afrique du Sud	63	59	69	90	83	> 95
Angola	23	16	34	39	28	58
Botswana	92	85	> 95	> 95	87	> 95
Burundi	19	16	22	58	49	69
Cameroun	14	13	16	61	54	69
Côte d'Ivoire	40	35	45	75	64	88
Éthiopie	9	7	10	55	47	65
Ghana	24	18	33	62	44	86
Kenya	37	33	42	63	55	72
Lesotho	41	37	45	53	49	59
Malawi	17	16	19	79	71	88
Mozambique	36	31	40	84	71	> 95
Namibie	51	42	62	90	73	> 95
Nigeria	13	12	15	27	24	31
Ouganda	25	22	28	75	68	85
République démocratique du Congo	4	3	5	33	27	41
République-Unie de Tanzanie	28	25	31	73	65	83
Swaziland	63	59	68	> 95	> 95	> 95
Tchad	7	6	8	19	15	24
Zambie	47	43	52	76	68	84
Zimbabwe	9	8	10	78	70	87
Pays ciblés en priorité par le Plan mondial	33	31	35	68	64	74

Objectif 2015 : 90 % des femmes enceintes vivant avec le VIH reçoivent un traitement ou une prophylaxie antirétrovirale périnatale

Sources : Estimations ONUSIDA 2013.

**OBJECTIF DU VOLET 3 : POURCENTAGE DE FEMMES OU DE NOURRISSONS RECEVANT
DES MÉDICAMENTS ANTIRÉTROVIRAUX PENDANT L'ALLAITEMENT MATERNEL**

21 PAYS DU PLAN MONDIAL EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE	2009	Faible	Élevé	2013	Faible	Élevé
Afrique du Sud	63	59	69	90	83	> 95
Angola	0	0	0	39	28	58
Botswana	31	28	34	> 95	87	> 95
Burundi	0	0	0	22	18	26
Cameroun	8	8	9	16	14	18
Côte d'Ivoire	6	6	7	20	18	24
Éthiopie	2	2	2	55	47	65
Ghana	0	0	0	30	22	42
Kenya	17	15	20	63	55	72
Lesotho	11	10	13	41	38	46
Malawi	4	4	5	79	71	88
Mozambique	7	7	9	84	71	> 95
Namibie	11	9	14	56	45	70
Nigeria	4	3	4	19	17	22
Ouganda	0	0	0	75	68	85
République démocratique du Congo	0	0	0	17	13	20
République-Unie de Tanzanie	28	25	31	73	65	83
Swaziland	18	17	20	49	46	53
Tchad	7	6	8	19	15	24
Zambie	16	14	17	43	39	48
Zimbabwe	1	1	1	78	70	87
Pays ciblés en priorité par le Plan mondial	20	19	21	61	57	66

Objectif 2015 : 90 % des paires mère allaitante-nourrisson reçoivent un traitement ou une prophylaxie antirétrovirale

Sources : Estimations ONUSIDA 2013.

OBJECTIF DU VOLET 4 : COUVERTURE ANTIRÉTROVIRALE CHEZ LES ENFANTS < 15 ANS

21 PAYS DU PLAN MONDIAL EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE	2009	Faible	Élevé	2013	Faible	Élevé
Afrique du Sud	8	7	9	44	40	48
Angola	7	5	10	14	10	22
Botswana	43	40	48	84	79	91
Burundi	9	8	11	12	10	14
Cameroun	3	3	4	6	5	7
Côte d'Ivoire	5	4	6	8	7	9
Éthiopie	4	3	4	9	8	11
Ghana	4	3	5	11	8	16
Kenya	12	10	13	31	27	36
Lesotho	11	10	12	15	13	16
Malawi	8	8	9	24	22	27
Mozambique	8	7	9	22	18	26
Namibie	34	28	42	45	36	56
Nigeria	5	4	6	12	10	13
Ouganda	9	8	10	22	20	26
République démocratique du Congo	8	7	10	8	6	9
République-Unie de Tanzanie	4	4	5	16	14	18
Swaziland	23	21	25	46	42	49
Tchad	2	2	3	5	4	6
Zambie	13	12	15	33	29	36
Zimbabwe	10	9	11	27	24	30
Pays ciblés en priorité par le Plan mondial	8	7	8	22	21	24

Objectif 2015 : Fournir un traitement antirétroviral à tous les enfants infectés par le VIH

Sources : Estimations ONUSIDA 2013.

**OBJECTIF DU VOLET 4 : POURCENTAGE DES DÉCÈS LIÉS AU SIDA
CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS DE 1 À 59 MOIS**

21 PAYS DU PLAN MONDIAL EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE	2013
Afrique du Sud	17 %
Angola	1 %
Botswana	6 %
Burundi	1 %
Cameroun	3 %
Côte d'Ivoire	2 %
Éthiopie	2 %
Ghana	1 %
Kenya	4 %
Lesotho	20 %
Malawi	12 %
Mozambique	7 %
Namibie	7 %
Nigeria	3 %
République démocratique du Congo	1 %
République-Unie de Tanzanie	6 %
Swaziland	15 %
Tchad	2 %
Uganda	7 %
Zambie	6 %
Zimbabwe	9 %
Pays ciblés en priorité par le Plan mondial	

Objectif 2015 : Réduire la mortalité infantile liée au sida de > 50 pourcent

Sources : Estimations 2014 provisoires du groupe de référence épidémiologique de santé de l'enfant (CHERG, « Child Health Epidemiological Reference Group »).

ONUSIDA
Programme conjoint des
Nations Unies sur le VIH/SIDA

20 Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666
distribution@un aids.org

un aids.org

