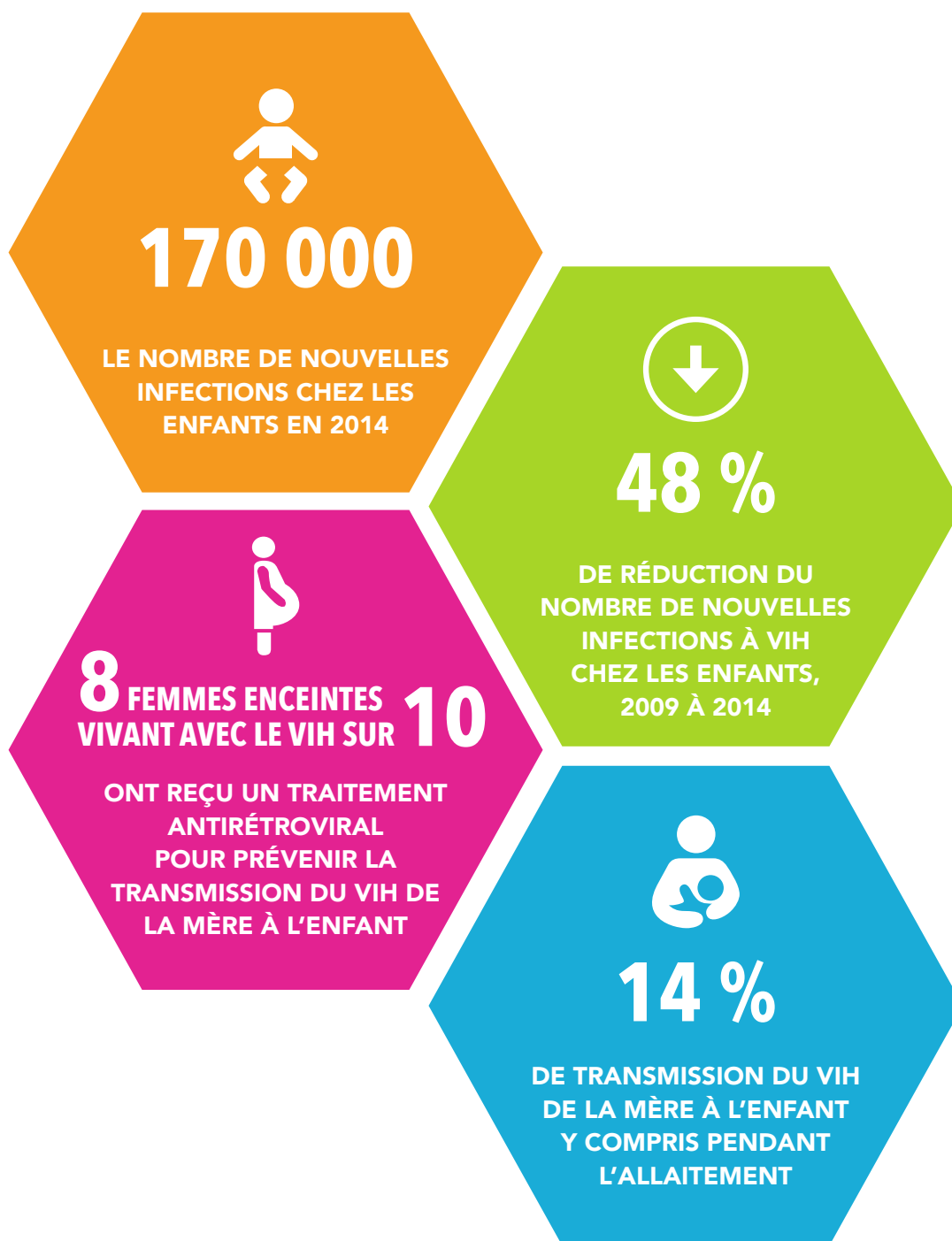


RAPPORT D'AVANCEMENT 2015 SUR LE PLAN MONDIAL

visant à éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et maintenir leurs mères en vie



Rapport d'avancement 2015 sur le Plan mondial
ONUSIDA / JC 2774/1/F

Copyright © 2015
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)
Tous droits réservés.

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 2015 SUR LE PLAN MONDIAL

visant à éliminer les nouvelles infections à VIH chez les
enfants et maintenir leurs mères en vie

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	7
Résumé	8
Contexte	11
Objectifs du Plan mondial	12
État d'avancement	12
Conclusions	25
Remarque sur l'analyse des données	28
Définitions des termes clés	32
Fiches factuelles par pays	34
Tableaux récapitulatifs	78
Abréviations	85
Références	86

AVANT-PROPOS

Plus de familles partout dans le monde connaissent la grande joie d'avoir un bébé en bonne santé. Les pays du *Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et maintenir leurs mères en vie* (Plan mondial) ont fait des progrès remarquables depuis le lancement du plan. En 2014, moins d'enfants que jamais auparavant ont été nouvellement infectés par le VIH, et à travers les 21 pays ciblés par le Plan mondial en Afrique sub-saharienne,¹ le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants a été réduit chaque année de près de moitié depuis 2009.

Cependant, le travail est loin d'être terminé. Nous sommes encore loin de l'objectif du Plan mondial d'une réduction de 90 % des nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici la fin 2015, et seulement 31 % des enfants vivant avec le VIH ont accès à un traitement antirétroviral. Les taux de nouvelles infections à VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes sont également encore trop élevés, en particulier en Afrique de l'est et australe.

Depuis le lancement du Plan mondial en 2011 par le Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida (PEPFAR), l'ONUSIDA et ses partenaires, des centaines de milliers d'enfants nés de femmes vivant avec le VIH sont nés sans VIH. Chaque enfant qui naît sans VIH et reste séronégatif a une meilleure chance de survivre et de s'épanouir, ce qui constitue un bienfait non seulement

pour l'enfant, mais aussi pour les familles et les communautés.

Sept pays ciblés – Éthiopie, Mozambique, Namibie, Afrique du Sud, Swaziland, Ouganda et République-Unie de Tanzanie – ont atteint une réduction des nouvelles infections à VIH chez les enfants de 60 % ou plus depuis 2009, l'année de référence pour le Plan mondial. Ailleurs, il y a eu des gains importants, mais le rythme de progression a été plus lent. Sept pays ciblés — Angola, Cameroun, Tchad, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Kenya et Nigéria — ont réduit les nouvelles infections chez les enfants de seulement 30 % ou moins depuis 2009.

Avec 77 % des femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont accès aux antirétroviraux en 2014, contre 37 % en 2009, le taux de transmission de la mère à l'enfant pour les 21 pays ciblés par le Plan mondial a été réduit de moitié, passant de 28 % à 14 %.

Les gains que nous avons réalisés ensemble sont source d'espoir et d'enthousiasme alors que nous nous dirigeons vers le jour où aucun bébé ni enfant ne sera plus infecté par le VIH, lorsque chaque adolescente et jeune femme pourra atteindre l'âge adulte sans VIH, et lorsque tous les enfants vivant avec le VIH auront accès à un traitement salvateur. Nous devons redoubler notre détermination et nos efforts. Nous pouvons y parvenir, mais cela requiert la participation de chacun d'entre nous.

Michel Sidibé

Directeur exécutif de l'ONUSIDA

Ambassadeur Deborah L. Birx

Coordonnatrice pour les États-Unis de la lutte mondiale contre le SIDA et Représentante spéciale des États-Unis pour la diplomatie sanitaire mondiale
Bureau du coordonnateur mondial contre le SIDA et de la diplomatie sanitaire

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

RÉSUMÉ

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) est opérationnel dans les pays depuis quatre ans. Il cible les 22 pays qui, en 2009, représentaient 90 % du nombre mondial des femmes enceintes vivant avec le VIH qui avaient besoin de services pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant. Ce rapport présente les performances des pays pour l'année 2014 et est basé sur les modèles développés par les pays à l'aide du logiciel Spectrum (voir « Remarque sur l'analyse des données » à la fin du document). À la date de cette rédaction, les données n'étaient pas disponibles pour l'Inde, le rapport couvre donc 21 pays.

L'un des principaux objectifs du Plan mondial est de réduire de 90 % les nouvelles infections à VIH chez les enfants par rapport aux chiffres de 2009 (l'année de référence pour la mesure des progrès réalisés). À la fin de 2014, les pays ciblés par le Plan mondial avaient réduit les nouvelles infections chez les enfants de 48 % (contre une réduction de seulement 13 % entre 2000 et 2008), ce qui indique que depuis le lancement du Plan mondial la réduction a presque quadruplé. Le Nigéria compte le plus grand nombre d'enfants nouvellement infectés (58 000), un nombre équivalent aux six pays suivants combinés. Sans compter le Nigeria, les 20 autres pays ont réduit les nouvelles infections à VIH chez les enfants de 56 %.

L'Afrique du Sud a réalisé les meilleurs progrès, réduisant les nouvelles infections de 76 % ; viennent ensuite la République-Unie de Tanzanie (72 %), l'Ouganda et le Mozambique (69 %), l'Éthiopie (65 %), la Namibie (64 %) et le Swaziland (63 %). La moitié des pays ont réalisé une réduction de 50 % ou plus. En fait, plusieurs pays, notamment le Botswana, le Burundi, la Namibie et le Swaziland, comptaient moins de 1000 nouveaux cas d'infection en 2014, approchant presque les critères de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant comme problème de santé publique.

Un certain nombre de pays, cependant, n'ont pas fait autant de progrès, notamment l'Angola, le Cameroun, le Tchad, la Côte d'Ivoire, la République démocratique du Congo, le Kenya et le Nigéria. Ces pays ont enregistré moins de 30 % de réduction de nouvelles infections à VIH chez les enfants, en dessous de la moyenne de 48 % pour les 21 pays ciblés.

Parmi les 21 pays, 1,2 millions d'infections pédiatriques ont pu être évitées depuis 1996 grâce à la fourniture de médicaments antirétroviraux aux femmes enceintes vivant avec le VIH ; 89 % d'entre elles ont été empêchées entre 2009 et 2014. Si les médicaments antirétroviraux n'avaient pas été fournis à ces femmes, l'Afrique du Sud aurait eu 370 000 nouveaux cas d'enfants infectés par le VIH au cours de cette période ; l'Ouganda et le Mozambique en auraient eu 110 000 et 90 000, respectivement. Ces estimations comprennent uniquement les infections évitées grâce à la fourniture de médicaments antirétroviraux aux femmes enceintes vivant avec le VIH ; elles ne reflètent pas les infections évitées due à la prévention primaire du VIH (Volet 1) ni la prévention des grossesses non désirées (Volet 2).

La réduction des infections à VIH chez les enfants a également entraîné une réduction du nombre de décès liés au sida chez les enfants. Depuis l'année 2000, la mortalité liée au sida chez les enfants âgés de moins de cinq ans a été réduite d'environ 60 % au niveau mondial, résultat dû en partie aux réductions de 60 % (ou plus) dans 15 des 21 pays ciblés en Afrique subsaharienne au cours de la même période.

En 2014, les 21 pays ont fourni des médicaments antirétroviraux à 77 % [71 à 82 %] des femmes enceintes vivant avec le VIH, une augmentation par rapport au taux de 72 % [67 à 78 %] en 2013 et 37 % [34 à 40 %] en 2009. Sept pays ont atteint l'objectif de fournir des médicaments antirétroviraux à au moins 90 % des femmes enceintes vivant avec le VIH: le Botswana, le Mozambique, la Namibie, l'Afrique du Sud, le Swaziland, l'Ouganda et la République-Unie de Tanzanie.

Un autre objectif clé du Plan mondial est de réduire le taux final de transmission de la mère à l'enfant à 5 % ou moins parmi les populations qui allaitent et à 2 % chez les populations qui n'allaitent pas. Les 21 pays ciblés par le Plan mondial couverts dans le présent rapport ont réduit ce taux qui est passé de 28 % [25 à 30 %] en 2009 à 14 % [12 à 16 %] en 2014. L'Afrique du Sud, où la majorité des femmes allaitent, a atteint le jalon du Plan mondial, avec un taux final de transmission de 4 % [3 à 4 %]. Le Botswana, qui compte une population de femmes qui n'allaitent pas, a presque atteint cet objectif, avec un taux final de transmission de la mère à l'enfant de 4 % [3 à 5 %], proche de l'objectif du Plan mondial de 2 % pour les populations qui n'allaitent pas. Plusieurs autres pays où l'allaitement est commun ont presque atteint l'objectif, notamment la Namibie (7 % [3 à 11 %]), l'Ouganda (8 % [2 à 13 %]), le Swaziland (8 % [8 à 9 %]), la République-Unie de Tanzanie (9 % [6 à 11 %]) et le Mozambique (9 % [4 à 13 %]).

En 2014, les pays ont fourni des médicaments antirétroviraux à 55 000 femmes enceintes vivant avec le VIH de plus. Ils ont aussi rapidement mis en œuvre la politique de traitement antirétroviral universel pour toutes les femmes enceintes et allaitantes (également connu sous le nom Option B+) peu après la publication par l'OMS en 2013 des *Directives unifiées sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour traiter et prévenir l'infection par le VIH (2)*. À compter de juin 2015, seuls trois des 21 pays ciblés par le Plan mondial devaient encore faire cette transition : la Côte d'Ivoire, le Ghana et le Nigeria. Dans l'ensemble, 66 % [61 à 71 %] de toutes les femmes enceintes vivant avec le VIH dans les 21 pays ciblés recevaient un traitement antirétroviral à vie, par rapport à 46 % [42 à 50 %] en 2013. Les estimations de mortalité liée au sida seront fournies par l'Organisation des Nations Unies plus tard cette année, mais les cinq dernières années ont vu une baisse de 45 % du nombre de décès liés au sida chez les femmes en âge de procréer dans les 21 pays ciblés, en grande partie en raison d'un meilleur accès au traitement.

Les données suggèrent que le manque d'observance et la perte de vue, en particulier pendant l'allaitement maternel, continuent de laisser les enfants vulnérables aux infections par le VIH : en 2014, le taux de transmission de la mère à l'enfant à six semaines était de 5 % parmi les 21 pays, mais il est passé à 14 % à la fin de l'allaitement maternel. Par conséquent, dans ces pays, la réduction de l'observance et de la rétention dans les soins pendant la période d'allaitement maternel entraîne deux fois plus de nouvelles infections pédiatriques à VIH que pendant la grossesse, le travail et l'accouchement. Cela indique la nécessité d'efforts plus concertés et systématiques pour que les femmes continuent à recevoir des soins et permettre une bonne observance du traitement contre le VIH jusqu'à ce que le risque de transmission du VIH à l'enfant ne constitue plus un problème. De nombreux programmes gouvernementaux ont mis l'accent sur la fourniture de médicaments antirétroviraux pendant la grossesse et l'accouchement, mais ils n'ont pas fait autant d'effort pour la période postnatale.

Dans le même temps, les pays devront redoubler d'efforts pour réduire le nombre de nouvelles infections chez les femmes. Entre 2009 et 2014, il y avait un total de 3,8 millions de femmes nouvellement infectées en âge de procréer. Le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant est beaucoup plus élevé chez les femmes nouvellement infectées qui ne sont pas encore diagnostiquées ni sous traitement. Il est donc important d'identifier les nouvelles infections à VIH chez les femmes, ce qui peut survenir à différents moments de la grossesse et de l'allaitement, ainsi que d'identifier les femmes qui ont des partenaires vivant avec le VIH, pour qu'on puisse leur offrir un traitement afin de réduire le risque de transmission. Les politiques préconisant le dépistage répété du VIH pendant cette période à risque ont été adoptées par certains pays, mais ce n'est qu'un début.

On constate des progrès dans le diagnostic du VIH pédiatrique en 2014. Sur une estimation de 1,2 millions [1,1 à 1,3 million] de nourrissons exposés au VIH dans les 21 pays

ciblés, 49 % ont reçu un test virologique pour déterminer leur statut sérologique au cours des deux premiers mois de la vie, tel que recommandé par l'OMS (contre 40 % en 2013). Il y a eu moins de progrès dans l'amélioration de l'accès aux traitements antirétroviraux, sur les 2,1 millions [2,0 à 2,3 millions] d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH, seulement 31 % [29 à 33 %] ont reçu un traitement antirétroviral, par rapport à 27 % [25 à 29 %] en 2013 et 10 % [9 à 11 %] en 2009. Les enfants vivant avec le VIH étaient environ moitié moins susceptibles de recevoir un traitement que les femmes enceintes (31 % contre 66 %). Ces disparités dramatiques doivent être abordées de toute urgence, car la moitié des enfants vivant avec le VIH mourront avant leur deuxième anniversaire, s'ils ne reçoivent pas de traitement. De nombreux pays ont rapidement mis en place le traitement pour les femmes sous la forme du traitement de l'Option B+.

Cela devrait aussi être l'occasion d'intégrer la mise en œuvre de traitements pédiatriques, permettant aux centres qui offrent des traitements aux mères, ou à d'autres adultes, d'offrir un traitement aux enfants.

Alors que ce *rapport d'avancement* présente des résultats encourageants, la réalisation des objectifs du Plan mondial exige une plus grande intensification de tous les différents efforts sur l'éventail des interventions visant à prévenir les nouvelles infections chez les enfants et garder leurs mères en vie. Cela comprend la prévention primaire du VIH chez les femmes, la prévention des grossesses non désirées, les soins prénatals et le dépistage du VIH, ainsi qu'un traitement universel pour les femmes enceintes, les mères et les enfants vivant avec le VIH. Grâce à une mobilisation, un engagement et une mise en œuvre sur une grande échelle, les prochaines années donneront des résultats encore meilleurs.

CONTEXTE

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) (1) a été lancé en juillet 2011, lors de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le sida à New York. Il privilégie 22 pays qui comptent le plus grand nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH et qui ont besoin de services, en particulier 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,² le Kenya, le Lesotho, le Malawi, le Mozambique, la Namibie, le Nigeria, l'Afrique du Sud, le Swaziland, l'Ouganda, la République-Unie de Tanzanie, la Zambie et le Zimbabwe. Ensemble, ces pays comptaient 90 % du nombre total de femmes enceintes vivant avec le VIH qui, en 2009, avaient besoin de services pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Ce rapport est le quatrième rapport annuel du Plan mondial, et il résume les progrès réalisés jusqu'en décembre 2014. Le rapport final du Plan mondial sera publié en 2016 lorsque les données pour la fin 2015 seront disponibles. Le Plan mondial a été développé en 2010 par une équipe spéciale mondiale (« Global Task Team », GTT), co-présidée par l'ONUSIDA et le Gouvernement des États-Unis d'Amérique. La GTT était composée d'un consortium d'intervenants provenant de 25 pays et 30 organisations de la société civile, de partenaires du secteur privé, de réseaux de personnes vivant avec le VIH et d'organisations internationales. Le Plan mondial a été lancé en 2011 comme une nouvelle initiative globale importante, mais il utilise l'année 2009 comme année de référence pour mesurer les progrès.

Le Plan mondial a deux objectifs primordiaux :

- Objectif mondial 1 : Réduire le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants de 90 %.
- Objectif mondial 2 : Réduire le nombre de décès maternels liés au sida de 50 %.

Bien que le Plan mondial cible les 22 pays énumérés plus haut, il concerne tous les pays à revenu faible ou moyen qui ont vu également une intensification des initiatives visant à éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et à maintenir leur mère en vie, tant dans les régions de faible prévalence que dans les zones d'épidémie concentrée. Un développement clé a eu lieu en juin 2015, lorsque Cuba fut reconnu comme le premier pays à répondre aux critères globaux d'élimination de la transmission verticale du VIH et de la syphilis congénitale comme problème de santé publique (6). Ce processus, mis en œuvre sous la direction de l'OMS, en partenariat avec le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) et l'ONUSIDA, a été développé en réponse aux demandes de pays de recevoir une validation mondialement reconnue semblable à celle appliquée à d'autres maladies. Il prévoyait l'élaboration d'un protocole normalisé, de critères de sélection et d'un mécanisme de gouvernance. Plusieurs pays à travers le monde sont en instance de recevoir cette validation. Selon l'ONUSIDA, au moins 85 pays ont pratiquement éliminé la transmission du VIH de la mère à l'enfant ou sont en voie de le faire (ce qui signifie qu'ils avaient moins de 50 nouvelles infections à VIH chez les enfants en 2014).

2 Lors de la rédaction du présent rapport, les données pour l'Inde n'étaient pas disponibles. En conséquence, le rapport couvre 21 pays au lieu de 22.

OBJECTIFS DU PLAN MONDIAL

La réalisation des objectifs du Plan mondial est suivie par la mesure des indicateurs suivants :

1. Réduire de 50 % les nouvelles infections à VIH chez les femmes en âge de procréer.
2. Assurer qu'il n'existe plus de besoins non-satisfaits de planification familiale.
3. Réduire le taux final de transmissions de la mère à l'enfant à 5 % ou moins pour les femmes qui allaitent, et à 2 % ou moins pour les femmes qui n'allaitent pas.
4. Porter à 90 % le taux d'accès aux médicaments antirétroviraux pour les mères (prophylaxie et traitement antirétroviral) pendant la grossesse et l'accouchement.
5. Porter à 90 % le taux d'accès aux médicaments antirétroviraux pour les mères qui allaitent (prophylaxie et traitement antirétroviral).
6. Atteindre une couverture de 90 % de traitement antirétroviral chez les femmes enceintes séropositives au VIH.
7. Réduire de 50 % la mortalité liée au VIH chez les enfants de moins de cinq ans.
8. Assurer que tous les enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH reçoivent un traitement antirétroviral.
9. Réduire de 90 % le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants.

10. Réduire de moitié le nombre de décès maternels liés au sida.

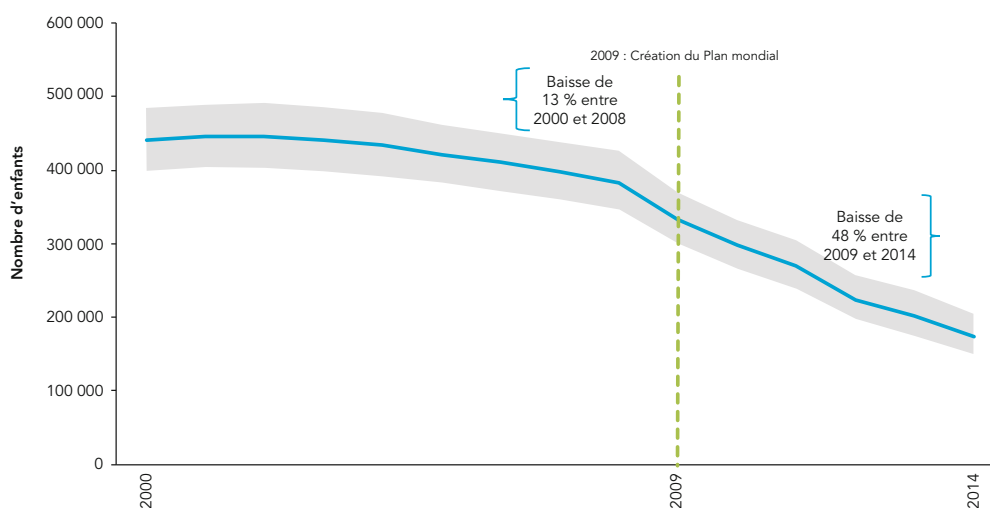
Plusieurs autres indicateurs sont suivis, notamment la couverture diagnostique chez le nourrisson, la prophylaxie au cotrimoxazole pour les nourrissons et le nombre d'infections pédiatriques évitées. Ces indicateurs sont également inclus dans le présent rapport.

ÉTAT D'AVANCEMENT

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

Depuis 2009, il y a eu une baisse de 48 % des nouvelles infections à VIH chez les enfants dans les 21 pays ciblés par le Plan mondial, une réduction de 330 000 [300 000 à 370 000] en 2009 à 170 000 [150 000 à 200 000] en 2014 (voir Figure 1). Le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants a diminué de 13 % entre les années 2000 et 2008, et de 48 % entre 2009 et 2014. Cela signifie que les années depuis le lancement du Plan mondial ont vu une multiplication par quatre du rythme de la baisse des nouvelles infections.

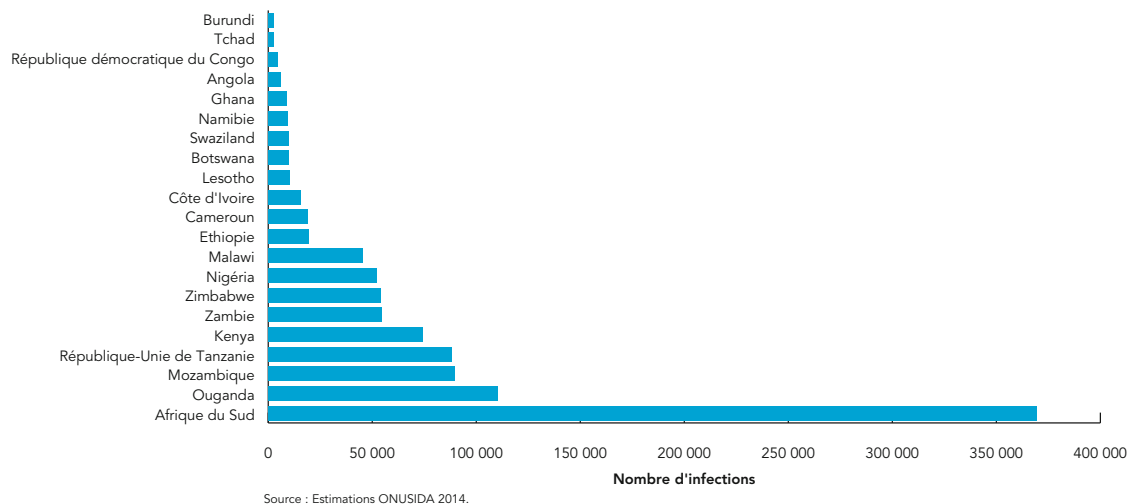
Figure 1
Nombre de nouvelles infections par le VIH chez les enfants dans 21 pays ciblés par le Plan mondial, 2000 à 2014



Source : Estimations ONUSIDA 2014.

Figure 2

Nombre d'infections par le VIH évitées chez les enfants dans 21 pays ciblés du Plan mondial, 2009 à 2014



L'impact global des programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant est en augmentation constante. Parmi les 1,2 millions d'infections à VIH chez les enfants qui ont été évitées dans les 21 pays ciblés depuis 1996 grâce à la fourniture de médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant, 1,1 million (89 %) ont été évitées entre 2009 et 2014. Cela équivaut à 370 000 infections évitées en Afrique du Sud, 110 000 en Ouganda et 90 000 au Mozambique depuis 2009 (voir Figure 2).

Cette baisse continue et régulière de l'incidence du VIH chez les enfants est encourageante, mais le rythme signifie qu'il est peu probable que l'objectif du Plan mondial d'une réduction de 90 % à l'horizon 2015 soit atteint. Certains pays pourraient s'en rapprocher. L'Afrique du Sud a tablé sur une baisse de 76 % depuis 2009, la plus importante parmi les 21 pays ciblés, et la baisse était de 60 % ou plus dans six autres pays : Éthiopie, Mozambique, Namibie, Swaziland, Ouganda et République-Unie de Tanzanie. (Voir Figure 3 et Tableau 1). Plusieurs pays ont également enregistré une baisse de plus de 40 %, dont le Botswana, le Burundi, le Ghana, le Lesotho, le Malawi

et le Zimbabwe. Le cas du Botswana mérite une mention spéciale — le pays avait déjà des taux élevés de couverture antirétrovirale pour prévenir la transmission du VIH avant le lancement du Plan mondial, de sorte que sa progression a été limitée par son succès établi précédemment.

Bien que plusieurs pays ciblés aient fait des progrès impressionnants, certains font encore face à des défis importants dans le déploiement de services efficaces pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant. Ces pays comprennent le Nigeria, qui a la deuxième plus grande épidémie de VIH au monde et compte le plus grand nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants chaque année. En 2014, le pays comptait un tiers de toutes les nouvelles infections à VIH chez les enfants parmi les pays ciblés - près de 58 000 cas [51 000 à 66 000]. Ce qui est à peu près équivalent aux six pays suivants combinés. Il n'y a qu'une baisse de 15 % des nouvelles infections à VIH chez les enfants au Nigeria depuis 2009. Lorsque les données sont réanalysées sans tenir compte du Nigeria, les 20 autres pays ont réduit de 56 % les nouvelles infections à VIH chez les enfants.

Figure 3

Nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants en 2014 et pourcentage de réduction des nouvelles infections à VIH depuis 2009 dans 21 pays ciblés par le Plan mondial

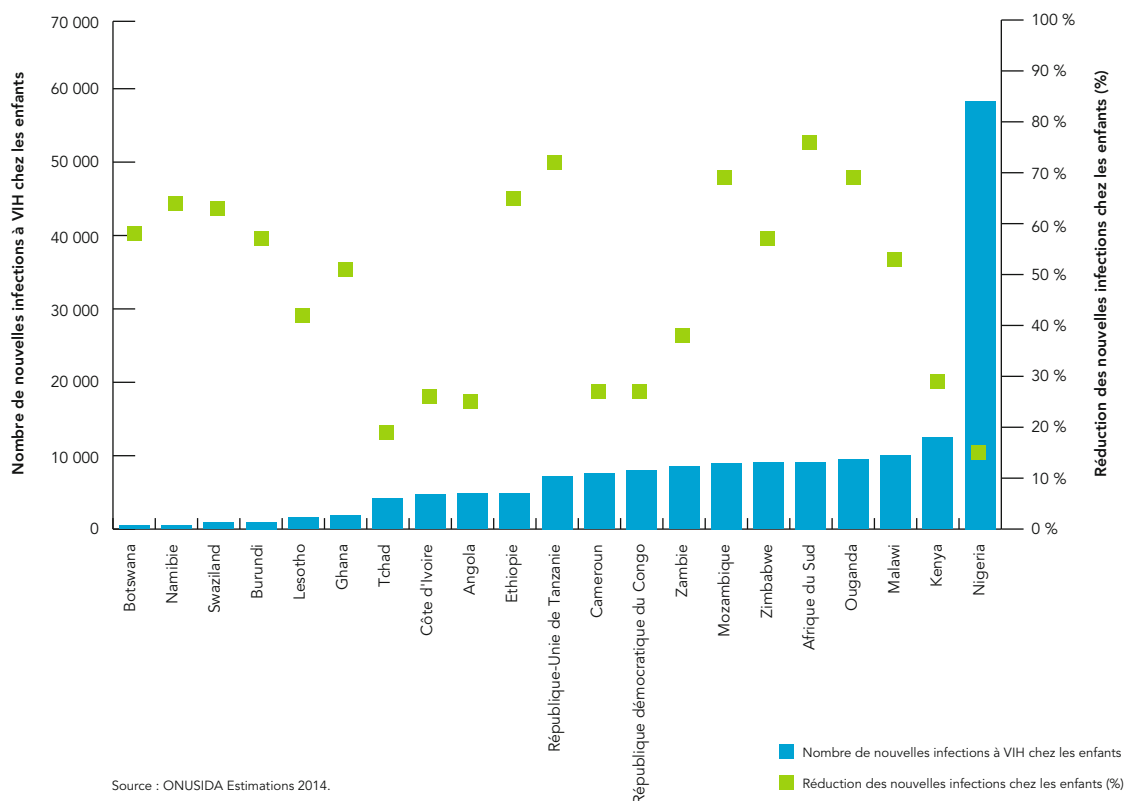


Tableau 1

Pourcentage de réduction de nouvelles infections à VIH chez les enfants dans les 21 pays ciblés en priorité par le plan mondial, 2009 à 2014

> 60 % de réduction	30 à 50 % de réduction	< 30 % de réduction
Éthiopie (65 %)	Botswana (58 %)	Angola (25 %)
Mozambique (69 %)	Burundi (57 %)	Cameroun (27 %)
Namibie (64 %)	Ghana (51 %)	Tchad (19 %)
Afrique du Sud (76 %)	Lesotho (42 %)	Côte d'Ivoire (26 %)
Swaziland (63 %)	Malawi (53 %)	République démocratique du Congo (27 %)
Ouganda (69 %)	Zambie (38 %)	Kenya (29 %)
République-Unie de Tanzanie (72 %)	Zimbabwe (57 %)	Nigeria (15 %)

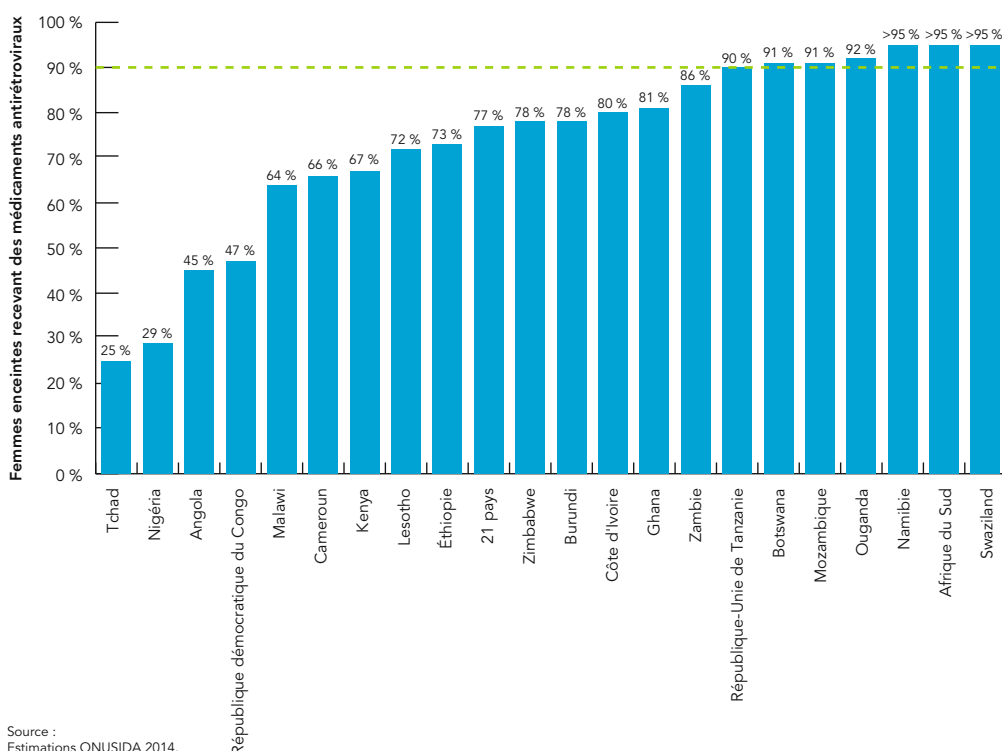
LES FEMMES ENCEINTES VIVANT AVEC LE VIH REÇOIVENT DES SOINS, MAIS DES LACUNES IMPORTANTES SUBSISTENT

La proportion de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des médicaments antirétroviraux (à l'exclusion de la névirapine à dose unique moins efficace) pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant a plus que doublé dans les 21 pays ciblés, passant du niveau de référence de 37 % [34 à 40 %] en 2009 à 77 % [71 à 82 %] en 2014. En 2014, sept des pays ciblés (Botswana, Mozambique, Namibie, Afrique du Sud, Swaziland, Ouganda et République-Unie de Tanzanie) ont atteint l'objectif du Plan mondial visant à assurer qu'au moins 90 % des femmes enceintes séropositives au VIH reçoivent des médicaments antirétroviraux (voir Figure 4). En 2014 uniquement, l'Ouganda a fourni des médicaments antirétroviraux à 25 000 femmes enceintes vivant avec le VIH de plus.

Les pays fournissent également des traitements plus efficaces aux femmes enceintes, en adoptant rapidement les directives unifiées de l'OMS de 2013 sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection par le VIH (2). L'OMS recommande que les femmes et les jeunes filles enceintes vivant avec le VIH aient un accès au traitement immédiat et à vie, quelle que soit le statut de la maladie ou le statut immunologique (Option B+), pour sauvegarder la santé de la mère, tout en prévenant la transmission du VIH à l'enfant. En ce qui concerne le diagnostic et le traitement des nourrissons, les *Directives unifiées* recommandent que les nourrissons exposés au VIH soient testés pour le VIH entre leur 6^{ème} et 8^{ème} semaines de vie, et de nouveau à la fin de l'allaitement maternel et en tout point intermédiaire s'ils présentent la maladie. Les directives recommandent également que tous les enfants diagnostiqués âgés de moins de cinq ans aient accès au traitement dès la confirmation de leur diagnostic.

Figure 4

Pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH recevant des médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant dans les 21 pays ciblés du Plan mondial, 2014



Source :
Estimations ONUSIDA 2014.

Avec une rétention et une observance appropriées, les recommandations de l'OMS rendent possible de réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant à 5 % ou moins chez les femmes qui allaitent et à 2 % ou moins chez les femmes qui n'allaitent pas. En raison de sa simplicité de fonctionnement, tout en optimisant la santé maternelle et la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, l'Option B+ a complètement changé la donne pour de nombreux pays en ce qui concerne les efforts pour prévenir de nouvelles infections à VIH chez les enfants et maintenir leurs mères en vie. En 2014, les pays ont accéléré leurs efforts pour progressivement éliminer les schémas posologiques et les approches pour la prévention des nouvelles infections à VIH chez les enfants, qui n'étaient plus recommandées par l'OMS (telles que l'Option A), pour, à la place, rapidement élargir l'accès à l'Option B+. Tous les pays sauf trois (Côte d'Ivoire, Ghana et Nigeria) ont maintenant commencé à mettre en place l'Option B+, et 12 pays ont déjà atteint — ou sont près d'atteindre — une totale implémentation au niveau national. Parmi les 77 % de femmes enceintes (946 000) qui recevaient des médicaments antirétroviraux en 2014, 86 % (812 000) recevaient un traitement antirétroviral

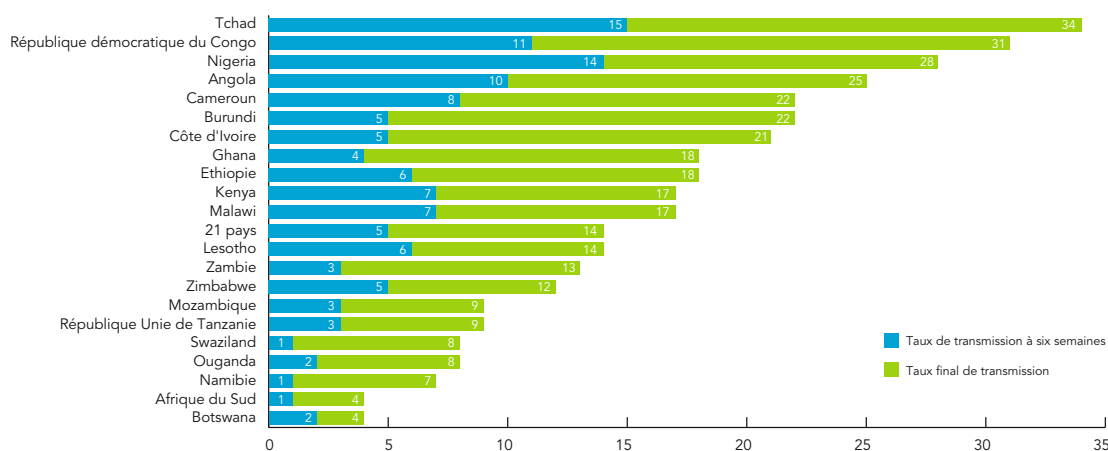
à vie. C'est pourquoi parmi toutes les femmes enceintes vivant avec le VIH, 66 % ont commencé, ou recevaient déjà, un traitement à vie. Il s'agit d'un succès majeur pour la stratégie de l'Option B+ et comment elle permet aux femmes enceintes d'obtenir un traitement antirétroviral. Ainsi, la couverture du traitement pour les femmes enceintes qui, historiquement, était plus faible que pour les autres adultes, n'a pas seulement atteint la moyenne chez les adultes, mais l'a dépassée.

LES TAUX DE TRANSMISSION DU VIH DE LA MÈRE À L'ENFANT ONT DIMINUÉ

Le risque de transmission du VIH à son enfant par une mère non traitée vivant avec le VIH est compris dans un intervalle d'environ 15 à 45 %, en fonction de la présence et la durée de l'allaitement (15). L'un des principaux objectifs du Plan mondial est de réduire ce taux à 5 % ou moins chez les femmes qui allaitent, et à 2 % ou moins chez les femmes qui n'allaitent pas. En 2009, avant le lancement du Plan mondial, le taux global de transmission (y compris pendant la période d'allaitement maternel) était de 28 % [25 à 30 %] dans les 21 pays ciblés. En 2014, ce taux a diminué de moitié à 14 % [12 à 16 %] (voir Figure 5).

Figure 5

Taux à six semaines et final de la transmission de la mère à l'enfant dans les 21 pays ciblés du Plan mondial, 2014



Source : Estimations ONUSIDA 2014.

Taux de transmission de la mère à l'enfant (%)

Avec un taux de transmission final de 4 % (3 à 4 %) en 2014, l'Afrique du Sud, où l'allaitement est largement pratiqué, semble avoir atteint l'objectif du Plan mondial pour le taux de transmission de la mère à l'enfant. En outre, le Botswana, où le non-allaitement est la politique officielle pour les nourrissons nés de mères vivant avec le VIH, est également en passe d'atteindre l'objectif, avec un taux final de transmission de 4 % (l'objectif pour les pays de non-allaitement est de 2 %). Cinq pays, dont le Mozambique, la Namibie, le Swaziland, l'Ouganda et la République-Unie de Tanzanie, ont eu un taux final de transmission de moins de 10 % en 2014, tandis que trois autres pays (Lesotho, Zambie et Zimbabwe) avaient un taux inférieur ou égal à 14 %.

Plusieurs pays continuent cependant d'avoir des taux de transmission élevés, le plus haut étant le Tchad (34 %) et la République démocratique du Congo (31 %). Cependant, comme plusieurs pays étendent les services pour les femmes enceintes et allaitantes et augmentent la couverture de traitement du VIH, le taux de transmission est susceptible de continuer à baisser. Atteindre et maintenir de faibles taux de transmission nécessite une couverture universelle pour toutes les composantes de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, notamment une haute fréquentation prénatale, un haut degré de conseil et de dépistage du VIH, une couverture de traitement antirétroviral de plus de 90 % et des systèmes qui facilitent l'observance d'un traitement antirétroviral à vie et la rétention dans les soins des mères après l'accouchement.

L'impact d'une faible rétention pour continuer à recevoir des soins et d'une faible observance du traitement antirétroviral est le plus évident quand on regarde le taux final de transmission dans tous les pays. Environ 60 % des nouvelles infections à VIH peuvent maintenant se produire au cours de la période d'allaitement maternel en raison de mauvais systèmes de suivi pour les mères après l'accouchement. L'analyse des données de 2014 montre que les pays ciblés ont un taux de transmission de la mère à l'enfant à six semaines de 5 %, mais ce chiffre passe à 14 % à la fin de l'allaitement. Il

est donc urgent de soutenir les femmes pour qu'elles continuent à être traitées et qu'elles observent le traitement antirétroviral pendant toute cette période à risque. Cela permettra de maximiser les avantages de la prévention et du traitement par les antirétroviraux.

LA NÉCESSITÉ DE PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DE LA MÈRE À L'ENFANT RESTE ÉLEVÉE EN RAISON DES NOUVELLES INFECTIONS CHEZ LES FEMMES

Le nombre total de femmes qui ont besoin de ces services chaque année dans les 21 pays ciblés reste élevé : il a été estimé à 1,2 millions [1,1 à 1,3 millions] en 2014. La prévention de nouvelles infections à VIH chez les femmes en âge de procréer non seulement favorise leur bonne santé, mais est aussi une étape importante pour éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Le Plan mondial vise à réduire de 50 % le nombre d'infections récentes chez ces femmes dans les pays ciblés entre 2009 et 2015. Toutefois, les données montrent que le progrès n'a été que marginal envers la réalisation de cet objectif. En 2009, 670 000 [630 000 à 720 000] femmes en âge de procréer ont contracté le VIH ; ce nombre a diminué à 570 000 [530 000 à 620 000] en 2014, une réduction de seulement 15 %. Entre 2009 et 2014, un total de 3,8 millions de femmes en âge de procréer dans 21 pays ciblés ont été infectées par le VIH. Cette population devient un groupe supplémentaire de femmes qui devront être identifiées et à qui il faudra fournir des services afin de prévenir la transmission de la mère à l'enfant si elles décident d'avoir des enfants. En outre, certaines de ces infections peuvent se produire chez des femmes déjà enceintes ou qui allaitent, cependant, la plupart des programmes dans ces pays n'ont pas de systèmes en place pour réaliser un nouveau dépistage chez les femmes enceintes qui étaient précédemment séronégatives au VIH.

De plus, en raison de l'amélioration de l'accès aux traitements antirétroviraux, un plus grand nombre de femmes vivent avec le VIH sans maladie et peuvent avoir des enfants, et c'est leur droit. Des investissements poursuivis dans les

services pour prévenir de nouvelles infections à VIH chez les enfants et pour garder leurs mères en vie, ainsi que l'accès aux médicaments antirétroviraux, sont donc nécessaires, car plus de femmes vivant avec le VIH viennent s'ajouter au groupe de celles qui nécessitent des services.

Certains pays ont fait des progrès dans la réduction des nouvelles infections à VIH chez les femmes et les filles. Par exemple, le Burundi estime avoir connu une réduction de 46 % des nouvelles infections à VIH chez les femmes entre 2009 et 2014, et le Ghana, le Malawi, l'Afrique du Sud, le Swaziland et la République-Unie de Tanzanie estiment avoir connu des réductions de 20 à 30 % pendant la même période. Aider les femmes enceintes et allaitantes qui ont eu un test au VIH négatif dans les cliniques prénatales ou postnatales à rester séronégatives est crucial pour le bébé, car une séroconversion pendant la grossesse ou l'allaitement, avec sa virémie élevée, augmente le risque de transmission. Des efforts tels que le dépistage des partenaires, en particulier pour identifier les couples discordants, peuvent présenter une importante possibilité pour offrir un traitement et éduquer les couples sur l'utilisation du préservatif. Beaucoup de programmes de prévention de nouvelles infections à VIH chez les enfants et pour maintenir leurs mères en vie font face à des défis pour l'élaboration d'un ensemble concret de services pour les clientes séronégatives au VIH, mais ces femmes peuvent être d'importantes alliées, car elles peuvent être plus susceptibles de partager les bonnes nouvelles avec leurs partenaires masculins et faciliter le dépistage des couples et les conseils (3). Un examen de l'OMS souligne l'importance d'augmenter l'engagement des hommes pour la santé de la procréation et de travailler à changer la perception de la santé de la procréation comme étant principalement le domaine des femmes (16). L'implication des partenaires de sexe masculin peut augmenter l'observance et la rétention alors que le couple travaille ensemble pour protéger la santé de chacun et celle de leur(s) enfant(s).

D'IMPORTANTES BESOINS DE PLANIFICATION FAMILIALE RESTENT NON-SATISFAITS

Toutes les femmes, notamment les femmes vivant avec le VIH, devraient avoir la

possibilité de planifier leurs grossesses et avoir des enfants quand elles le désirent. Ceci est particulièrement important pour les adolescentes, qui sont plus à risque de complications liées à la grossesse. C'est également important pour les femmes à l'apogée de leur fécondité, car cela leur permettra de faire des choix éclairés concernant la grossesse. La planification familiale reste une clé de voûte de l'approche à quatre volets de programmation globale pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant. Fournir des soins 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 réduire le nombre d'enfants qui sont exposés ou infectés par le VIH. En outre, l'espacement des grossesses est bénéfique pour la santé des femmes et de leurs enfants.

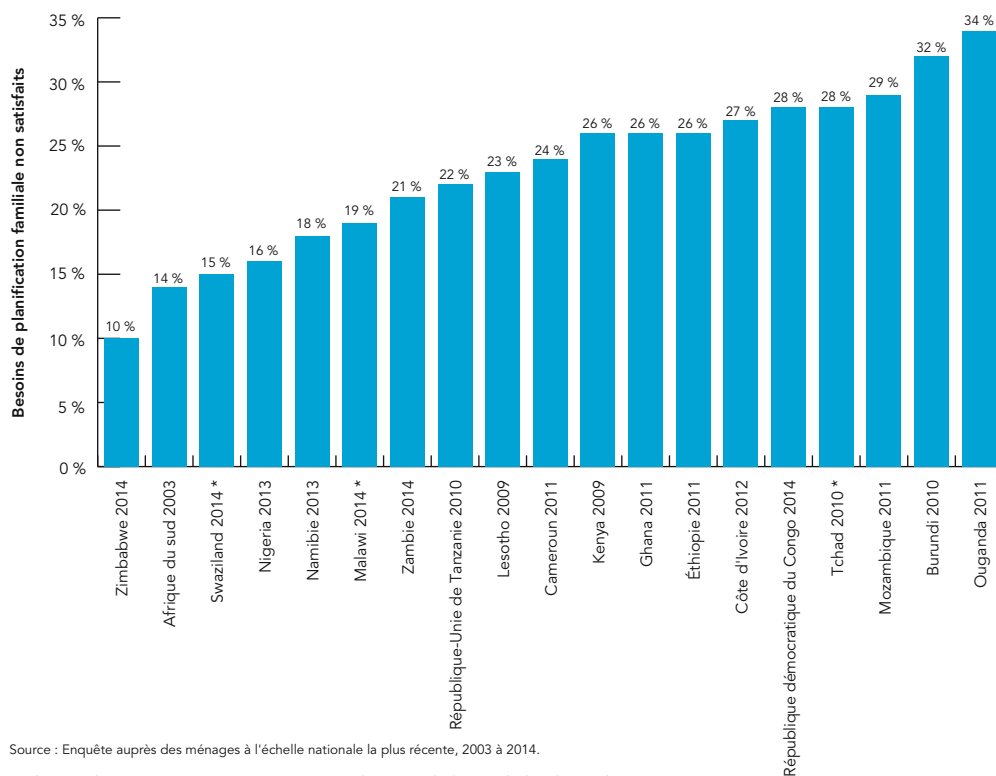
Le Plan mondial vise à éliminer tout besoin non satisfait de planification familiale chez les femmes dans les pays ciblés, (notamment les femmes vivant avec le VIH), assurant ainsi que toutes les femmes qui désirent une contraception puissent y avoir accès. Les dernières enquêtes de population montrent cependant que, alors que certains pays (notamment le Malawi, le Swaziland et le Zimbabwe) ont vu des améliorations notables de leurs efforts pour fournir des services de planification familiale aux couples, environ la moitié des 21 pays ciblés ne satisfont pas le besoin d'une planification familiale chez au moins 25 % des femmes mariées (figure 6).

Les effets de cette réponse limitée, couplés avec la forte prévalence du VIH en général, contribuent aux nombres stables des femmes vivant avec le VIH qui sont enceintes dans les 21 pays et qui ont besoin de services pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant (environ 1,2 millions par an depuis 2009). Des efforts accrus sont nécessaires pour accélérer les progrès sur les deux volets du Plan mondial : la prévention de la primo-infection au VIH pour les femmes et la réduction des besoins non satisfaits de services de planification familiale.

Les données pour évaluer les besoins non satisfaits en planification familiale sont

Figure 6

Pourcentage de femmes actuellement mariées avec un besoin non satisfait pour la planification familiale, d'après la plus récente enquête auprès des ménages



Source : Enquête auprès des ménages à l'échelle nationale la plus récente, 2003 à 2014.

* Indique que l'enquête était une enquête par grappes à indicateurs multiples (« Multiple Indicator Cluster Survey », MICS).

* Les MICS sont basées sur une définition légèrement différente des besoins non satisfaits de planification familiale.

extraites d'enquêtes auprès des ménages, qui ont lieu tous les trois à cinq ans (selon les pays). Certaines de ces données présentées dans ce rapport ont été recueillies il y a cinq ans (ou antérieurement). Par conséquent, il est nécessaire de développer des moyens supplémentaires pour mesurer les besoins non satisfaits pour la planification familiale afin de fournir plus d'informations en temps réel sur les désirs de fertilité des femmes.

Il est important de noter que les résultats présentés ici ne sont pas spécifiques aux femmes vivant avec le VIH. Fréquemment, soit on ne dispose pas de données d'enquête par statut de VIH, ou le nombre de femmes vivant avec le VIH dans l'enquête peut être trop faible pour fournir une mesure fiable des besoins non satisfaits pour la planification familiale dans cette population spécifique.

D'autres améliorations dans les mécanismes axés sur la population pour évaluer des différences de statut de VIH seraient de mieux informer les programmes quant aux domaines qui nécessitent des améliorations.

LES EFFORTS POUR GARDER LES MÈRES EN VIE ET EN BONNE SANTÉ COMMENCENT À AVOIR DES RÉSULTATS

Les pathologies liées au sida restent la principale cause de décès dans le monde pour les femmes en âge de procréer, et le Plan mondial vise à réduire de moitié la mortalité maternelle liée au sida dans les pays ciblés. Les femmes enceintes vivant avec le VIH sont également plus à risque de décéder des suites de complications liées à la grossesse que les femmes non infectées par le VIH, peut-être parce que la grossesse augmente le risque

d'infections concomitantes ou parce que le risque d'autres complications obstétricales pourrait être accru chez les femmes infectées par le VIH. Les estimations de mortalité maternelle liée au sida seront fournies par l'OMS plus tard cette année, mais en 2013 (la dernière année pour laquelle des données étaient disponibles), la proportion des décès maternels attribués au sida dans 13 pays de l'Afrique sub-Saharienne était supérieure à 10 %.

Les cinq dernières années ont vu une baisse de 45 % du nombre de décès liés au sida chez les femmes en âge de procréer dans les 21 pays ciblés (voir figure 7). Dans le même temps, il y a eu une augmentation significative de la proportion de femmes enceintes vivant avec le VIH qui sont déjà sous traitement (voir figure 9), passant de 11 % en 2009 à 66 % en 2014.

Un facteur clé des progrès vers l'amélioration de la santé des femmes enceintes et allaitantes tient au plus grand accès au traitement sous forme de l'Option B+. Cette approche qui sauve des vies a permis aux femmes de commencer le traitement très tôt, avant que leur système immunitaire ne soit trop endommagé. Veiller à ce que les femmes en

âge de procréer qui vivent avec le VIH soient identifiées précocement, commencent le traitement antirétroviral à vie, soient traitées pour des infections opportunistes (comme la tuberculose) et qu'il leur soit fourni des soins périnataux et au cours de l'accouchement contribuera à réduire encore la mortalité.

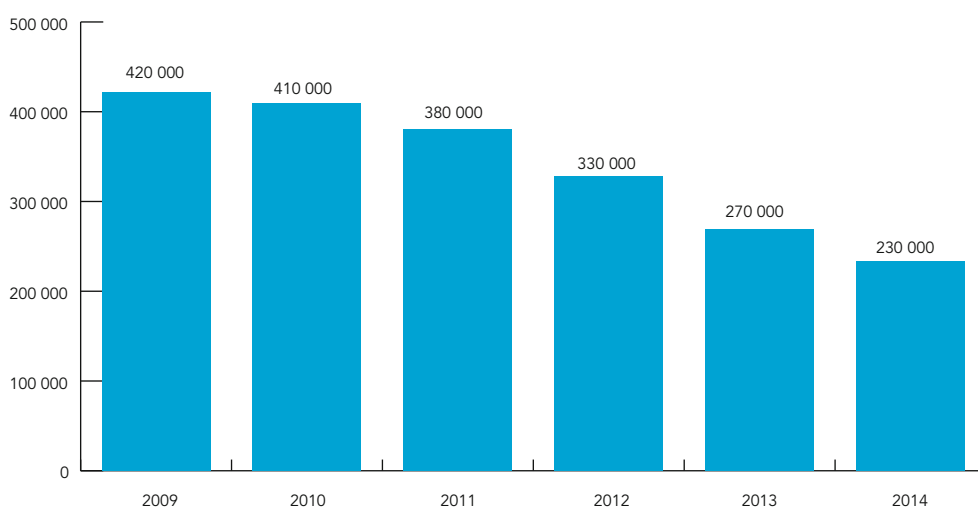
Les données, cependant, montrent que les taux d'abandon sont élevés, notamment pour les femmes qui commencent un traitement antirétroviral pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant (par rapport à celles qui commencent un traitement pour leur propre santé). Pour y remédier, des programmes plus forts pour soutenir les femmes et continuer à leur fournir des soins sont nécessaires pour maximiser les avantages du traitement antirétroviral.

PROGRÈS LIMITÉS DANS LE DIAGNOSTIC DES NOURRISSONS

L'OMS recommande que les nourrissons exposés au VIH soient testés lors de la première visite postnatale, habituellement quand ils atteignent l'âge de quatre à six semaines, ou le plus tôt possible par la suite, et que ceux qui sont infectés commencent immédiatement le traitement (2). Les

Figure 7

Décès liés au sida chez les femmes en âge de procréer dans 21 pays ciblés par le Plan mondial 2009 à 2014



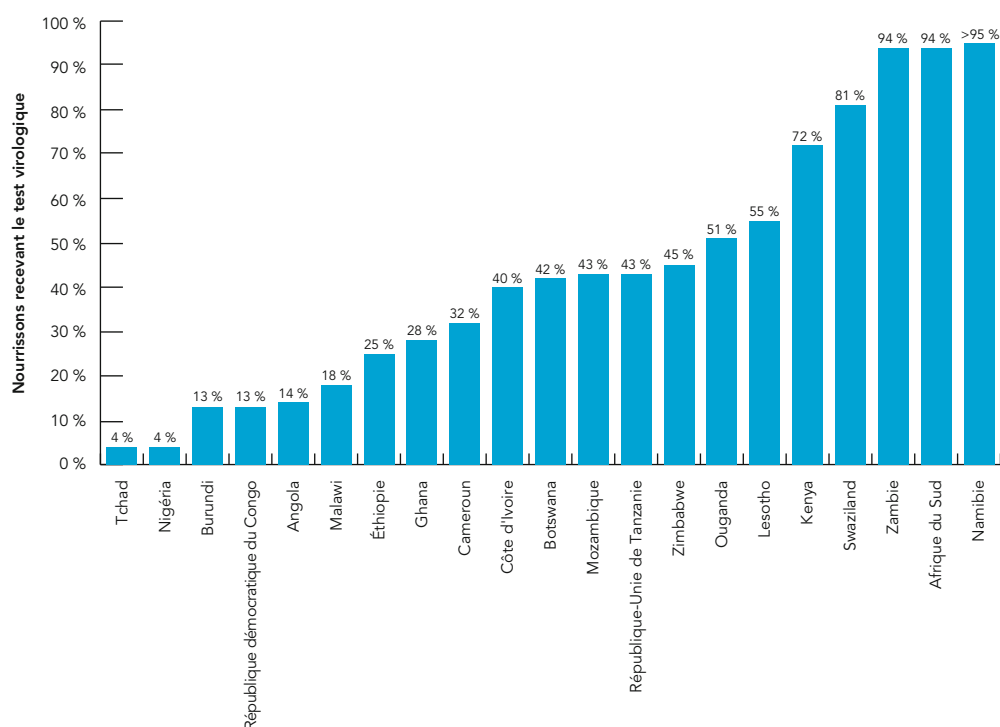
nourrissons infectés *in utero* ou pendant le travail et l'accouchement ont un mauvais pronostic par rapport à ceux infectés pendant l'allaitement, et ils nécessitent un traitement antirétroviral urgent pour prévenir la mortalité précoce. Toutefois, l'identification des nourrissons à l'aide du test de détection des anticorps anti-VIH communs constitue un défi en raison de la présence d'anticorps maternels contre le VIH, qui peuvent persister aussi longtemps que 18 mois dans la circulation sanguine de l'enfant. L'infection à VIH ne peut être confirmée définitivement chez les nourrissons qu'à l'aide d'un test virologique.

Dans de nombreux pays, le test virologique est effectué sur des échantillons de gouttes de sang séchées recueillis aux centres d'accouchement, puis envoyés et testés dans de grands laboratoires centralisés. Cela conduit

souvent à de longues périodes d'attente avant que les résultats ne soient renvoyés au centre et aux fournisseurs de soins, ce qui entraîne des taux élevés de pertes de suivi, des retards d'initiation d'un traitement antirétroviral ou même aucun traitement. Des tests virologiques innovants réalisés aux centres de soins ont le potentiel de décentraliser le dépistage et de réduire considérablement la durée nécessaire pour l'obtention des résultats. Toutefois, il est nécessaire d'augmenter la disponibilité et l'accessibilité de ces tests et de déterminer leur utilisation optimale. Des efforts pour décentraliser le dépistage chez les enfants et pour qu'ils aient lieu dans les établissements de santé de petite taille, parallèlement au renforcement des systèmes traditionnels de laboratoire, sont encore en cours, et certaines organisations donatrices offrent un financement pour que cela soit une réalité. Le coût des tests virologiques pour un diagnostic

Figure 8

Pourcentage de nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH recevant un test virologique pour le VIH dans les deux premiers mois après la naissance dans 21 pays ciblés en priorité par le Plan mondial, 2014



Source : ONUSIDA, UNICEF et OMS. Rapport mondial d'avancement de la lutte contre le sida 2015. Genève : ONUSIDA ; 2015.

infantile précoce a également diminué et les réseaux de transport d'échantillon ont été améliorés (4). En collaboration avec les pays, l'OMS et ses partenaires ont également examiné la faisabilité d'un dépistage à la naissance, ce qui peut fournir un complément au dépistage et au traitement précoce des nourrissons infectés (14).

L'accès au dépistage virologique des nourrissons et à un test rapide de la présence d'anticorps chez les enfants de plus de 18 mois reste faible dans de nombreux pays, ce qui crée un goulot d'étranglement pour le traitement des enfants à grande échelle, surtout ceux âgés de moins de 18 mois. Malgré des investissements importants dans les 21 pays ciblés, seulement 49 % des enfants exposés au VIH ont reçu un dépistage virologique du VIH dans les deux premiers mois de la vie en 2014 (voir figure 8), bien qu'il s'agisse d'une légère augmentation depuis 2013. Seulement sept des 21 pays ciblés ont offert en temps opportun³ un diagnostic virologique précoce du nourrisson à plus de 50 % des enfants exposés au VIH en 2014 : Namibie (>95 %), Afrique du Sud (94 %), Zambie (94 %), Swaziland (81 %), Kenya (72 %), Lesotho (55 %) et Ouganda (51 %). Dans les autres 14 pays ciblés, le pourcentage des nourrissons qui ont été testés à temps a été inférieur à 50 %, avec de nombreux pays présentant des progrès minimes l'an dernier ou même rapportant des diminutions des tests diagnostiques.

LES PROGRAMMES DE TRAITEMENT NE SONT TOUJOURS PAS SATISFAISANTS POUR LES ENFANTS

Les nourrissons et les jeunes enfants qui contractent le VIH ont un risque exceptionnellement élevé de morbidité et de mortalité, et la moitié d'entre eux mourront avant leur deuxième anniversaire s'ils ne reçoivent pas de traitement. Les *Directives unifiées* promeuvent la simplicité et l'efficacité des traitements pédiatriques afin de sauver plus de vies et d'améliorer les résultats cliniques (2). Les *Directives* recommandent également que le traitement antirétroviral

soit initié chez tous les enfants diagnostiqués avec le VIH qui ont moins de cinq ans. À la fin de 2015, l'OMS publiera de nouvelles directives qui devraient contenir de nouvelles informations pour préserver le bien-être des enfants vivant avec le VIH.

Les estimations de l'ONUSIDA pour le nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral sont basées sur un dénominateur de tous les enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH. Ceci permet une meilleure comparaison entre les pays avec différents critères d'admissibilité au traitement antirétroviral et tient compte des changements apportés à ces critères au fil du temps. Les résultats montrent que, parmi les 21 pays rapportant des résultats, seulement 31 % [29 à 33 %] des enfants vivant avec le VIH reçoivent un traitement contre le VIH. Bien que cela représente une augmentation par rapport à la valeur de référence de 10 % [9 à 11 %] en 2009, les enfants étaient 2 fois moins susceptibles que les femmes enceintes de recevoir un traitement (31 % comparativement à 66 %; voir les figures 9 et 10).

Deux pays ciblés, le Botswana et la Namibie, offrent un traitement à plus de la moitié des enfants vivant avec le VIH ; ils sont suivis de près par l'Afrique du Sud, avec un peu moins de la moitié des enfants vivant avec le VIH qui reçoivent un traitement. Le Cameroun, le Tchad et le Nigeria, cependant, ont encore beaucoup de chemin à parcourir pour améliorer l'accès des enfants au traitement.

Il y a un besoin urgent d'accélérer le traitement des enfants dans tous les pays ciblés. De nombreux pays ont rapidement déployé le traitement pour les femmes avec l'introduction de l'option B+ ; la même approche d'accélération est nécessaire pour combler les lacunes de couverture pour les enfants. Cela comprend la fourniture de services de diagnostic simples et appropriés, la formation des prestataires de soins à tous les niveaux du système de santé dans la prise en charge des enfants infectés par le VIH (y compris les tests pédiatriques de routine et fréquents à l'initiative du fournisseur et les conseils

3 Le diagnostic virologique est considéré comme opportun s'il est fourni avant l'âge de deux mois.

Figure 9

Pourcentage de femmes enceintes et d'enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral dans 21 pays ciblés du Plan mondial, 2009-2014

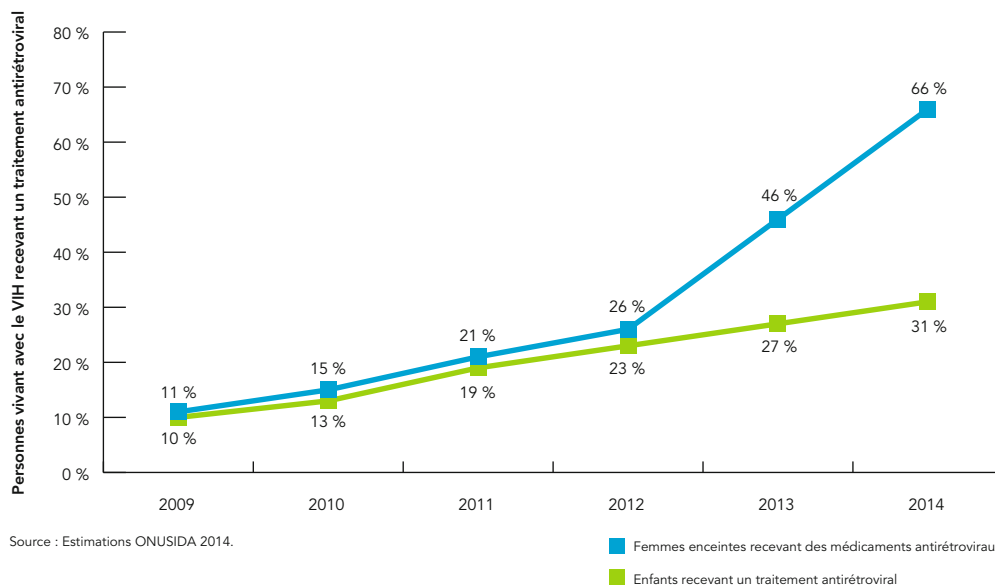
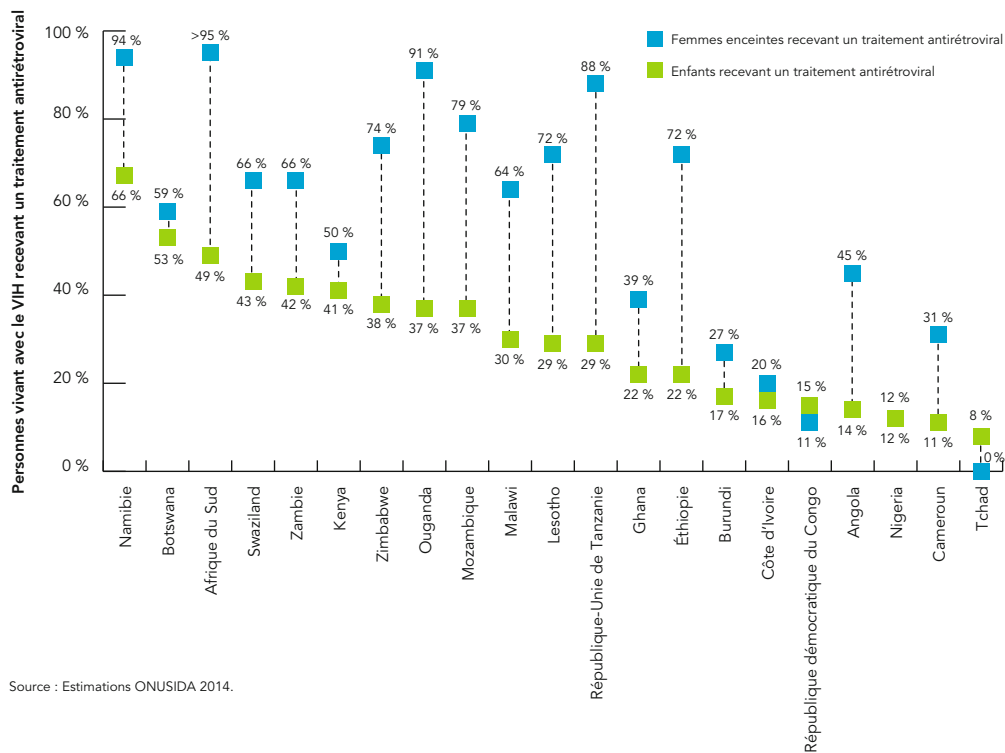


Figure 10

Pourcentage de femmes enceintes et d'enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral dans 21 pays ciblés par le Plan mondial, 2014



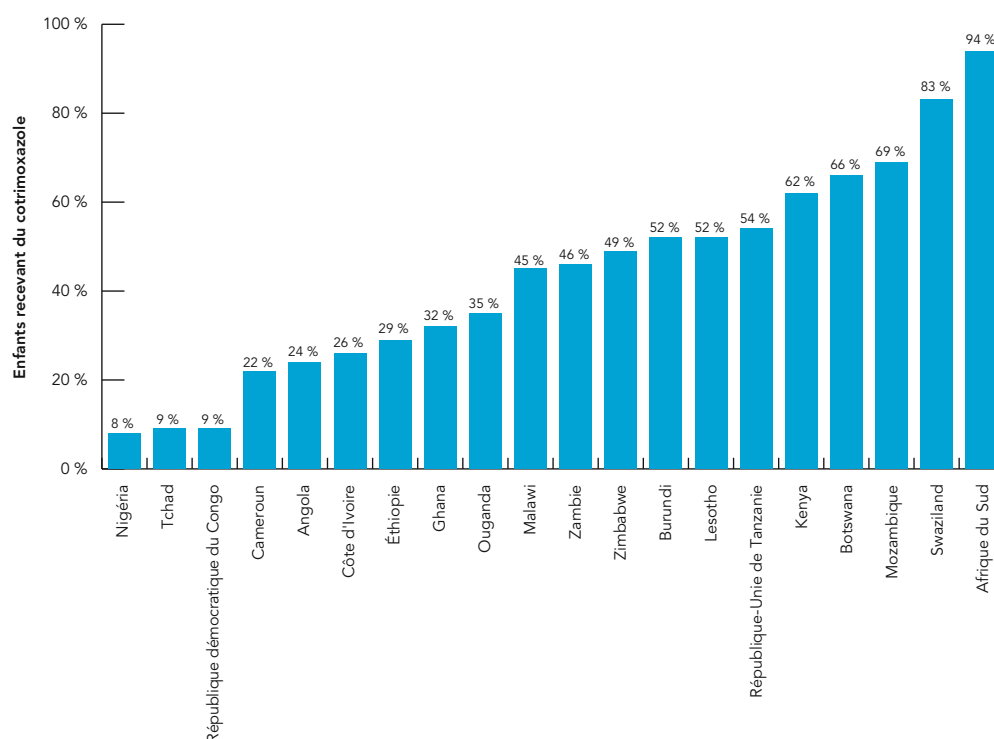
tout au long de la période d'allaitement), et l'alignement des visites en clinique pour soutenir la rétention pour recevoir les soins et l'observance pour la paire mère-enfant.

La faible couverture de traitement pour les enfants vivant avec le VIH est liée à des facteurs additionnels aux défis rencontrés lors de la détermination du diagnostic. Ceux-ci comprennent le nombre limité d'options de formulation de médicaments antirétroviraux adaptés aux enfants, les faibles taux de dépistage des cas de VIH pédiatrique, les faibles liens de l'accès aux soins et au traitement, et la relative rareté des prestataires formés à prescrire un traitement antirétroviral aux enfants. Il y a moins d'options pour les formulations antirétrovirales disponibles adaptées à l'âge, en particulier chez les plus

jeunes enfants. Les coûts de traitement pour les jeunes enfants sont également plus élevés que pour les adultes, en partie parce que les recommandations préconisent l'utilisation d'inhibiteurs de protéase boostés dans les traitements de première intention afin d'optimiser les résultats pour les enfants.

Le traitement ne peut être couronné de succès qu'avec une forte observance, mais cela est difficile dans de nombreux contextes. Il existe un besoin urgent de formulations pédiatriques des antirétroviraux qui soient stables à la chaleur, agréable au goût et faciles à administrer par les soignants. Il y a eu une percée en mai 2015, lorsque la « Food and Drug Administration » (FDA) des États-Unis a donné son approbation de principe pour l'association lopinavir/ritonavir (LPV/r) en

Figure 11
Pourcentage d'enfants exposés au VIH recevant le cotrimoxazole dans 20 pays ciblés par le Plan mondial, 2014



Source : ONUSIDA, UNICEF et OMS. Rapport d'avancement de la lutte contre le sida au plan mondial 2015. Genève : ONUSIDA ; 2015. Les données pour la Namibie ne sont pas disponibles.

granulés par voie orale. Ces granulés sont emballés dans une petite capsule qui est facile à ouvrir, ce qui permet de les saupoudrer sur la nourriture de l'enfant ou, dans le cas d'un nourrisson, placés directement dans la bouche ou mélangés au lait maternel (5). L'association LPV/r était auparavant uniquement disponible sous forme de comprimés qui ne pouvait pas être cassés ou un liquide qui nécessitait une réfrigération et avait un goût désagréable, ce qui la rendait extrêmement difficile à administrer aux nourrissons.

LE TRAITEMENT PRÉVENTIF PAR COTRIMOXAZOLE RESTE FAIBLE

Plusieurs co-infections et pathologies sont fréquentes chez les enfants exposés ou infectés par le VIH. Les *Directives unifiées* recommandent le traitement préventif par cotrimoxazole (TPC) pour ces enfants pour la prévention de la pneumocystose, la toxoplasmose et les infections bactériennes courantes. Le TPC est une intervention simple, bien tolérée et peu coûteuse qui peut prolonger et améliorer la qualité de vie des enfants vivant avec le VIH, y compris pour ceux sous traitement antirétroviral. Les données des programmes suggèrent cependant que cette thérapie a une faible utilisation. Un total de huit pays ciblés ont fourni le TPC à au moins 50 % des nourrissons et des enfants exposés au VIH en 2014, dont le Botswana, le Mozambique, l'Afrique du Sud et le Swaziland (voir figure 11). Il est nécessaire pour les autres pays de faire du TPC une priorité dans le cadre des soins et traitements intégrés du VIH pédiatrique, tel que recommandé par l'OMS.

Il est recommandé que le TPC soit initié pour tous les nourrissons exposés au VIH à l'âge de six semaines, à peu près en même temps que le test de diagnostic précoce recommandé afin que l'intégration des services puisse être une solution optimale. Cela nécessitera un ensemble d'interventions interdépendantes, notamment le renforcement des liens entre le dépistage et le traitement du VIH, et le suivi des nourrissons et des enfants exposés au VIH.

CONCLUSIONS

Lorsque les pays ont adopté le Plan mondial, ils étaient bien conscients des objectifs ambitieux qu'il avait fixé, à savoir une réduction de 90 % des nouvelles infections à VIH chez les enfants et une réduction de 50 % de la mortalité maternelle et infantile liée au sida sur une période de cinq ans. La réalisation de ces objectifs exige une couverture élevée de fourniture de service, dont le dépistage, les interventions de traitement et de prévention primaire, ainsi que le renforcement des capacités des systèmes de santé.

Les pays ont adopté ces défis en introduisant de nombreuses innovations, et ils ont continué à le faire en 2014, reconnaissant l'occasion unique d'établir une génération sans sida en quelques années. Alors que de nombreux pays ne pourront pas atteindre les objectifs du Plan mondial à l'horizon 2015, certains pourraient y parvenir et d'autres s'en rapprocheront, mais ils auront tous transformé la prestation des services de santé aux femmes et aux enfants.

Les pays où l'épidémie du VIH est faible et concentrée ont également été galvanisés derrière le processus de validation de l'OMS pour l'élimination de la transmission du VIH et de la syphilis congénitale de la mère à l'enfant en tant que problèmes de santé publique. Cuba a ouvert la voie, en devenant le premier pays au monde à recevoir cette reconnaissance, lors d'une cérémonie qui a eu lieu en Juin 2015. Plusieurs pays, en particulier dans la région des Caraïbes, l'Europe et le sud-est de l'Asie-sont également susceptibles d'appliquer pour la validation et de suivre l'exemple de Cuba. L'ONUSIDA estime que pas moins de 85 pays ont déjà moins de 50 nouvelles infections chez les enfants en 2014, faisant d'eux des candidats potentiels pour la validation par l'OMS. Parmi les pays ciblés par le Plan mondial, un petit groupe de moins de 1000 nouvelles infections pédiatriques (Botswana, Burundi, Namibie et Swaziland) ont le potentiel pour entrer dans les premières étapes du processus de pré-validation de l'OMS.

À la fin de 2014, 1,2 million d'infections chez les enfants ont été prévenues dans les 21 pays

ciblés depuis l'initiation des programmes visant à prévenir la transmission de la mère à l'enfant dans les années 1990, avec 89 % des infections évitées entre 2009 et 2014. Le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants a diminué de 13 % entre les années 2000 et 2008, et de 48 % entre 2009 et 2014.

L'Afrique du Sud, le pays avec la plus grande épidémie de VIH chez les adultes, pourrait bientôt avoir une épidémie pédiatrique comparativement moins importante. Il a déjà moins de nouvelles infections pédiatriques que le Kenya, le Malawi, le Nigeria et l'Ouganda, des pays qui avaient de plus faibles épidémies lorsque le Plan mondial a été lancé. Le succès de l'Afrique du Sud est le résultat de plusieurs facteurs, au premier rang desquels son important élargissement de l'accès au traitement antirétroviral pour les femmes enceintes vivant avec le VIH, le soutien pour la rétention au niveau communautaire et un engagement politique sans faille.

Après avoir fixé des objectifs audacieux et ambitieux pour mettre fin à la transmission pédiatrique, les pays ont continué à travailler sans relâche pour les atteindre. Par exemple, l'Ouganda a fourni des médicaments antirétroviraux à 25 000 femmes enceintes supplémentaires vivant avec le VIH en 2014, à peu près le même nombre que les autres pays ciblés par le Plan mondial combinés. Même les pays confrontés à de nombreux défis, tels que la République démocratique du Congo, ont enregistré des gains en 2014. Dix-huit des 21 pays déploient l'Option B+ à l'exception de la Côte d'Ivoire, du Ghana et du Nigeria.

Dans tous les pays, le Plan mondial a élevé la visibilité politique du sida pédiatrique et la possibilité pour une génération sans sida. Il a également mis en lumière les besoins des femmes à risque ou vivant avec le VIH. Il l'a fait au niveau national, mais les efforts sont maintenant déplacés à des niveaux sous-nationaux. Par exemple, l'exécution des programmes au Ghana, au Kenya et au Nigeria ont identifié des poches géographiques qui représentent un nombre disproportionné de nouvelles infections, et ils ont par la suite

porté leurs ressources dans ces régions à haut rendement. Cela a nécessité des partenariats au niveau sous-national, comme avec les gouverneurs de 13 États du Nigeria et le leadership sous-régional au Ghana et au Kenya. Ces approches stratégiques sont de plus en plus importantes alors que les ressources sont limitées et que les donateurs recherchent un plus grand impact et une responsabilité accrue pour le financement de la lutte contre le VIH.

Les pays sont restés motivés en 2014, et ils continuent à innover et augmenter l'implantation sur une plus grande échelle. Au Kenya, après qu'une réunion d'évaluation ait identifié 17 000 femmes enceintes vivant avec le VIH qui ne recevaient pas de médicaments antirétroviraux, le ministère de la Santé a lancé une initiative d'intervention rapide pour les localiser et leur offrir des services. Toutefois, les progrès dans les pays ne sont pas garantis ; en effet, dans plusieurs pays les gains ont été fragiles et nécessitent le maintien de l'action concertée. Par exemple, des données anecdotiques suggèrent qu'une grève de trois mois des infirmières ou des médecins peut nécessiter jusqu'à six mois ou même plus pour en gommer les conséquences. De même, une rupture de stock des kits de dépistage qui dure un mois peut créer une importante fenêtre d'infection chez les enfants. Les pays doivent donc protéger et renforcer chaque composante de la cascade de services pour prévenir de nouvelles infections à VIH chez les enfants et maintenir leurs mères en vie, afin d'assurer que chaque étape fonctionne avec une performance optimale.

L'ampleur de la baisse des nouvelles infections à VIH chez les enfants dépend du niveau auquel les pays se trouvaient quand ils ont commencé à adopter le Plan mondial. Par exemple, le Botswana comptait un très petit nombre d'enfants nouvellement infectés en 2009, et bénéficiait d'une vaste couverture et d'une importante utilisation des services pour prévenir de nouvelles infections à VIH chez les enfants et maintenir leurs mères en vie. Le pays a continué à maintenir le haut niveau de couverture des services et à s'attaquer à ses poches de transmission. En conséquence, une

forte baisse (en termes de pourcentage) des nouvelles infections à VIH chez les enfants au Botswana n'est pas réaliste. Inversement, dans les pays tels que le Malawi, qui avait une importante épidémie pédiatrique, des progrès plus dramatiques pourraient être atteints lorsque les bonnes stratégies ont été mises en place et implémentées sur une grande échelle.

Le Plan mondial compte sur l'engagement des gouvernements, des organisations internationales, des partenaires de mise en œuvre, de la société civile, des femmes vivant avec le VIH et d'autres parties prenantes. Au moment où le Plan mondial entre dans sa dernière année, il est urgent que tous les partenaires travaillent ensemble pour consolider les gains importants qui ont été réalisés ; qu'ils éliminent les principaux obstacles qui ont ralenti, reporté ou annulé les progrès ; et que les efforts collectifs soient renouvelés pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et maintenir

leurs mères en vie. L'exploitation des progrès que les pays ont déjà réalisés dans des domaines clés, tels que la coopération Sud-Sud et l'assistance technique, sera indispensable pour faire évoluer les programmes et les initiatives.

Le sort des enfants reste un domaine de préoccupation constante ; moins de la moitié des enfants exposés au VIH ont fait l'objet d'un dépistage virologique à l'âge recommandé de 6 à 8 semaines, et seulement 31 % de tous les enfants de moins de 15 ans ont reçu un traitement antirétroviral en 2014. Par comparaison, 66 % des femmes enceintes ont débuté ou recevaient déjà un traitement antirétroviral continu en 2014. L'ONUSIDA et ses partenaires vont donc continuer à attirer l'attention sur ce problème, exhortant les pays à veiller à ce que tous les établissements offrant des traitements aux adultes soient en mesure de fournir un traitement aux enfants.

REMARQUE SUR L'ANALYSE DES DONNÉES

Les données utilisées pour établir le rapport sur le Plan mondial proviennent principalement de deux sources : les données des programmes (prestation de services) soumises par les pays à travers le mécanisme de déclaration des données pour le Rapport mondial d'avancement de la lutte contre le sida et les estimations sur le VIH produites par les pays et modélisées en utilisant le logiciel Spectrum. Pour comprendre les données présentées dans les rapports d'avancement, il est important de comprendre les limites et les points forts de ces sources de données. Un examen approfondi permet aux pays de déterminer comment améliorer leurs systèmes de surveillance et de suivi afin de mieux répondre à l'initiative d'élimination de la transmission de la mère à l'enfant.

DONNÉES DES PROGRAMMES

Les données des programmes requises pour le mécanisme de déclaration des données pour le Rapport d'avancement du Plan mondial comprennent le nombre de femmes recevant des médicaments antirétroviraux, le schéma posologique et si les femmes reçoivent des médicaments antirétroviraux pendant la période d'allaitement.

Tous les pays ont des systèmes pour compter le nombre de femmes qui se présentent aux services de soins prénatals. Dans le cadre des soins prénatals, le personnel infirmier remplit des registres qui notent si les femmes sont testées pour le VIH et les résultats des tests (ou si la femme a déjà été diagnostiquée comme séropositive au VIH). Dans la plupart des pays, le registre des soins prénatals est encore un registre sur papier à partir duquel les cliniques regroupent les données et les envoient au district sanitaire pour soumission au niveau national. D'autres informations sont collectées dans un registre spécifique au traitement antirétroviral qui est fourni aux femmes. Peu des pays ciblés par le Plan mondial disposent de registres complets qui suivent la paire mère-enfant après l'accouchement pour mesurer

l'observance pendant l'allaitement ou la durée de l'allaitement maternel.

En se basant sur ces systèmes, les pays signalent le nombre de femmes recevant des médicaments antirétroviraux pendant la grossesse et l'accouchement. De nombreux pays ne sont cependant pas en mesure d'identifier les femmes qui pourraient avoir déménagé au cours de la grossesse et qui ont ensuite été re-testées ou qui ont ré-entamé un traitement antirétroviral à une nouvelle clinique ; le résultat est qu'elles sont comptées deux fois. De même, les noms des femmes qui avortent ne sont souvent pas supprimés des registres des programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant. Au cours des dernières années, les pays ont apporté des améliorations à leurs systèmes de déclarations, ce qui a entraîné des fluctuations dans les chiffres rapportés de femmes recevant des médicaments antirétroviraux (en raison de changements dans l'exactitude de la déclaration). Des pays tels que le Kenya, le Malawi et le Zimbabwe ont effectué des examens complets pour corriger les données des années précédentes et fournir une mesure plus précise des variations annuelles. Beaucoup d'autres pays n'ont cependant pas été en mesure de corriger les données en raison d'un manque d'identifiants uniques qui permettraient d'identifier les femmes qui apparaissent deux fois dans le système de surveillance.

Les données sur ce qui arrive aux paires mère-enfant après l'accouchement sont moins fiables que les données disponibles provenant des services de soins prénatals. En conséquence, les estimations de la couverture de médicaments antirétroviraux pendant l'allaitement sont souvent des estimations approximatives, et des systèmes de surveillance cohérents n'ont pas été mis en place pour suivre longitudinalement les paires mère-enfant après l'accouchement. Un effort concerté pour traiter cette question a été au centre des réflexions des partenaires dans le groupe de travail du suivi et de l'évaluation de l'Équipe spéciale inter-institutions

en 2015. Les données sur la rétention seront particulièrement utiles pour comprendre l'impact si les programmes de traitement antirétroviral recueillent et signalent les données sur la rétention séparément pour les femmes qui allaitent. Ce sera une amélioration importante pour les données précédemment demandées sur la prophylaxie après la naissance sous les options A et B.

Des efforts sont en cours pour améliorer la qualité des données saisies par les systèmes de suivi et d'évaluation des pays. L'attention se porte maintenant sur le soutien aux pays pour développer des registres cliniques de suivi longitudinal pour améliorer la rétention et l'observance du traitement pour les paires mère-bébé. Cela permettra aussi l'évaluation de l'impact des programmes de prévention des nouvelles infections à VIH chez les enfants et de maintien de leurs mères en vie en utilisant des données empiriques et la validation des estimations modélisées du VIH.

MODÉLISATION DES DONNÉES

L'ONUSIDA et ses partenaires aident les pays à évaluer l'impact du VIH sur leurs populations chaque année. Les données du programme décrites ci-dessus sont incluses dans des modèles d'épidémie de VIH dans les différents pays. Les modèles utilisent des informations spécifiques à la démographie de chaque pays, notamment les taux de fécondité par âge au fil du temps, la prévalence du VIH dans les cliniques prénatales et les enquêtes auprès des ménages, et le nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral, pour calculer ces estimations. Un certain nombre d'hypothèses informent les modèles, y compris la probabilité de transmission de la mère à l'enfant en fonction de la posologie du traitement antirétroviral de la mère et son niveau de cellules CD4.

Les modèles des pays sont créés en utilisant le logiciel Spectrum⁴ par les équipes d'estimations dans chaque pays. Les membres des équipes d'estimations varient selon les pays, mais ils comprennent principalement

des experts nationaux du ministère de la santé ou de l'organisme de coordination de la lutte contre le sida, ainsi que les directeurs de programme, des spécialistes d'enquête et de recensement et des partenaires de développement. Chaque année, les équipes de pays actualisent les fichiers avec les dernières données des programmes et d'autres données de surveillance pour informer les tendances de l'épidémie. Le logiciel et les hypothèses informant les calculs sont également améliorés chaque année. Dans les estimations produites en 2015 (dénommées les estimations de 2014, car elles comprennent des données jusqu'à la fin de 2014), un certain nombre de modifications importantes ont été apportées aux estimations relatives à des programmes visant à prévenir les nouvelles infections à VIH chez les enfants et maintenir leurs mères en vie.

Dans les pays ayant des épidémies généralisées, les tendances de la prévalence du VIH ont progressivement été ajustées afin de refléter les différences dans les tendances de la prévalence parmi les participantes aux consultations prénatales et les membres de la population générale. Une étude récente par Eaton et al. (17) a montré que la prévalence du VIH dans les sites de surveillance dans les consultations prénatales a décliné plus rapidement au cours du temps que les tendances de la prévalence mesurée dans la population générale. En conséquence, les pays qui dépendent des données issues de la surveillance des soins prénatals pour révéler la tendance de leur prévalence du VIH étaient susceptibles d'avoir surestimé la baisse de la prévalence du VIH. Dans le logiciel mis à jour, la courbe de prévalence du VIH est ajustée pour refléter plus étroitement la population générale.

L'étude PROMISE récemment publiée (« Promoting Maternal–Infant Survival Everywhere » ou « Favoriser la survie mère-enfant partout ») a montré que le taux de transmission chez les femmes sous l'Option B était plus faible que supposé dans le modèle. En conséquence, le taux de transmission pour l'Option B, et pour les femmes qui

4 Pour en savoir plus sur le logiciel Spectrum, visiter le site du développeur : <http://www.avenirhealth.org/>.

ont commencé à recevoir un traitement antirétroviral d'association au cours de leur grossesse actuelle, a été réduit (de 2,0 % à 0,95 %) dans le dernier modèle afin de refléter la nouvelle recherche montrant l'efficacité de ces régimes.

Un des défis les plus importants lors de la mesure de l'impact des programmes de prévention de nouvelles infections à VIH chez les enfants et de maintien de leurs mères en vie est l'estimation du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH. Alors qu'au début de l'épidémie de VIH, les études montraient que les femmes vivant avec le VIH avaient une fécondité plus faible, plusieurs études récentes montrent une augmentation de la fécondité chez les femmes sous traitement antirétroviral (7-9). Ces études montrent que quand les femmes commencent un traitement antirétroviral, leur fécondité augmente, probablement en raison de l'amélioration de leur état de santé général. Le modèle actualisé suppose donc que les femmes séropositives au VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral ont les mêmes niveaux de fécondité que les femmes séronégatives.

Ceci est une correction importante des estimations précédentes. En utilisant le logiciel précédent, quatre pays ont constaté que le nombre estimé de femmes enceintes séropositives au VIH était plus faible que le nombre de femmes enceintes séropositives au VIH que leurs données de programme avaient enregistrées comme recevant des médicaments antirétroviraux. Cela a abouti à des valeurs de couverture de plus de 100 %. Six autres pays ont constaté que le taux de couverture de leurs programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant était trop haut et irréaliste.

Pour répondre à la surestimation de la couverture des services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant, les pays ont ajusté le logiciel pour prendre en compte le fait que les femmes séropositives au VIH avaient la même fécondité que les femmes séronégatives. Ce changement a été appliqué à toutes les années et ne pouvait pas être limité aux seules années avec une couverture plus

étendue du traitement antirétroviral. Cela a surestimé le nombre de naissances chez les femmes vivant avec le VIH, en particulier pour les premières années lorsque la couverture de traitement antirétroviral était faible. Le nouveau logiciel est cependant en mesure de limiter la réduction de la fécondité aux années pour lesquelles la couverture du traitement antirétroviral était élevée.

À la suite de ces ajustements, le nombre de femmes vivant avec le VIH qui ont donné naissance au cours des années avant la mise en place du traitement antirétroviral est maintenant beaucoup plus faible dans ces pays. Cela implique qu'il y a moins d'enfants exposés au VIH et moins d'enfants nouvellement infectés et donc vivant avec le VIH. Le nombre total d'enfants vivant avec le VIH est maintenant plus précisément estimé à 2,6 millions, comparativement aux années précédentes où le nombre estimé d'enfants vivant avec le VIH était de plus 3 millions.

UTILISATION DES ESTIMATIONS ET DE L'ANALYSE DES TENDANCES

Au regard des améliorations sur les données et des hypothèses utilisées pour créer les estimations chaque année (également appelé un « cycle »), les utilisateurs des données ne devraient pas comparer des résultats d'un cycle à l'autre. A lieu de cela, un ensemble historique complet des estimations est créé pour chaque cycle permettant une comparaison des tendances au cours du temps au sein du même cycle. Pour plus d'informations sur le processus de création des estimations nationales sur le VIH, aller à www.unaids.org.

MESURE DE L'IMPACT

Une des sorties du logiciel est le taux de transmission de la mère à l'enfant estimé à l'échelle de la population. Le taux estimé à l'échelle de la population implique qu'il inclut toutes les femmes enceintes dans le pays et n'est pas limité aux femmes qui fréquentent les centres de soins prénatals et qui sont inscrites dans des programmes visant à prévenir la transmission de la mère à l'enfant.

En outre, il estime toutes les femmes enceintes séropositives au VIH et pas seulement celles qui sont diagnostiquées.

Une mesure au niveau de la population est difficile à capturer par le biais des données du programme standard car certaines femmes ne fréquentent pas les cliniques, alors que la situation d'autres femmes n'est pas connue. Deux pays ont fait des progrès pour surmonter ce défi de mesure en menant des enquêtes auprès des paires mère-enfant qui fréquentent les cliniques de vaccination. Bien que ces mesures ne capturent que la transmission précoce et non la transmission potentielle par l'allaitement maternel, elles sont malgré tout utiles pour comprendre l'impact des programmes visant à prévenir la transmission de la mère à l'enfant. Ces mesures directes de transmission de la mère à l'enfant devraient être adoptées par d'autres pays pour améliorer les mesures de l'impact des programmes.

- Le Zimbabwe a recueilli des données auprès d'un échantillon de 9000 paires mère-enfant fréquentant les cliniques de vaccination dans cinq de ses dix provinces. Les statuts VIH des mères et de leurs enfants ont été déterminés pour mesurer le taux de transmission pour les enfants dont l'âge est compris entre 9 et 18 mois. L'étude a également utilisé l'autopsie verbale pour capturer les mères ou les nourrissons décédés entre la naissance et le moment

de la mesure. L'étude estime que 8,8 % des enfants exposés ont été infectés avant l'âge de 9 à 18 mois. Cette valeur ne reflète pas le taux final de transmission, étant donné que la durée médiane de l'allaitement maternel au Zimbabwe est de 18 mois. Un certain nombre des enfants auront été testés quand ils sont proches de l'âge de 9 mois. En supposant que le risque de transmission chez les femmes recevant un traitement antirétroviral est d'environ 0,2 % par mois, un calcul approximatif suggère que l'exposition supplémentaire de 10 à 15 mois se traduirait par une transmission supplémentaire de 2 à 3%. Ce résultat est en accord avec le taux final de transmission de 12 % présenté dans ce rapport.

- En Afrique du Sud, une évaluation du programme pour prévenir les nouvelles infections à VIH chez les enfants et maintenir leurs mères en vie a été réalisée en mesurant la prévalence du VIH chez les paires mère-enfant au cours de la vaccination. Le taux de transmission à six semaines était de 3,5 % [2,9 à 4,1 %] (18). Cela est en accord avec le taux estimé de transmission de 3 % à six semaines pour 2013.

Des efforts comparables doivent avoir lieu dans tous les pays ciblés.

DÉFINITIONS DES TERMES CLÉS

Les définitions utilisées dans le présent rapport sont en accord avec les définitions actuelles de consensus utilisées par l'Organisation mondiale de la santé, tel que décrit dans les *Directives unifiées sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection par le VIH (2)* et le rapport sur les *Médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection par le VIH (19)*. L'Option A n'a pas été recommandée par l'OMS depuis 2013 ; au lieu de cela, les Options B et B+ sont favorisées. D'après les présentations de l'OMS à la conférence de la Société internationale du sida de Vancouver en juillet 2015, le consensus semble se préciser qu'offrir immédiatement un traitement à vie pour tous ceux qui vivent avec le VIH a des avantages importants pour la santé de l'individu et pour la réduction du risque de transmission à des tiers (en raison du nombre réduit de virus en circulation dans le sang). Pour les femmes enceintes et allaitantes, cette stratégie est déjà en cours d'utilisation.

OPTION A : toutes les femmes enceintes séropositives au VIH devraient tout d'abord faire l'objet d'une sélection pour être admissibles à un traitement antirétroviral. Les femmes qui ne sont pas admissibles reçoivent plutôt un traitement bi-quotidien par AZT à partir de 14 semaines de gestation (ou dès que possible par la suite), qui est poursuivi pendant la grossesse.

Au début du travail, une dose unique de NVP (sd-NVP) est administrée avec l'initiation du traitement bi-quotidien par AZT + 3TC, qui devrait être poursuivi pendant sept jours après l'accouchement. Pour les nourrissons nourris au lait maternel, la prophylaxie maternelle devrait être couplée avec une administration quotidienne de NVP aux nouveau-nés dès la naissance (dans les 6 à 12 heures) ou dès que possible par la suite, jusqu'à une semaine après la cessation de toute exposition au lait maternel. Chez les nouveau-nés ne recevant que la nourriture de substitution, la prophylaxie maternelle devrait être couplée avec une administration quotidienne de NVP ou AZT du nourrisson dès la naissance (dans les 6 à 12 heures), ou dès que possible par la suite, jusqu'à l'âge de 4 à 6 semaines. Comme il a été mentionné ci-dessus, l'Option A n'est plus recommandée par l'OMS.

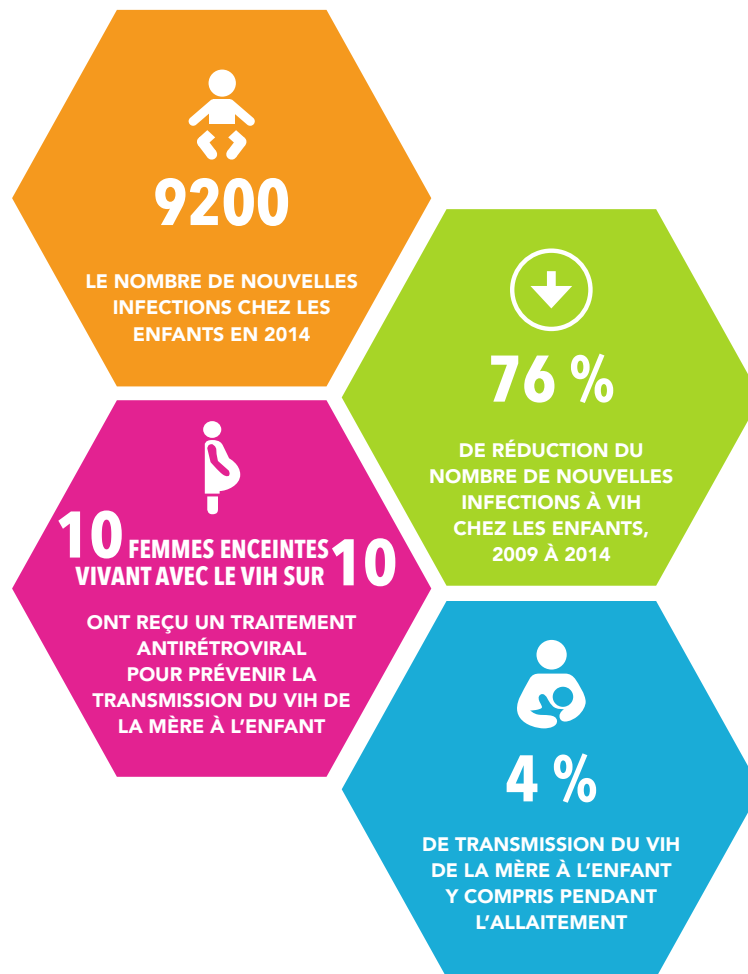
OPTION B : toutes les femmes enceintes séropositives au VIH et qui allaitent devraient faire l'objet d'une sélection pour être admissibles à un traitement antirétroviral. Les femmes qui ne sont pas admissibles reçoivent des médicaments antirétroviraux triples pendant la grossesse et tout au long de la période d'allaitement maternel (afin de prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant).

OPTION B+ : toutes les femmes enceintes séropositives au VIH et allaitant reçoivent un traitement antirétroviral à vie, indépendamment de leur nombre de cellules CD4 et du stade clinique de la maladie. Ceci est réalisé pour leur propre santé, pour la prévention de la transmission verticale du VIH et pour d'autres avantages de prévention du VIH.

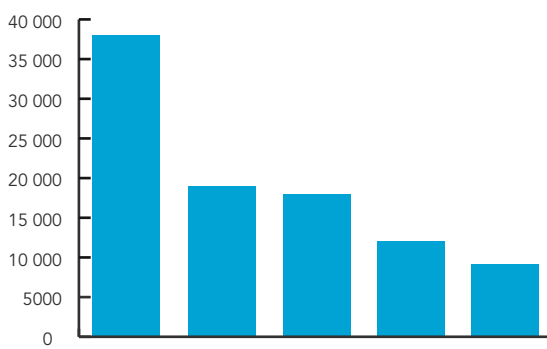
Fiches factuelles par pays

AFRIQUE DU SUD

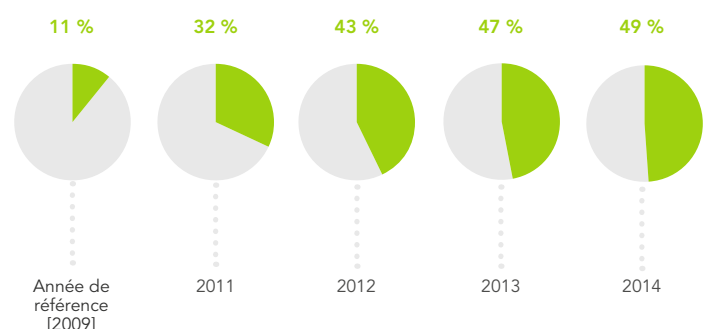
L'Afrique du Sud a réduit de 76 % le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants depuis 2009. En 2014, le pays a atteint deux des objectifs du Plan mondial avec un an d'avance : un taux final de transmission de la mère à l'enfant estimé à 4 % et une couverture de plus de 95 % de médicaments antirétroviraux pour les femmes enceintes vivant avec le VIH. Le pays a commencé la mise en œuvre et le pilotage de la stratégie de l'Option B+ en 2013 ; la mise en œuvre à l'échelle nationale a été achevée en 2015. En 2014, 94 % des nourrissons exposés au VIH ont reçu un diagnostic infantile précoce avant l'âge de deux mois, et 49 % de tous les enfants âgés de moins de 15 ans vivant avec le VIH ont reçu un traitement antirétroviral. Le traitement antirétroviral initié par le personnel infirmier et le transfert des tâches figurent parmi les innovations adoptées par l'Afrique du Sud pour permettre une couverture thérapeutique élargie.



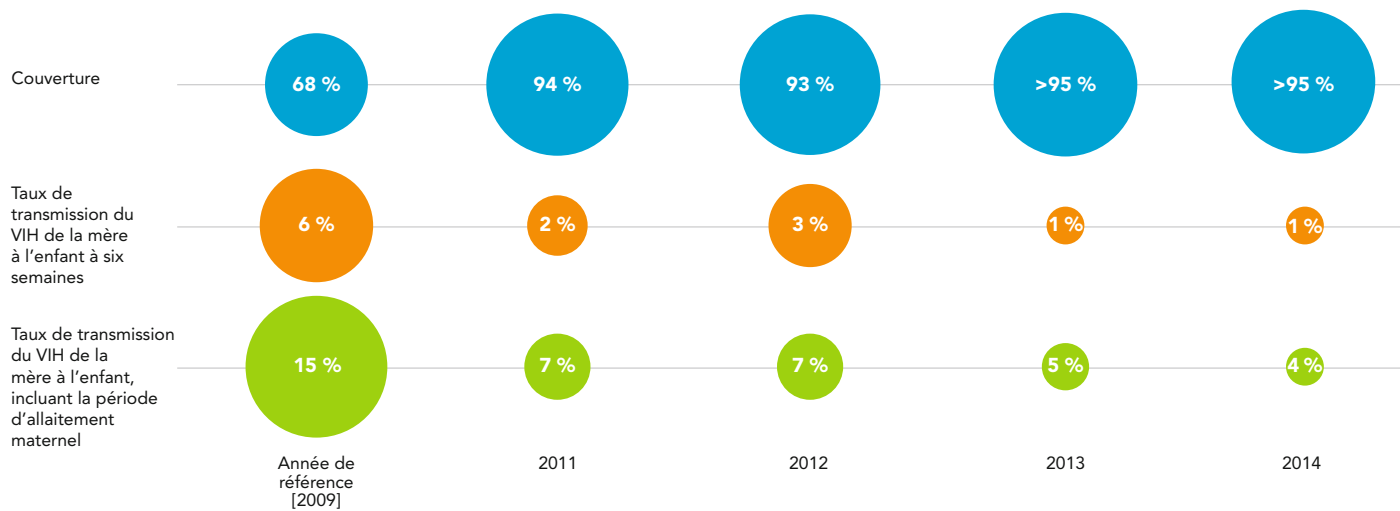
Le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants (0 à 14 ans)



Pourcentage d'enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH qui ont accès à un traitement antirétroviral



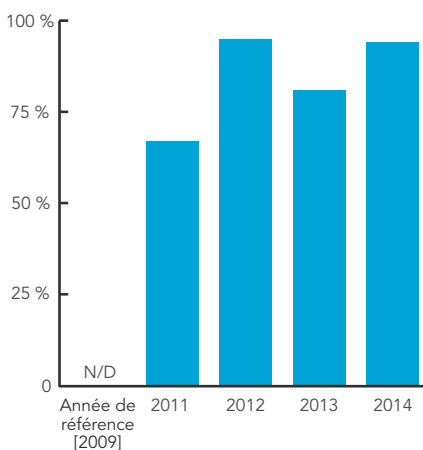
L'augmentation de la couverture des médicaments antirétroviraux a entraîné une baisse des taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant



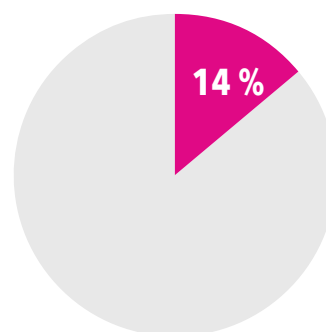
Le nombre de femmes (15 à 49 ans) contractant le VIH a diminué de 21 % depuis 2009



Pourcentage de nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH recevant un dépistage virologique avant l'âge de deux mois



Pourcentage des besoins non satisfaits pour le planning familial

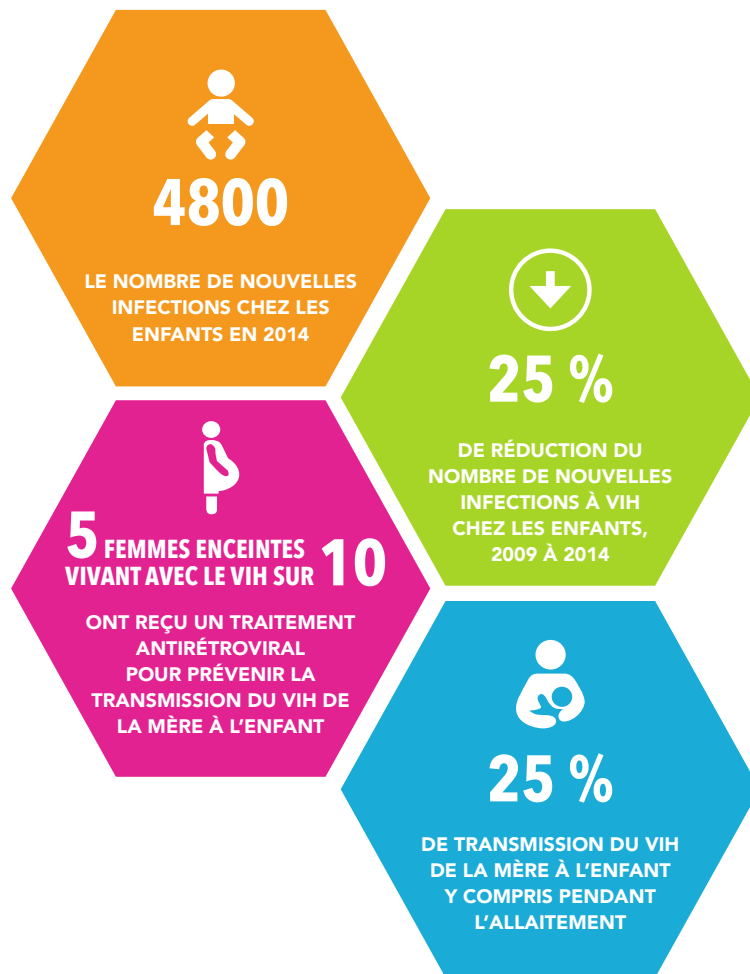


Source : Enquête démographique et de santé, 2003. toutes les femmes actuellement mariées âgées de 15 à 49 ans

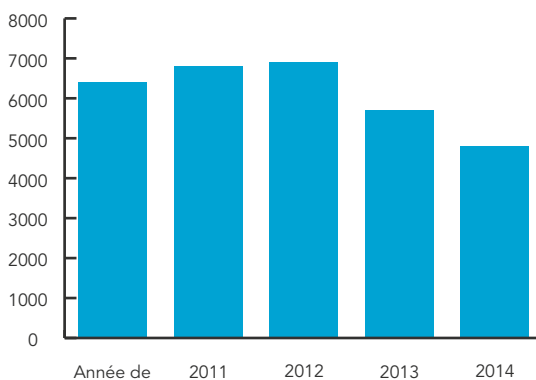
Source : Estimations ONUSIDA 2014, sauf indication contraire. Chaque année, les pays actualisent leurs estimations sur le VIH, y compris les tendances historiques de ces estimations. Les résultats de 2014 reflètent les données actualisées des programmes de surveillance et des modèles améliorés. Les estimations de 2014 sont susceptibles de différer des estimations produites au cours des années précédentes et sont censées être plus précises. La couverture du traitement antirétroviral pédiatrique est basé sur tous les enfants vivant avec le VIH, alors que les années précédentes, elle était restreinte aux enfants admissibles à un traitement antirétroviral.

ANGOLA

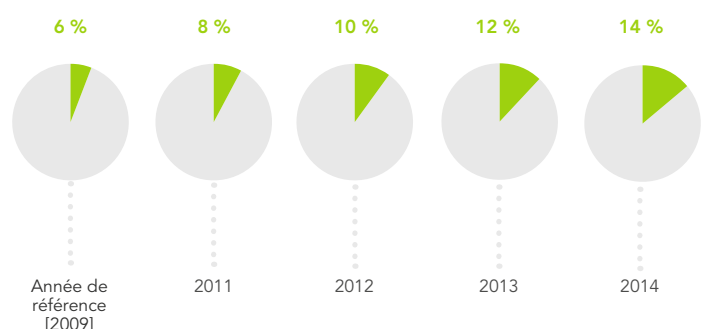
L'Angola a vu des progrès lents, avec une baisse de 25 % du nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants depuis 2009. L'Angola est actuellement en train d'étendre les services de la stratégie de l'Option B+ dans plusieurs régions et sites. Il y a eu des améliorations de la couverture des programmes pour les femmes recevant des médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant avec une couverture passant de 18 % en 2009 à 45 % en 2014. Le taux final de transmission de la mère à l'enfant reste élevé à 25 % et le nombre de femmes nouvellement infectées par le VIH (15 à 49 ans) est resté relativement inchangé, diminuant de 2 % depuis 2009. Le diagnostic et le traitement pédiatriques sont des domaines d'attention soutenue, car seulement 14 % des bébés nés de femmes vivant avec le VIH ont reçu un test diagnostique précoce de l'enfant et seulement 14 % des enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH ont reçu un traitement antirétroviral.



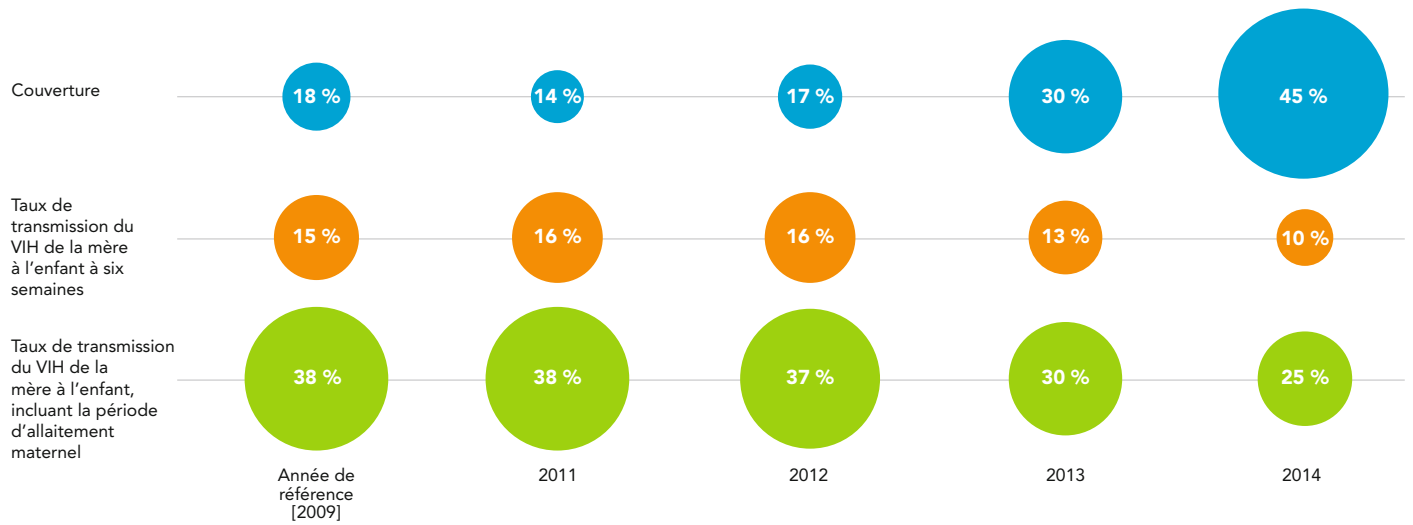
Le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants (0 à 14 ans)



Pourcentage d'enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH qui ont accès à un traitement antirétroviral



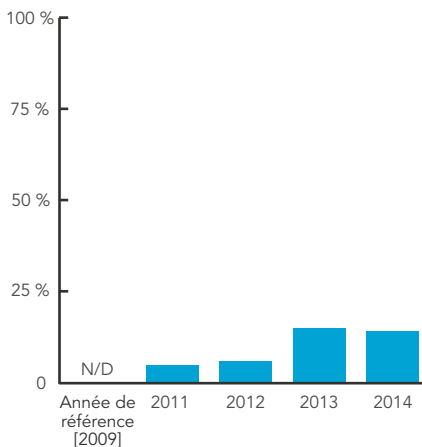
L'augmentation de la couverture des médicaments antirétroviraux a entraîné une baisse des taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant



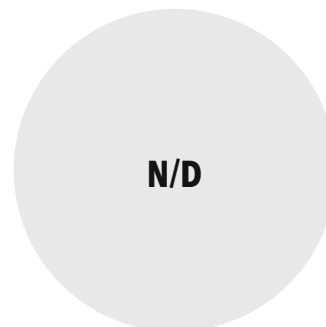
Le nombre de femmes (15 à 49 ans) contractant le VIH s'est stabilisé depuis 2009



Pourcentage de nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH recevant un dépistage virologique avant l'âge de deux mois



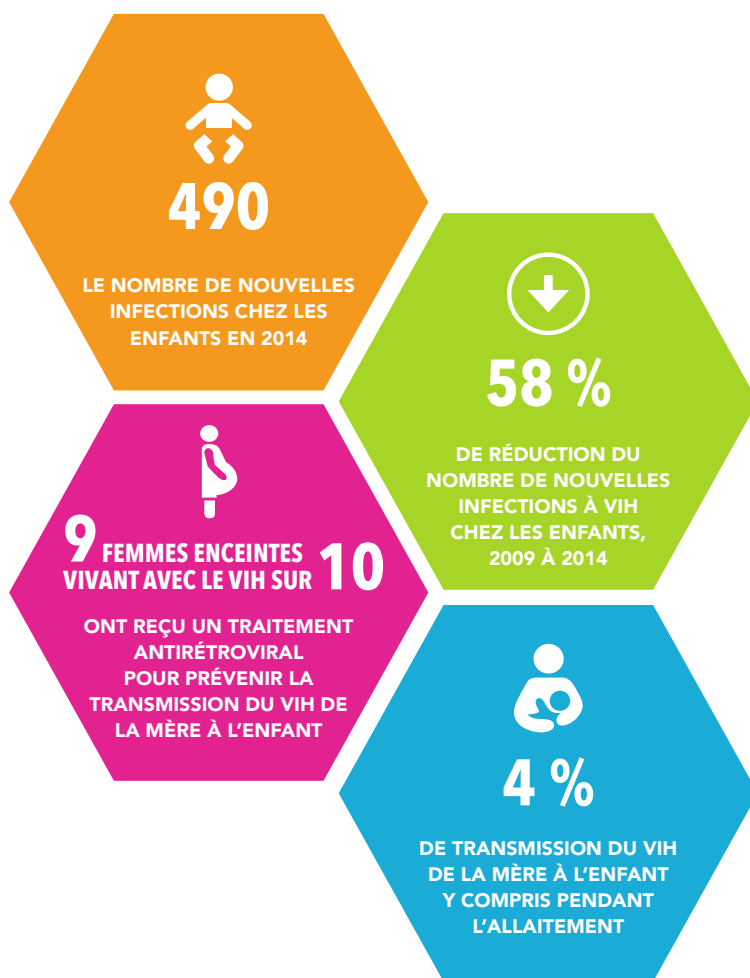
Pourcentage des besoins non satisfaits pour le planning familial



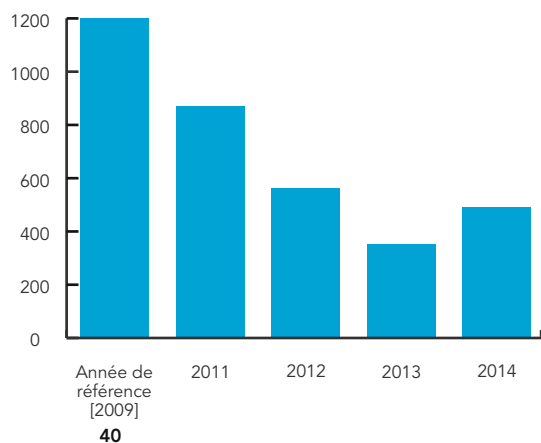
Source : Estimations ONUSIDA 2014, sauf indication contraire. Chaque année, les pays actualisent leurs estimations sur le VIH, y compris les tendances historiques de ces estimations. Les résultats de 2014 reflètent les données actualisées des programmes de surveillance et des modèles améliorés. Les estimations de 2014 sont susceptibles de différer des estimations produites au cours des années précédentes et sont censées être plus précises. La couverture du traitement antirétroviral pédiatrique est basé sur tous les enfants vivant avec le VIH, alors que les années précédentes, elle était restreinte aux enfants admissibles à un traitement antirétroviral.

BOTSWANA

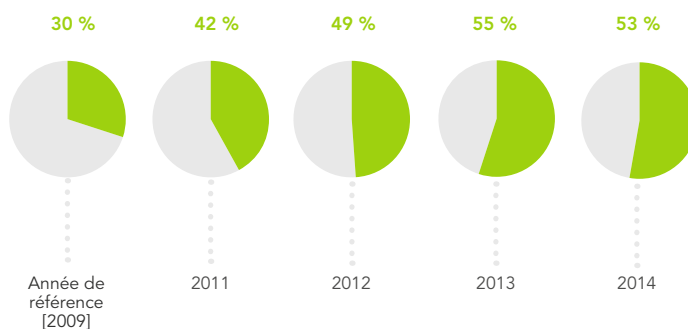
Depuis 2009, le Botswana a réduit de 58 % le nombre des nouvelles infections à VIH chez les enfants. Les estimations révisées suggèrent qu'il pourrait y avoir de légères augmentations du nombre de nouvelles infections pédiatriques à VIH et du taux de transmission verticale par rapport à l'année précédente, avec un taux final de transmission de 4 % en 2014. En 2015, le Botswana a adopté la stratégie de l'Option B+, les directives cliniques sont actuellement en cours de révision et la mise en œuvre précoce est en cours dans certains sites sélectionnés. En 2014, 91 % des femmes enceintes vivant avec le VIH ont reçu des médicaments antirétroviraux ; dans ce groupe, 59 % ont reçu un traitement antirétroviral à vie. Le Botswana connaît l'un des meilleurs taux de couverture du traitement pédiatrique, avec 53 % des enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH qui reçoivent des médicaments, alors que seulement 42 % des nourrissons exposés au VIH reçoivent un diagnostic en temps opportun. Il a également été un leader adoptant des modèles nationaux innovants de prestation de services de prise en charge du VIH, y compris les dépistages à l'initiative du soignant et les programmes de traitement antirétroviral initiés par le personnel infirmier.



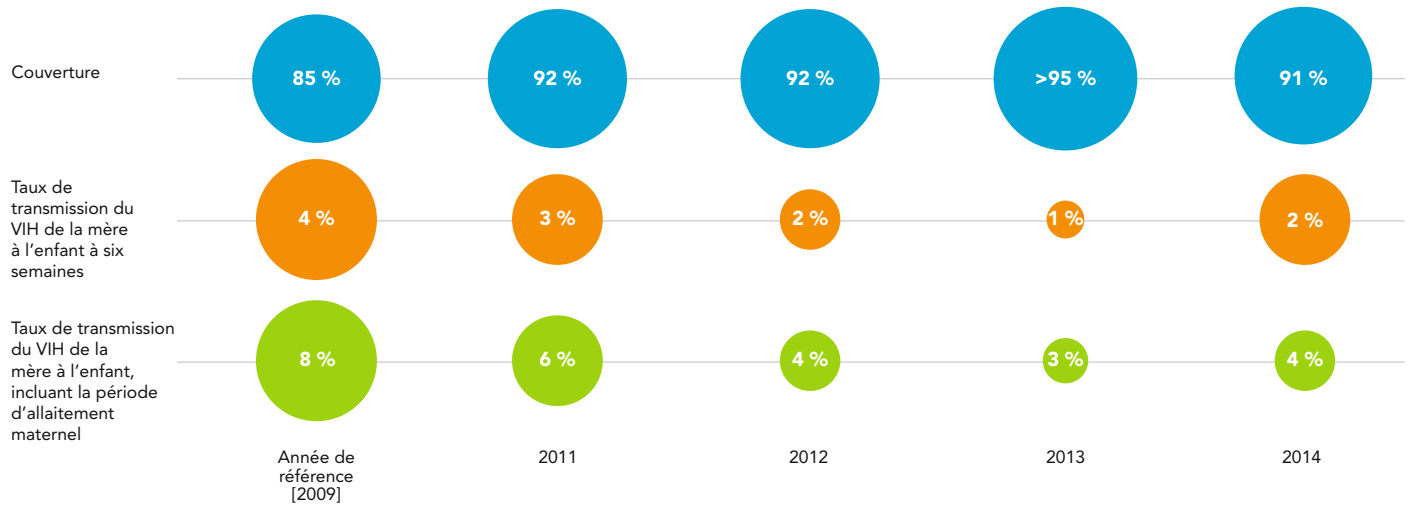
Le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants (0 à 14 ans)



Pourcentage d'enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH qui ont accès à un traitement antirétroviral



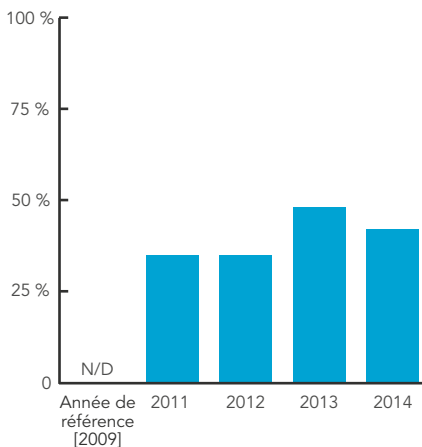
L'augmentation de la couverture des médicaments antirétroviraux a entraîné une baisse des taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant



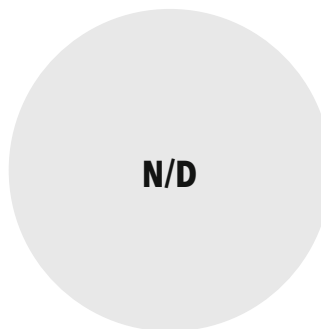
Le nombre de femmes (15 à 49 ans) contractant le VIH a diminué de 5 % depuis 2009



Pourcentage de nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH recevant un dépistage virologique avant l'âge de deux mois



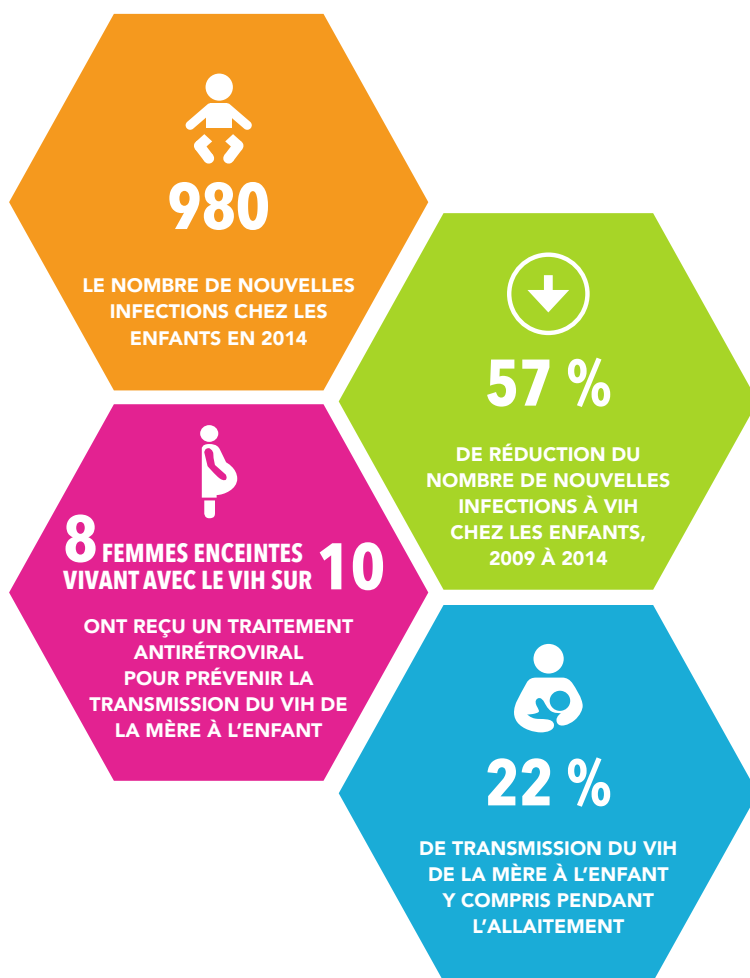
Pourcentage des besoins non satisfaits pour le planning familial



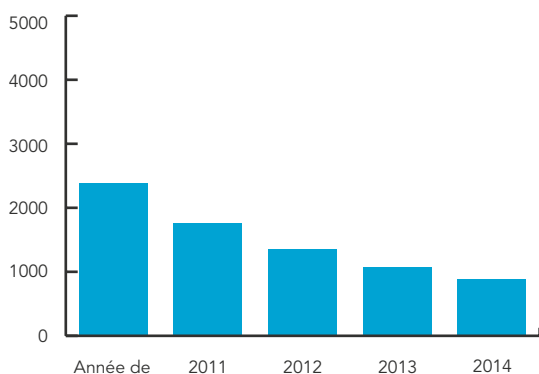
Source : Estimations ONUSIDA 2014, sauf indication contraire. Chaque année, les pays actualisent leurs estimations sur le VIH, y compris les tendances historiques de ces estimations. Les résultats de 2014 reflètent les données actualisées des programmes de surveillance et des modèles améliorés. Les estimations de 2014 sont susceptibles de différer des estimations produites au cours des années précédentes et sont censées être plus précises. La couverture du traitement antirétroviral pédiatrique est basé sur tous les enfants vivant avec le VIH, alors que les années précédentes, elle était restreinte aux enfants admissibles à un traitement antirétroviral.

BURUNDI

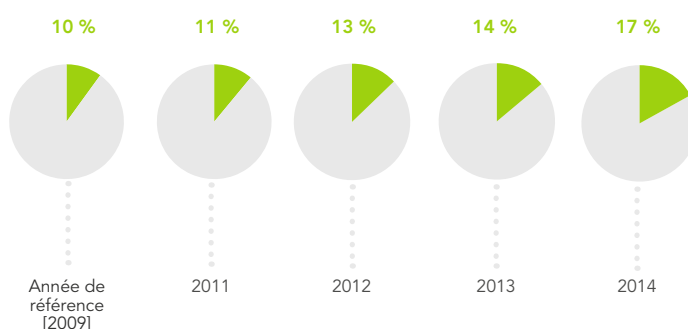
Le Burundi a connu moins de 1000 nouvelles infections chez l'enfant en 2014. Le pays utilise actuellement l'Option B comme régime de traitement antirétroviral ; la mise en œuvre de l'Option B+ est en cours de développement, avec une mise en place précoce et un pilotage par des centres sélectionnés. Depuis 2009, le Burundi a connu une réduction de 46 % du nombre de nouveaux cas d'infection chez les femmes (15 à 49 ans), le plus élevés parmi les pays ciblés. En 2014, 78 % des femmes enceintes vivant avec le VIH ont reçu des médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant. Des défis sont encore présents pour soutenir l'accès aux médicaments antirétroviraux pour les nouvelles mamans tout au long de la période d'allaitement maternel, comme indique l'augmentation de taux de transmission verticale qui passe de 5 % à la naissance à 22 % après la fin de l'allaitement maternel. Le diagnostic et le traitement pédiatriques restent des domaines à améliorer et à renforcer ; seulement 13 % des enfants exposés au VIH ont reçu un diagnostic précoce du nourrisson et 17 % des enfants diagnostiqués (0 à 14 ans) ont reçu un traitement antirétroviral.



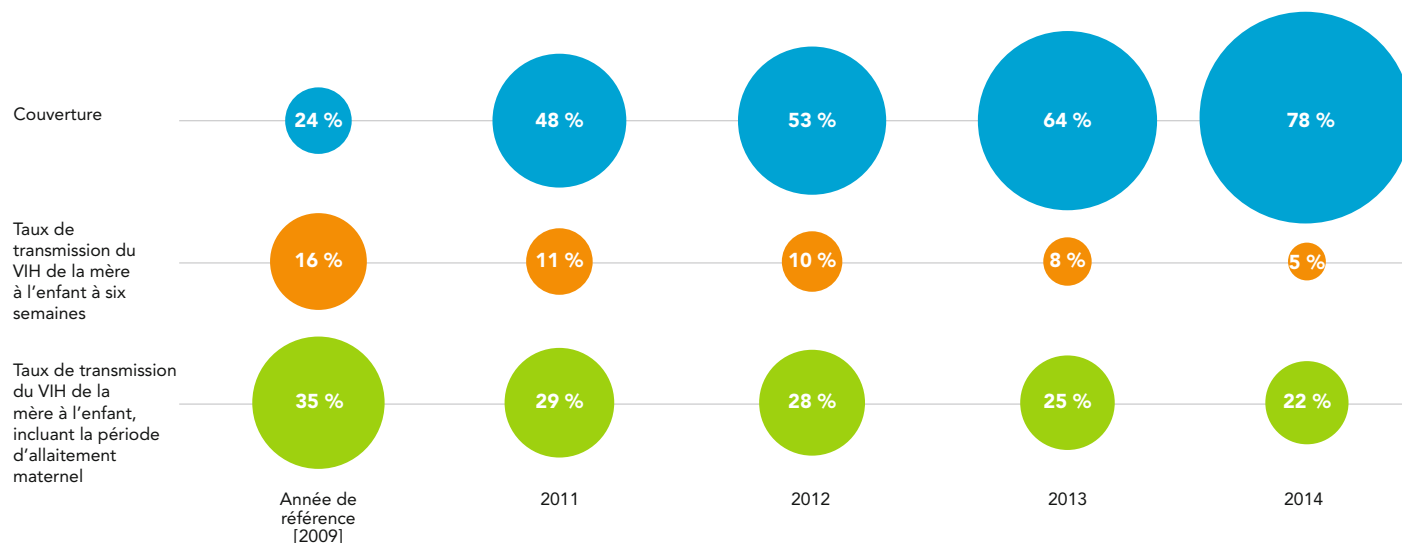
Le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants (0 à 14 ans)



Pourcentage d'enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH qui ont accès à un traitement antirétroviral



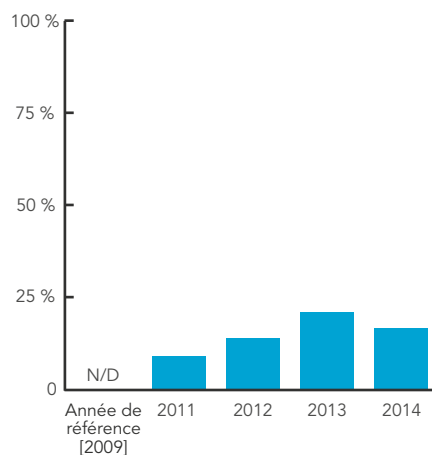
L'augmentation de la couverture des médicaments antirétroviraux a entraîné une baisse des taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant



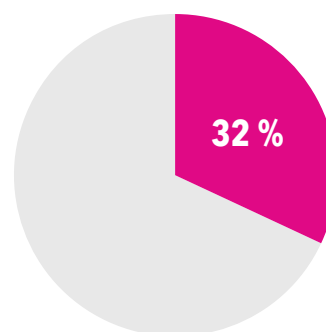
Le nombre de femmes (15 à 49 ans) contractant le VIH a diminué de 46 % depuis 2009



Pourcentage de nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH recevant un dépistage virologique avant l'âge de deux mois



Pourcentage des besoins non satisfaits pour le planning familial

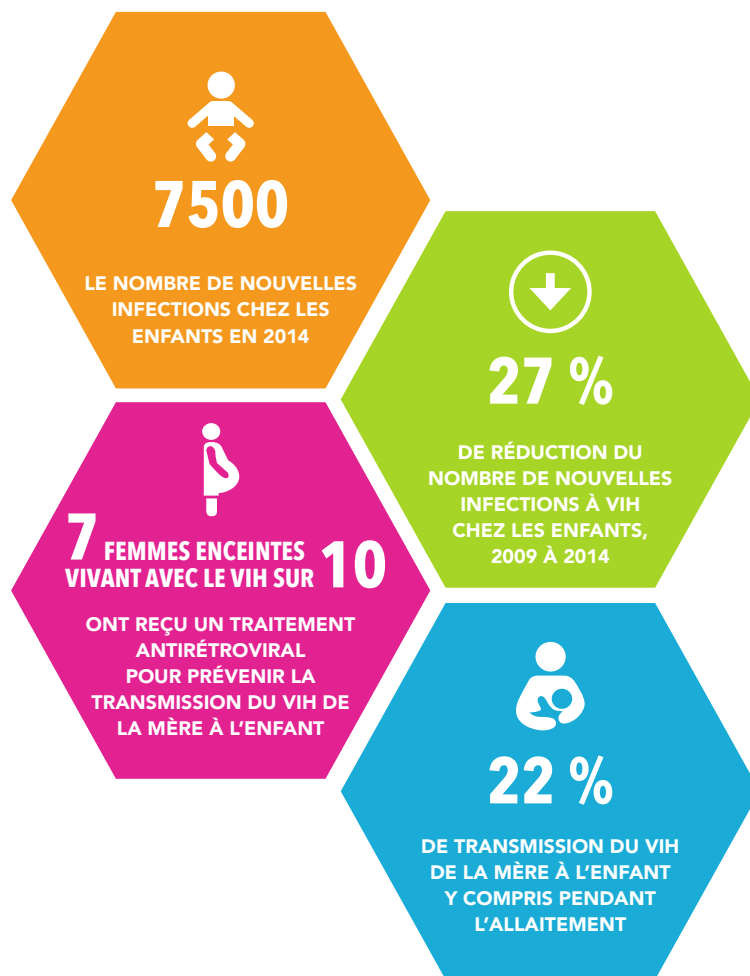


Source : Enquête démographique et de santé, 2010, toutes les femmes actuellement mariées âgées de 15 à 49 ans

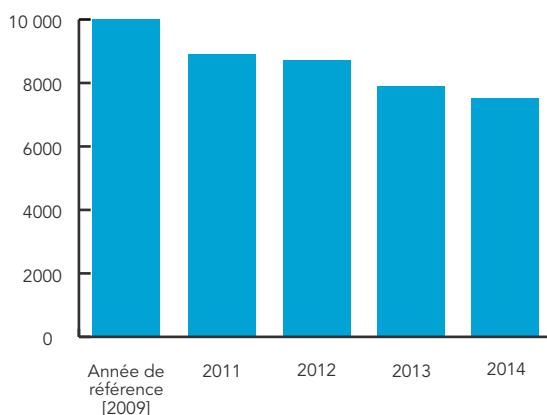
Source : Estimations ONUSIDA 2014, sauf indication contraire. Chaque année, les pays actualisent leurs estimations sur le VIH, y compris les tendances historiques de ces estimations. Les résultats de 2014 reflètent les données actualisées des programmes de surveillance et des modèles améliorés. Les estimations de 2014 sont susceptibles de différer des estimations produites au cours des années précédentes et sont censées être plus précises. La couverture du traitement antirétroviral pédiatrique est basé sur tous les enfants vivant avec le VIH, alors que les années précédentes, elle était restreinte aux enfants admissibles à un traitement antirétroviral.

CAMEROUN

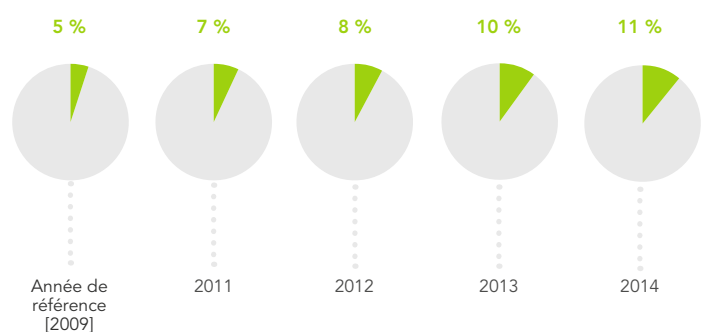
Le Cameroun a vu une baisse modérée de 27 % du nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants depuis 2009. Le pays élabore actuellement des plans opérationnels de déploiement de l'Option B+, avec une mise en place précoce et un pilotage par des centres sélectionnés. Des défis demeurent pour maintenir les femmes sous médicaments antirétroviraux tout au long de la période d'allaitement, en effet, le taux final de transmission de la mère à l'enfant passe de 8 % à six semaines à 22 % à la fin de la période d'allaitement maternel. Le diagnostic et le traitement pédiatriques sont aussi des domaines d'attention soutenue : en 2014, 32 % des nourrissons exposés au VIH ont reçu un diagnostic infantile précoce pour le VIH, et seulement 11 % des enfants vivant avec le VIH ont reçu un traitement antirétroviral. Le Cameroun diversifie ses programmes avec : l'utilisation des téléphones mobiles pour envoyer les résultats des tests de dépistage du VIH aux utilisateurs, la formation des animateurs de radio communautaire pour parler des ressources disponibles pour l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants et le renforcement du lien entre les établissements de santé qui fournissent ces services et les activités des secteurs non sanitaires (tels que les chefs religieux).



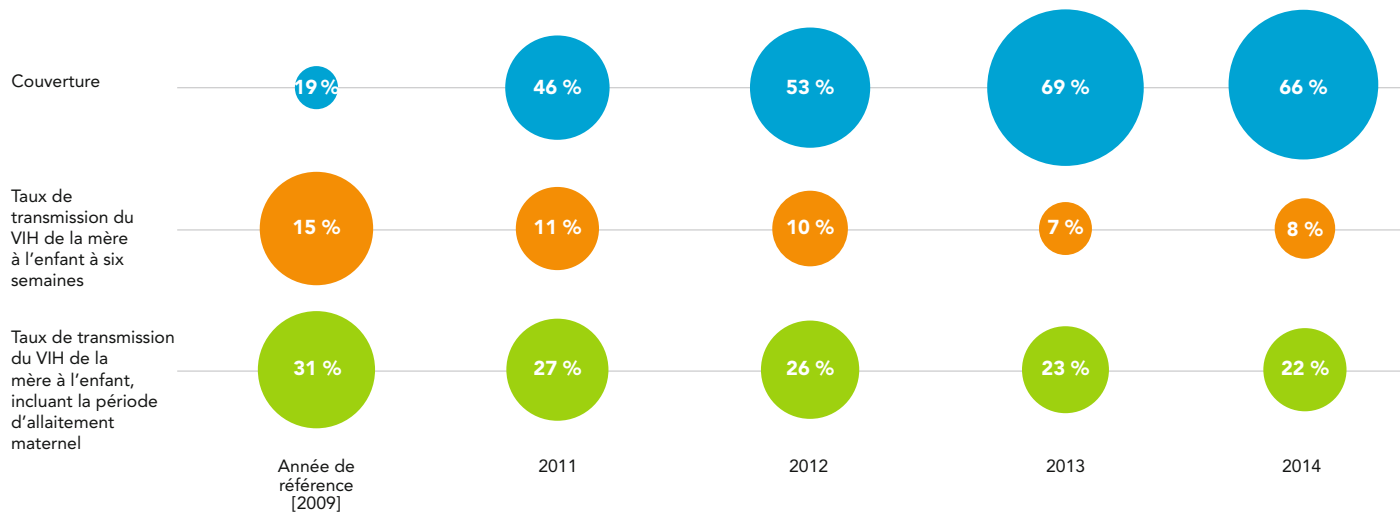
Le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants (0 à 14 ans)



Pourcentage d'enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH qui ont accès à un traitement antirétroviral



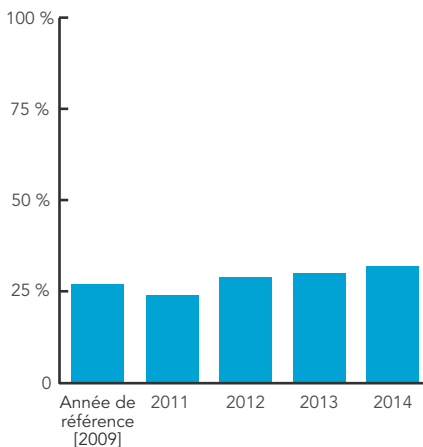
L'augmentation de la couverture des médicaments antirétroviraux a entraîné une baisse des taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant



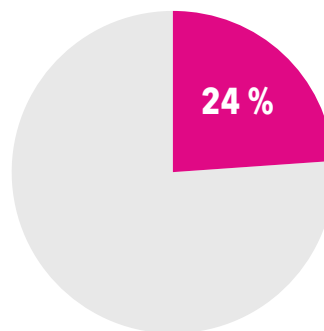
Le nombre de femmes (15 à 49 ans) contractant le VIH a augmenté de 2 % depuis 2009



Pourcentage de nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH recevant un dépistage virologique avant l'âge de deux mois



Pourcentage des besoins non satisfaits pour le planning familial

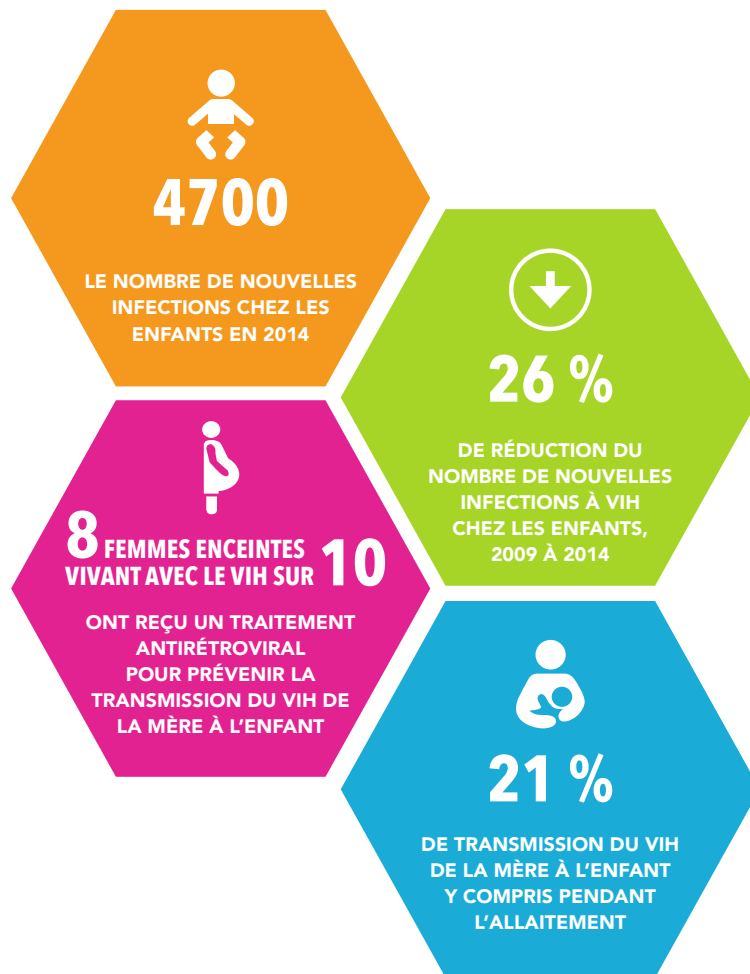


Source : Enquête démographique et de santé, 2011, toutes les femmes actuellement mariées âgées de 15 à 49 ans

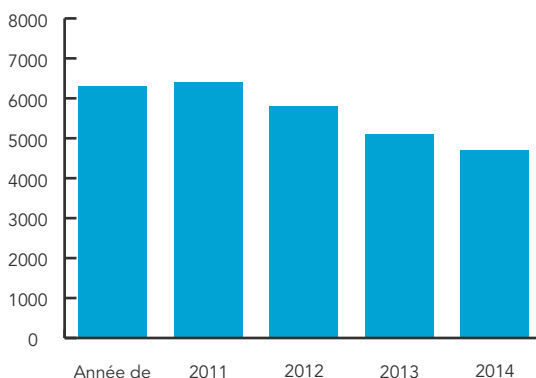
Source : Estimations ONUSIDA 2014, sauf indication contraire. Chaque année, les pays actualisent leurs estimations sur le VIH, y compris les tendances historiques de ces estimations. Les résultats de 2014 reflètent les données actualisées des programmes de surveillance et des modèles améliorés. Les estimations de 2014 sont susceptibles de différer des estimations produites au cours des années précédentes et sont censées être plus précises. La couverture du traitement antirétroviral pédiatrique est basé sur tous les enfants vivant avec le VIH, alors que les années précédentes, elle était restreinte aux enfants admissibles à un traitement antirétroviral.

CÔTE D'IVOIRE

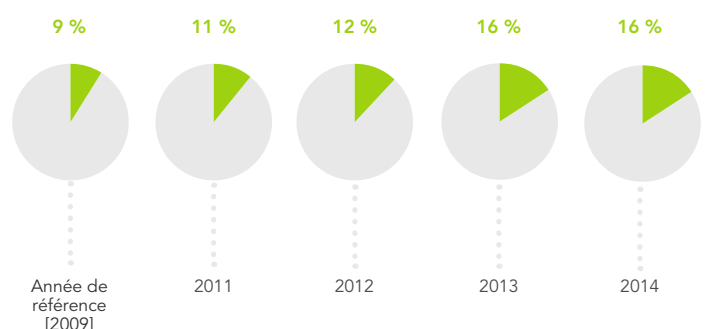
La Côte d'Ivoire utilise actuellement l'Option B comme politique nationale pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et maintenir leurs mères en vie. Le pays a réalisé des progrès constants pour fournir l'accès aux médicaments antirétroviraux aux femmes enceintes vivant avec le VIH, avec une couverture de 80 % en 2014. Cela se rapproche de l'objectif du Plan mondial de 90 % de couverture. Les nouvelles infections pédiatriques ont également diminuées de 26 % depuis 2009, bien que le nombre de nouvelles infections chez les femmes (15 à 49 ans) soit resté relativement stable. Des défis demeurent pour maintenir les femmes sous médicaments antirétroviraux tout au long de la période d'allaitement, en effet, le taux final de transmission de la mère à l'enfant passe de 5 % à six semaines à 21 % à la fin de la période d'allaitement maternel. Le diagnostic et le traitement pédiatriques restent des domaines recevant une plus grande attention, avec la couverture de diagnostic infantile précoce s'élevant à 40 % en 2014 (contre 15 % en 2013). En 2014, on estime que 16 % des enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH recevaient un traitement antirétroviral.



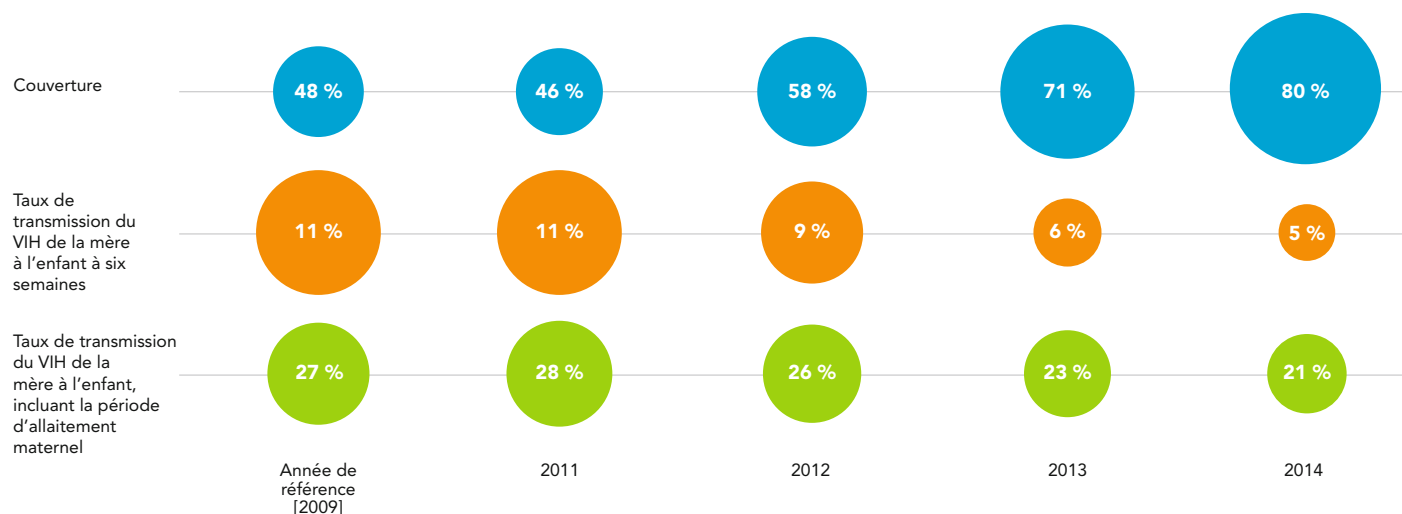
Le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants (0 à 14 ans)



Pourcentage d'enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH qui ont accès à un traitement antirétroviral



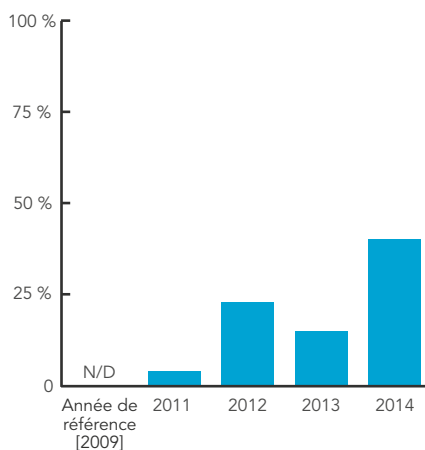
L'augmentation de la couverture des médicaments antirétroviraux a entraîné une baisse des taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant



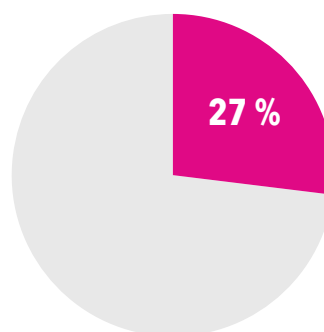
Le nombre de femmes (15 à 49 ans) contractant le VIH s'est stabilisé depuis 2009



Pourcentage de nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH recevant un dépistage virologique avant l'âge de deux mois



Pourcentage des besoins non satisfaits pour le planning familial

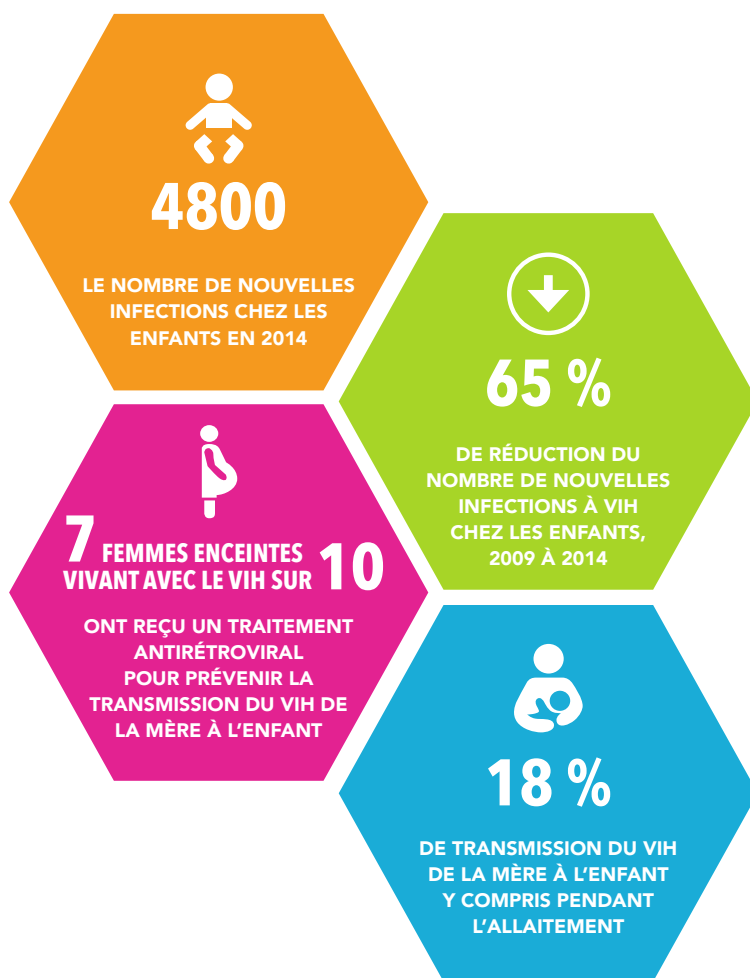


Source : Enquête démographique et de santé, 2012, toutes les femmes actuellement mariées âgées de 15 à 49 ans

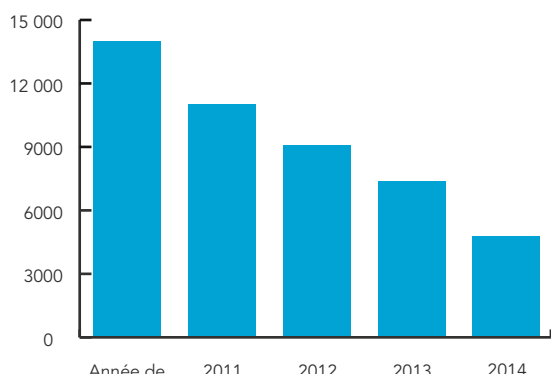
Source : Estimations ONUSIDA 2014, sauf indication contraire. Chaque année, les pays actualisent leurs estimations sur le VIH, y compris les tendances historiques de ces estimations. Les résultats de 2014 reflètent les données actualisées des programmes de surveillance et des modèles améliorés. Les estimations de 2014 sont susceptibles de différer des estimations produites au cours des années précédentes et sont censées être plus précises. La couverture du traitement antirétroviral pédiatrique est basé sur tous les enfants vivant avec le VIH, alors que les années précédentes, elle était restreinte aux enfants admissibles à un traitement antirétroviral.

ÉTHIOPIE

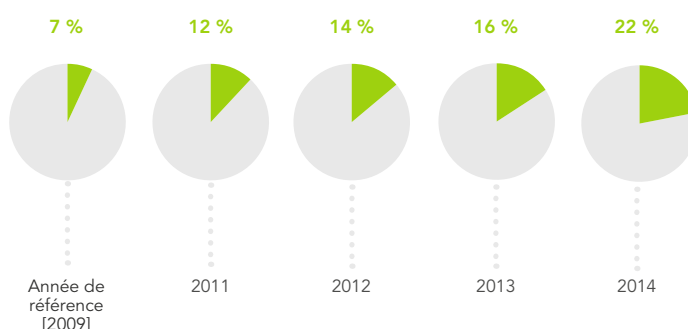
L'Éthiopie utilise l'Option B+ comme politique nationale de prévention des nouvelles infections à VIH chez les enfants et de maintien de leurs mères en vie. Le pays a fait des progrès importants : amélioration du pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui reçoivent des médicaments antirétroviraux passant de 64 % en 2013 à 73 % en 2014 et réduction de 65 % de l'incidence des nouvelles infections à VIH chez les enfants depuis 2009. Des défis demeurent pour maintenir les femmes sous médicaments antirétroviraux tout au long de la période d'allaitement, en effet, le taux final de transmission de la mère à l'enfant passe de 6% à six semaines à 18% à la fin de la période d'allaitement maternel. En 2014, 25 % des nourrissons exposés au VIH ont reçu un diagnostic infantile précoce pour le VIH, et 22 % des enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH ont reçu un traitement antirétroviral. La mise en œuvre par l'Éthiopie d'un nouveau Programme durable de vulgarisation sanitaire renforce les services de santé communautaires et augmente le nombre de points de prestation de service, avec son cadre de plus 38 000 agents de vulgarisation sanitaire.



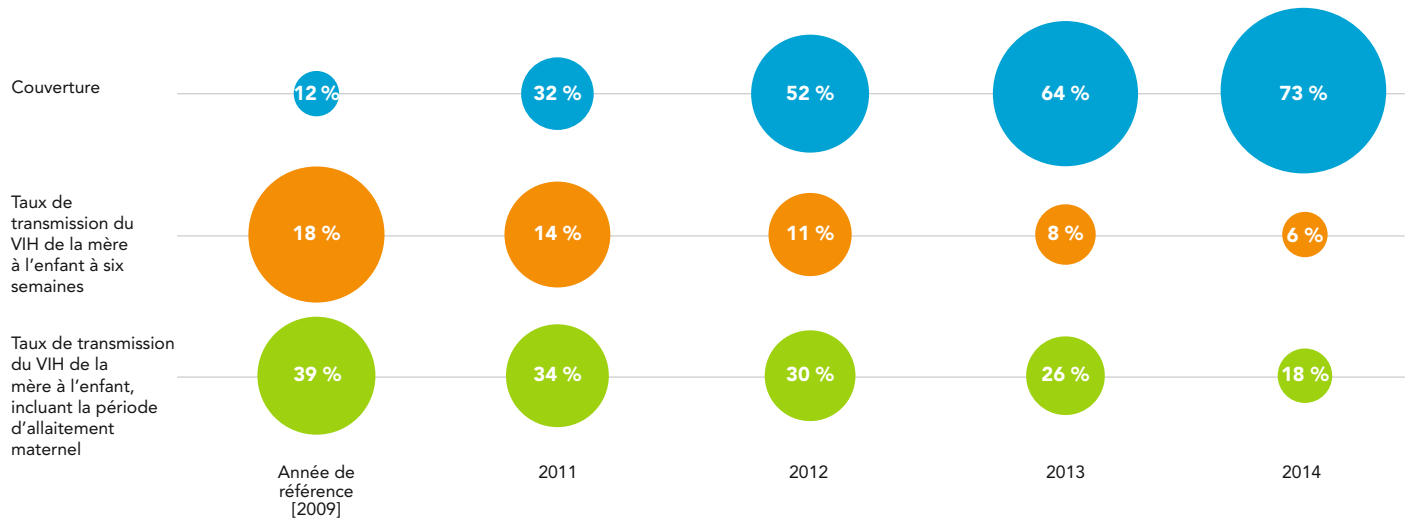
Le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants (0 à 14 ans)



Pourcentage d'enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH qui ont accès à un traitement antirétroviral



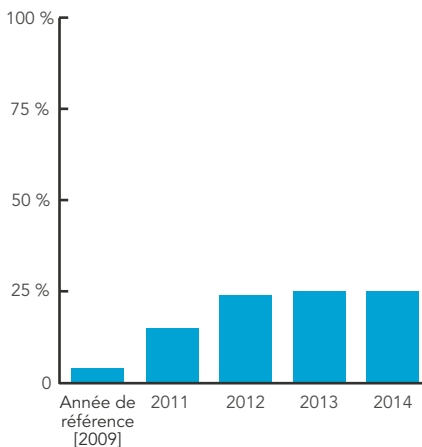
L'augmentation de la couverture des médicaments antirétroviraux a entraîné une baisse des taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant



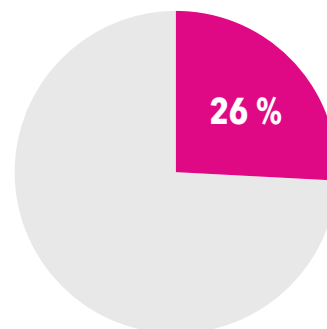
Le nombre de femmes (15 à 49 ans) contractant le VIH a doublé depuis 2009



Pourcentage de nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH recevant un dépistage virologique avant l'âge de deux mois



Pourcentage des besoins non satisfaits pour le planning familial

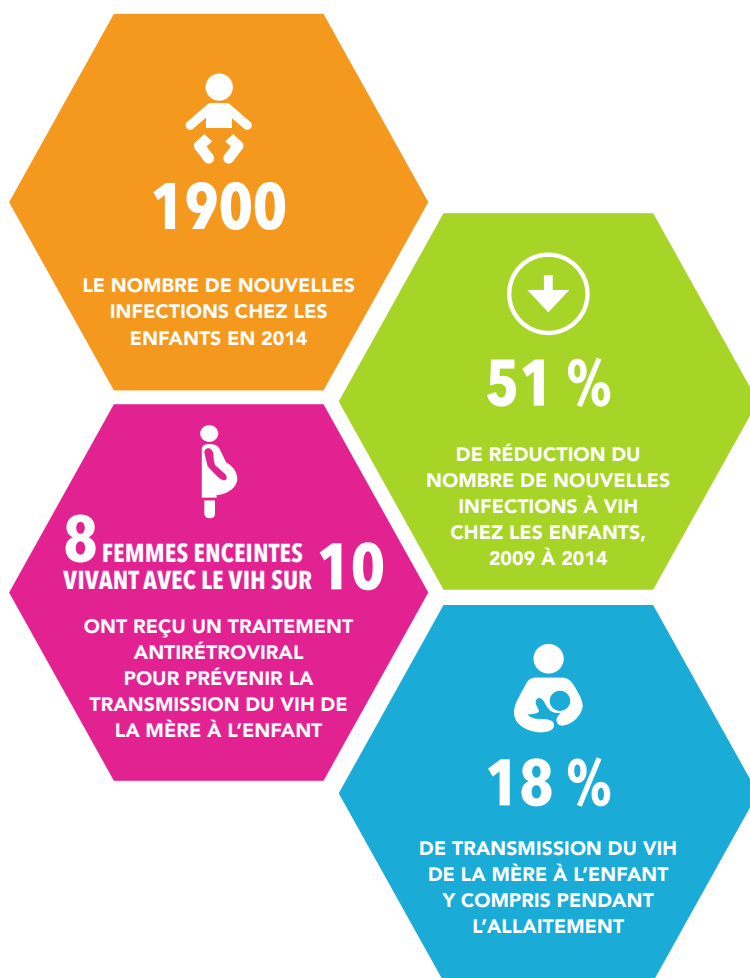


Source : enquête démographique et de santé, 2011 toutes les femmes actuellement mariées âgées de 15 à 49 ans

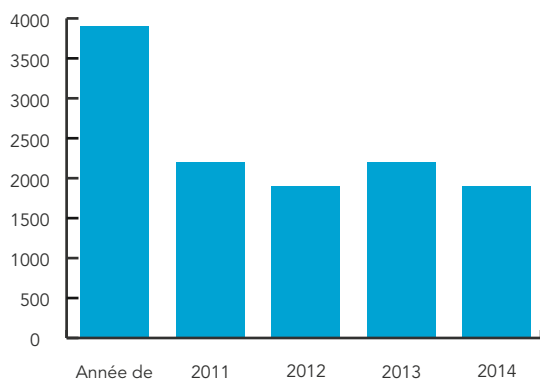
Source : Estimations ONUSIDA 2014, sauf indication contraire. Chaque année, les pays actualisent leurs estimations sur le VIH, y compris les tendances historiques de ces estimations. Les résultats de 2014 reflètent les données actualisées des programmes de surveillance et des modèles améliorés. Les estimations de 2014 sont susceptibles de différer des estimations produites au cours des années précédentes et sont censées être plus précises. La couverture du traitement antirétroviral pédiatrique est basé sur tous les enfants vivant avec le VIH, alors que les années précédentes, elle était restreinte aux enfants admissibles à un traitement antirétroviral.

GHANA

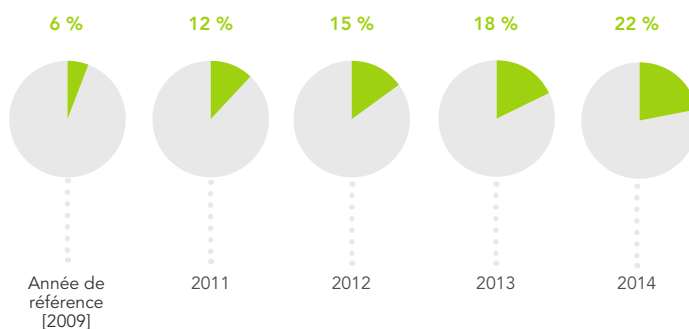
Le Ghana utilise actuellement la stratégie de l'Option B comme politique nationale de prévention des nouvelles infections à VIH chez les enfants. Depuis 2009, le Ghana a réduit le nombre de nouvelles infections pédiatriques de 51 % ; en 2014, il y a eu 1900 nouvelles infections à VIH pédiatriques. Chez les femmes enceintes vivant avec le VIH dans le pays, 81 % reçoivent des médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission verticale. Des défis demeurent pour maintenir les femmes sous médicaments antirétroviraux tout au long de la période d'allaitement maternel, en effet, le taux de transmission verticale passe de 4 % à six semaines à 18 % à la fin de la période d'allaitement maternel. Cela indique qu'il faut un soutien accru pour la rétention et l'observance chez les nouvelles mères au cours de la période d'allaitement maternel. Le diagnostic et le traitement pédiatriques sont aussi des domaines d'attention soutenue : en 2014, 28 % des nourrissons exposés au VIH ont reçu un diagnostic infantile précoce pour le VIH avant l'âge de deux mois, et seulement 22 % de tous les enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH ont reçu un traitement antirétroviral.



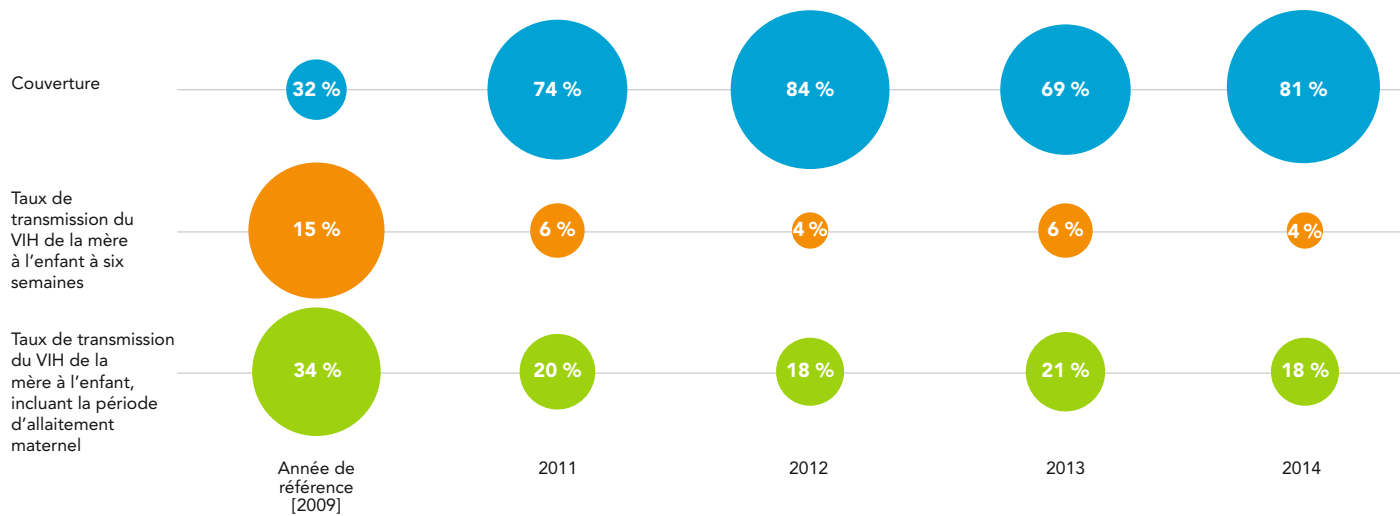
Le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants (0 à 14 ans)



Pourcentage d'enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH qui ont accès à un traitement antirétroviral



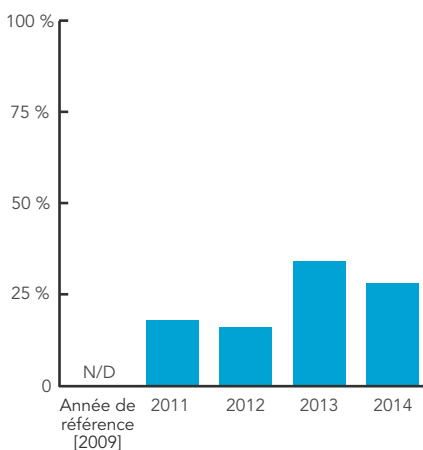
L'augmentation de la couverture des médicaments antirétroviraux a entraîné une baisse des taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant



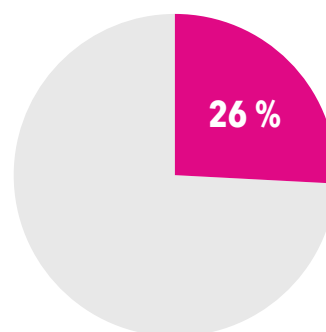
Le nombre de femmes (15 à 49 ans) contractant le VIH a diminué de 24 % depuis 2009



Pourcentage de nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH recevant un dépistage virologique avant l'âge de deux mois



Pourcentage des besoins non satisfaits pour le planning familial

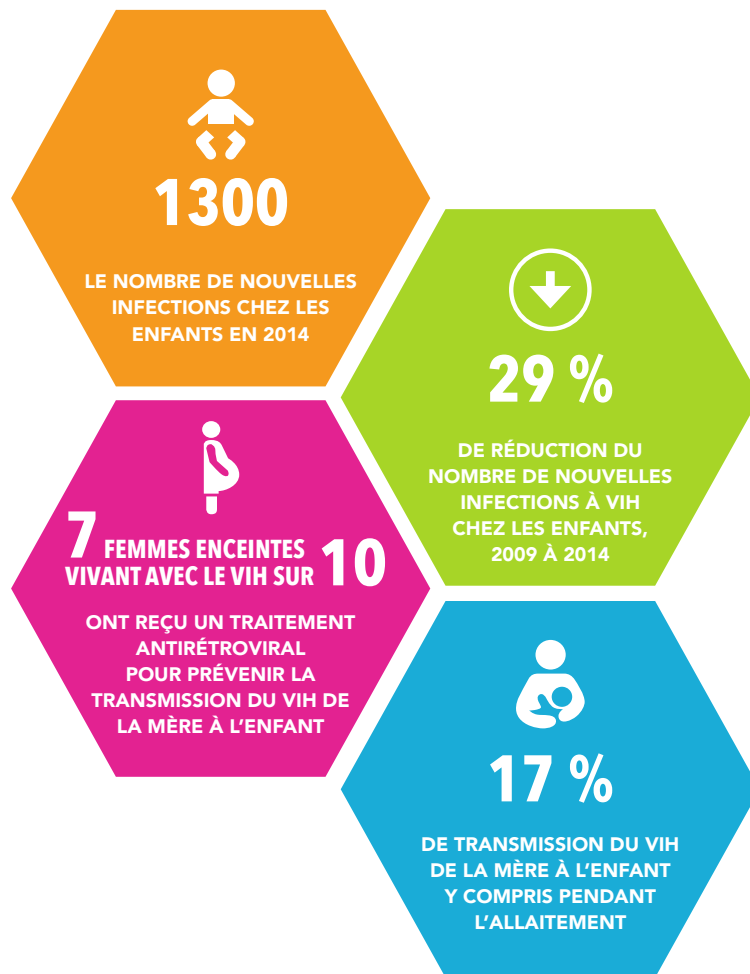


Source : Enquête démographique et de santé, 2011. Toutes les femmes actuellement mariées âgées de 15 à 49 ans

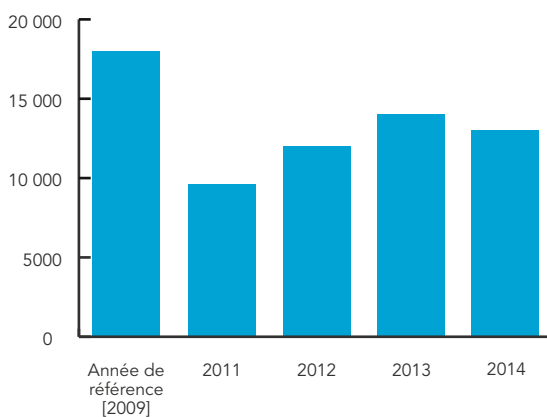
Source : Estimations ONUSIDA 2014, sauf indication contraire. Chaque année, les pays actualisent leurs estimations sur le VIH, y compris les tendances historiques de ces estimations. Les résultats de 2014 reflètent les données actualisées des programmes de surveillance et des modèles améliorés. Les estimations de 2014 sont susceptibles de différer des estimations produites au cours des années précédentes et sont censées être plus précises. La couverture du traitement antirétroviral pédiatrique est basé sur tous les enfants vivant avec le VIH, alors que les années précédentes, elle était restreinte aux enfants admissibles à un traitement antirétroviral.

KENYA

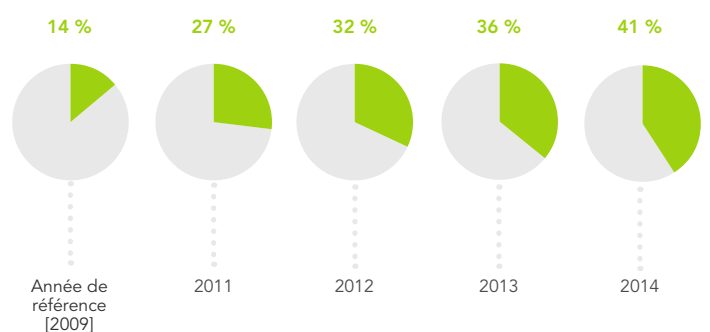
Le Kenya a réduit de 29 % le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants depuis 2009. Environ 67 % des femmes enceintes vivant avec le VIH reçoivent des médicaments antirétroviraux, et la mise en place à l'échelle nationale de l'Option B+ de traitement à vie est en cours. Des défis demeurent pour maintenir les femmes sous médicaments antirétroviraux tout au long de la période d'allaitement, en effet, le taux de transmission de la mère à l'enfant passe de 7 % à six semaines à 17 % à la fin de la période d'allaitement maternel. Les soins pédiatriques sont en hausse, 72 % des nourrissons exposés au VIH ont reçu un diagnostic infantile précoce pour le VIH, et 41 % des enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH ont reçu un traitement antirétroviral. La suppression des frais d'utilisation de maternité a conduit à une augmentation de 50 % des accouchements en établissements sanitaires, et une Initiative d'intervention rapide pour identifier et réinscrire les femmes enceintes vivant avec le VIH qui étaient perdues de vue figurent parmi les innovations qui ont été entreprises dans le pays.



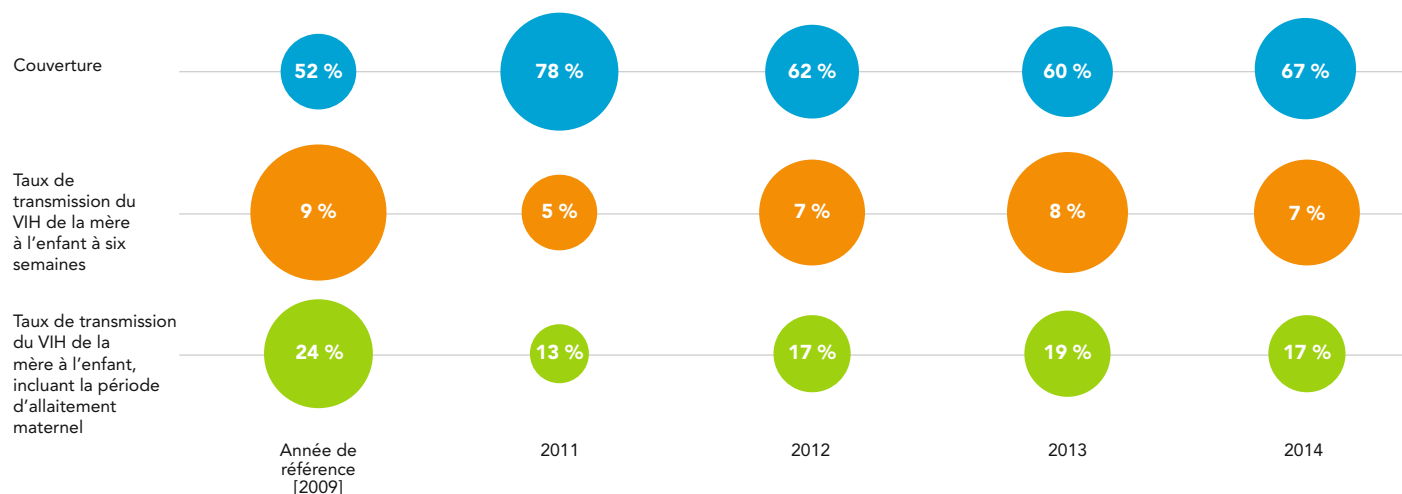
Le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants (0 à 14 ans)



Pourcentage d'enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH qui ont accès à un traitement antirétroviral



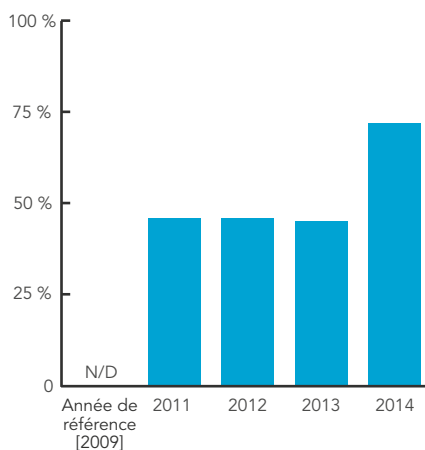
L'augmentation de la couverture des médicaments antirétroviraux a entraîné une baisse des taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant



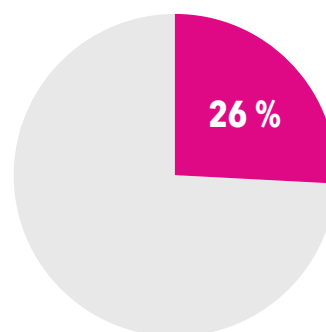
Le nombre de femmes (15 à 49 ans) contractant le VIH s'est stabilisé depuis 2009



Pourcentage de nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH recevant un dépistage virologique avant l'âge de deux mois



Pourcentage des besoins non satisfaits pour le planning familial

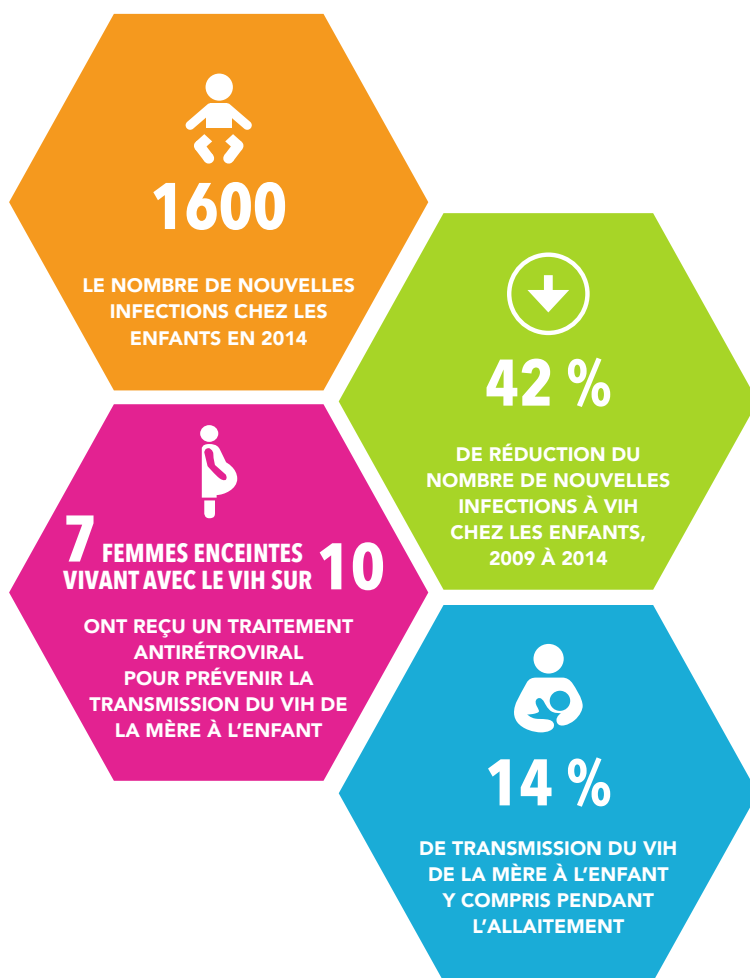


Source : enquête démographique et de santé, 2009 toutes les femmes actuellement mariées âgées de 15 à 49 ans

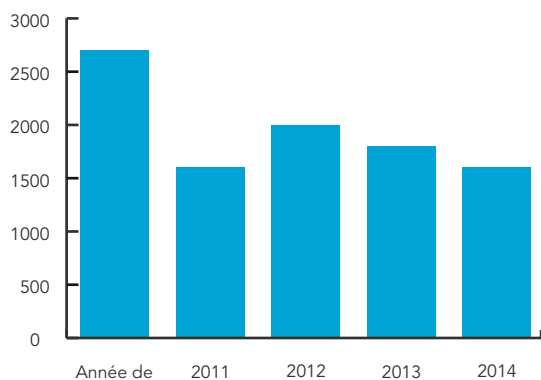
Source : Estimations ONUSIDA 2014, sauf indication contraire. Chaque année, les pays actualisent leurs estimations sur le VIH, y compris les tendances historiques de ces estimations. Les résultats de 2014 reflètent les données actualisées des programmes de surveillance et des modèles améliorés. Les estimations de 2014 sont susceptibles de différer des estimations produites au cours des années précédentes et sont censées être plus précises. La couverture du traitement antirétroviral pédiatrique est basé sur tous les enfants vivant avec le VIH, alors que les années précédentes, elle était restreinte aux enfants admissibles à un traitement antirétroviral.

LESOTHO

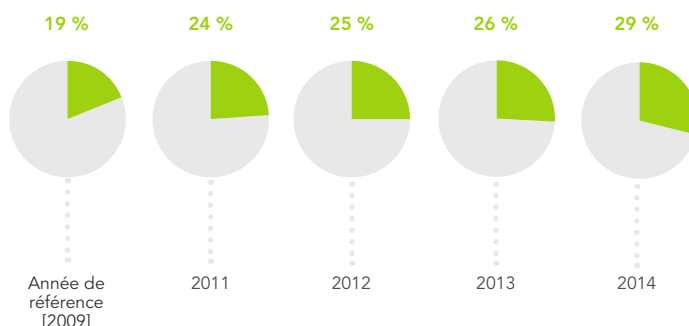
Le Lesotho a réduit de 42 % le nombre de nouvelles infections pédiatriques depuis 2009, avec une estimation de 1600 nouvelles infections à VIH pédiatriques en 2014. Le pays utilise actuellement l'Option B comme politique nationale pour prévenir les nouvelles infections à VIH chez les enfants et maintenir leurs mères en vie. En 2014, 72 % des femmes enceintes vivant avec le VIH ont reçu des médicaments antirétroviraux, mais les défis demeurent pour le maintien des femmes sous traitement pendant toute la durée de l'allaitement : en effet, le taux de 6 % de transmission de la mère à l'enfant de six semaines s'élève à 14 % quand l'allaitement maternel prend fin. Le diagnostic et le traitement pédiatriques sont aussi des domaines d'attention soutenue : en 2014, plus de la moitié des nourrissons exposés au VIH ont reçu un diagnostic infantile précoce pour le VIH avant l'âge de deux mois, et seulement 29 % des enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH ont reçu un traitement antirétroviral.



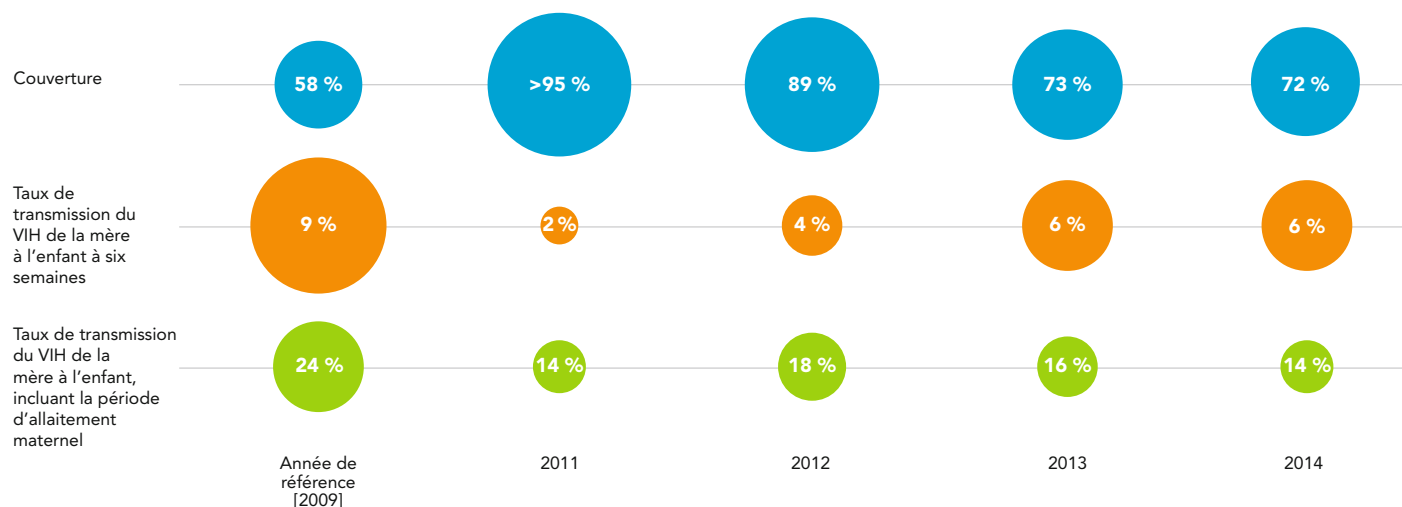
Le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants (0 à 14 ans)



Pourcentage d'enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH qui ont accès à un traitement antirétroviral



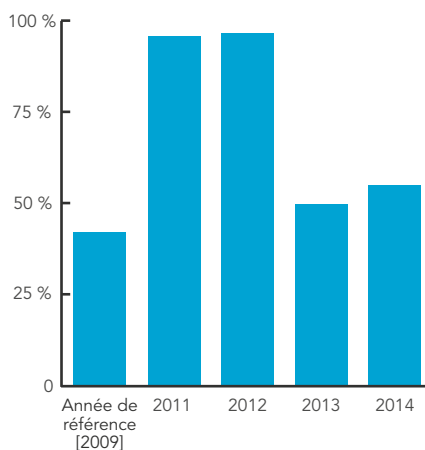
L'augmentation de la couverture des médicaments antirétroviraux a entraîné une baisse des taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant



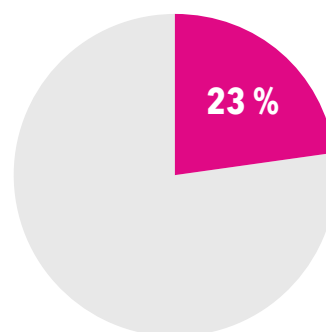
Le nombre de femmes (15 à 49 ans) contractant le VIH a diminué de 8 % depuis 2009



Pourcentage de nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH recevant un dépistage virologique avant l'âge de deux mois



Pourcentage des besoins non satisfaits pour le planning familial

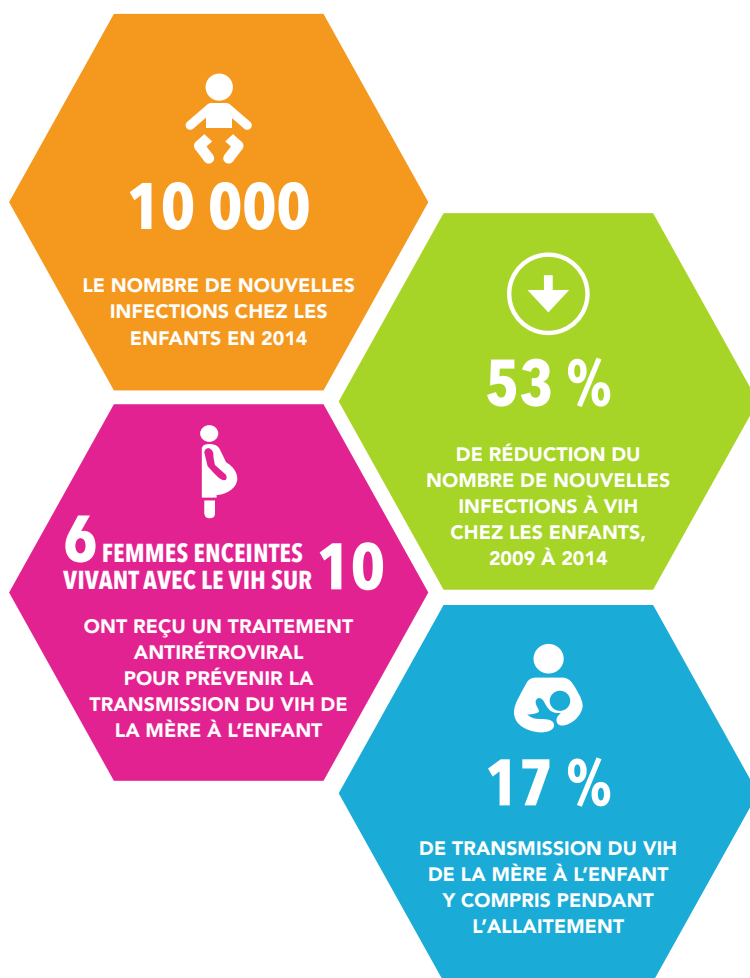


Source : Enquête démographique et de santé, 2009. toutes les femmes actuellement mariées âgées de 15 à 49 ans

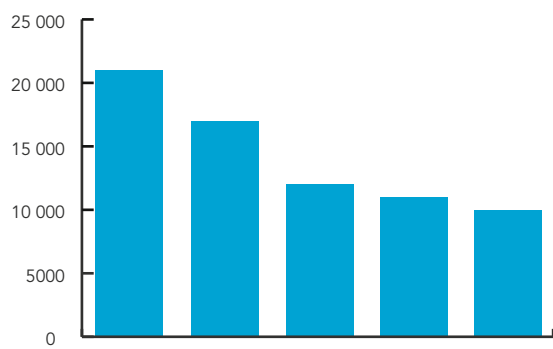
Source : Estimations ONUSIDA 2014, sauf indication contraire. Chaque année, les pays actualisent leurs estimations sur le VIH, y compris les tendances historiques de ces estimations. Les résultats de 2014 reflètent les données actualisées des programmes de surveillance et des modèles améliorés. Les estimations de 2014 sont susceptibles de différer des estimations produites au cours des années précédentes et sont censées être plus précises. La couverture du traitement antirétroviral pédiatrique est basé sur tous les enfants vivant avec le VIH, alors que les années précédentes, elle était restreinte aux enfants admissibles à un traitement antirétroviral.

MALAWI

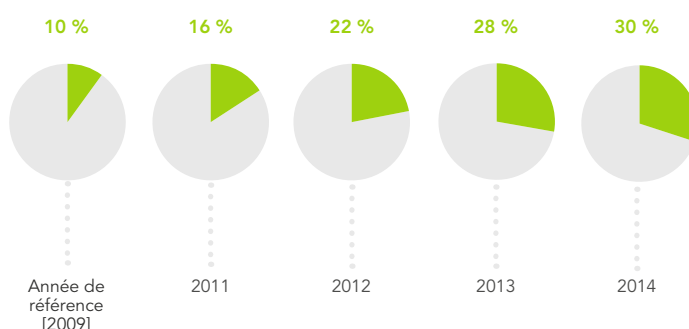
Depuis 2009, le Malawi a connu une baisse de 53 % du nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants (0 à 14 ans). Le pays a vu une baisse du nombre de nouvelles infections à VIH chez les femmes (15 à 49 ans) : 32 % depuis 2009. Le Malawi a adopté l'Option B+ comme politique nationale en 2011 et depuis lors, le pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui reçoivent des médicaments antirétroviraux pour prévenir de nouvelles infections à VIH chez les enfants et garder leurs mères en vie est passé de 20 % en 2009 à 64 % en 2014. Un système de communication mobile a également été introduit pour rappeler aux femmes de se présenter à leur rendez-vous à la clinique. Les domaines d'attention soutenue comprennent la mise en place sur une plus grande échelle du diagnostic infantile précoce et du traitement pédiatrique contre le VIH, car seulement 18 % des nourrissons ont reçu un test diagnostic infantile précoce avant l'âge de deux mois, et seulement 30 % des enfants vivant avec le VIH ont reçu un traitement en 2014.



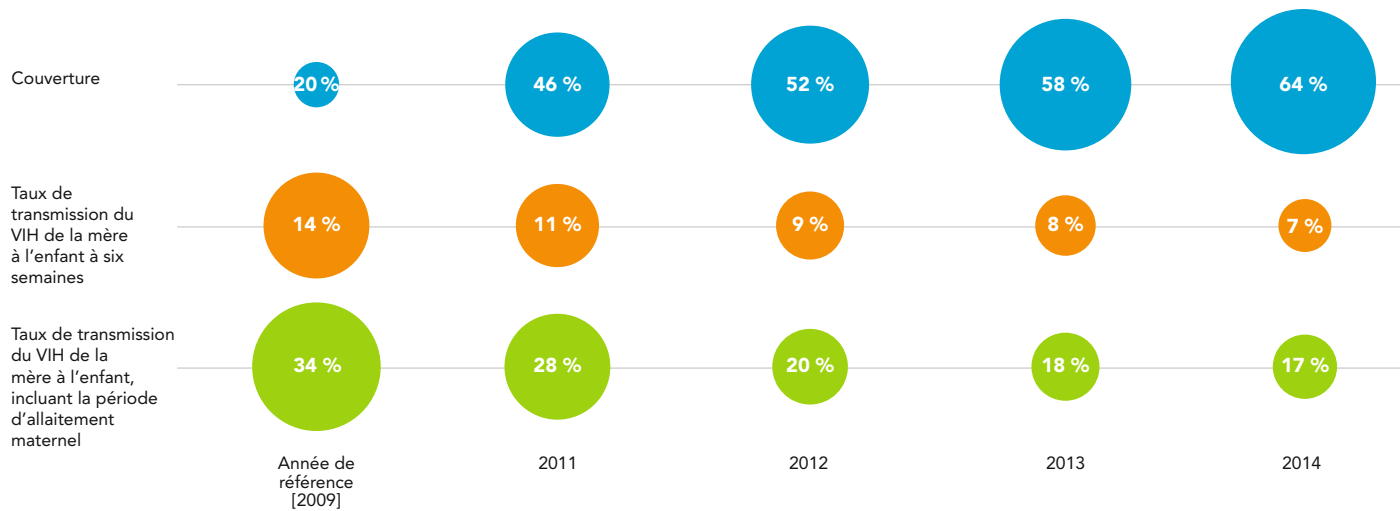
Le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants (0 à 14 ans)



Pourcentage d'enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH qui ont accès à un traitement antirétroviral



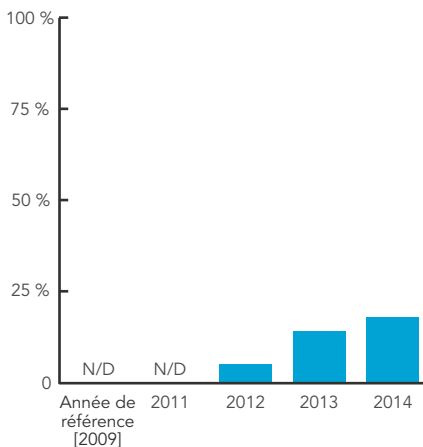
L'augmentation de la couverture des médicaments antirétroviraux a entraîné une baisse des taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant



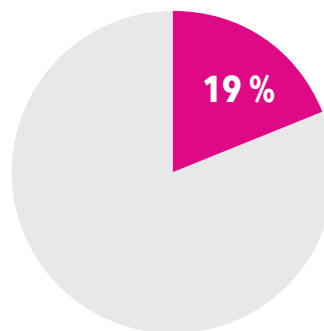
Le nombre de femmes (15 à 49 ans) contractant le VIH a diminué de 32 % depuis 2009



Pourcentage de nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH recevant un dépistage virologique avant l'âge de deux mois



Pourcentage des besoins non satisfaits pour le planning familial

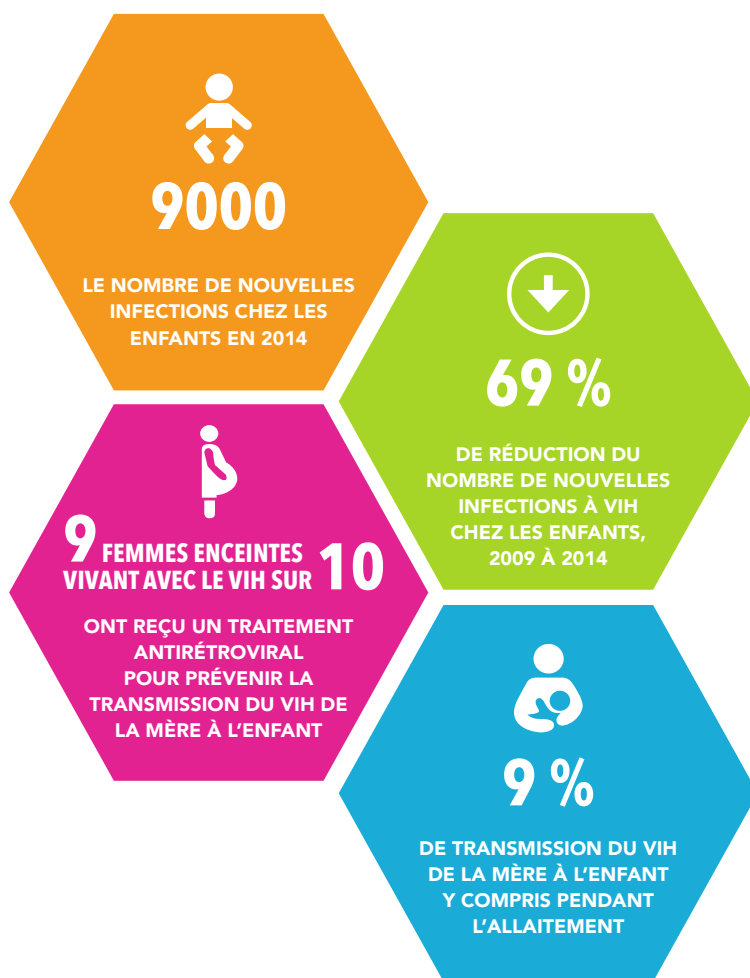


Source : Enquête en grappes à indicateurs multiples, 2014. toutes les femmes actuellement mariées âgées de 15 à 49 ans

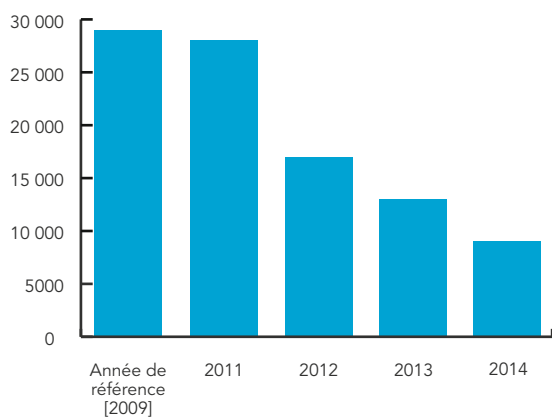
Source : Estimations ONUSIDA 2014, sauf indication contraire. Chaque année, les pays actualisent leurs estimations sur le VIH, y compris les tendances historiques de ces estimations. Les résultats de 2014 reflètent les données actualisées des programmes de surveillance et des modèles améliorés. Les estimations de 2014 sont susceptibles de différer des estimations produites au cours des années précédentes et sont censées être plus précises. La couverture du traitement antirétroviral pédiatrique est basé sur tous les enfants vivant avec le VIH, alors que les années précédentes, elle était restreinte aux enfants admissibles à un traitement antirétroviral.

MOZAMBIQUE

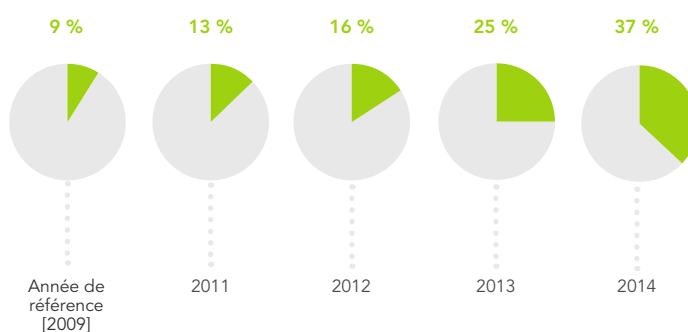
Le Mozambique a connu une réduction de 69 % des nouvelles infections à VIH chez les enfants depuis 2009. En 2014, le pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant a été estimé à 91 %, ce qui fait du Mozambique, un des sept pays qui ont atteint l'objectif du Plan mondial de 90 % de couverture des femmes enceintes. Le pays intensifie actuellement les programmes de l'Option B+ dans plusieurs régions et établissements. Des défis demeurent pour les soins continus des femmes et pour leur fournir des médicaments antirétroviraux tout au long de la période d'allaitement maternel, en effet, le taux de transmission de la mère à l'enfant passe de 3 % à six semaines à 9 % une fois l'allaitement maternel terminé. Le diagnostic et le traitement pédiatriques sont aussi des domaines d'attention soutenue car seulement 43 % des nourrissons exposés au VIH ont reçu un diagnostic infantile précoce pour le VIH, et 37 % des enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH ont reçu un traitement antirétroviral.



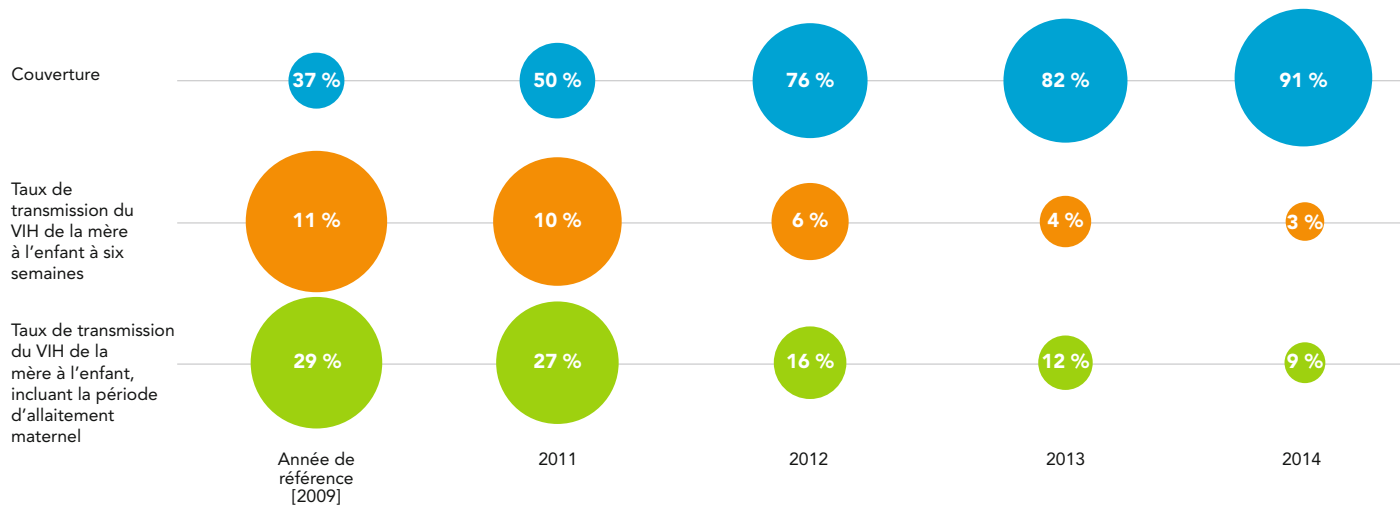
Le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants (0 à 14 ans)



Pourcentage d'enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH qui ont accès à un traitement antirétroviral



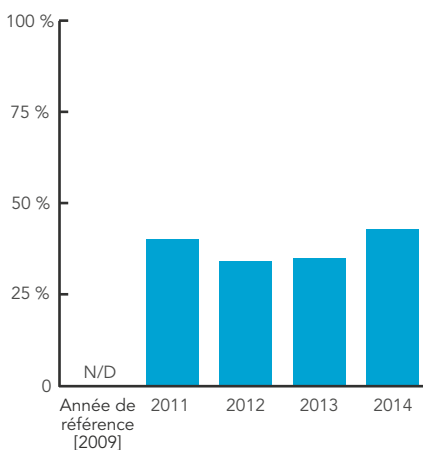
L'augmentation de la couverture des médicaments antirétroviraux a entraîné une baisse des taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant



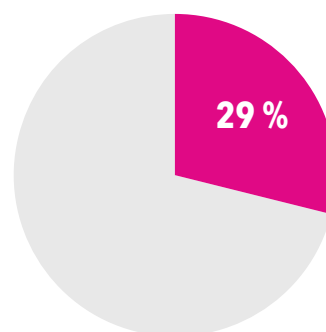
Le nombre de femmes (15 à 49 ans) contractant le VIH a diminué de 11 % depuis 2009



Pourcentage de nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH recevant un dépistage virologique avant l'âge de deux mois



Pourcentage des besoins non satisfaits pour le planning familial

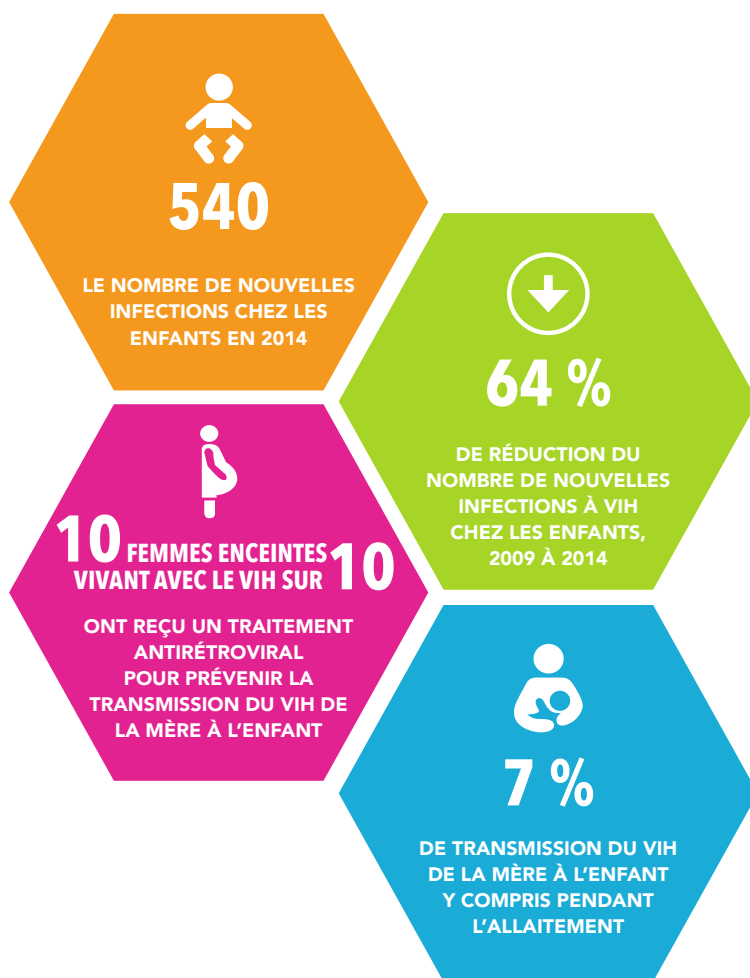


Source : Enquête démographique et de santé, 2011. toutes les femmes actuellement mariées âgées de 15 à 49 ans

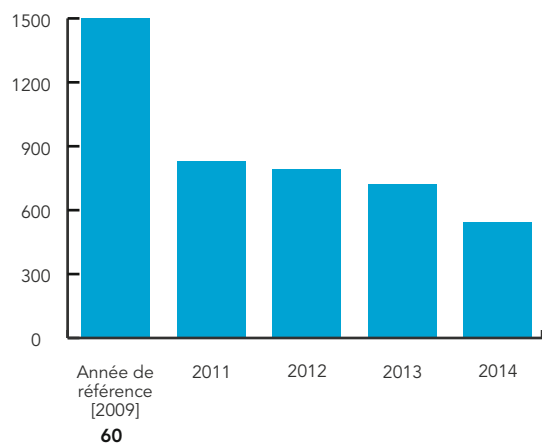
Source : Estimations ONUSIDA 2014, sauf indication contraire. Chaque année, les pays actualisent leurs estimations sur le VIH, y compris les tendances historiques de ces estimations. Les résultats de 2014 reflètent les données actualisées des programmes de surveillance et des modèles améliorés. Les estimations de 2014 sont susceptibles de différer des estimations produites au cours des années précédentes et sont censées être plus précises. La couverture du traitement antirétroviral pédiatrique est basé sur tous les enfants vivant avec le VIH, alors que les années précédentes, elle était restreinte aux enfants admissibles à un traitement antirétroviral.

NAMIBIE

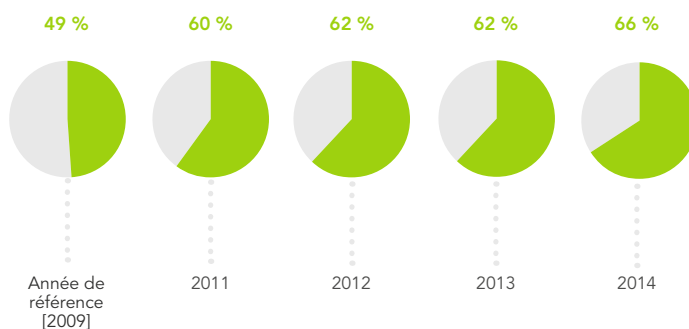
La Namibie a réduit de 64 % le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants depuis 2009. La Namibie fournit des médicaments antirétroviraux à plus de 95 % des femmes enceintes vivant avec le VIH, atteignant l'objectif du Plan mondial de 90 % de couverture. En 2014, le pays a adopté la stratégie de l'Option B+ comme politique nationale, avec une mise en place précoce et un pilotage par des centres sélectionnés. Une attention constante à la fourniture de médicaments antirétroviraux aux femmes tout au long de la période d'allaitement maternel adressera les différences dans les taux de transmission verticale, qui passent de 1 % à six semaines à 7 % après la fin de l'allaitement maternel. La Namibie a le taux le plus élevé de nourrissons et d'enfants qui reçoivent un diagnostic et un traitement pédiatriques parmi les pays ciblés : en 2014, plus de 95 % des nourrissons exposés au VIH ont reçu un diagnostic infantile précoce et 66 % des enfants vivant avec le VIH ont reçu un traitement antirétroviral.



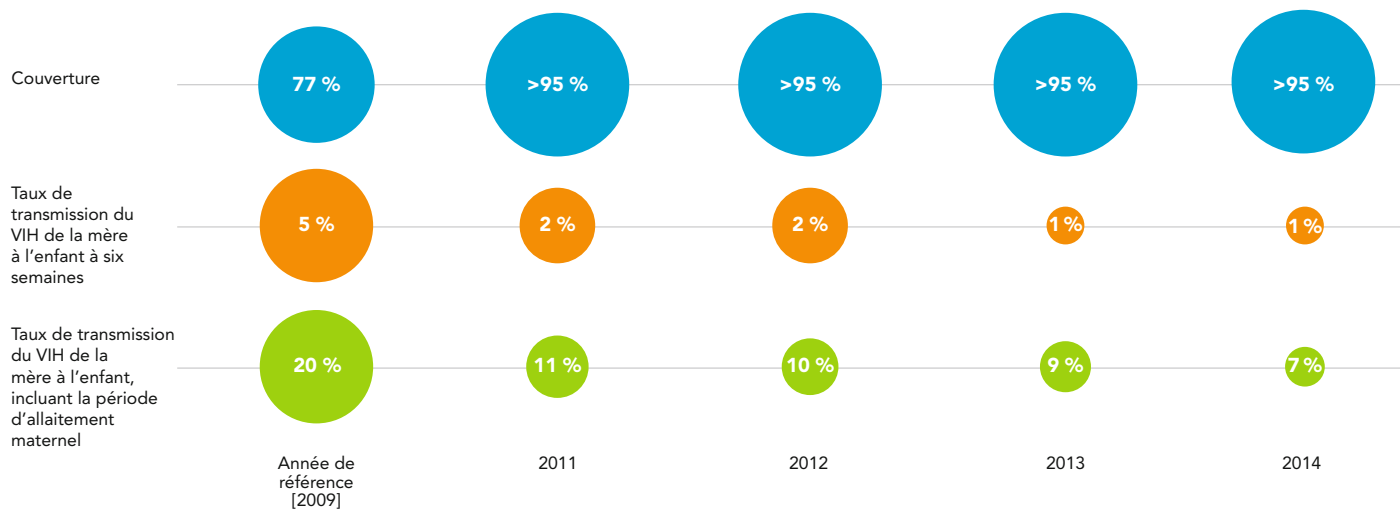
Le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants (0 à 14 ans)



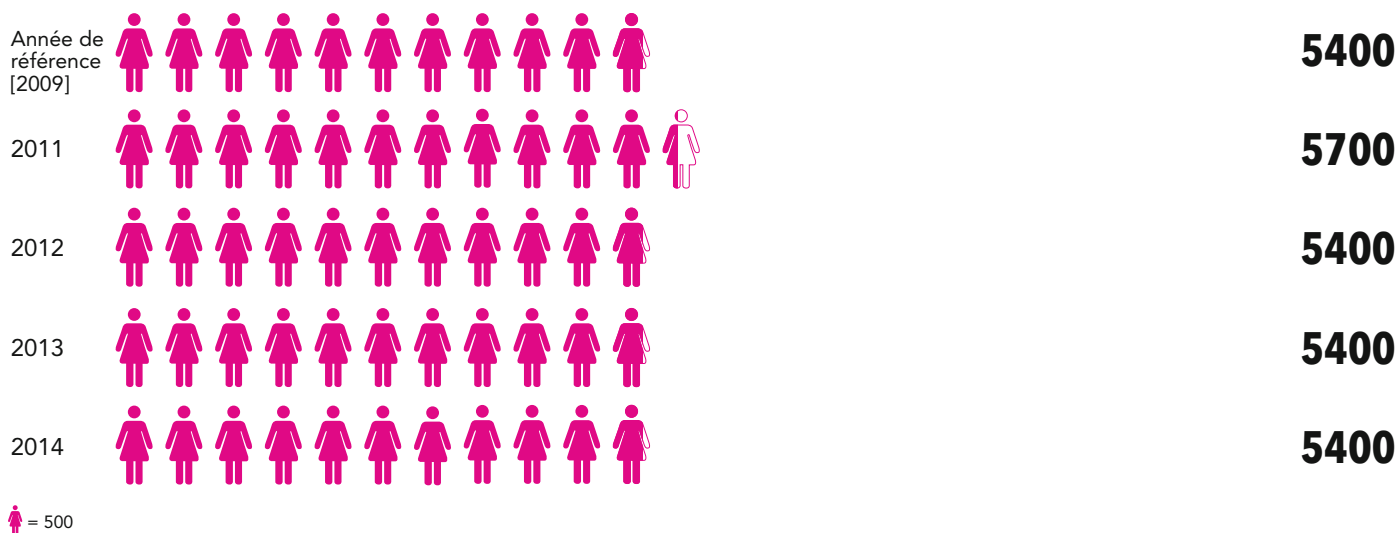
Pourcentage d'enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH qui ont accès à un traitement antirétroviral



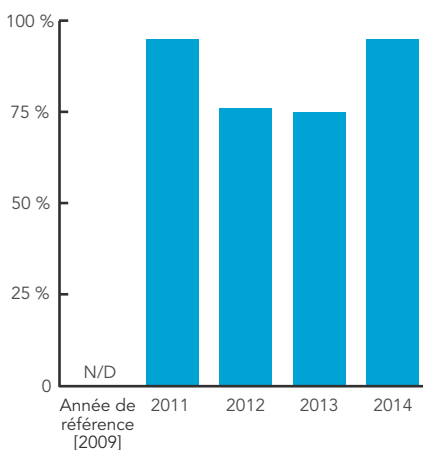
L'augmentation de la couverture des médicaments antirétroviraux a entraîné une baisse des taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant



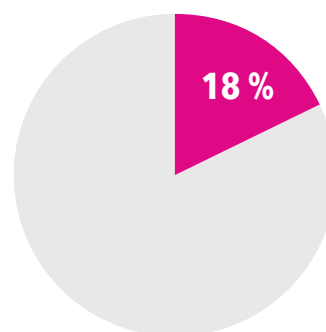
Le nombre de femmes (15 à 49 ans) contractant le VIH s'est stabilisé depuis 2009



Pourcentage de nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH recevant un dépistage virologique avant l'âge de deux mois



Pourcentage des besoins non satisfaits pour le planning familial

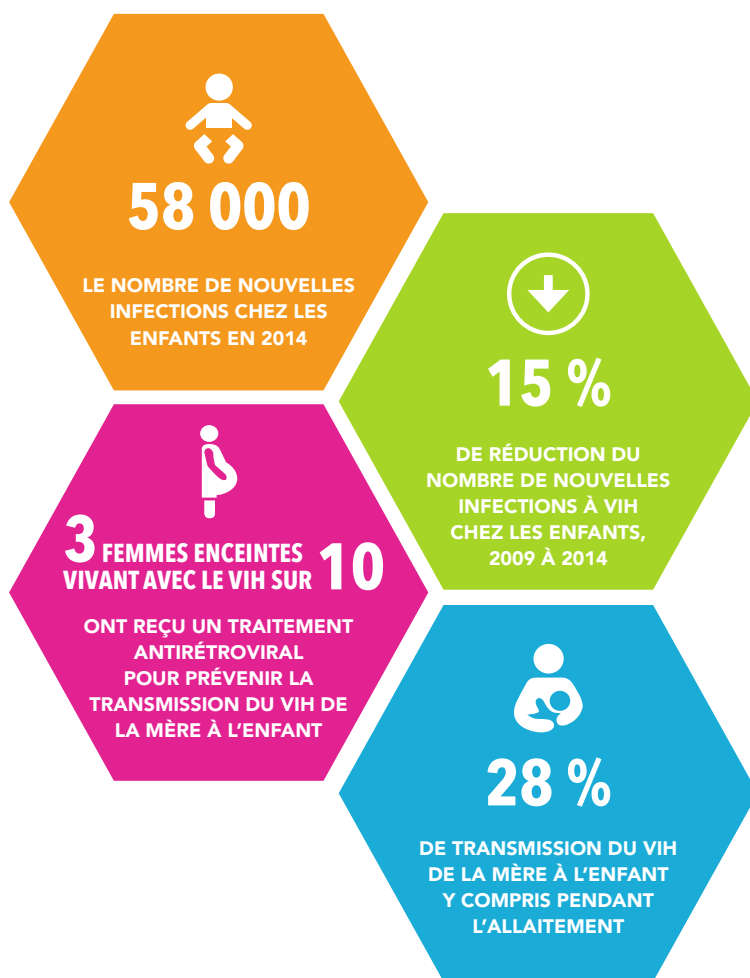


Source : enquête démographique et de santé, 2013 toutes les femmes actuellement mariées âgées de 15 à 49 ans

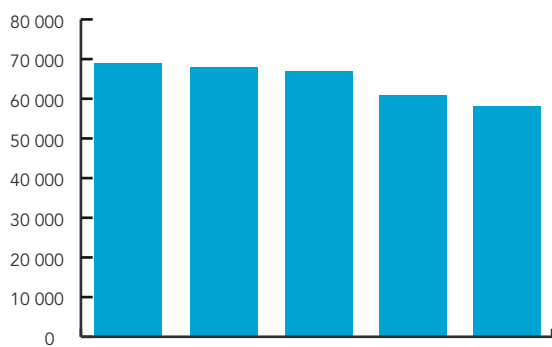
Source : Estimations ONUSIDA 2014, sauf indication contraire. Chaque année, les pays actualisent leurs estimations sur le VIH, y compris les tendances historiques de ces estimations. Les résultats de 2014 reflètent les données actualisées des programmes de surveillance et des modèles améliorés. Les estimations de 2014 sont susceptibles de différer des estimations produites au cours des années précédentes et sont censées être plus précises. La couverture du traitement antirétroviral pédiatrique est basé sur tous les enfants vivant avec le VIH, alors que les années précédentes, elle était restreinte aux enfants admissibles à un traitement antirétroviral.

NIGERIA

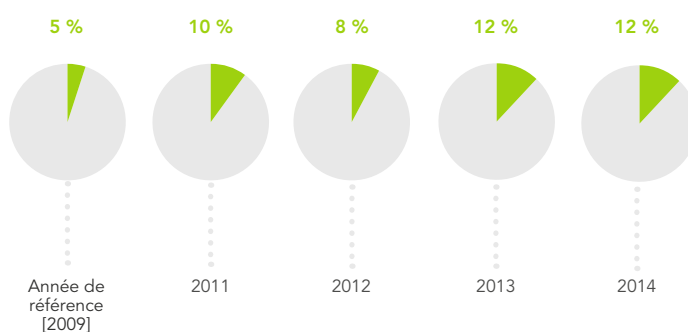
Il est estimé que le Nigéria avait 58 000 nouvelles infections à VIH chez les enfants en 2014. La couverture antirétrovirale pour les femmes enceintes vivant avec le VIH a augmenté de 29 %, par rapport à 13 % en 2009. Le Nigéria utilise actuellement la stratégie de l'Option B comme politique nationale de prévention de la transmission de la mère à l'enfant. Des approches innovantes au niveau des états sont entreprises pour atteindre plus de femmes et les encourager à rechercher des soins, mais des défis demeurent au niveau du diagnostic et du traitement pédiatriques : seulement 4 % des nourrissons exposés au VIH ont reçu un diagnostic infantile précoce et 12 % des enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH ont reçu un traitement antirétroviral.



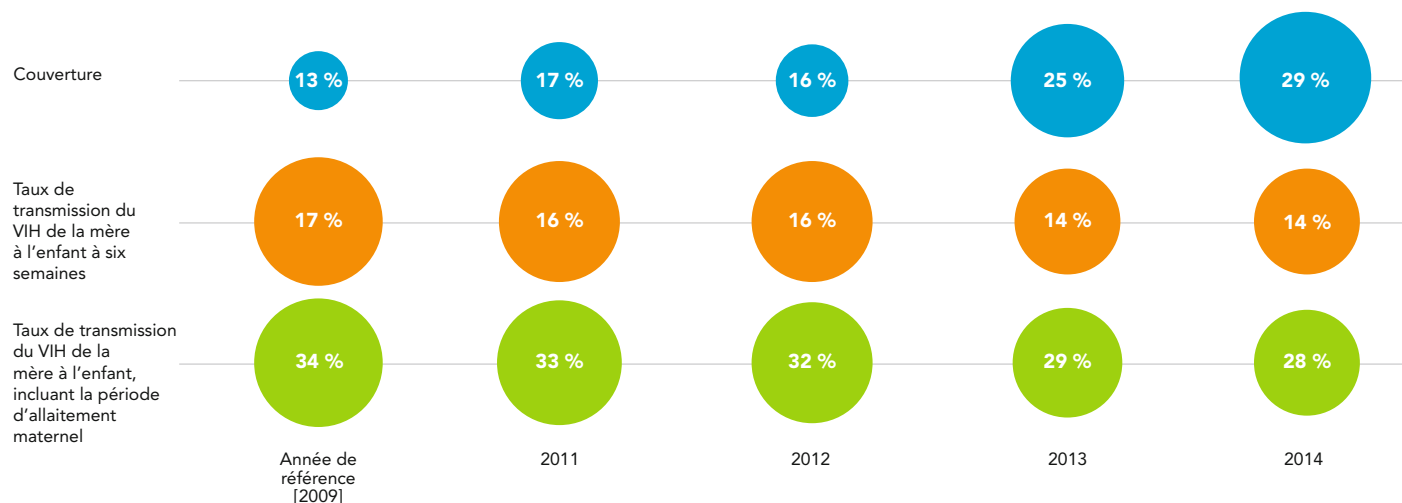
Le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants (0 à 14 ans)



Pourcentage d'enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH qui ont accès à un traitement antirétroviral



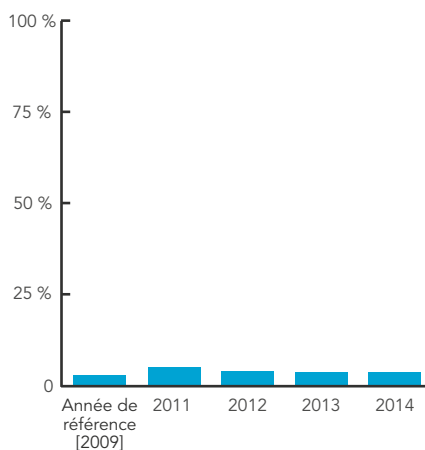
L'augmentation de la couverture des médicaments antirétroviraux a entraîné une baisse des taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant



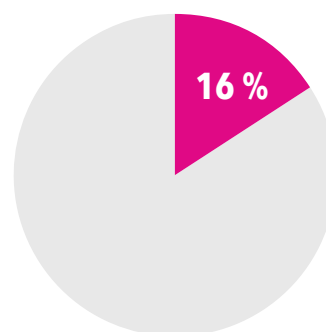
Le nombre de femmes (15 à 49 ans) contractant le VIH a diminué de 19 % depuis 2009



Pourcentage de nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH recevant un dépistage virologique avant l'âge de deux mois



Pourcentage des besoins non satisfaits pour le planning familial

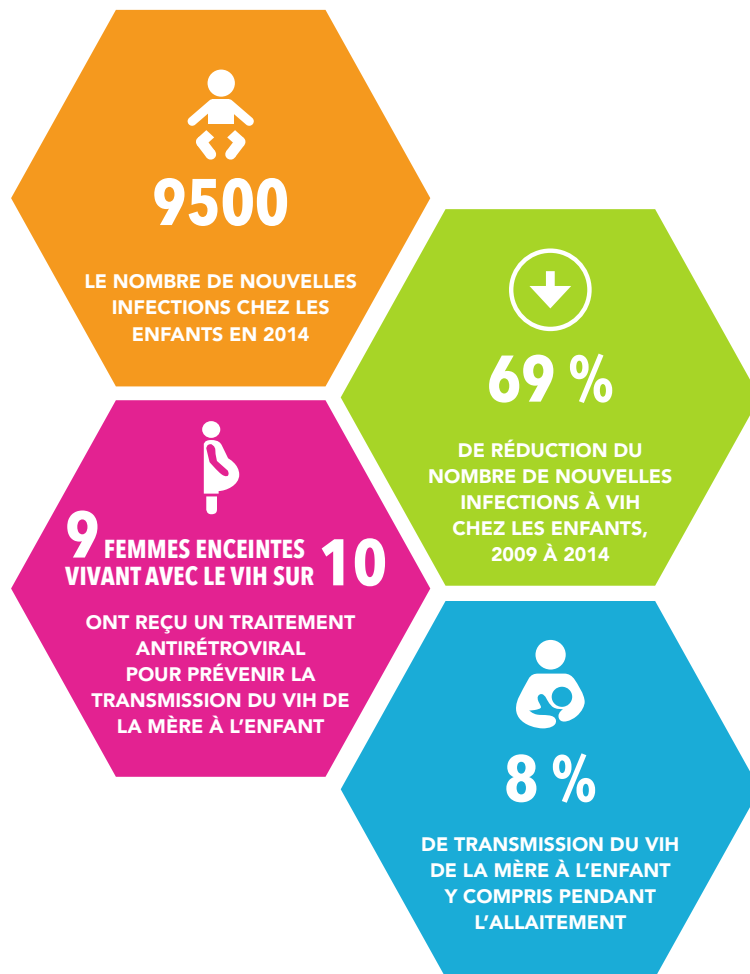


Source : Enquête démographique et de santé, 2013. toutes les femmes actuellement mariées âgées de 15 à 49 ans

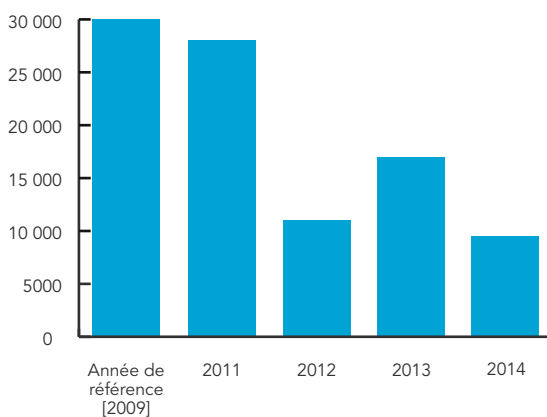
Source : Estimations ONUSIDA 2014, sauf indication contraire. Chaque année, les pays actualisent leurs estimations sur le VIH, y compris les tendances historiques de ces estimations. Les résultats de 2014 reflètent les données actualisées des programmes de surveillance et des modèles améliorés. Les estimations de 2014 sont susceptibles de différer des estimations produites au cours des années précédentes et sont censées être plus précises. La couverture du traitement antirétroviral pédiatrique est basé sur tous les enfants vivant avec le VIH, alors que les années précédentes, elle était restreinte aux enfants admissibles à un traitement antirétroviral.

UGANDA

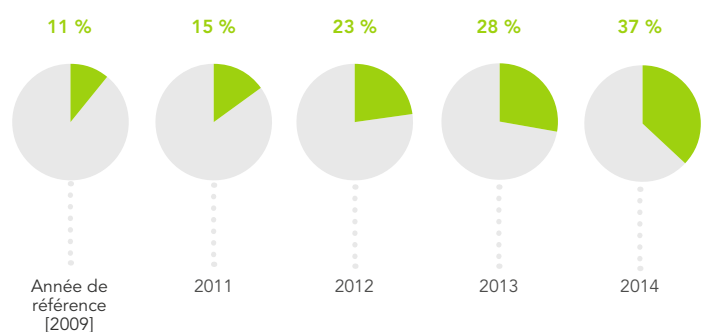
L'Ouganda a connu une baisse de 69 % des infections à VIH chez les enfants depuis 2009, et il a augmenté le pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH recevant des médicaments antirétroviraux à 92 % en 2014, atteignant ainsi l'objectif du Plan mondial d'une couverture de 90 % pour les femmes enceintes. L'intensification à l'échelle nationale de la stratégie de l'Option B+ est en cours, avec 25 000 femmes supplémentaires qui ont reçu un traitement en 2014. Des défis demeurent pour les soins continus des femmes et pour leur fournir des médicaments antirétroviraux tout au long de la période d'allaitement maternel, en effet, le taux de transmission de la mère à l'enfant passe de 2 % à six semaines à 8 % une fois l'allaitement maternel terminé. Environ 51 % des nourrissons exposés au VIH ont reçu un diagnostic infantile précoce, et 37 % des enfants vivant avec le VIH ont reçu un traitement antirétroviral en 2014.



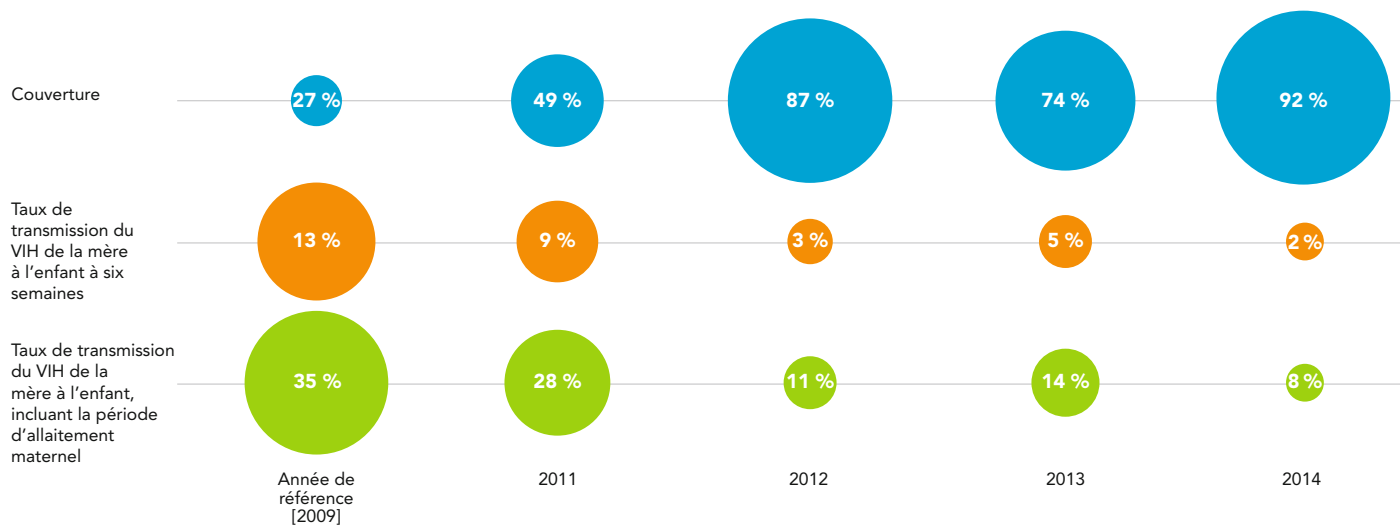
Le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants (0 à 14 ans)



Pourcentage d'enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH qui ont accès à un traitement antirétroviral



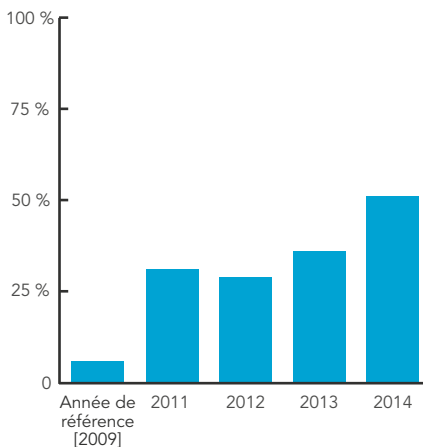
L'augmentation de la couverture des médicaments antirétroviraux a entraîné une baisse des taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant



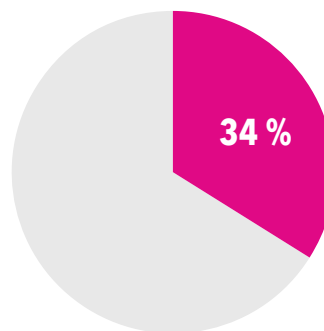
Le nombre de femmes (15 à 49 ans) contractant le VIH a diminué de 8 % depuis 2009



Pourcentage de nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH recevant un dépistage virologique avant l'âge de deux mois



Pourcentage des besoins non satisfaits pour le planning familial

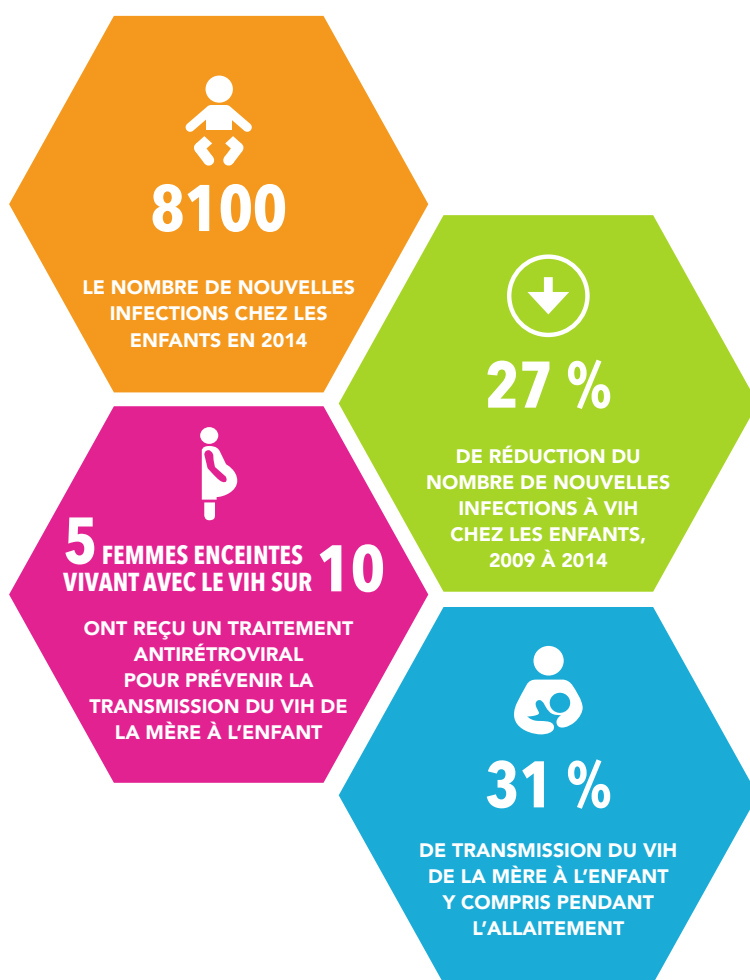


Source : Enquête démographique et de santé, 2011. toutes les femmes actuellement mariées âgées de 15 à 49 ans

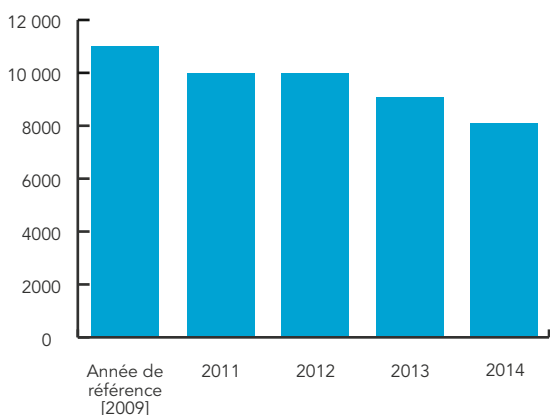
Source : Estimations ONUSIDA 2014, sauf indication contraire. Chaque année, les pays actualisent leurs estimations sur le VIH, y compris les tendances historiques de ces estimations. Les résultats de 2014 reflètent les données actualisées des programmes de surveillance et des modèles améliorés. Les estimations de 2014 sont susceptibles de différer des estimations produites au cours des années précédentes et sont censées être plus précises. La couverture du traitement antirétroviral pédiatrique est basé sur tous les enfants vivant avec le VIH, alors que les années précédentes, elle était restreinte aux enfants admissibles à un traitement antirétroviral.

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

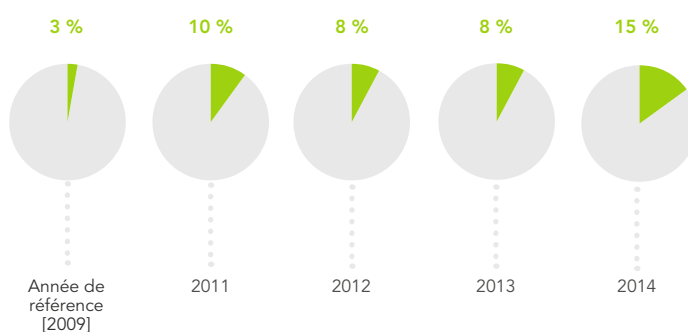
La République démocratique du Congo élabore actuellement des plans opérationnels et de formation pour l'Option B+, avec une mise en place précoce et un pilotage dans la Province du Katanga. Le pays a connu une réduction de 27 % des nouvelles infections à VIH chez les enfants depuis 2009, et le pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui reçoivent des médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission a passé de 29 % en 2013 à 47 % en 2014. Des défis demeurent pour le maintien des femmes sous traitement antirétroviral pendant la période d'allaitement maternel : seulement 23 % des femmes enceintes vivant avec le VIH qui reçoivent des médicaments antirétroviraux continuent à recevoir des soins et à utiliser les médicaments antirétroviraux pendant toute la durée de l'allaitement maternel, ce qui se traduit par un taux final de transmission du VIH de 31 %. Le diagnostic et le traitement pédiatriques sont aussi des domaines d'attention soutenue : en 2014, 13 % des nourrissons exposés au VIH ont reçu un diagnostic infantile précoce pour le VIH, et seulement 15 % des enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH ont reçu un traitement antirétroviral.



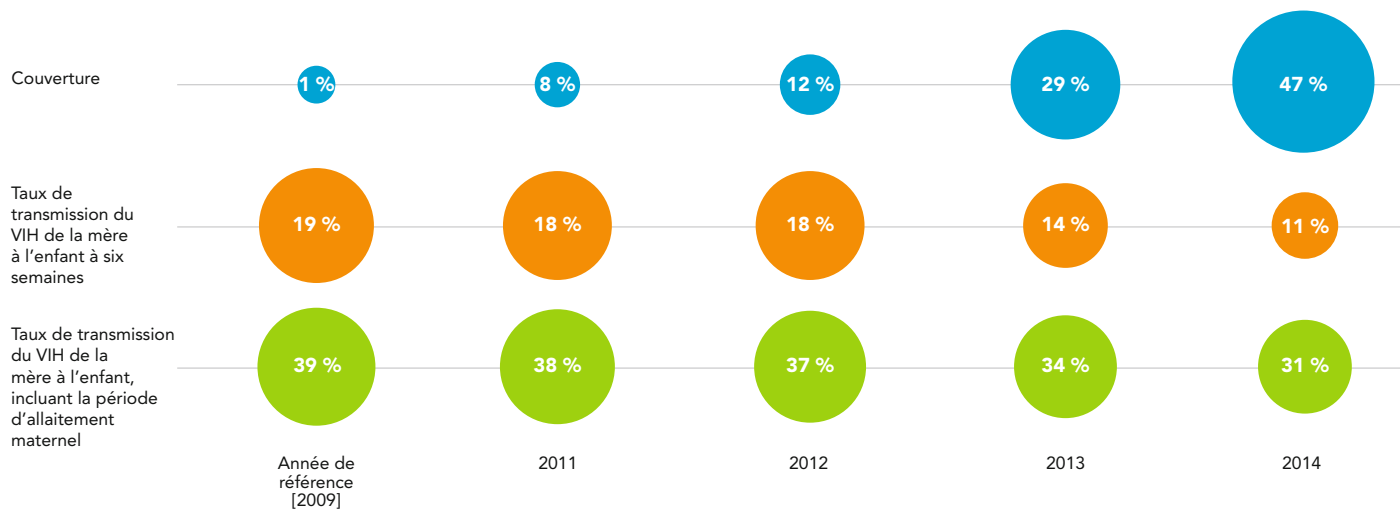
Le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants (0 à 14 ans)



Pourcentage d'enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH qui ont accès à un traitement antirétroviral



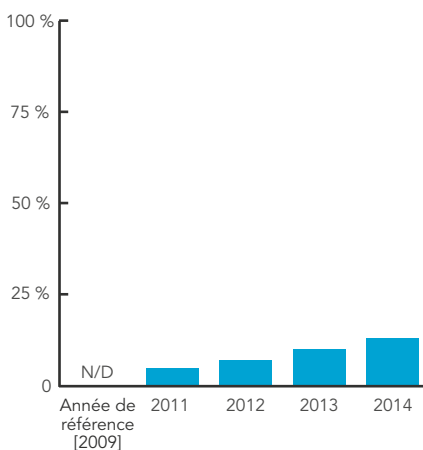
L'augmentation de la couverture des médicaments antirétroviraux a entraîné une baisse des taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant



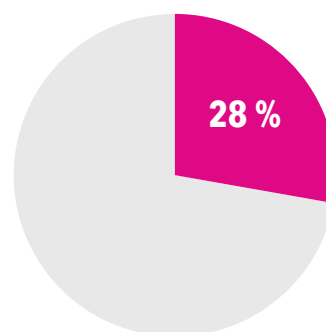
Le nombre de femmes (15 à 49 ans) contractant le VIH a diminué de 14 % depuis 2009



Pourcentage de nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH recevant un dépistage virologique avant l'âge de deux mois



Pourcentage des besoins non satisfaits pour le planning familial

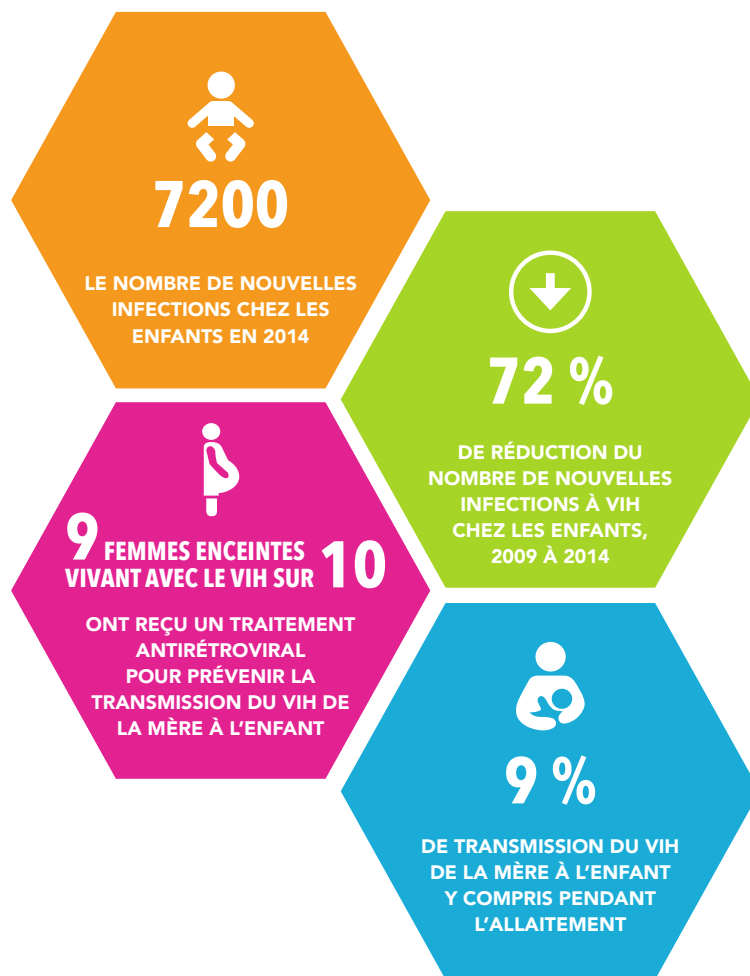


Source : enquête démographique et de santé, 2014, toutes les femmes actuellement mariées âgées de 15 à 49 ans

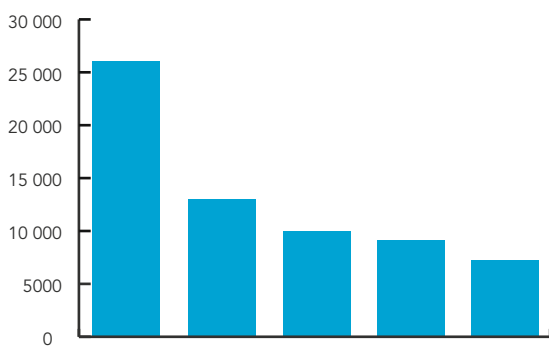
Source : Estimations ONUSIDA 2014, sauf indication contraire. Chaque année, les pays actualisent leurs estimations sur le VIH, y compris les tendances historiques de ces estimations. Les résultats de 2014 reflètent les données actualisées des programmes de surveillance et des modèles améliorés. Les estimations de 2014 sont susceptibles de différer des estimations produites au cours des années précédentes et sont censées être plus précises. La couverture du traitement antirétroviral pédiatrique est basé sur tous les enfants vivant avec le VIH, alors que les années précédentes, elle était restreinte aux enfants admissibles à un traitement antirétroviral.

RÉPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE

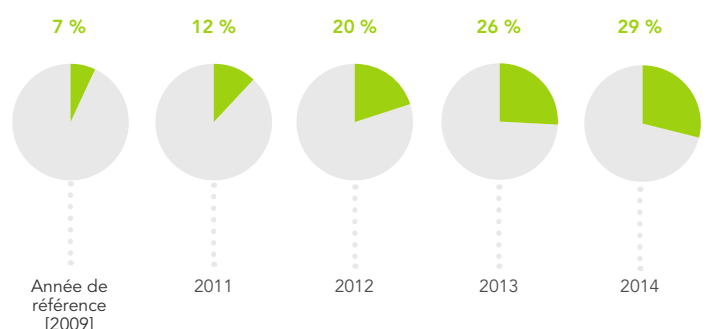
La République-Unie de Tanzanie a obtenu une réduction de 72 % des nouvelles infections à VIH pédiatriques depuis 2009, la deuxième plus importante réduction parmi les pays ciblés. Le pays a également atteint l'objectif du Plan mondial de 90 % des femmes enceintes vivant avec le VIH qui reçoivent des médicaments antirétroviraux. En 2013, le pays a adopté la stratégie de l'Option B+ comme politique nationale de prévention des nouvelles infections à VIH chez les enfants et de maintien de leurs mères en vie ; Il a depuis atteint une implémentation complète, offrant un traitement antirétroviral à vie à toutes les femmes enceintes et allaitantes. Des défis demeurent pour les soins continus des femmes et pour leur fournir des médicaments antirétroviraux tout au long de la période d'allaitement maternel, en effet, le taux de transmission de la mère à l'enfant passe de 3 % à six semaines à 9 % une fois l'allaitement maternel terminé. Le diagnostic et le traitement pédiatriques demandent une attention soutenue ; en effet, 43 % des nourrissons ont reçu un diagnostic infantile précoce, et seulement 29 % des enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH ont reçu un traitement antirétroviral.



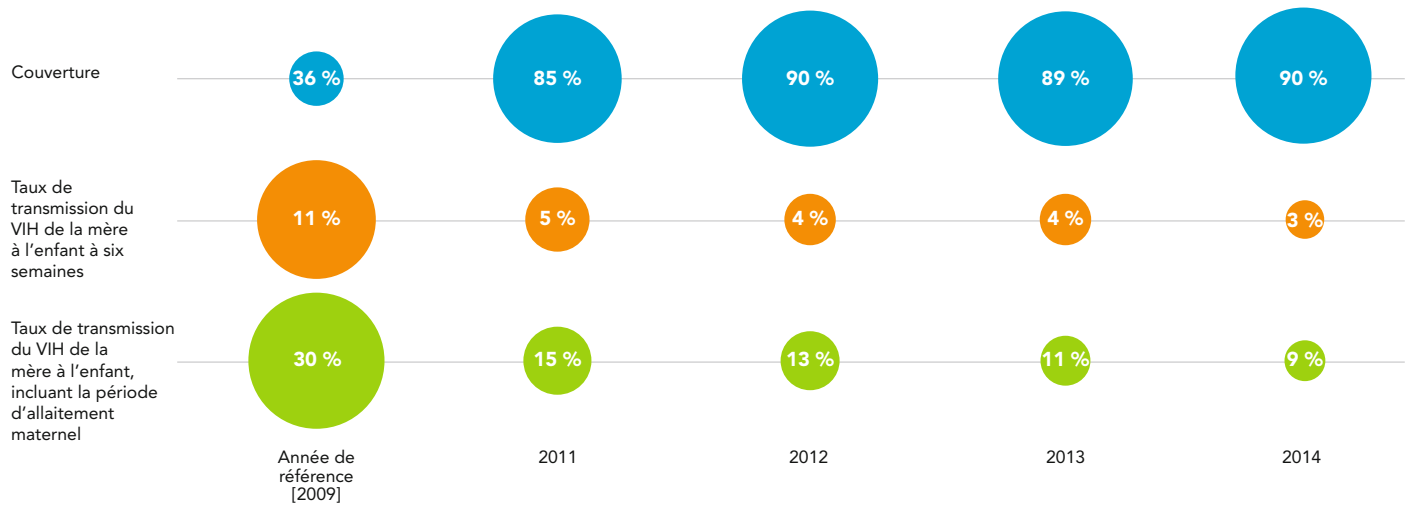
Le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants (0 à 14 ans)



Pourcentage d'enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH qui ont accès à un traitement antirétroviral



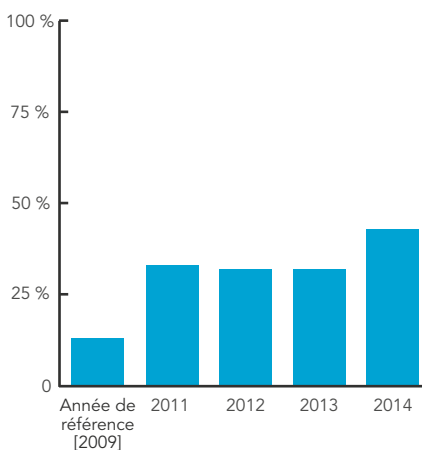
L'augmentation de la couverture des médicaments antirétroviraux a entraîné une baisse des taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant



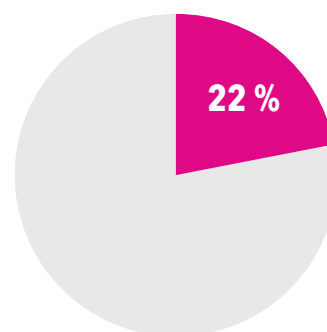
Le nombre de femmes (15 à 49 ans) contractant le VIH a diminué de 27 % depuis 2009



Pourcentage de nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH recevant un dépistage virologique avant l'âge de deux mois



Pourcentage des besoins non satisfaits pour le planning familial

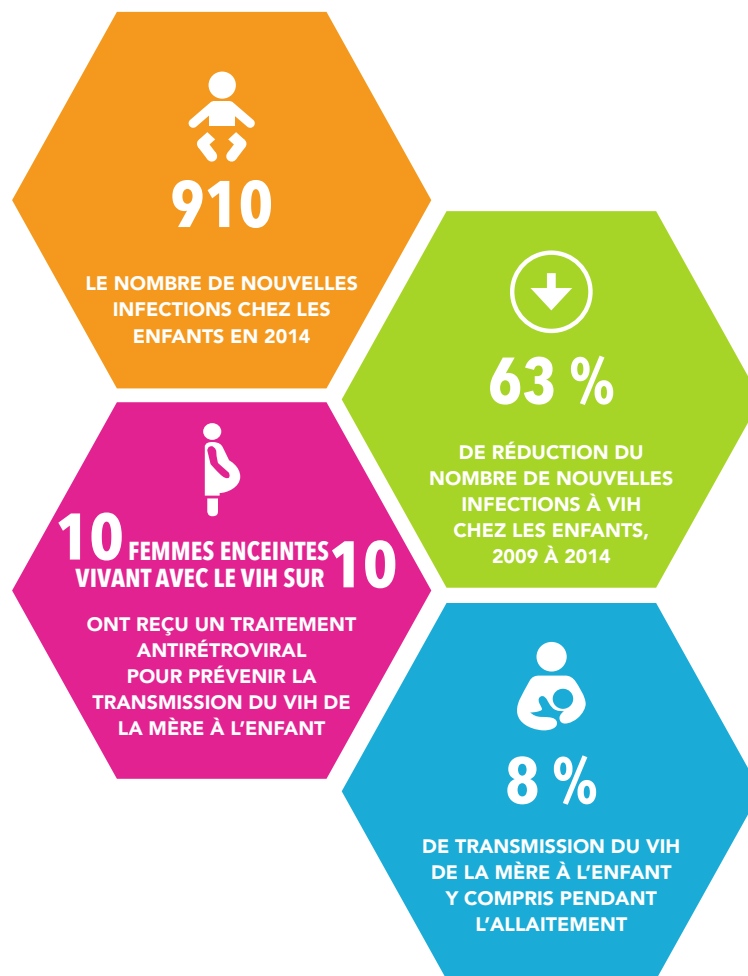


Source : Enquête en grappes à indicateurs multiples, 2014. toutes les femmes actuellement mariées âgées de 15 à 49 ans

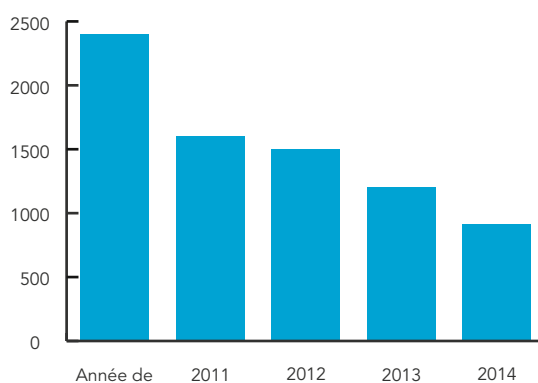
Source : Estimations ONUSIDA 2014, sauf indication contraire. Chaque année, les pays actualisent leurs estimations sur le VIH, y compris les tendances historiques de ces estimations. Les résultats de 2014 reflètent les données actualisées des programmes de surveillance et des modèles améliorés. Les estimations de 2014 sont susceptibles de différer des estimations produites au cours des années précédentes et sont censées être plus précises. La couverture du traitement antirétroviral pédiatrique est basé sur tous les enfants vivant avec le VIH, alors que les années précédentes, elle était restreinte aux enfants admissibles à un traitement antirétroviral.

SWAZILAND

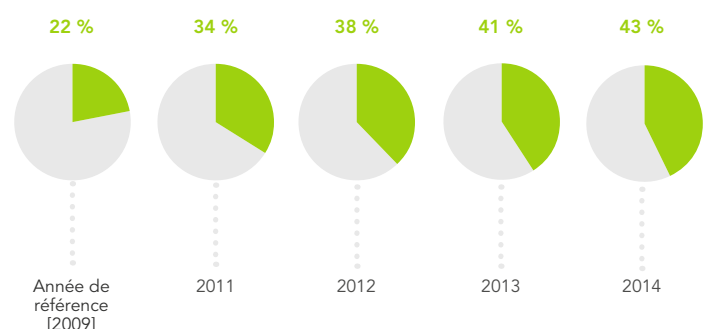
Le Swaziland a réduit de 63 % le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants entre 2009 et 2014. Le pays a atteint l'objectif du Plan mondial de 90 % des femmes enceintes vivant avec le VIH qui reçoivent des médicaments antirétroviraux. Cela devrait réduire le taux final de transmission de la mère à l'enfant, qui passe de 1 % à six semaines à 8 % à la fin de l'allaitement maternel. Le Swaziland est en train d'établir une mise en œuvre précoce et le pilotage de l'Option B+, et il fournit un diagnostic infantile précoce à environ 81 % des nourrissons exposés au VIH (une des couvertures les plus élevés parmi les pays ciblés). Les traitements pédiatriques requièrent toutefois une attention soutenue, car seulement 43 % des enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH reçoivent un traitement antirétroviral.



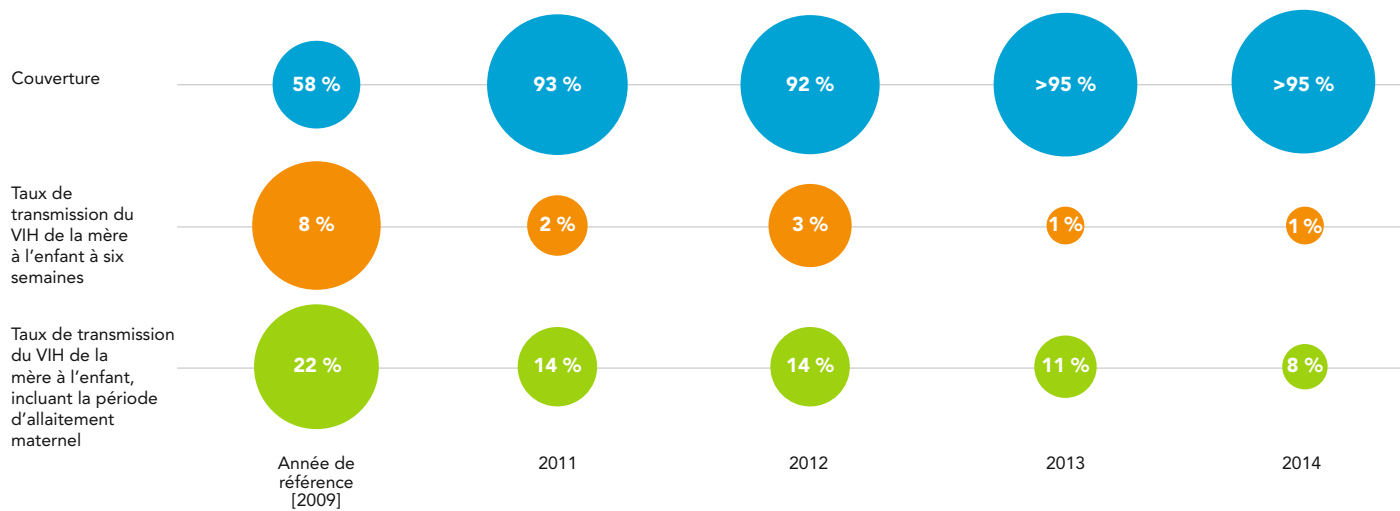
Le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants (0 à 14 ans)



Pourcentage d'enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH qui ont accès à un traitement antirétroviral



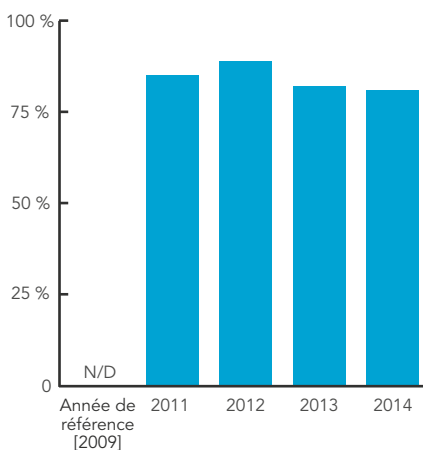
L'augmentation de la couverture des médicaments antirétroviraux a entraîné une baisse des taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant



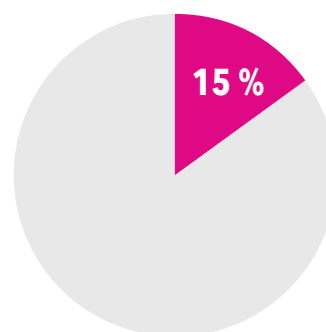
Le nombre de femmes (15 à 49 ans) contractant le VIH a diminué de 22 % depuis 2009



Pourcentage de nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH recevant un dépistage virologique avant l'âge de deux mois



Pourcentage des besoins non satisfaits pour le planning familial

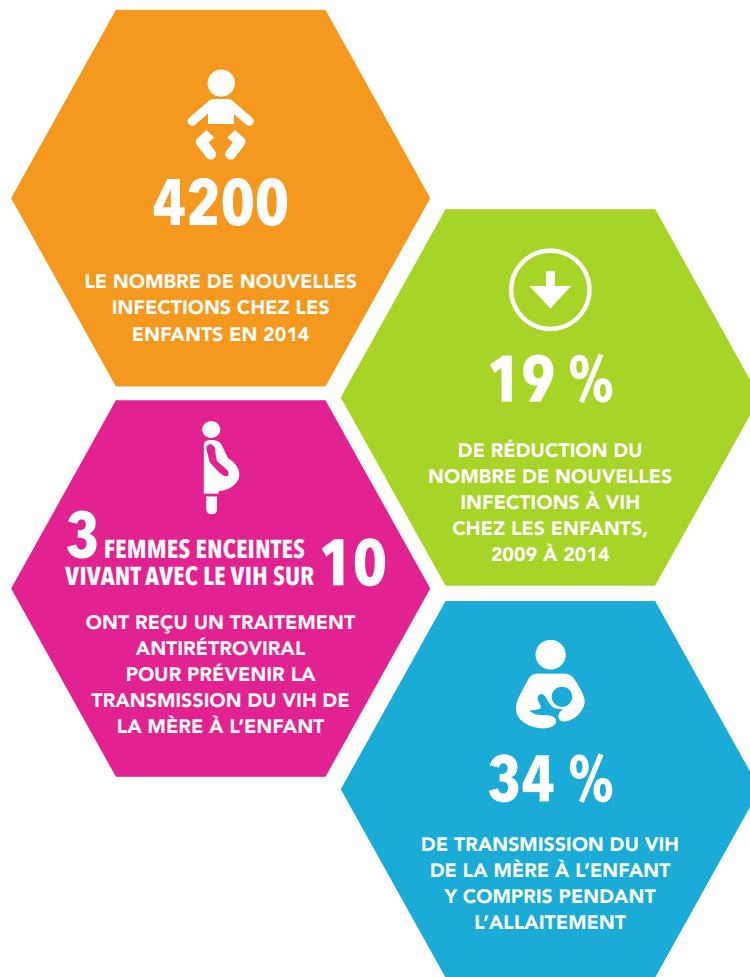


Source : Enquête en grappes à indicateurs multiples, 2014. toutes les femmes actuellement mariées âgées de 15 à 49 ans

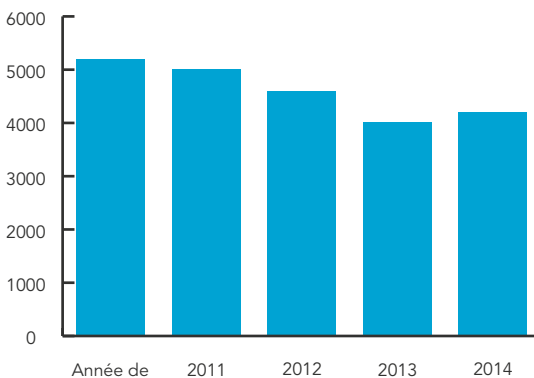
Source : Estimations ONUSIDA 2014, sauf indication contraire. Chaque année, les pays actualisent leurs estimations sur le VIH, y compris les tendances historiques de ces estimations. Les résultats de 2014 reflètent les données actualisées des programmes de surveillance et des modèles améliorés. Les estimations de 2014 sont susceptibles de différer des estimations produites au cours des années précédentes et sont censées être plus précises. La couverture du traitement antirétroviral pédiatrique est basé sur tous les enfants vivant avec le VIH, alors que les années précédentes, elle était restreinte aux enfants admissibles à un traitement antirétroviral.

TCHAD

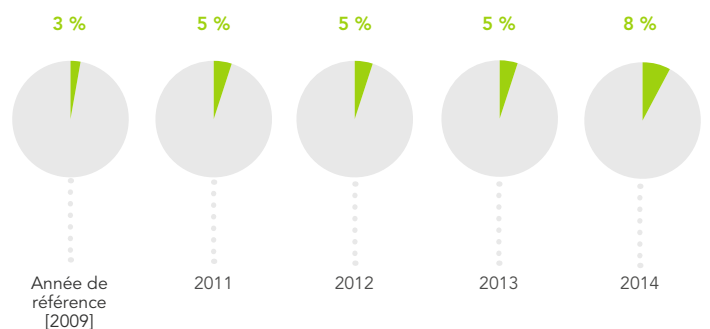
Le Tchad a connu des progrès lents, avec une baisse de 19 % du nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants depuis 2009 et une réduction de 14 % du nombre de nouvelles infections à VIH chez les femmes (15 à 49 ans). Le pays utilise actuellement l'Option B ; la mise en œuvre de l'Option B+ est en cours de développement, avec une mise en place précoce et un pilotage par des établissements sanitaires à N'Djamena. Le taux final de transmission du VIH de la mère à l'enfant reste élevé à 34 %, ce qui indique la nécessité d'une rétention plus importante dans les soins et une plus grande observance aux traitements antirétroviraux au cours de la période d'allaitement maternel. En 2014, environ 4 % des nourrissons nés de femmes séropositives au VIH recevaient un diagnostic précoce des nourrissons et 8 % des enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH recevaient un traitement antirétroviral.



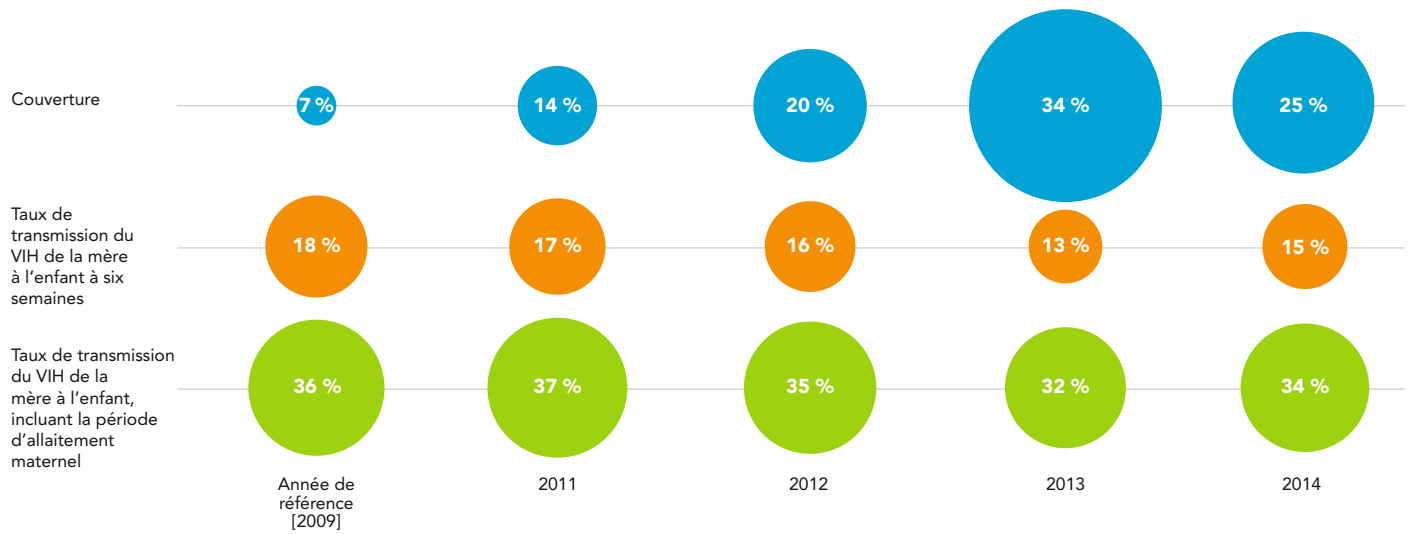
Le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants (0 à 14 ans)



Pourcentage d'enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH qui ont accès à un traitement antirétroviral



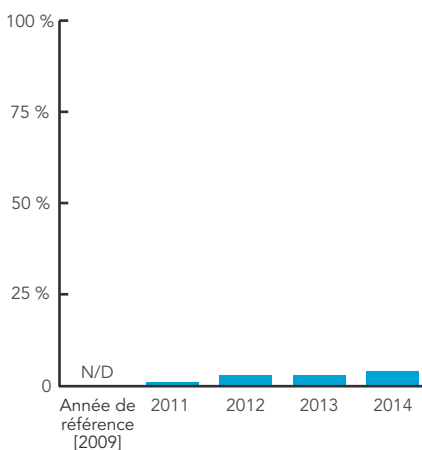
L'augmentation de la couverture des médicaments antirétroviraux a entraîné une baisse des taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant



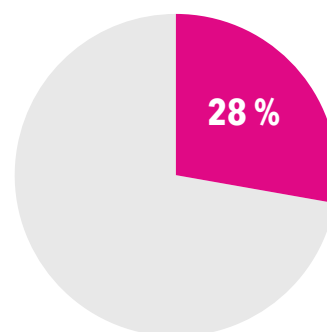
Le nombre de femmes (15 à 49 ans) contractant le VIH a diminué de 14 % depuis 2009



Pourcentage de nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH recevant un dépistage virologique avant l'âge de deux mois



Pourcentage des besoins non satisfaits pour le planning familial

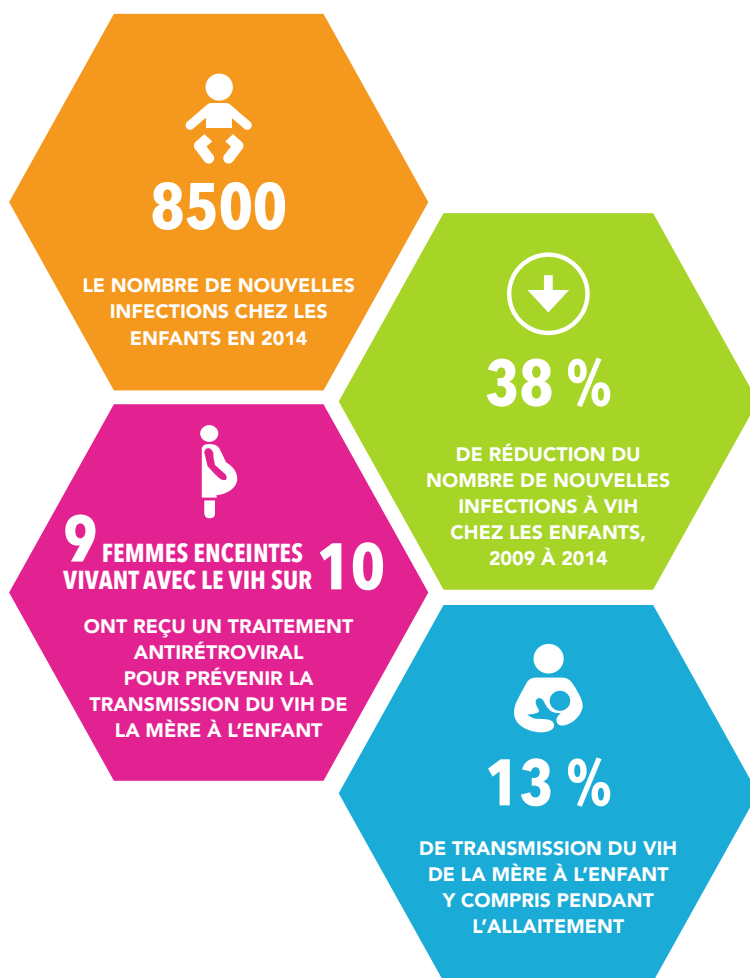


Source : Enquête en grappes à indicateurs multiples, 2010, toutes les femmes actuellement mariées âgées de 15 à 49 ans

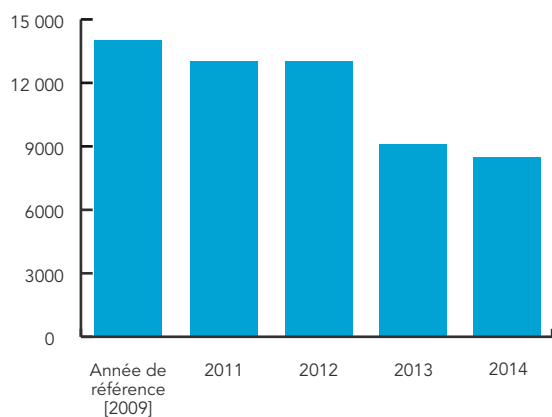
Source : Estimations ONUSIDA 2014, sauf indication contraire. Chaque année, les pays actualisent leurs estimations sur le VIH, y compris les tendances historiques de ces estimations. Les résultats de 2014 reflètent les données actualisées des programmes de surveillance et des modèles améliorés. Les estimations de 2014 sont susceptibles de différer des estimations produites au cours des années précédentes et sont censées être plus précises. La couverture du traitement antirétroviral pédiatrique est basé sur tous les enfants vivant avec le VIH, alors que les années précédentes, elle était restreinte aux enfants admissibles à un traitement antirétroviral.

ZAMBIE

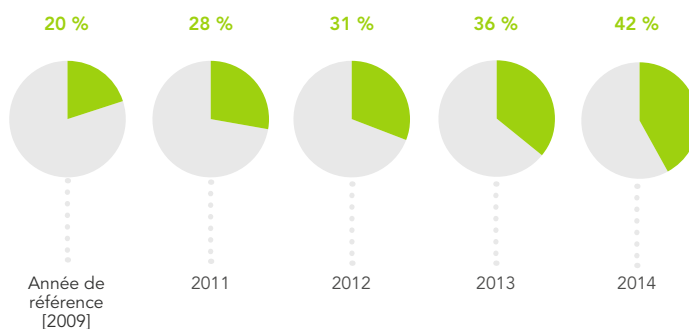
La Zambie a obtenu une réduction de 38 % des nouvelles infections à VIH chez les enfants entre 2009 et 2014. Le pays utilise actuellement la stratégie de l'Option B+, et est en cours d'intensifier les services dans plusieurs régions et centres. Le pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui reçoivent des médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant est élevé avec 86 % en 2014, mais des défis demeurent pour que les femmes continuent à recevoir des soins et pour leur fournir des médicaments antirétroviraux pendant toute la durée de l'allaitement maternel : en effet, le taux de transmission verticale passe de 3 % à six semaines à 13 % une fois l'allaitement maternel terminé. La Zambie fournit un diagnostic infantile précoce à 94 % des nourrissons exposés au VIH, et 42 % des enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH reçoivent un traitement antirétroviral.



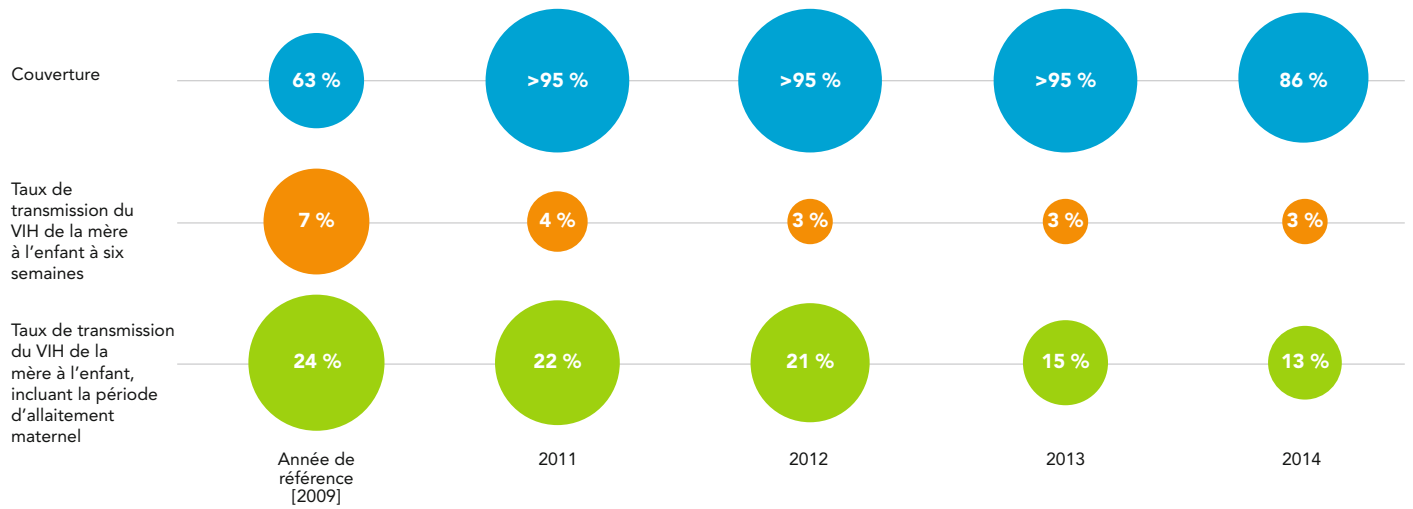
Le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants (0 à 14 ans)



Pourcentage d'enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH qui ont accès à un traitement antirétroviral



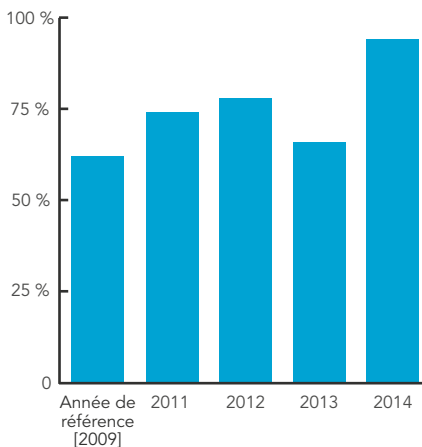
L'augmentation de la couverture des médicaments antirétroviraux a entraîné une baisse des taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant



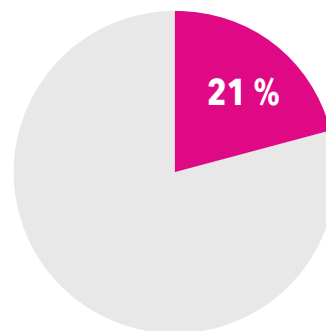
Le nombre de femmes (15 à 49 ans) contractant le VIH a diminué de 6 % depuis 2009



Pourcentage de nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH recevant un dépistage virologique avant l'âge de deux mois



Pourcentage des besoins non satisfaits pour le planning familial

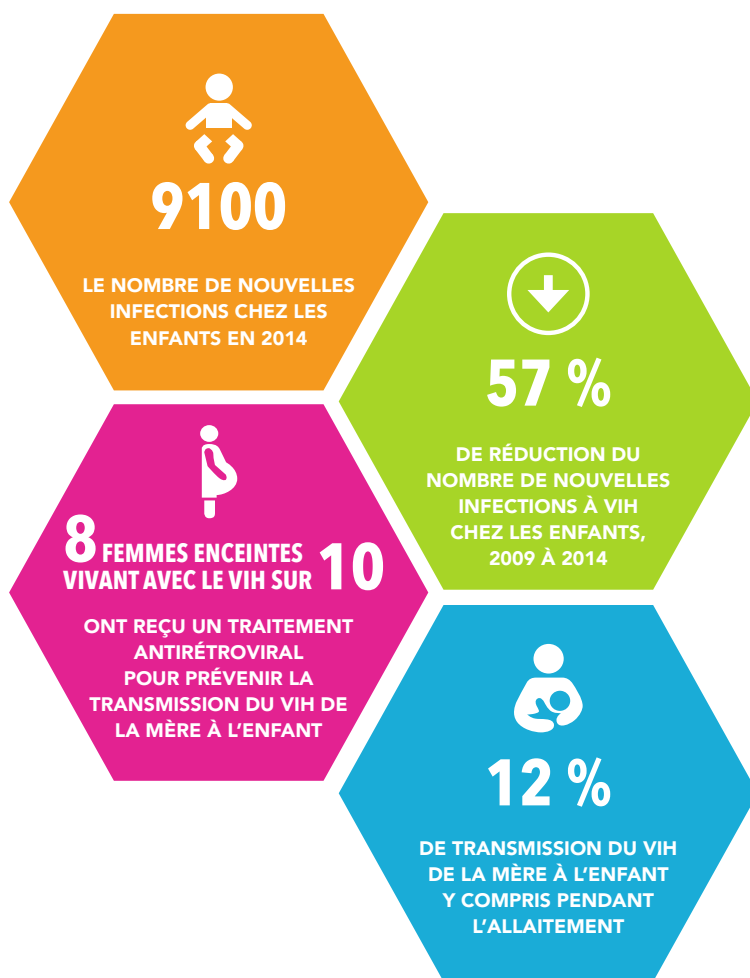


Source : Enquête en grappes à indicateurs multiples, 2014. toutes les femmes actuellement mariées âgées de 15 à 49 ans

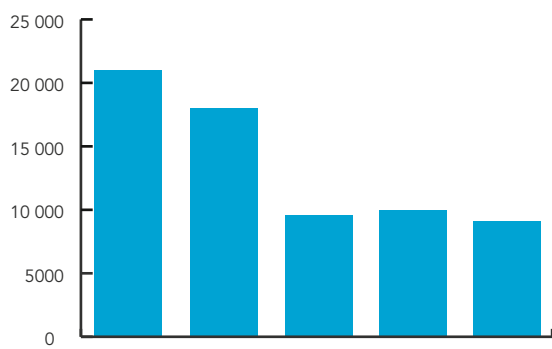
Source : Estimations ONUSIDA 2014, sauf indication contraire. Chaque année, les pays actualisent leurs estimations sur le VIH, y compris les tendances historiques de ces estimations. Les résultats de 2014 reflètent les données actualisées des programmes de surveillance et des modèles améliorés. Les estimations de 2014 sont susceptibles de différer des estimations produites au cours des années précédentes et sont censées être plus précises. La couverture du traitement antirétroviral pédiatrique est basé sur tous les enfants vivant avec le VIH, alors que les années précédentes, elle était restreinte aux enfants admissibles à un traitement antirétroviral.

ZIMBABWE

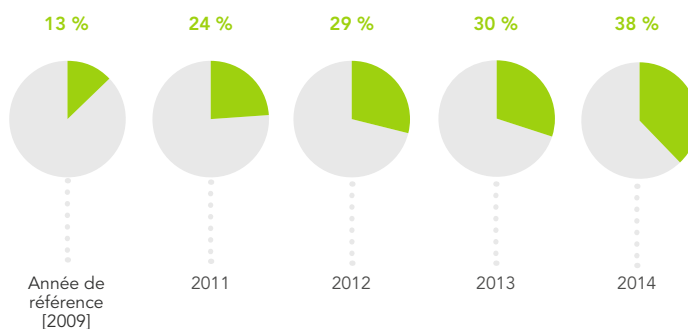
Le Zimbabwe a obtenu une réduction de 57 % des nouvelles infections à VIH chez les enfants entre 2009 et 2014. En 2014, il est estimé que 78 % des femmes enceintes vivant avec le VIH ont reçu des médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant. Des défis demeurent pour les soins continus des femmes et pour leur fournir des médicaments antirétroviraux tout au long de la période d'allaitement maternel, en effet, le taux de transmission verticale passe de 5 % à six semaines à 12 % une fois l'allaitement maternel terminé. Le Zimbabwe a terminé la mise en place au niveau national de la stratégie de l'Option B+. Le diagnostic et le traitement pédiatriques demeurent des domaines d'attention soutenue : en 2014, 45 % des nourrissons exposés au VIH ont reçu un diagnostic infantile précoce, et 38 % des enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH ont reçu un traitement antirétroviral.



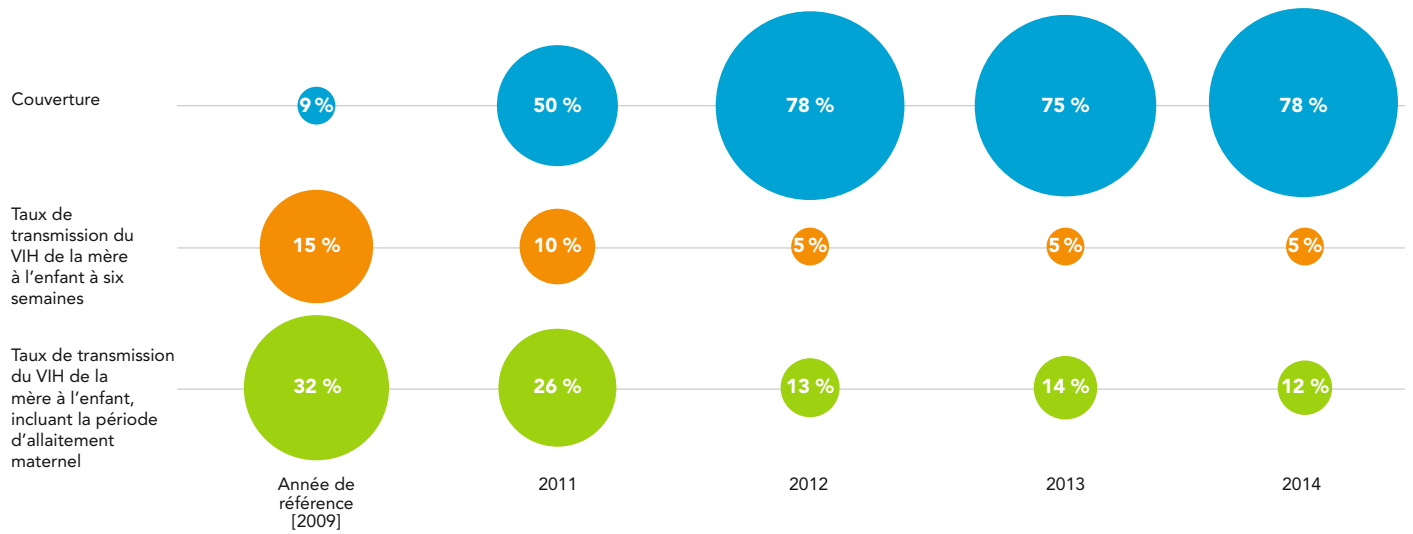
Le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants (0 à 14 ans)



Pourcentage d'enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH qui ont accès à un traitement antirétroviral



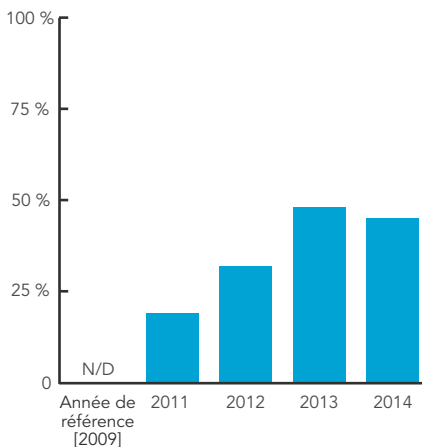
L'augmentation de la couverture des médicaments antirétroviraux a entraîné une baisse des taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant



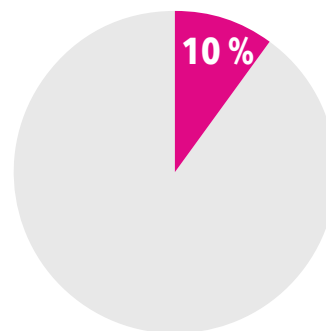
Le nombre de femmes (15 à 49 ans) contractant le VIH a diminué de 18 % depuis 2009



Pourcentage de nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH recevant un dépistage virologique avant l'âge de deux mois



Pourcentage des besoins non satisfaits pour le planning familial



Source : Enquête en grappes à indicateurs multiples, 2014. toutes les femmes actuellement mariées âgées de 15 à 49 ans

Source : Estimations ONUSIDA 2014, sauf indication contraire. Chaque année, les pays actualisent leurs estimations sur le VIH, y compris les tendances historiques de ces estimations. Les résultats de 2014 reflètent les données actualisées des programmes de surveillance et des modèles améliorés. Les estimations de 2014 sont susceptibles de différer des estimations produites au cours des années précédentes et sont censées être plus précises. La couverture du traitement antirétroviral pédiatrique est basé sur tous les enfants vivant avec le VIH, alors que les années précédentes, elle était restreinte aux enfants admissibles à un traitement antirétroviral.

Tableaux récapitulatifs

OBJECTIF GÉNÉRAL 1

Nombre de femmes séropositives au VIH qui accouchent

Nouvelles infections à VIH chez les enfants (0 à 14 ans)

21 PAYS D'AFRIQUE SUB- SAHARIENNE DU PLAN MONDIAL	Nombre de femmes séropositives au VIH qui accouchent						Nouvelles infections à VIH chez les enfants (0 à 14 ans)					
	2009	Estimation basse	Estimation haute	2014	Estimation basse	Estimation haute	2009	Estimation basse	Estimation haute	2014	Estimation basse	Estimation haute
Angola	17 000	12 000	24 000	19 000	14 000	27 000	6 400	4 500	9 200	4 800	2 700	7 700
Botswana	15 000	14 000	16 000	13 000	12 000	14 000	1 200	<1 000	1 400	<500	<500	<1 000
Burundi	6 600	5 700	7 600	4 500	3 800	5 200	2 300	2 000	2 700	<1 000	<1 000	1 300
Cameroun	33 000	30 000	37 000	34 000	31 000	37 000	10 000	9 100	12 000	7 500	6 400	8 800
Tchad	14 000	12 000	18 000	12 000	9 900	15 000	5 200	4 200	6 500	4 200	3 200	5 500
Côte d'Ivoire	23 000	21 000	26 000	22 000	20 000	25 000	6 300	5 500	7 300	4 700	3 900	5 600
République démocratique du Congo	28 000	25 000	32 000	26 000	23 000	30 000	11 000	9 500	13 000	8 100	6 700	9 600
Éthiopie	36 000	31 000	42 000	28 000	22 000	33 000	14 000	12 000	17 000	4 800	3 100	7 400
Ghana	11 000	8 800	15 000	10 000	7 700	14 000	3 900	2 800	5 200	1 900	1 100	3 100
Kenya	74 000	63 000	87 000	75 000	66 000	87 000	18 000	14 000	21 000	13 000	9 300	17 000
Lesotho	11 000	10 000	12 000	11 000	10 000	12 000	2 700	2 400	3 000	1 600	1 300	1 900
Malawi	63 000	57 000	69 000	60 000	55 000	66 000	21 000	19 000	24 000	10 000	8 300	12 000
Mozambique	100 000	86 000	120 000	100 000	89 000	130 000	29 000	24 000	35 000	9 000	5 900	16 000
Namibie	7 500	6 700	8 300	7 700	7 100	8 300	1 500	1 300	1 700	<1 000	<500	1 000
Nigéria	200 000	180 000	230 000	210 000	190 000	230 000	69 000	61 000	78 000	58 000	51 000	66 000
Afrique du Sud	260 000	230 000	280 000	240 000	220 000	260 000	38 000	30 000	45 000	9 200	8 300	11 000
Swaziland	11 000	10 000	12 000	11 000	10 000	12 000	2 400	2 200	2 700	<1 000	<1 000	1 000
Ouganda	87 000	76 000	99 000	120 000	110 000	140 000	30 000	26 000	36 000	9 500	7 700	21 000
République-Unie de Tanzanie	87 000	76 000	98 000	84 000	75 000	95 000	26 000	23 000	30 000	7 200	5 200	9 900
Zambie	58 000	53 000	63 000	64 000	60 000	69 000	14 000	12 000	16 000	8 500	7 800	9 700
Zimbabwe	65 000	60 000	71 000	75 000	69 000	81 000	21 000	19 000	23 000	9 100	7 600	11 000
21 pays ciblés	1 200 000	1 100 000	1 300 000	1 200 000	1 100 000	1 300 000	330 000	300 000	370 000	174 000	150 000	200 000

Source : Estimations ONUSIDA 2014.

Source : Estimations ONUSIDA 2014.

OBJECTIF DU VOLET 1

OBJECTIF DU VOLET 2

Nouvelles infections à VIH chez les femmes (15 à 49 ans)

Besoins non satisfaits de planning familial pour les femmes

21 PAYS D'AFRIQUE SUB- SAHARIENNE DU PLAN MONDIAL	2009	Estimation		2014	Estimation		2014
		basse	haute		basse	haute	
Angola	12 000	8 000	17 000	12 000	7 600	17 000	-
Botswana	7 000	6 400	7 600	6 700	5 800	7 600	-
Burundi	<1 000	210	1 100	<500	76	760	32
Cameroun	21 000	19 000	24 000	22 000	18 000	25 000	24
Tchad	6 000	4 500	7 900	5 200	3 600	7 000	28
Côte d'Ivoire	11 000	9 600	13 000	11 000	9 100	13 000	27
République démocratique du Congo	13 000	11 000	15 000	12 000	9 600	13 000	28
Éthiopie	5 200	3 100	8 100	11 000	7 300	16 000	26
Ghana	6 800	4 800	9 900	5 200	3 400	8 000	26
Kenya	24 000	19 000	31 000	24 000	20 000	29 000	26
Lesotho	9 600	8 900	10 000	8 900	8 200	9 600	23
Malawi	25 000	22 000	28 000	17 000	14 000	20 000	19
Mozambique	47 000	40 000	55 000	42 000	34 000	51 000	29
Namibie	5 400	4 900	6 000	5 400	4 800	6 200	18
Nigéria	110 000	100 000	120 000	89 000	78 000	100 000	16
Afrique du Sud	210 000	190 000	220 000	160 000	150 000	180 000	14
Swaziland	5 900	5 500	6 300	4 600	3 900	5 300	15
Ouganda	53 000	47 000	60 000	49 000	37 000	62 000	34
République-Unie de Tanzanie	40 000	35 000	47 000	29 000	24 000	36 000	22
Zambie	24 000	22 000	26 000	23 000	20 000	25 000	21
Zimbabwe	36 000	34 000	39 000	30 000	26 000	33 000	10
21 pays ciblés	670 000	630 000	720 000	570 000	530 000	620 000	-

Objectif 2015 : réduction de 50 % de l'incidence chez les femmes (15 à 49 ans).

Objectif 2015 : réduire le besoin non satisfait de planning familial à zéro.

Source : Estimations ONUSIDA 2014.

Source : enquêtes auprès des ménages, 2003 à 2014. La définition révisée de besoin non satisfait pour le planning familial chez les femmes actuellement mariées (15 à 49 ans) a été utilisée. Consulter : <http://dhsprogram.com/topics/unmet-need.cfm>

OBJECTIF DU VOLET 3
OBJECTIF DU VOLET 3

Taux final de transmission de la mère à l'enfant

Pourcentage de femmes recevant des médicaments antirétroviraux (à l'exclusion de la névirapine à dose unique) pour prévenir de nouvelles infections chez les enfants

21 PAYS D'AFRIQUE SUB- SAHARIENNE DU PLAN MONDIAL	Taux final de transmission de la mère à l'enfant						Pourcentage de femmes recevant des médicaments antirétroviraux (à l'exclusion de la névirapine à dose unique) pour prévenir de nouvelles infections chez les enfants					
	2009	Estimation basse	Estimation haute	2014	Estimation basse	Estimation haute	2009	Estimation basse	Estimation haute	2014	Estimation basse	Estimation haute
Angola	38	24	52	25	12	38	18	13	25	45	32	63
Botswana	8	7	9	4	3	5	85	79	90	91	85	>95
Burundi	35	29	40	22	16	28	24	21	28	78	67	92
Cameroun	31	27	35	22	19	26	19	17	20	66	59	72
Tchad	36	28	44	34	25	43	7	6	9	25	20	31
Côte d'Ivoire	27	23	31	21	17	25	48	43	53	80	71	89
République démocratique du Congo	39	33	44	31	25	36	1	1	2	47	41	53
Éthiopie	39	32	46	18	10	25	12	10	14	73	59	87
Ghana	34	24	44	18	9	28	32	25	41	81	61	>95
Kenya	24	19	29	17	12	22	52	44	61	67	59	78
Lesotho	24	21	27	14	11	16	58	53	63	72	66	78
Malawi	34	30	38	17	13	20	20	18	22	64	58	70
Mozambique	29	23	34	9	4	13	37	31	43	91	78	>95
Namibie	20	17	23	7	3	11	77	69	85	>95	>95	>95
Nigéria	34	30	38	28	24	32	13	12	15	29	26	32
Afrique du Sud	15	12	18	4	3	4	68	62	74	>95	>95	>95
Swaziland	22	20	24	8	8	9	58	54	62	>95	94	>95
Ouganda	35	30	41	8	2	13	27	24	31	92	80	>95
République-Unie de Tanzanie	30	26	35	9	6	12	36	32	41	90	80	>95
Zambie	24	21	27	13	12	15	63	57	69	86	80	92
Zimbabwe	32	29	35	12	10	14	9	9	10	78	72	85
21 pays ciblés	28	25	30	14	12	16	37	34	40	77	71	82

Objectif 2015 : réduire le taux final de transmission de la mère à l'enfant à <5 %.

Objectif 2015 : 90 % des femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral dans la période périnatale ou en prophylaxie.

Source : Estimations ONUSIDA 2014.

Source : Estimations ONUSIDA 2014.

OBJECTIF DU VOLET 3
OBJECTIF DU VOLET 4

Pourcentage de femmes ou d'enfants recevant des médicaments antirétroviraux pendant l'allaitement maternel

Couverture des médicaments antirétroviraux chez les enfants (0 à 14 ans)

Pourcentage de nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH recevant un test virologique dans les deux mois après la naissance

21 PAYS D'AFRIQUE SUB-SAHARIENNE DU PLAN MONDIAL	OBJECTIF DU VOLET 3						OBJECTIF DU VOLET 4						
	2009	Estimation basse	Estimation haute	2014	Estimation basse	Estimation haute	2009	Estimation basse	Estimation haute	2014	Estimation basse	Estimation haute	2014
Angola	0	0	0	45	32	63	6	4	9	14	10	20	14
Botswana	29	27	31	59	55	63	30	28	32	53	49	58	42
Burundi	9	8	10	27	23	32	10	9	11	17	15	19	13
Cameroun	11	10	12	31	28	34	5	5	6	11	10	11	32
Tchad	7	6	9	15	12	19	3	2	3	8	7	10	4
Côte d'Ivoire	8	7	8	20	18	22	9	8	10	16	15	18	40
République démocratique du Congo	0	0	0	11	9	12	3	2	3	15	13	16	13
Éthiopie	3	2	3	72	58	86	7	6	8	22	19	25	25
Ghana	0	0	0	39	30	53	6	5	8	22	17	29	28
Kenya	30	26	36	67	59	78	14	12	16	41	37	47	72
Lesotho	16	15	18	72	66	78	19	17	20	29	27	32	55
Malawi	5	4	5	74	67	81	10	9	10	30	28	33	18
Mozambique	8	7	9	91	78	>95	9	7	10	37	32	45	43
Namibie	17	15	19	94	86	>95	49	47	52	66	63	69	>95
Nigéria	4	3	4	23	21	25	5	5	6	12	11	13	4
Afrique du Sud	69	62	75	>95	>95	>95	11	11	12	49	45	54	94
Swaziland	17	16	18	66	63	70	22	21	23	43	41	45	81
Ouganda	0	0	0	92	80	>95	11	10	12	37	33	43	51
République-Unie de Tanzanie	7	7	9	>95	85	>95	7	6	7	29	26	33	43
Zambie	21	19	23	66	61	71	20	19	22	42	39	44	94
Zimbabwe	1	1	1	78	72	85	13	12	14	38	35	40	45
21 pays ciblés	21	19	23	71	66	77	10	9	11	31	29	33	49

Objectif 2015 : 90 % des paires mère-enfant reçoivent un traitement antirétroviral ou en prophylaxie.

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

Source : Estimations ONUSIDA 2014.

Source : Estimations ONUSIDA 2014.

Source : ONUSIDA, UNICEF et OMS. Rapport mondial d'avancement de la lutte contre le sida, 2015 Genève : ONUSIDA ; 2015.

Proportion de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral à vie

Pourcentage de femmes enceintes qui reçoivent des conseils et un dépistage du VIH

21 PAYS D'AFRIQUE SUB-SAHARIENNE DU PLAN MONDIAL	Proportion de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral à vie						Pourcentage de femmes enceintes qui reçoivent des conseils et un dépistage du VIH					
	2009	Estimation basse	Estimation haute	2014	Estimation basse	Estimation haute	2009	Estimation basse	Estimation haute	2014	Estimation basse	Estimation haute
Angola	0	0	0	45	33	64	23	-	-	34	-	-
Botswana	29	27	31	59	55	63	93	-	-	91	-	-
Burundi	9	8	10	27	23	32	28	-	-	90	-	-
Cameroun	11	10	12	31	28	35	37	-	-	59	-	-
Tchad	7	6	9	0	0	0	6	-	-	45	-	-
Côte d'Ivoire	8	7	8	20	18	22	50	-	-	>95	-	-
République démocratique du Congo	0	0	0	11	9	12	9	-	-	23	-	-
Éthiopie	3	2	3	72	60	88	16	-	-	42	-	-
Ghana	0	0	0	39	29	52	50	-	-	77	-	-
Kenya	30	26	36	50	43	57	65	-	-	86	-	-
Lesotho	16	15	18	72	66	78	53	-	-	62	-	-
Malawi	5	4	5	64	58	70	53	-	-	78	-	-
Mozambique	8	7	9	79	65	93	70	-	-	>95	-	-
Namibie	17	15	19	94	87	>95	88	-	-	94	-	-
Nigeria	4	3	4	12	11	14	13	-	-	44	-	-
Afrique du Sud	20	18	22	>95	>95	>95	>95	-	-	94	-	-
Swaziland	17	16	18	66	63	70	71	-	-	67	-	-
Ouganda	0	0	0	91	79	>95	65	-	-	>95	-	-
République-Unie de Tanzanie	7	7	9	88	78	>95	66	-	-	70	-	-
Zambie	21	19	23	66	61	71	95	-	-	...	-	-
Zimbabwe	1	1	1	74	68	80	41	-	-	>95	-	-
21 pays ciblés	11	10	11	66	61	71	-	-	-	-	-	-

Source : Estimations ONUSIDA 2014.

Source : ONUSIDA, UNICEF et OMS. Rapport d'avancement de la lutte contre le sida au plan mondial 2015. Genève : ONUSIDA ; 2015.

ABRÉVIATIONS

AZT	Zidovudine
CD4	Cellule de lymphocyte T portant le récepteur CD4
CPT	traitement préventif par cotrimoxazole
CTX	cotrimoxazole
DHS	Enquête démographique et de santé
FDA	administration américaine chargée des aliments et des médicaments
GTT	Équipe spéciale mondiale
HCT	Conseils et dépistage du VIH
LPV/r	lopinavir/ritonavir
MICS	« Multiple Indicator Cluster Survey », Enquête en grappes à indicateurs multiples
NVP	névirapine
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PEPFAR	« United States President's Emergency Plan for AIDS Relief », Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida
RRI	« Rapid Response Initiative », Initiative d'intervention rapide
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
TB	tuberculose
TGF	taux global de fécondité
UNFPA	« United Nations Population Fund », Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

RÉFÉRENCES

1. Plan mondial visant à éliminer de nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et pour maintenir leurs mères en vie. Genève : ONUSIDA ; 2011.
2. Directives unifiées concernant l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour traiter et prévenir l'infection par le VIH : recommandations pour une approche de santé publique. Genève : OMS ; 2013.
3. Kaida A et al. Incidence and predictors of pregnancy among a cohort of HIV-positive women initiating antiretroviral therapy in Mbarara, Uganda. *PLoS One* 2013; 8(6). doi: 10.1371/annotation/17310bbb-e5bf-4901-8b6e-529577a280db
4. HIV/AIDS diagnostics technology landscape. 4th Edition. Genève : United Nations International Drug Purchase Facility; 2014.
5. How AIDS changed everything—MDG 6: 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response. Genève : ONUSIDA ; 2015.
6. WHO validates elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in Cuba. Genève : WHO; June 2015 (<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/mtct-hiv-cuba/en/>, accessed 16 October 2015).
7. Burgos-Soto J et al. Intimate partner sexual and physical violence among women in Togo, West Africa: prevalence, associated factors, and the specific role of HIV infection. *Global Health Action*. 2014; 7. doi: 10.3402/gha.v7.23456
8. Homsy J et al. Reproductive intentions and outcomes among women on antiretroviral therapy in rural Uganda: a prospective cohort study. *PLoS ONE*. 2009; 4(1). doi: 10.1371/journal.pone.0004149
9. Myer L et al. Impact of antiretroviral therapy on incidence of pregnancy among HIV-infected women in Sub-Saharan Africa: a cohort study. *PLoS Medicine*. 2010; 7.2: 194.
10. Demographic and Health Surveys [online database]. Washington, D.C.: United States Agency for International Development (<http://dhsprogram.com/data/>, accessed 16 October 2015).
11. Multiple Indicator Cluster Surveys [online database]. Genève : UNICEF (<http://mics.unicef.org/>, accessed 16 October 2015).
12. UNAIDS, UNICEF and WHO. Rapport mondial d'avancement de la lutte contre le sida 2015. Genève : ONUSIDA ; 2015.
13. Estimations ONUSIDA 2014.
14. Mars 2014, Supplément à l'édition 2013 des *Directives unifiées sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour traiter et prévenir l'infection par le VIH : recommandations pour une approche de santé publique*. Genève : OMS ; 2014.

15. Un examen de la transmission du VIH par l'allaitement maternel. Genève : ONUSIDA et OMS ; 1998.
16. Participation des hommes dans la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant Genève : OMS ; 2012.
17. Eaton J et coll. Recent HIV prevalence trends among pregnant women and all women in sub-Saharan Africa: implications for HIV estimates. AIDS. 2014; 28(4): S507–S514.
18. Goga AE et al. First population-level effectiveness evaluation of a national programme to prevent HIV transmission from mother to child, South Africa. Journal Epi Community Health. 2015; 69(3). doi:10.1136/jech-2014-204535
19. Médicaments antirétroviraux pour le traitement des femmes enceintes et pour la prévention de l'infection à VIH chez les nourrissons : recommandations pour une approche de santé publique. Genève : OMS ; 2010.



ONUSIDA
Programme conjoint des
Nations Unies sur le
VIH/SIDA

20 Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666
distribution@unaids.org

unaids.org