

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



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

ACTES DE LA CONFÉRENCE

SOMMAIRE

SYNTHÈSE GLOBALE DE LA CONFÉRENCE	3
OUVERTURE DE LA CONFÉRENCE	7
Pr Françoise Barré-Sinoussi, Prix Nobel de Médecine, Institut Pasteur (message vidéo) ; M. David Gressly, Directeur régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, UNICEF ; D ^r Meskerem Grunitzky-Bekele, Directrice, équipe ONUSIDA d'appui aux régions, Afrique occidentale et centrale.	
SESSION 1	8
L'élimination de la transmission mère-enfant (ETME) à l'horizon 2015 : acquis et perspectives	
Présidence : Pr Stéphane Blanche, Hôpital Necker, France et D ^r Mariam Sylla, Université de Bamako, Mali	
SESSION 2	17
L'élimination en marche (1) : quels programmes et quelles politiques de santé pour assurer un accès universel aux services PTME ?	
Présidence : D ^r N'Dri David Assaole, Directeur de la santé communautaire, ministère de la Santé, Côte d'Ivoire et D ^r Gilles Raguin, Directeur d'ESTHER	
SESSION 3	26
L'élimination en marche (2) : les mobilisations nécessaires, aspects communautaires et sociaux	
Présidence : Pr Alice Desclaux, IRD et Université Paul Cézanne d'Aix-Marseille et Pr Haby Signaté Sy, Chef de service de néonatalogie Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer de Dakar	
SESSION 4	34
Les moyens de l'élimination : Quels partenariats pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre ?	
Présidence : D ^r Eric Mercier (UNICEF) et Pr Papa Salif Sow, Chef de service des maladies infectieuses, Université de Dakar, Sénégal	
SYNTHÈSE DE LA RESTITUTION DES ATELIERS EN SÉANCE PLÉNIÈRE	42
Atelier 1 - Protocoles thérapeutiques et aspects médicaux de la PTME	
Atelier 2 - Quelles stratégies de santé publique pour atteindre l'ETME ?	
Atelier 3 - Atteindre l'élimination en travaillant avec les communautés	
Atelier 4 - Optimiser les ressources humaines et financières pour l'ETME	
CLÔTURE DE LA CONFÉRENCE	49
D ^r Françoise Ndayishimiye, Senior Gender Advisor, Fonds Mondial ; Pr Jean-François Delfraissy, Directeur de l'ANRS, France ; M. Saad Houry, Conseiller principal auprès du Directeur exécutif, UNICEF	





SYNTHÈSE GLOBALE DE LA CONFÉRENCE

« L'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est désormais une utopie réalisable. Les moyens existent: les médicaments, des stratégies efficaces, des chercheurs, des bailleurs et des aides, un réseau international qui s'organise. Il faut donc que, moyennant une volonté politique forte, tous les acteurs, à chaque échelon de responsabilité, s'en emparent pour permettre une prévention effective de la transmission verticale du VIH », a déclaré le Pr Stéphane Blanche de l'Hôpital Necker – Enfants Malades, président du Comité de pilotage de la conférence

En juin 2011, le rapport *Compte à rebours jusqu'à zéro* de l'ONUSIDA dévoilait un plan de route pour réduire de 90% d'ici 2015 le nombre de nouvelles infections par le VIH chez les enfants d'ici 2015, et réduire de moitié la mortalité des mères liée au sida (voir l'encadré p. 7).

Dans la lignée de ce document, et inscrite dans la campagne mondiale *Unissons-nous pour les enfants contre le sida* lancée en 2005 par l'UNICEF et l'ensemble des agences des Nations unies, cette conférence organisée à l'initiative de l'UNICEF France avec le soutien de nombreux partenaires¹ s'est fixée pour objectif de contribuer à accélérer la mobilisation autour de l'agenda de l'élimination de la transmission mère-enfant (ETME), spécifiquement en Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC).

Car si l'ETME est une « utopie réalisable », elle est loin d'être réalisée, particulièrement dans cette région : seules 23% des femmes enceintes séropositives y reçoivent les antirétroviraux (ARV) qui peuvent prévenir la transmission du virus du sida à

¹ Ministère des Affaires étrangères et européennes, Agence française de développement, Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS), ESTHER, Institut Pasteur, ONUSIDA et UNITAID

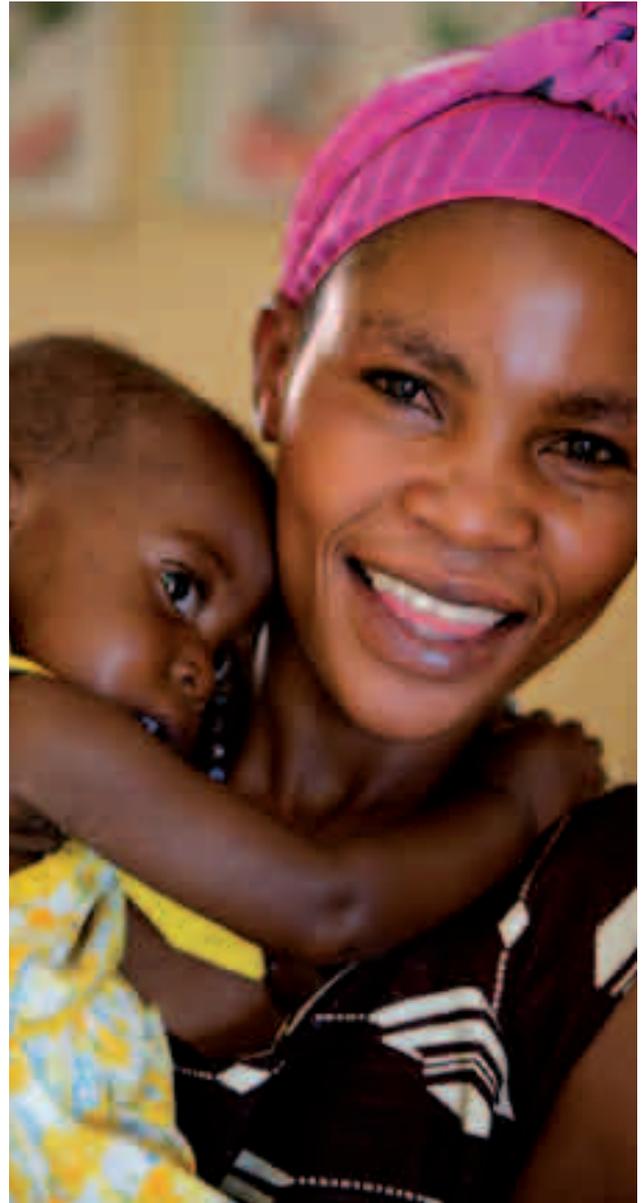
l'enfant qu'elles portent, alors que cette proportion atteint 53% en moyenne pour les pays à faible et moyen revenu. L'AOC représente un quart du poids mondial de l'épidémie, la moitié des besoins non couverts pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME), mais seulement 18% des fonds octroyés par le Fonds Mondial en 2010 et le PEPFAR pour la période 2004-2010.

En dépit de ce constat alarmant, plusieurs éléments permettent de se montrer plus optimistes. Tout d'abord, les progrès de la science : d'un taux de transmission entre 25% et 50% en l'absence de prise en charge, le taux de transmission tombe entre 2 et 4% grâce à l'administration d'antirétroviraux à la mère et/ou à son enfant (voir Dabis, p. 8). Ensuite, les succès enregistrés en matière de PTME par quelques pays d'Afrique australe et d'Afrique de l'Est montrent que l'ETME n'est pas un mythe. À cet égard, l'exemple du Botswana (voir Kapaletswe, p. 23) est particulièrement inspirant, puisque dans ce pays où près de 32% des femmes enceintes sont séropositives, moins de 4% transmettent le virus à leur enfant. Enfin, la mobilisation internationale autour de la santé materno-infantile en général et, plus spécifiquement, de la PTME, est propice à la mise en œuvre de programmes efficaces.

Faisant appel aux acteurs de santé publique et de la lutte contre le sida des 24 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre (mais aussi du Rwanda, du Botswana, du Malawi et d'Afrique du Sud) ainsi qu'aux représentants des organisations et bailleurs internationaux, la conférence était résolument tournée vers l'action. Articulée autour de l'échange d'expériences, d'exemples de bonnes pratiques et d'initiatives pilotes, elle s'est attachée à dresser la liste des goulots d'étranglement freinant le passage à l'échelle des interventions et à dessiner les pistes pour relever le défi de l'ETME dans la région.

La PTME est à l'évidence trop complexe pour que ces initiatives et expériences permettent de fournir un modèle universel d'intervention. Une analyse propre à chaque contexte s'impose dans les différents pays concernés pour établir des plans d'élimination adaptés. Les divers éléments clés évoqués lors de la conférence constituent néanmoins de réels points d'appui en vue de l'ETME. Ils sont présentés ici de façon succincte et développés dans la suite de ce document à travers les synthèses des présentations de chaque intervenant au cours des quatre sessions de la conférence, et de la restitution des ateliers thématiques tenus le deuxième jour.

■ **La nécessité d'un leadership centré sur l'action** a été citée à plusieurs reprises comme un prérequis indispensable. La volonté politique est, dans l'ensemble, au rendez-vous, illustrée par des initiatives comme celle



des Premières dames. Mais pour que l'engagement verbal se traduise en actions propices à l'ETME, les acteurs de la PTME (personnel soignant, société civile, institutions internationales) ont un rôle à jouer pour guider les responsables politiques et les amener à définir et à coordonner une réponse nationale unique. Pour favoriser une plus grande cohérence des programmes, les acteurs de l'aide en matière de lutte contre le sida (agences des Nations unies, PEPFAR, ONG internationales, organisations de la société civile) se sont de leur côté regroupés au sein d'une plateforme de coordination régionale pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, baptisée JURTA (*Joint United Nations Regional Team on AIDS*). Pour autant, la coordination entre les différents intervenants demeure un enjeu majeur.

■ Pour **utiliser les régimes médicamenteux prophylactiques de PTME les plus efficaces**, la mise en application rapide des recommandations 2010 de l'OMS



est indispensable, chaque pays devant trancher clairement en faveur de l'une ou l'autre des options possibles (Option A, Option B, voire Option B+, cf. tableau p. 10), alors que l'existence de 2 options dans le document de l'OMS semble avoir créé une certaine confusion parmi les professionnels de santé. Le changement des recommandations sur l'allaitement maternel dans le cadre de la PTME a été relevé comme un défi important, la **préconisation de l'allaitement maternel** exclusif pendant 6 mois et poursuivi jusqu'à 12 mois suscitant de l'angoisse chez les mères ainsi qu'un alourdissement net de leur suivi.

- Au-delà du choix du régime médicamenteux, la **mise en place de systèmes d'approvisionnement fiables**, pour garantir la disponibilité continue des intrants (antirétroviraux, autres médicaments, réactifs pour les tests diagnostiques) jusque dans les centres de santé les plus reculés, doit faire l'objet d'un effort particulier. Un appel fort a été lancé en faveur du renforcement des capacités des pays à gérer leur système d'approvisionnement, plutôt que d'externaliser cette fonction comme y incitent certains partenaires de l'aide.

- Les défaillances globales des systèmes de santé obligent à **penser la PTME dans une approche intégrée**, où les interventions de PTME s'inscrivent dans le panel plus large d'activités dédiées à la santé de la mère et de l'enfant. Un accent particulier doit être mis sur la planification familiale (un des piliers de l'ETME, pour éviter les grossesses non désirées chez les femmes

séropositives), les consultations prénatales (porte d'entrée de la PTME, mais encore trop peu fréquentées, ou trop tard) et le suivi postnatal (très peu mis en œuvre dans de nombreux pays).

- **La PTME doit aussi être considérée dans le cadre plus large de la lutte contre le sida**, comme l'indique la présence parmi les quatre piliers de l'ETME de la prévention primaire de l'infection au VIH auprès des femmes en âge de procréer, ainsi que du traitement antirétroviral pour les mères, mais aussi leur enfant et les autres membres de la famille qui en ont besoin. Sur la question de la prévention primaire, plusieurs participants se sont inquiétés d'un essoufflement des activités d'information/éducation/communication (IEC), alors que la stigmatisation persiste et qu'une très grande proportion de la population ignore son statut sérologique par rapport au VIH.

- Sur ce dernier point, mentionné comme l'un des freins majeurs à la PTME, plusieurs participants ont appelé à **une stratégie plus proactive en matière de dépistage**, promouvant notamment le dépistage à l'initiative du soignant plutôt que de s'en remettre au seul dépistage volontaire, trop peu pratiqué. De plus, des expériences intéressantes de conseil orienté vers le couple montrent une voie possible pour favoriser le dépistage des partenaires masculins.

- Plus largement, les témoignages ont abondé en faveur d'une **implication plus forte des hommes dans le**

processus de PTME. Diverses études et projets présentés montrent que l'attitude des hommes constitue un obstacle fort à l'adhésion des femmes aux services de PTME, à leur adhérence au traitement prophylactique, à l'adoption de bonnes pratiques d'allaitement, ou encore au dépistage précoce des enfants. À l'inverse, le soutien des partenaires masculins pourrait constituer un atout majeur pour l'ETME.

■ **La couverture géographique des services de PTME** a besoin d'être étendue, pour les rendre **disponibles et accessibles au plus près des femmes enceintes.**

Cette couverture géographique doit s'appliquer non seulement aux consultations prénatales, mais aussi à tous les outils biologiques (CD4, diagnostic précoce chez l'enfant) et au traitement. Plusieurs expériences présentées lors de la conférence montrent que le recours aux services de PTME (à commencer par l'étape du diagnostic) augmente lorsque les femmes savent qu'elles pourront y obtenir le traitement pour elles-mêmes si nécessaire.

■ Dans des pays souffrant déjà d'une pénurie de ressources humaines médicales, l'extension des services et la mise en application des nouvelles recommandations de l'OMS accroissent encore le volume d'activités et accentuent donc le problème. Dès lors, **la délégation des tâches s'impose comme un corollaire du passage à l'échelle.**

Plusieurs pays ont d'ores et déjà appliqué avec succès la prescription des antirétroviraux par le personnel infirmier, permettant aux médecins de se concentrer sur les cas complexes. La charge de travail des infirmiers étant elle aussi très grande, les organisations de la société civile jouent un rôle croissant dans l'accompagnement psychosocial, le conseil et le suivi des femmes enceintes séropositives. Cette délégation des tâches rend indispensable le renforcement de la formation du personnel soignant comme des intervenants communautaires, en construisant une offre structurée de formations qualifiantes et reconnues.

■ L'ensemble des participants a souligné la dimension sociale du sida et de la PTME et la nécessité absolue d'**impliquer davantage les acteurs communautaires, particulièrement les associations de femmes vivant avec le VIH.**

Au-delà de leurs actions contre la stigmatisation et en faveur d'une plus forte mobilisation, les organisations de la société civile jouent un rôle primordial dans les activités d'IEC, afin d'améliorer la prévention primaire, de promouvoir le dépistage volontaire, ou d'encourager les femmes à se rendre en consultation prénatale dès le premier trimestre de leur grossesse. Au niveau de la prise en charge, elles assurent l'accompagnement régulier des patientes, prodiguant des explications et des conseils sur les antirétroviraux, l'opportunité et la façon de dévoiler leur séropositivité à leur mari, l'allaitement, la nutrition et



l'administration du traitement préventif de leur enfant, etc. Elles peuvent favoriser une meilleure implication des hommes et réduire drastiquement la proportion des « perdus de vue », ces patientes ou nourrissons qui cessent la PTME en cours de route. Les associations contribuent ainsi de façon majeure aux performances des programmes de PTME, et constituent *de facto* une partie intégrante du dispositif de soins. Les participants à la conférence ont plaidé en faveur d'une reconnaissance plus forte de ce rôle, demandant l'implication des organisations communautaires dans l'élaboration et l'évaluation des programmes, afin qu'elles renforcent la pertinence et l'efficacité de leurs interventions. Pour être viable, cette démarche implique un effort non seulement de formation continue, mais également de rémunération des membres des associations.

■ L'importance primordiale de la recherche a été soulignée, non tant au plan médico-scientifique dès lors que les médicaments et stratégies d'intervention existent, qu'à celui de l'accompagnement opérationnel pour évaluer les programmes mis en œuvre et guider les choix de santé publique.

■ Enfin, la mise en œuvre de **l'agenda de l'ETME, dans un contexte de crise financière mondiale, pose de manière aiguë la question des financements.**

L'Afrique de l'Ouest et du Centre représente un quart du poids mondial de l'épidémie, la moitié des besoins non couverts pour la PTME, et seulement 18% des fonds octroyés par le Fonds Mondial en 2010 et le PEPFAR pour la période 2004-2010. Outre le Fonds Mondial et le PEPFAR, les pays bénéficient aussi du soutien d'UNITAID, de pays du G8 comme la France, notamment à travers l'initiative Muskoka pour la santé materno-infantile. Tout en demandant un maintien des budgets de l'aide malgré la conjoncture économique défavorable, plusieurs intervenants ont appelé les pays à améliorer leur gouvernance, la transparence, le rendu de compte et l'efficacité des actions engagées. Une réflexion sur la mobilisation des ressources nationales doit également être menée, malgré la marge de manœuvre budgétaire limitée des États de la région.



OUVERTURE DE LA CONFÉRENCE

Dans leurs messages de bienvenue au cours de la séance d'ouverture, les intervenants se sont réjouis de la tenue d'une conférence centrée sur l'objectif d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (ETME) et spécialement dédiée aux pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre. Jacques Hintzy, président de l'UNICEF France, a souhaité que cet événement marque un sursaut dans la mobilisation de cette région pour combler son retard dans le domaine.

Dans un message vidéo préenregistré, le Pr Françoise Barré-Sinoussi de l'Institut Pasteur a appelé à utiliser sur le terrain les outils efficaces issus de la recherche, ainsi qu'à améliorer l'organisation des soins et l'accès aux services de santé. Les réussites de pays comme le Botswana, le Rwanda ou la Thaïlande montrent que l'élimination est à portée de main, dans le cadre des efforts globaux d'amélioration de la santé maternelle et infantile. Cette mobilisation va demander des moyens financiers importants, dans une conjoncture économique globale défavorable, mais le coût à long terme de l'inaction (notamment le coût de traitements antirétroviraux à vie) est tout simplement inadmissible, a souligné David Gressly, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre.

Pour finir, le Dr Meskerem Grunitzky-Bekele de l'ONUSIDA a esquissé les grandes lignes du plan de route pour aller vers l'élimination à l'horizon 2015 (voir encadré ci-dessous), rappelant que les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre peuvent compter sur le soutien coordonné des agences des Nations unies à travers la plateforme régionale JURTA (*Joint UN REGIONAL Team on AIDS*) pour élaborer, financer et mettre en œuvre leurs politiques nationales d'ETME.

« Nous avons les connaissances, la science et le pouvoir de réaliser une génération sans sida. Nous pouvons le faire, et parce que nous le pouvons, nous devons le faire. Je suis convaincu qu'ensemble nous allons le faire. » M. David Gressly, Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre

COMPTE À REBOURS JUSQU'À ZÉRO : un plan de route mondial pour l'élimination

Dévoilé en juin 2011 par ONUSIDA, ce plan se concentre prioritairement sur les 22 pays affichant le plus grand nombre de nouvelles infections chez les enfants, dont 7 sont en Afrique de l'Ouest et du Centre : Nigeria, République Démocratique du Congo, Cameroun, Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Ghana et Tchad.

Il fixe la perspective de l'ETME à l'horizon 2015 avec une vision claire pour une génération sans sida : zéro nouvelle infection au VIH, zéro décès lié au VIH et zéro discrimination.

Compte à rebours jusqu'à zéro définit aussi les quatre piliers sur lesquels doivent s'appuyer les stratégies

d'élimination qui se mettent en place pour réduire de 90% d'ici 2015 le nombre de nouvelles infections par le VIH chez les enfants, et réduire de moitié la mortalité des mères liée au sida :

- la prévention primaire de l'infection au VIH auprès des femmes en âge de procréer ;
- la prévention des grossesses non désirées auprès des femmes vivant avec le VIH ;
- la prévention de la transmission de la mère séropositive à son nourrisson ;
- le traitement de la mère, de l'enfant et des autres membres de la famille qui en ont besoin.





L'Élimination de la transmission mère-enfant à l'horizon 2015 : acquis et perspectives

De la prévention à l'élimination : le chemin parcouru en matière de transmission verticale, de la recherche aux recommandations de l'OMS

Pr François Dabis,
Université Bordeaux Segalen, France



Depuis le milieu des années 80, nous savons que le virus du sida se transmet de la mère à l'enfant. À cette époque, l'ETME désignait l'évaluation de la transmission de la mère à l'enfant. À partir de 1998, des études importantes dans des pays du Sud, la Thaïlande et le Rwanda, montrent qu'il est possible de diminuer cette transmission en administrant des

antirétroviraux (ARV), et on commence à parler de PTME, ou PMTCT en anglais pour *Prevention of Mother-to-Child Transmission*. Désormais, on parle à nouveau d'ETME, mais le E signifie désormais élimination, ce qui est bien plus séduisant.

Pour l'heure, à l'échelle mondiale, on estime que les efforts fournis permettent d'éviter 65 000 cas de TME

« La possibilité, connue depuis 1994, de réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant par un traitement prophylactique antirétroviral fait partie des plus grandes découvertes issues de l'identification du virus.

Imaginez combien les chercheurs peuvent être frustrés lorsque des outils issus de leurs travaux, qui ont fait leurs preuves, ne sont pas encore mis en application à l'échelle universelle. »

Pr Françoise Barré-Sinoussi, Institut Pasteur, co-découvreuse du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), Prix Nobel de médecine 2008



par an (chiffre 2008). Mais l'épidémie de sida reste non contrôlée, les femmes en âge de procréer sont les plus touchées, et on dénombre environ 1 000 nouvelles infections chez les enfants chaque jour, soit 370 000 cas annuels.

Les facteurs de risque sont aujourd'hui bien connus, avec un taux de transmission entre 25% et 50% en l'absence de prise en charge. À l'échelle individuelle, le risque pendant la grossesse et au moment de l'accouchement se situe entre 15% et 30%, et il se poursuit tout au long de la période d'allaitement (10% à 20% de transmission). Concernant l'allaitement, les connaissances ont progressé ces dernières années et nous savons que pratiquer l'allaitement mixte (mêlant lait maternel et substituts) est un facteur de risque additionnel, et que plus la durée de l'allaitement augmente, plus le risque de transmission est fort.

En termes de santé publique en Afrique, le risque de la transmission mère-enfant du VIH résulte de 4 éléments : le grand nombre de femmes séropositives sur le continent, la fertilité globalement plus élevée qu'ailleurs, l'ignorance par beaucoup de femmes de leur statut sérologique par rapport au VIH, et enfin les pratiques d'allaitement.

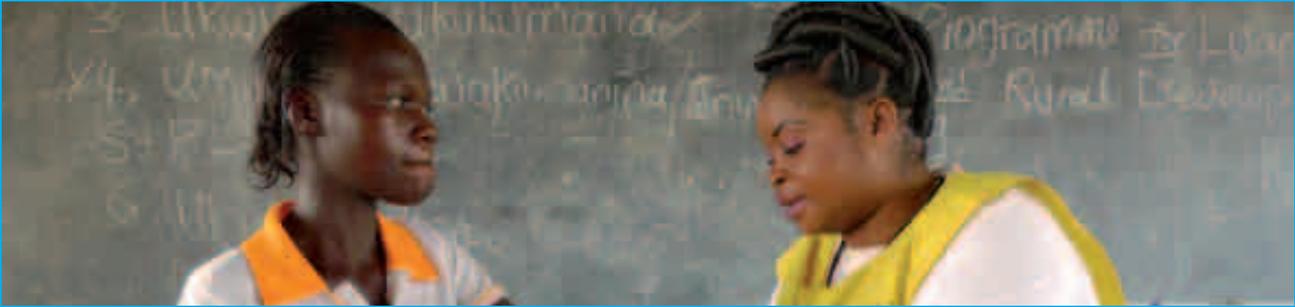
Au cours des 5 dernières années, plusieurs études ont montré que l'utilisation des substituts de lait maternel, si elle est possible à titre individuel ou dans des circonstances expérimentales très contrôlées, peut donner des résultats catastrophiques en termes de morbidité (diarrhées, malnutrition, etc.) et de mortalité de l'enfant lorsqu'on essaie de l'appliquer à grande échelle dans des conditions réelles. Parallèlement, des résultats de recherche extrêmement clairs et sans ambiguïté prouvent que l'administration d'antirétroviraux à la mère et/ou à son enfant a un effet prophylactique majeur, avec des taux de transmission réduits entre 2 et 4%. Donc, après la naissance, on privilégie désormais cette

« La névirapine a été l'un des premiers antirétroviraux utilisés pour la PTME, et permettait une réduction de 50% de la transmission avec une seule dose à la mère à l'accouchement, et à l'enfant juste après la naissance. Mais l'utilisation de la névirapine seule posait des problèmes de résistances, et n'était efficace que dans la moitié des cas. Des recherches supplémentaires ont démontré qu'en ajoutant d'autres molécules anti-rétrovirales, on pouvait obtenir une réduction de plus de 90% de la transmission. C'est pourquoi l'OMS a fait de nouvelles recommandations. »

D^r Macoura Oulare
Spécialiste principale de la PTME/PECP, UNICEF, Bureau régional Afrique de l'Ouest et du Centre

approche d'usage des ARV plutôt que la modification des pratiques d'allaitement.

Les preuves scientifiques accumulées ont abouti à la formulation des nouvelles recommandations de l'OMS pour la PTME, publiées en 2010, auxquelles s'ajoutent des directives sur l'alimentation maternelle. Ces interventions visent à réduire au maximum la transmission verticale, avec le moins d'effets secondaires possibles pour la mère et l'enfant, tout en préservant les futures options thérapeutiques. En résumé, les recommandations sont les suivantes :



« Il est inacceptable qu'une femme qui a besoin d'un traitement antirétroviral pour sa propre santé ne les reçoive pas, car c'est la meilleure chance qu'on peut lui donner à elle, c'est aussi la meilleure chance pour prévenir la transmission à son futur bébé. »

Pr François Dabis, Université Bordeaux Segalen, France



NOUVELLES RECOMMANDATIONS DE L'OMS

PRÉSENTATION SCHÉMATIQUE DES RÉGIMES PROPHYLACTIQUES POUR LA MÈRE ET L'ENFANT

Le document complet est téléchargeable sur le site de l'OMS : <http://www.who.int/hiv/pub/mtct/advice/fr/index.html>

FEMMES ENCEINTES INFECTÉES PAR LE VIH AYANT BESOIN D'UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL POUR LEUR PROPRE SANTÉ (CD4 < 350 cellules/mm ³ OU stades cliniques 3 ou 4 de la maladie)	FEMMES ENCEINTES INFECTÉES PAR LE VIH N'AYANT PAS BESOIN D'UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL POUR LEUR PROPRE SANTÉ (CD4 > 350 cellules/mm ³ ET stades cliniques 1 ou 2 de la maladie)		
	OPTION A	OPTION B	
POUR LA FEMME ENCEINTE			
Traitement antirétroviral Schémas privilégiés : AZT + 3TC + NVP ou AZT + 3TC + EFV Autres schémas possibles : TDF + 3TC (ou FTC) + NVP TDF + 3TC (ou FTC) + EFV	Prophylaxie antirétrovirale dès la 14 ^e semaine de grossesse ou dès que possible par la suite : <ul style="list-style-type: none"> ■ AZT tous les jours pendant la période prénatale ■ Névirapine (NVP) en dose unique au début du travail* ■ AZT + 3TC au cours du travail et de l'accouchement* ■ AZT + 3TC pendant 7 jours après l'accouchement* *Pas nécessaire si la mère a reçu plus de 4 semaines d'AZT au cours de la grossesse.	Prophylaxie antirétrovirale par association de 3 ARV commençant dès la 14 ^e semaine de grossesse et continuée jusqu'à une semaine après l'arrêt complet de l'allaitement. Principaux schémas recommandés : <ul style="list-style-type: none"> ■ AZT + 3TC + LPV/r 4 ■ AZT + 3TC + ABC ■ AZT + 3TC + EFV ■ TDF + 3TC (ou FTC) + EFV 	
POUR LE NOURRISSON			
ALLAITÉ AU SEIN OU NON NVP ou AZT tous les jours de la naissance jusqu'à 4 à 6 semaines	ALLAITÉ AU SEIN Névirapine (NVP) en dose unique à la naissance, puis tous les jours jusqu'à une semaine après l'arrêt complet de l'allaitement	NON ALLAITÉ AU SEIN Névirapine (NVP) en dose unique à la naissance NVP ou AZT tous les jours jusqu'à 4 à 6 semaines	ALLAITÉ AU SEIN OU NON AZT ou NVP tous les jours de la naissance jusqu'à 4 à 6 semaines

- thérapie antirétrovirale pour les femmes enceintes qui ont besoin d'un traitement pour leur propre santé (celle dont les CD4 sont inférieurs à 350), soit environ un tiers des femmes enceintes séropositives en Afrique ;
- pour les autres, utilisation des ARV en traitement prophylactique, avec deux régimes médicamenteux possibles pour la mère et son enfant, dits option A et option B, couvrant la grossesse (si possible dès la 14^e semaine), l'accouchement et la période d'allaitement ;
- allaitement exclusif pendant 6 mois, et poursuivi jusqu'à 12 mois lors de l'introduction progressive de l'alimentation de complément. C'est le changement majeur par rapport aux précédentes recommandations, rendu possible par la preuve que l'utilisation des ARV post-partum réduit de façon drastique la transmission du VIH par le lait maternel.

L'OMS laisse le choix entre l'option A et l'option B, mais recommande très vivement à chaque pays de choisir l'une ou l'autre des deux options. Les preuves à notre disposition ne permettent pas de dire si l'une est supérieure à l'autre. Une étude est en cours, mais les résultats ne seront disponibles que dans plusieurs années. Sans attendre, pour simplifier au maximum la stratégie de lutte contre la TME et éviter la confusion, les pays doivent faire un choix clair en fonction de l'organisation de leur système de santé, des moyens disponibles et d'autres éléments de contexte. Aujourd'hui, en Afrique, 15 pays ont choisi l'option A, 20 pays ont choisi l'option B, et quatre pays combinent A et B.

Le Malawi et probablement l'Afrique du Sud ont choisi une stratégie dite B+, qui consiste à initier un traitement antirétroviral à vie pour toutes les femmes enceintes séropositives, quel que soit leur niveau de CD4. Cette approche universelle relativement simple minimise la transmission verticale, protège aussi pour les grossesses suivantes, impacte positivement la santé et la mortalité maternelle, réduit la transmission sexuelle du VIH, réduit le risque de co-infection par la tuberculose et permet de soigner la co-infection par l'hépatite B. C'est peut-être le meilleur moyen d'arriver à une génération sans VIH, mais il n'y a pas encore de preuve scientifique formelle, donc il faudra regarder de très près les résultats du programme malawite. Au-delà des recommandations et des protocoles retenus, l'objectif d'ETME impose de surmonter de multiples défis sur le terrain : fréquentation du système de santé, acceptation et réalisation du dépistage, adhérence au traitement, etc. De plus, l'ETME doit être replacée dans le cadre plus global de la prévention biomédicale. Car moins il y aura de nouvelles infections chez les femmes en âge de procréer, moins nous aurons à terme à éliminer la transmission mère-enfant par des actions relativement complexes.



En démontrant l'efficacité des ARV pour réduire la TME, la science a fait une partie du travail, mais son rôle n'est pas terminé avec 4 pistes de recherche pour accompagner les efforts d'ETME :

- recherche opérationnelle pluridisciplinaire autour des approches expérimentales sur le terrain pour augmenter le taux de couverture de la PTME, réduire la stigmatisation, mieux intégrer la PTME dans les services de santé, etc. ;
- mise en place de dispositifs de pharmaco-épidémiologie pour quantifier les risques liés à l'utilisation massive des antirétroviraux ;
- mesure de la balance bénéfices/risques de l'approche universelle annoncée par le Malawi ;
- étude de l'opportunité d'introduire dans les recherches sur l'ETME les nouvelles molécules antirétrovirales disponibles dans les pays du Nord.



État des lieux en matière de PTME dans les pays à revenu limité

D^r René Ekpini,
Conseiller principal Santé de la Mère et de l'Enfant
UNICEF

Le contexte politique est propice car il existe aujourd'hui un consensus international autour de l'agenda de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (ETME), qui doit s'inscrire dans le cadre de la stratégie globale pour l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant.

En 2009, la couverture en traitements antirétroviraux pour la PTME dans les pays à faible et moyen revenu a atteint 53%, en forte progression par rapport à 2005 (15%). Mais l'Afrique de l'Ouest et du Centre accuse un net retard, avec une couverture de seulement 23% contre 68% en Afrique Australe et de l'Est.

Ce décrochage s'explique en partie par le contexte épidémiologique. Les taux de prévalence plus faibles en Afrique de l'Ouest et du Centre n'ont pas favorisé une stratégie proactive de dépistage du VIH chez les femmes enceintes. Dans des systèmes de santé souvent faibles, l'application des nouvelles recommandations tarde parfois à se généraliser, et de nombreuses femmes enceintes séropositives



reçoivent encore la monodose de névirapine comme traitement prophylactique.

Après les projets de recherches, les initiatives pilotes puis les efforts de mise à l'échelle, nous sommes dans une dynamique totalement différente, celle de l'élimination. L'ETME exige d'aller au-delà de l'efficacité du régime médicamenteux et de prendre en compte trois paramètres dans le nécessaire renforcement des systèmes de santé et des systèmes communautaires :

- la couverture géographique, qui impose une décentralisation des services de santé pour les rapprocher au maximum de la population ;
- la qualité des régimes médicamenteux, et la disponibilité des intrants dans les services de santé ;
- l'accès des femmes et des enfants aux services de santé.

En Ethiopie, les intrants pour la PTME sont disponibles dans 86% des centres de santé, mais la couverture

« L'Afrique de l'Ouest et du Centre représente un quart du poids mondial de l'épidémie, la moitié des besoins non couverts pour la PTME, et seulement 18% des fonds octroyés par le Fonds Mondial en 2010 et le PEPFAR pour la période 2004-2010. »

D^r Macoura Oulare

Spécialiste principale de la PTME/PECP, UNICEF,
Bureau régional Afrique de l'Ouest et du Centre

des ARV pour la PTME n'est que de 40%, notamment en raison de la faible proportion de femmes (28%) qui bénéficient d'au moins une consultation prénatale. Cet exemple montre bien que la stratégie d'ETME doit prendre en compte la problématique globale de la santé maternelle et infantile. Les consultations prénatales doivent intervenir le plus tôt possible pour permettre la prophylaxie VIH dès la 14^{ème} semaine. Il faut s'assurer que les femmes viennent accoucher en milieu hospitalier pour pouvoir administrer la dose de névirapine. Et il est indispensable de mettre en place un système de suivi postnatal, limité aux services de vaccination dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre.

L'exemple du Rwanda montre comment on peut atteindre l'objectif d'élimination, en prenant en compte ces trois paramètres : une politique de décentralisation et de délégation des tâches volontariste ; l'adoption rapide des recommandations de l'OMS pour procurer les régimes médicamenteux les plus efficaces aux femmes et aux enfants ; des services de PTME accessibles, sans barrière financière.

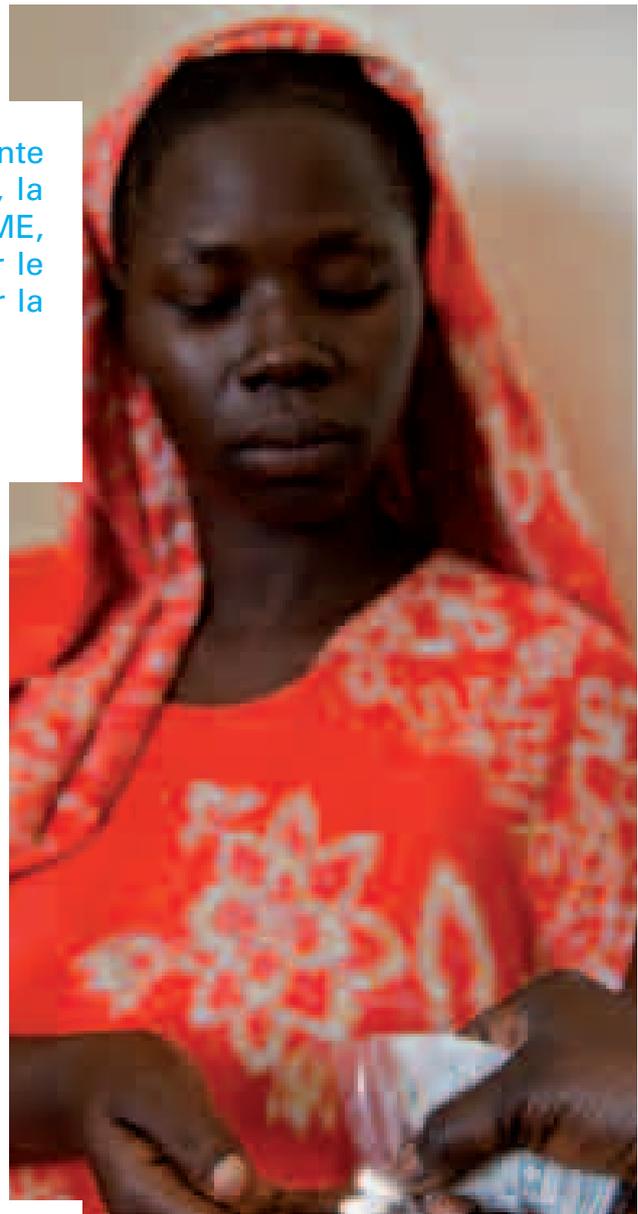
« Nous devons penser l'agenda de l'ETME en termes de stratégie globale pour la santé de la femme et de l'enfant. Il ne s'agit pas d'améliorer un secteur et de délaisser les autres, mais de renforcer tout le système de santé, y compris le système de santé communautaire. »

P^r Thérèse N'dri-Yoman

Ministre de la Santé et de la lutte contre le Sida, Côte d'Ivoire

En conclusion, la stratégie d'ETME passe par huit actions prioritaires :

- Un leadership et un engagement politique centrés sur l'action, guidés par les partenaires opérationnels et techniques.
- La mobilisation des ressources disponibles au niveau national, en complément des ressources du Fonds Mondial et des partenaires internationaux, dans une optique de pérennisation.



- La décentralisation et la délégation des tâches, indispensables pour parvenir à l'ETME.
- L'identification des goulots d'étranglement pour construire des réponses programmatiques basées sur des faits.
- L'intégration en prenant en compte les quatre composantes de la PTME.
- Le recours aux innovations disponibles (téléphones mobiles, diagnostic au point de soins) pour accélérer la mise à l'échelle.
- Le passage à l'échelle des interventions à base communautaires.
- Le renforcement des systèmes de monitoring au niveau des pays.



Vers l'élimination des nouvelles infections pédiatriques au VIH et la réduction des décès maternels en Afrique de l'Ouest et du Centre : progrès, défis et opportunités

D^r Macoura Oulare
Spécialiste principale de la PTME/PECP, UNICEF,
Bureau régional Afrique de l'Ouest et du Centre

Le contexte sanitaire en Afrique de l'Ouest et du Centre est caractérisé par :

- une forte mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile ;
- une épidémie de VIH/sida qui touche beaucoup plus les femmes que les hommes ;
- une grande disparité dans l'accès aux services de santé, au détriment des plus pauvres, des ruraux ou des groupes vulnérables ;
- des crises humanitaires qui affectent directement ou indirectement les pays de la région ;
- la faiblesse globale des systèmes de santé.

Par rapport à la question de la PTME, l'Afrique de l'Ouest et du Centre est en retard, mais on peut néanmoins souligner un certain nombre de progrès :

- De 2005 à 2009, la proportion des femmes enceintes dépistées pour le VIH a décuplé. La proportion des



femmes enceintes séropositives ayant accès aux antirétroviraux a été multipliée par six. Dix fois plus d'enfants infectés par le VIH ayant besoin d'un traitement y ont accès.

- Un plan mondial pour l'ETME fixe des objectifs précis (baisse de 90% des nouvelles infections chez les enfants, réduction de 50% de la mortalité maternelle liée au VIH) et une stratégie claire basée sur 4 piliers (prévention primaire, planification familiale, réduction de la transmission verticale, prise en charge thérapeutique).
- Dans presque tous les pays, les mécanismes de coordination ont été renforcés, les directives PTME intègrent les recommandations 2010 de l'OMS, et un leadership fort (notamment l'initiative des Premières dames) est mobilisé autour de l'agenda de l'élimination.
- Un cadre régional conjoint (JURTA) associant les agences des Nations unies et d'autres partenaires a été élaboré pour soutenir les pays dans la mise en œuvre de l'ETME, concentré sur 7 domaines d'interventions prioritaires : leadership et engagement politique ; accessibilité, qualité, continuité et utilisation des

services ; intégration de la PTME au sein des services déjà existants pour la santé de la mère et de l'enfant ; ressources humaines ; approvisionnement en intrants ; systèmes communautaires, notamment pour impliquer les hommes et lutter contre la stigmatisation ; monitoring et évaluation.

- Une analyse des goulots d'étranglement (intrants, ressources humaines, disponibilité et qualité des services de PTME, accessibilité et utilisation, etc.) et des disparités géographiques est en cours dans huit pays de la région : RDC, Tchad, Cameroun, Côte d'Ivoire, Congo, République centrafricaine, Togo et Guinée. Cette analyse est essentielle car elle permet de guider la programmation et la prise de décision au niveau national.
- Les pays ont adopté ou sont sur le point d'adopter (début 2012 au plus tard) des plans budgétisés d'élimination de la TME.

L'analyse de la situation actuelle fait néanmoins ressortir des défis majeurs :

- L'importance des besoins non couverts en prophylaxie antirétrovirale pour les femmes enceintes séropositives, avec en outre des disparités géographiques fortes au sein de plusieurs pays en termes d'accès à la PTME ou bien de concentration des besoins non couverts.
- Le décalage entre les financements disponibles et les besoins.
- La faible coordination entre les partenaires, suffisamment nombreux mais qui doivent mieux articuler leurs actions.
- Le retard pris en matière de délégation des tâches pour pallier l'insuffisance de personnel médical qualifié : dans beaucoup de pays, les médecins sont toujours seuls habilités à initier la prophylaxie et le traitement, ce qui contraint les femmes à parcourir parfois plus de 50 kilomètres pour obtenir une prescription.
- L'accès insuffisant au comptage des CD4 ressort comme un goulot d'étranglement majeur. Il faut absolument décentraliser ce service en utilisant la technologie disponible (machines portables avec autonomie de batterie, téléphone mobile pour la transmission des résultats). Par ailleurs, même si le comptage des CD4 est extrêmement important, il ne doit pas constituer un frein à l'initiation de la prophylaxie.
- La faiblesse des systèmes de monitoring, qui n'utilisent pas les technologies disponibles (téléphonie mobile, SMS).
- La faible implication du secteur privé, informel ou communautaire.

La mobilisation internationale et au niveau des pays en faveur de l'ETME, et plus largement de la santé materno-infantile et du renforcement des systèmes de santé constituent une opportunité dont il faut se saisir



pour aller vers l'élimination. Les prochaines étapes consistent à :

- Mobiliser et mieux utiliser les ressources, internationales et nationales, pour financer la mise en œuvre des plans d'élimination.
- Accélérer la mise en pratique des recommandations 2010 de l'OMS.
- Accélérer les efforts de décentralisation, d'intégration et de délégation des tâches.

« La problématique majeure, ce n'est pas le manque de volonté politique, c'est l'absence de traduction de cette volonté en actions. Nous devons aider les acteurs politiques à traduire leur engagement verbal en actions pour un environnement opérationnel favorable, par le biais des politiques, des normes et des standards. Par exemple, sur la problématique du dépistage, en promouvant le conseil et le dépistage initié par le personnel soignant. Ou en renforçant le rôle des districts de santé pour aider à une décentralisation et à une dévolution effectives. Les acteurs politiques peuvent aussi se montrer très utiles pour coordonner l'engagement de tous les partenaires dans le sens d'une réponse nationale unique. »

D^r René Ekpini

Conseiller principal Santé de la Mère et de l'Enfant, UNICEF

- Renforcer le suivi des progrès et l'évaluation de l'impact.
- Renforcer la coordination des partenaires financiers et techniques.
- Documenter et disséminer les bonnes pratiques.

En fonction de leur situation (notamment les niveaux de couverture ou de fréquentation des consultations prénatales (CPN) et des services de PTME), tous les pays n'auront pas les mêmes priorités. Pour aider les pays à s'orienter, l'UNICEF a établi une classification. L'élimination est un vœu que nous souhaitons atteindre, mais la réalité du terrain fait que tous les pays n'y parviendront pas d'ici 2015. Cette catégorisation va inciter les pays à mettre les bouchées doubles.



CLASSIFICATION ÉTABLIE PAR L'UNICEF POUR AIDER LES PAYS DANS L'ÉLABORATION DE LEURS PLANS D'ETME

PAYS

SITUATION ACTUELLE

ACTIONS PRIORITAIRES PRÉCONISÉES

GRUPE 1 :

Bénin,
Burkina Faso,
Côte d'Ivoire,
Cameroun,
Sierra Leone,
Cap Vert,
Guinée Equatoriale

- Bonne couverture d'au moins une CPN (~85%)
- Faible couverture des quatre CPN (<60%)
- Disponibilité moyenne ou élevée (40% à 80%) du dépistage VIH en CPN.
- Faible utilisation des services de PTME (couverture ARV entre 27% et 55%).

AMÉLIORER L'UTILISATION ET LA QUALITÉ DES SERVICES :

- Appliquer les protocoles ARV les plus efficaces.
- Améliorer la CPN 4, introduire la PTME en salle d'accouchement et le postnatal immédiat.
- Promouvoir les accouchements en institution, recherche active des femmes perdues de vue.
- Augmenter la prophylaxie et le traitement des enfants.
- Cibler les points de prestation de services non conventionnels.

GRUPE 2 :

Ghana, Congo,
Guinée Bissau, Gabon,
São Tomé e Príncipe,
Niger, Guinée,
Togo, Liberia, Mali,
RCA, Sénégal, Burundi

- Bonne couverture d'au moins une CPN (~85%)
- Faible couverture des quatre CPN (<60%)
- Disponibilité limitée (20% à 30%) du dépistage VIH en CPN.
- Faible utilisation des services de PTME (couverture ARV inférieure à 30%).

AMÉLIORER LA DISPONIBILITÉ ET L'UTILISATION DES SERVICES :

- Décentraliser les services pour augmenter la disponibilité.
- Recourir à la délégation de tâches.
- Cibler les régions avec les plus forts besoins.
- Améliorer la demande pour les services de PTME.
- Intégrer la PTME à la CPN et à l'accouchement.
- Appliquer les protocoles ARV les plus efficaces.

GRUPE 3 :

Nigeria, Tchad,
RDC, Mauritanie
(pays très étendus avec un système sanitaire complètement délabré)

- Faible couverture d'au moins une CPN (50% à 60%)
- Faible couverture des quatre CPN (<60%)
- Disponibilité très limitée (10% à 20%) du dépistage VIH en CPN.
- Faible utilisation des services de PTME (couverture ARV inférieure à 10%).

AMÉLIORER LA DISPONIBILITÉ DES SERVICES :

- Changer l'approche stratégique d'offre de services (décentralisation complète, approches communautaires, stratégie avancée, ciblage des poches de concentration, grande délégation de tâches, implication des secteurs privé et informel, etc.).
- Etendre de façon volontariste les services.
- Identifier et corriger les goulots.



SESSION 2

L'élimination en marche : quels programmes et quelles politiques de santé pour assurer un accès universel aux services de PTME ?

Pour une intégration des services et des soins : la PTME comme composante intégrale des services de santé maternelle, néonatale et infantile

D^r Placidie Mugwaneza,
Chef du département Prévention du VIH,
RBC/IHDPC, Rwanda



Au Rwanda, la prévalence générale du VIH est de 3% (pour une population estimée à 9,3 millions d'habitants), mais les femmes sont particulièrement touchées par l'épidémie. Pour la tranche d'âge des 15-24 ans, les femmes sont cinq fois plus infectées que les hommes. En moyenne, la prévalence observée chez les femmes lors des consultations prénatales était de 4,4% en 2007.

Le programme de PTME au Rwanda a été initié en 1999, avec un projet pilote, avant d'être défini comme Programme national en 2001. Depuis, la stratégie a continuellement évolué, pour intégrer les progrès des outils diagnostiques et thérapeutiques (diagnostic précoce chez les enfants, régimes de traitement les plus efficaces), décentraliser les services de PTME et



permettre la délégation des tâches, en ligne avec les recommandations de l'OMS. Désormais, l'élimination est inscrite dans le plan national stratégique de lutte contre le VIH, et un plan national d'ETME est en cours d'élaboration.

La caractéristique clé du programme du Rwanda est l'intégration des services de PTME dans la santé materno-infantile. Cette intégration concerne les quatre piliers de la PTME :

- Avant même la grossesse, un paquet de services est offert pour la prévention primaire : promotion du dépistage volontaire (individuel et de couple), conseil sur la santé de la reproduction et la planification familiale, circoncision masculine, etc. L'effort en matière de planification familiale a permis de faire progresser la proportion de femmes qui utilisent une méthode contraceptive moderne de 10% à 45% de 2005 à 2010, contribuant à une baisse du taux de fertilité de 6,1 à 4,6.
- Pendant la grossesse, les services de PTME ont été intégrés au niveau des consultations prénatales (CPN) : proposition systématique du dépistage volontaire, test de CD4 pour toutes les femmes séropositives, prophylaxie ARV, conseils sur l'alimentation et le planning familial, dépistage et prise en charge de la tuberculose et d'autres maladies opportunistes. À noter qu'au Rwanda, 98% des femmes bénéficient d'au moins une CPN, mais que seules 35% suivaient les 4 CPN recommandées en 2010 (contre 13% en 2005).
- Pendant l'accouchement : conseil et dépistage volontaire pour les femmes n'ayant pas reçu le test VIH pendant les CPN, prophylaxie ARV pour la mère et l'enfant, méthode d'accouchement à moindre risque, conseil sur l'alimentation infantile et le planning familial, prise de rendez-vous pour le dépistage précoce de l'enfant à 6 semaines. Les efforts ont permis de faire progresser la proportion de femmes accouchant dans des formations sanitaires de 30% en 2005 à 69% en 2010, une tendance bénéfique à la PTME.
- Après l'accouchement, le suivi postnatal du couple mère-enfant inclut : prophylaxie ARV pour l'enfant jusqu'à 6 semaines ; diagnostic précoce du VIH à 6 semaines, puis à nouveau à 9 et à 18 mois ; prophylaxie ARV pour la mère ; conseil sur les méthodes de planification familiale, sur l'alimentation de l'enfant, et sur l'adhérence au traitement prophylactique pendant cette période ; données sur le VIH ajoutées sur la carte de vaccination pour améliorer le suivi des enfants exposés. La couverture géographique de ces services de PTME a été étendue, et en 2010 ils étaient disponibles dans 82% des structures de santé du pays (contre seulement 40% en 2005).



Les résultats de ce programme intégré sont très positifs :

- La proportion des femmes dépistées pour le VIH au cours des CPN et ayant reçu les résultats de leur test est passée de 11% en 2002 à 69% en 2010.
- Le dépistage du VIH étant proposé non seulement aux femmes enceintes mais aussi à leurs partenaires, la proportion de partenaires dépistés au cours des CPN est passée de 16% en 2003 à 81% en 2010. Ce bon résultat est le fruit de plusieurs stratégies : mobilisation par les agents de santé communautaires et les autorités locales, invitation des partenaires, dépistage des couples possible pendant le week-end, etc.
- La couverture en prophylaxie ARV des femmes enceintes séropositives est passée de 51% en 2005 à 78% en 2010.
- La couverture en prophylaxie ARV des enfants nés de mères séropositives est passée de 28% en 2007 à 74% en 2010.

Malgré l'intégration, il reste un certain nombre de défis à relever pour améliorer la PTME :

- Réduire le nombre de patients « perdus de vue » à chaque étape de la PTME, particulièrement pour le suivi postnatal des enfants exposés.
- Rendre disponible la prise en charge complète du VIH dans les structures de santé qui offrent les services de PTME, afin de pouvoir assurer le suivi à long terme de la femme, de son partenaire, et de l'enfant.
- Collaborer avec les agents de santé communautaires, jusque-là peu impliqués dans le programme de PTME.
- Renforcer l'intégration de la PTME à d'autres services de santé materno-infantile, pour notamment minimiser le taux de perdus de vue.



Délégation et partage des tâches : assurer la PTME dans un contexte de ressources humaines limitées, l'exemple du Cameroun

D^r Anne-Cécile Zoung-Kanyi Bissek,
Sous-Directeur VIH/IST, ministère de la Santé

Malgré un nombre de médecins (1 pour 9 245 habitants) et d'infirmiers (1 pour 1 806 habitants) conforme ou supérieur aux normes préconisées par l'OMS (respectivement 1 pour 10 000 et 1 pour 5 000), le Cameroun souffre d'un déficit en matière de ressources humaines médicales.

Sur le plan quantitatif, la crise économique qui touche le pays a limité le nombre de recrutements, aggravant les faiblesses du système de gestion des ressources humaines (forte mobilité, mesures de rétention inexistantes, faible productivité). Les régions reculées sont particulièrement éprouvées en matière de ressources humaines.

Au niveau qualitatif, la santé materno-infantile est un domaine particulièrement négligé. À peine une vingtaine de gynécologues obstétriciens sont formés chaque année. La formation des sages-femmes vient de reprendre, après avoir été remplacée quelques années par une formation d'infirmiers spécialisés en



santé de la reproduction qui, de l'avis des personnels de santé, ne convenait pas. Enfin, la formation continue est insuffisante.

L'épidémie de VIH/sida au Cameroun a servi de révélateur aux faiblesses du système de santé, notamment en termes de ressources humaines. En matière de PTME, pour 970 000 grossesses attendues en 2010, 371 000 femmes enceintes ont bénéficié d'au moins une consultation prénatale, dont 25 000 étaient séropositives (soit une prévalence observée de 6,9%).

Pour être en mesure d'absorber ce volume d'activité, en plus d'efforts en matière de formation initiale et continue, le Cameroun a mené plusieurs expériences pilotes de délégation des tâches :

- **Délégation des tâches aux communautés**, à travers l'expérience des « mères prestataires » dans la région du Littoral. Des femmes séropositives, enceintes ou après leur grossesse, interviennent dans la communauté

pour mobiliser les femmes afin qu'elles fréquentent les consultations prénatales et les services de PTME, proposer un accompagnement psychosocial, mener des réunions de groupes de communication pour le changement des comportements, sensibiliser les familles ayant en charge des orphelins et les référer pour le test VIH vers la structure sanitaire la plus proche, et enfin rechercher les « couples » mère-enfant perdus de vue (appels téléphoniques, visites à domicile). Elles interviennent également en milieu hospitalier, pour le conseil sur le dépistage, pour témoigner à visage découvert, encourager la prise en charge du partenaire et de la fratrie, aider à l'observance des ARV en PTME et au respect des bonnes pratiques nutritionnelles.



■ **Délégation des tâches à des infirmiers**, dans le cadre d'une expérience menée dans un centre de santé de la région Est. Avec un médecin et cinq infirmiers pour plus de 2 000 patients sous traitement antirétroviral, le personnel infirmier a été mobilisé pour mener des activités préventives et de santé materno-infantile (communication pour le changement des comportements, dépistage rapide du VIH en CPN et à l'accouchement, planning familial), mais aussi des activités de prise en charge. Les infirmiers préparent et présentent les dossiers des patients séropositifs éligibles au traitement antirétroviral pour que les médecins regroupés en un comité thérapeutique décident de la mise sous traitement ; ils prescrivent le bilan biologique de suivi du couple mère-enfant ; ils renouvellent les ordonnances de thérapies ARV ; ils gèrent les effets secondaires, référant les cas difficiles au comité thérapeutique ; ils sont les piliers du système de supervision des unités de prise en charge qui dépendent du centre

de traitement agréé ; ils gèrent les intrants au niveau de la formation sanitaire, notamment les ARV pour la PTME ou le traitement.

Deux autres défis se présentent :

■ La mise en œuvre des recommandations 2010 de l'OMS en matière de PTME au niveau le plus périphérique de la pyramide sanitaire, ce qui exige un fort accompagnement des centres de santé intégrés pour qu'ils soient capables d'appliquer les nouveaux protocoles prophylactiques et d'initier le traitement antirétroviral chez les patientes en ayant besoin pour leur propre santé.

■ L'intégration de la PTME au sein des activités de santé materno-infantile, pour mieux exploiter les portes d'entrée vers la PTME, ce qui contribuera à résoudre le déficit quantitatif de ressources humaines.

« Au Lesotho, dans le cadre de la PTME et de la réponse au VIH en général, nous avons réalisé que nous ne parviendrions à augmenter le nombre de patients pris en charge qu'en nous engageant dans la délégation des tâches. Et ça marche : les infirmières prescrivent et initient le traitement antirétroviral des malades, y compris des bébés, et la mortalité a vraiment baissé par rapport aux années antérieures !

Suite à une réunion élargie en 2008, les infirmiers ont accepté d'assumer de nouvelles tâches comme la prescription des ARV, les médecins ont accepté de soutenir le transfert des connaissances et un dispositif de formation continue a été mis en place. Le dispositif comporte aussi un groupe de spécialistes du VIH au niveau national, à qui les médecins ou infirmiers sur le terrain peuvent passer un appel téléphonique ou envoyer un courrier électronique s'ils rencontrent des problèmes.

Parallèlement, des organisations communautaires (dont mothers2mothers pour la PTME) déchargent les infirmiers du travail de soutien psychosocial qui leur prenait beaucoup de temps, afin qu'ils puissent mieux se consacrer aux soins cliniques des malades, les médecins n'intervenant plus qu'en support et pour les cas compliqués. Il faut reconnaître l'importance de la société civile dans les interventions médicales, et continuer à former ses membres à mesure que sont introduits de nouveaux médicaments. »

D^r Appolinaire Tiam

Fondation Elizabeth Glaser pour le sida pédiatrique (EGPAF), Lesotho



Assurer l'accès aux médicaments: stratégie nationale d'achat, de stockage et de distribution des ARV utilisés dans le cadre de la PTME

Mme Caroline Damour,
Spécialiste principale pour l'approvisionnement et les achats, UNICEF Bureau régional Afrique de l'Ouest et du Centre

Sans médicaments, sans réactifs, sans tests, les activités de PTME s'arrêtent. L'ETME, et l'accroissement des besoins en intrants qu'elle génère, constitue donc un défi de taille pour les systèmes d'approvisionnement en ARV et autres intrants nécessaires.

Le PSM (*Procurement and Supply Management*, en français Gestion des achats et des stocks) a une dimension transversale, car c'est un goulot d'étranglement pour la majorité des programmes, VIH, mais aussi paludisme, tuberculose, etc. Un système d'approvisionnement efficace est déterminant pour les stratégies de passage à l'échelle, d'accès universel ou d'élimination.

En matière de PSM, le rôle de l'UNICEF évolue. On passe de l'approvisionnement direct (pour des programmes UNICEF ou des programmes de pays) à des services d'achat (faciliter l'approvisionnement des pays



dans le stock UNICEF à Copenhague), et désormais au renforcement des systèmes PSM nationaux.

Les étapes clés du cycle d'approvisionnement sont la sélection des médicaments ou produits, la quantification des besoins, le financement, les achats et l'approvisionnement, la réception et le stockage, la distribution et enfin la dispensation et l'observance. Sur le papier, cette chaîne peut sembler simple, mais à chaque étape des grains de sable peuvent créer des retards importants, et la multitude d'intervenants (avec chacun leurs contraintes et leurs exigences) rend le processus extrêmement complexe.

Au niveau de chaque pays, il faut comprendre la configuration du système PSM en place, et notamment sa décentralisation (jusqu'au niveau communautaire), sa logique (approvisionnement vers les centres de santé assuré en fonction de programmes nationaux (*push*), ou en réponse à des demandes exprimées (*pull*), ses flux (de produits, de fonds, de commandes, d'informations)

et son mode de financement (notamment pour des médicaments gratuits).

La complexité vient aussi du fait que, dans chaque pays, le ministère de la Santé doit gérer une multitude de circuits d'approvisionnement pour un grand nombre d'intrants (ARV, médicaments essentiels, vaccins, contraceptifs, etc.), avec des sources de financement, des structures d'approvisionnement, des points de stockage et des points de dispensation qui diffèrent d'un produit à un autre.

Lorsque les approvisionnements ne sont pas maîtrisés, cela provoque non seulement des ruptures de stock (aux conséquences dramatiques pour les patients et en termes de santé publique, avec le risque de résistances), mais aussi des pertes financières considérables (surstocks, péremption).

Trois causes principales sont à l'origine des problèmes d'approvisionnement :

- La mauvaise gouvernance (détournements, coulages), favorisée par l'arrivée de financements massifs en l'absence de procédures de contrôle strictes.
- La multitude des intervenants, qui a permis de réunir des financements, mais a créé des systèmes d'approvisionnement verticaux pour chaque pathologie, sans coordination et sans toujours le professionnalisme requis.
- La faiblesse des systèmes PSM nationaux, manquant de ressources humaines et financières, fragilisés par des programmes surpuissants. La tendance au « *voluntary procurement pool* » qui n'a de volontaire que le nom et qui pousse à l'externalisation de l'approvisionnement est inacceptable, il faut au contraire développer cette capacité dans les pays.

Face à cette situation, chacun doit se concentrer sur ses responsabilités :

- Les partenaires doivent assurer la disponibilité des intrants sur le marché mondial, assurer des fonds suffisants (et contrôler leur utilisation), garantir des solutions flexibles de dépannage (puisque'il y aura toujours des ruptures de stock) et soutenir les systèmes nationaux avec un appui technique de qualité visant l'efficacité et la pérennité (notamment en aidant les pays à assurer la coordination des appuis qu'ils reçoivent en matière d'approvisionnement).
- Les pays doivent assurer la coordination des appuis, mobiliser les ressources, mettre en place des dispositifs de surveillance, d'analyse et d'alerte des approvisionnements (pour anticiper et réagir aux problèmes sans



attendre qu'un partenaire les pointe), et enfin moraliser les pratiques et professionnaliser et développer les systèmes PSM existants.

Pour y parvenir, il est indispensable que les partenaires considèrent le cycle d'approvisionnement dans sa totalité et soient capables de faire leur autocritique pour aller vers une meilleure coordination et pour développer une approche système plus cohérente.



L'ETME n'est pas un mythe : l'exemple de la réponse nationale au Botswana

Mme Koona Kapaletswe, Botswana,
Coordinatrice du programme national de PTME
au ministère de la Santé

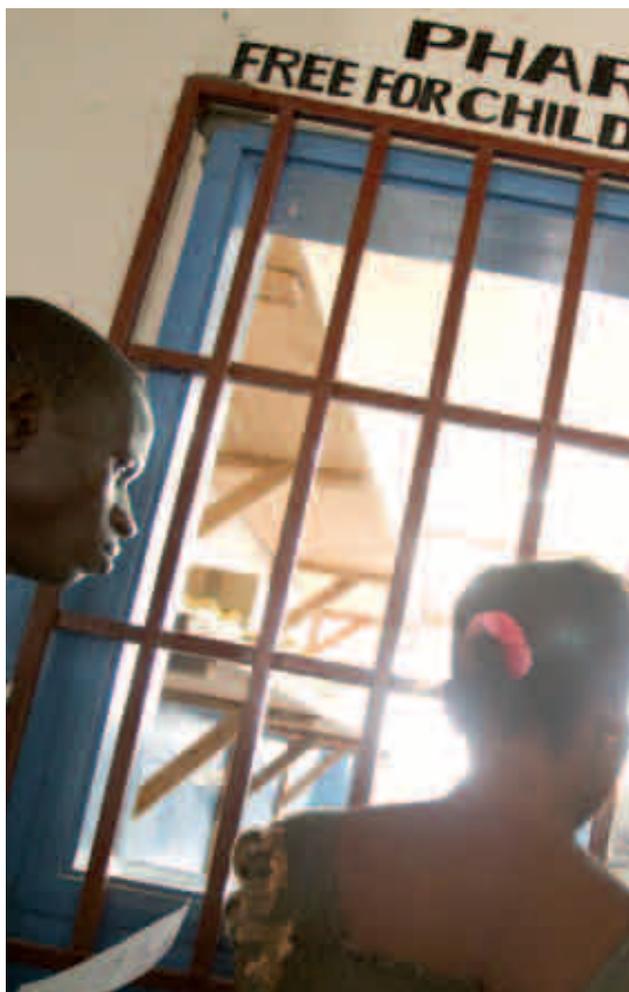


Les activités de PTME au Botswana ont débuté en 1999 dans les deux principales villes du pays, et étaient disponibles dans l'ensemble du pays dès novembre 2001. La mobilisation politique au niveau du Président et au niveau local, étroitement liée à la prévalence très élevée (31,8% en 2009 parmi les femmes enceintes), a favorisé ce déploiement rapide.

Chaque année, environ 13 700 femmes séropositives accouchent, ce qui en l'absence de prophylaxie équivaldrait à 5 500 nouveaux-nés infectés par le VIH.

Face à ce contexte, l'approche du Botswana en matière de PTME s'est caractérisée par :

- Un investissement massif dans la mobilisation sociale, avec une stratégie d'information / éducation / communication (IEC) volontariste s'appuyant sur les responsables politiques, les leaders et organisations communautaires, ainsi que les différents médias disponibles (prospectus, TV, radio, affichage, etc.) pour toucher les régions même les plus reculées.
- La décision d'introduire depuis 2004 le test VIH comme test de routine (à la première CPN, à 36 semaines de gestation, et à nouveau 6 à 8 semaines après l'accouchement) dans le cadre de la PTME, sans conseil pré-test, l'effort portant sur le conseil et soutien psychosocial post-test pour les femmes, leur partenaire et leur famille.
- Une politique volontariste de formation du personnel, selon un modèle de formation des formateurs, avec comme cible primaire le personnel médical, et comme cible secondaire les organisations communautaires et autres partenaires.
- Un protocole de traitement simplifié, avec mise sous trithérapie antirétrovirale pour toutes les femmes séropositives avec un niveau de CD4 inférieur à 250, et prophylaxie pour les autres. Le régime médicamenteux : pour les mères, AZT à partir de 28 semaines de grossesse, névirapine à l'accouchement en cas de début tardif de la prophylaxie (moins de 4 semaines d'AZT) ;



pour les enfants, AZT pédiatrique en sirop pendant 4 semaines et dose unique de névirapine dans les 72 heures suivant la naissance, cotrimoxazole pour prévenir la pneumocystose pulmonaire et d'autres infections.

- L'accent mis sur le diagnostic précoce du VIH à 6 semaines, et l'initiation de trithérapie ARV en cas de résultat positif sans attendre les résultats du test de confirmation, puis test rapide ELISA à 18 mois.
- L'adoption de pratiques obstétriques minimisant le risque.
- Le conseil en matière d'alimentation de l'enfant, et le choix de distribuer gratuitement à toutes les femmes optant pour l'allaitement artificiel des substituts de lait maternel pendant 12 mois.
- Un système de monitoring rigoureux, avec des rapports mensuels des districts, une compilation des données faite chaque trimestre au niveau national qui donne lieu à un retour d'information vers les districts. Des registres électroniques sont en cours d'introduction (dans quatre districts pour l'instant).

Les principaux succès de cette stratégie sont :

- Les services de PTME ne fonctionnent pas comme un programme en parallèle, mais sont réellement intégrés aux activités de santé sexuelle et reproductive.
- La mise en application du dépistage de routine du VIH a permis de faire progresser la proportion de femmes enceintes testées de 49% en 2002 à 98% en 2010., et la proportion de femmes enceintes séropositives bénéficiant d'ARV (traitement ou prophylaxie) de 27% en 2002 à 93% en 2000. À noter que la disponibilité des trithérapies antirétrovirales pour les femmes en ayant besoin pour leur propre santé, à partir de 2002, a été un facteur clé de cette progression.
- Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant, d'environ 40% en l'absence d'intervention, était de 3-4% en 2010.
- En matière de partage des tâches, du personnel non médical a été formé et joue un rôle de conseil pour le dépistage, y compris en faveur du dépistage de couple, et pour la nutrition infantile.
- Un dispositif de formation propre au Botswana a été élaboré à partir des standards de l'OMS et du CDC.
- Le dépistage précoce du VIH chez les enfants exposés à partir de 6 semaines en utilisant la technique Dry Blood Spot (DBS) est en place [NDLR: le test DBS consiste à collecter des gouttes de sang sur du papier

buvard, puis à les analyser à l'aide de la méthode de réaction en chaîne par polymérase (*polymerase chain reaction*, ou PCR.)]

- La collaboration avec des ONGs permet l'extension des services de soutien psychosocial proposés aux femmes, à leur partenaire et à leur famille.

« La volonté politique est essentielle pour impulser le changement. Il faut que la personne qui porte le message soit crédible et écoutée, pour pouvoir dresser un bilan des actions menées jusqu'à présent, en tirer les conséquences et modifier les stratégies qui ne sont pas suffisamment efficaces.

Par exemple, au niveau du VIH/sida, nous pensons qu'il faut une vraie réflexion sur le consentement éclairé au moment du dépistage. Quand on propose un test VIH, surtout à une femme enceinte, doit-on lui laisser la latitude de refuser ce test ? Les dispositions juridiques sur le consentement datent d'une époque où il n'y avait pas de médicaments efficaces et où toute personne diagnostiquée séropositive était pratiquement vouée à la mort. Aujourd'hui, nous avons des médicaments efficaces, donc mieux vaut donner une chance aux patients d'être traités. Si on ne prévient pas la transmission de la mère à l'enfant, cela empêche d'atteindre l'objectif d'ETME et on met au monde des bébés qui deviennent des charges pour la famille et pour l'Etat. Revoir la loi sur le consentement éclairé peut nous protéger et lever les obstacles, en tout cas c'est mon vœu le plus cher. »

Pr Thérèse N'dri-Yoman,

Ministre de la Santé et de la lutte contre le Sida, Côte d'Ivoire

En dépit de ces réussites, le Botswana a encore des défis à relever :

- Atteindre les 2% de femmes enceintes non testées pour le VIH, et les 7% de femmes enceintes séropositives qui ne bénéficient pas des services de PTME.
- Rendre les trithérapies ARV accessibles à toutes les personnes séropositives éligibles, avec une prise en charge disponible dans tous les centres assurant la PTME.
- Optimiser la mise en œuvre du dépistage du VIH rapide et de routine.

- Renforcer le suivi postnatal des enfants, leur diagnostic précoce et la mise sous traitement des enfants séropositifs. Pour l'heure, même après une formation intensive, les soignants n'osent pas toujours mettre les enfants sous traitement.

- Promouvoir une plus forte implication et participation des hommes dans la PTME.

- Améliorer le conseil en matière d'allaitement, et notamment le discours du personnel soignant qui tend à dissuader les femmes séropositives d'allaiter, notre politique ayant longtemps consisté à promouvoir et soutenir les substituts. Nous sommes conscients que, avec le passage à la prophylaxie à trois molécules ARV rendant l'allaitement plus sûr, la modification des pratiques d'allaitement va être difficile.

- Généraliser l'utilisation de l'option B, et l'augmentation du seuil pour la mise sous traitement à 350 CD4. Pour l'instant, en raison des limitations de ressources humaines, le régime prophylactique combinant trois ARV n'est introduit que dans 6 districts.

Les principales leçons apprises:

- Un engagement politique fort peut déplacer des montagnes, spécialement en matière budgétaire: 90% des fonds disponibles pour la PTME au Botswana proviennent du gouvernement, 10% de l'aide au développement.
- La collaboration avec toutes les parties prenantes, particulièrement les ONG, est essentielle, entre autre pour intervenir au niveau communautaire.
- Le lien entre la PTME et les autres composantes de la réponse au VIH est crucial.
- Proposer le dépistage de routine à tous, plutôt que de cibler uniquement les femmes enceintes, a permis de réduire la stigmatisation.

- Le développement des capacités communautaires permet aux communautés de s'emparer de la PTME, plutôt que de la percevoir comme des services imposés par le personnel soignant.

- Une stratégie d'IEC volontariste (qui nécessite un budget important) motive la population à utiliser les services de PTME.



L'élimination en marche : les mobilisations nécessaires, aspects communautaires et sociaux

ETME, droits des femmes et stigmatisation

Mme Christine Kafando,
Présidente de l'Association Espoir pour Demain (AED),
Burkina Faso



L'épidémie de sida en Afrique s'est développée dans un contexte de discriminations sociales et économiques de la femme, dont la place est considérée comme « inférieure » à celle de l'homme. Paradoxalement, la prise en main par les femmes de la lutte contre le VIH, en particulier de la PTME, leur a permis d'acquérir une nouvelle place.

L'expérience de l'Association Espoir pour Demain (AED) au Burkina Faso fait ressortir plusieurs difficultés dans le domaine de la PTME relatives au statut de la femme :

- Des formes de non respect des droits de la femme : la nécessité pour les femmes de demander à leur mari avant de faire le test de dépistage VIH, l'absence du respect de la confidentialité sur le statut sérologique des femmes de la part de certains soignants.
- Des formes de stigmatisation dans le cadre de la PTME : de nombreux cas de rejet ou d'abandon de

femmes après l'annonce de leur statut et, partant, l'incapacité de beaucoup de femmes à dévoiler leur sérologie à leur mari ; les attitudes des soignants, qui parfois négligent ou se renvoient les patients séropositifs.

AED a mis en place des actions auprès des femmes (causeries éducatives, groupes d'autosupport, conseil sur le dépistage et appui à l'observance dans les services de soins, espaces de convivialité et d'échanges), mais aussi auprès des hommes et des acteurs sociaux (campagne de dépistage ciblant les hommes, formation/sensibilisation des leaders religieux ou coutumiers et des femmes âgées, porte à porte pour toucher les hommes à domicile ou sur leur lieu de travail, organisation d'un cadre de concertation réunissant tous les acteurs de la PTME pour mieux coordonner les actions).

« Sur le plan médical, même si nous avons encore des progrès à faire en matière de couverture géographique des services de PTME, il n'y a pas d'obstacle à l'ETME : nous avons les moyens de proposer le dépistage du VIH, nous avons les antirétroviraux pour la mère et pour l'enfant afin de prévenir la transmission. En Côte d'Ivoire, les obstacles sont surtout d'ordre social et communautaire, avec une vulnérabilité des femmes et la stigmatisation de celles qui rendent publique leur séropositivité. »

P^r Thérèse N'dri-Yoman

Ministre de la Santé et de la lutte contre le Sida, Côte d'Ivoire

Les résultats obtenus sont encourageants, avec une amélioration des attitudes du personnel soignant, des maris plus tolérants qui s'investissent dans la PTME, et des femmes séropositives qui s'engagent, témoignent à visage découvert ou deviennent même des médiatrices salariées de l'association pour transmettre leur expérience. Mais il faut encore renforcer la sensibilisation des hommes pour leur implication dans la PTME et le dépistage à grande échelle. Avec le personnel de santé, il faut casser le clivage entre médical et communautaire, notamment lutter contre l'idée que le travail de mobilisation sociale est uniquement du ressort des acteurs associatifs. Enfin, l'engagement des femmes doit être soutenu, en instaurant des permanences associatives dans les services de santé materno-infantile et en valorisant durablement (formation, rémunération) les activités des conseillères et médiatrices.

« Pour aboutir à des résultats positifs dans le domaine de la santé de la reproduction et de la prévention de la transmission mère-enfant, la législation doit être au cœur de la démarche. Si des textes protègent les droits de la femme, les femmes vont se lever et revendiquer leurs droits, et elles pourront se plaindre si elles ne sont pas bien prises en charge. »

Mme Christine Kafando

Présidente, Association Espoir pour Demain, Burkina Faso

De nouveaux défis sont à relever :

- Augmenter l'acceptabilité du dépistage, en luttant contre la stigmatisation, en renforçant l'action associative dans la santé materno-infantile, et en promouvant le droit des femmes, de toutes les femmes, auprès des instances ministérielles et associatives.
- Considérer le droit à la santé reproductive dans sa globalité, en combinant prévention du VIH, dépistage et promotion de la santé sexuelle, avec un effort particulier en direction des jeunes (garçons et filles).
- Améliorer l'adhésion des femmes aux nouvelles recommandations de l'OMS, ce qui suppose de renforcer les outils de soutien psychosocial (causeries éducatives, groupes d'autosupport...), mais aussi d'assurer le respect de la confidentialité alors que les femmes doivent prendre des ARV plus longtemps.

Pour y parvenir, les bailleurs de fonds doivent s'engager dans la durée, sur des programmes pluriannuels, et apporter leur soutien à des activités de support matériel et à la mise en place d'activités génératrices de revenus (AGR) permettant aux femmes d'être plus autonomes. Enfin, un point essentiel est d'assurer la disponibilité des intrants dans les structures de santé, car sinon il ne sert à rien de parler de PTME.

La stigmatisation ou la vulnérabilité sociale des femmes peuvent annuler l'effet des avancées médicales. L'expérience de stratégies efficaces reposant sur les associations (avec un rôle clé par rapport au continuum des soins, à l'observance et à l'information/sensibilisation) pour assurer le passage à l'échelle offre des pistes de réflexion sur les conditions pour atteindre les objectifs de l'ETME.



mothers2mothers : Associer la communauté aux soins de la PTME

D^r Mitchell Besser,
Fondateur de mothers2mothers



L'Afrique subsaharienne est particulièrement frappée par l'épidémie de sida, avec deux tiers des 33 millions de personnes vivant avec le virus dans le monde, près de 1,3 million de femmes séropositives enceintes chaque année, et 1 000 enfants par jour infectés par le VIH – alors que la transmission mère-enfant du VIH a été pratiquement éliminée en Europe ou aux Etats-Unis. Seules 26% des femmes font un test VIH au cours de leur grossesse, seules 53% des femmes enceintes séropositives reçoivent des ARV pour la PTME, et moins de 15% de leurs enfants sont dépistés pour le VIH dans les deux premiers mois de leur vie.

Une analyse des systèmes de santé en Afrique en termes d'offre et de demande aide à mieux comprendre cet état des lieux. Du point de vue de l'offre, les services de santé sont débordés. Au-delà des problèmes d'approvisionnement en tests et en médicaments, l'Afrique souffre d'un déficit en médecins et personnel infirmier : alors que le continent supporte 25% du fardeau mondial des maladies, il n'abrite que de 3% des ressources humaines médicales. Les infirmières voient jusqu'à 50, parfois 100 patients dans une journée,

et ne disposent donc que de quelques minutes pour chacun. Or l'évolution vers des protocoles et des régimes prophylactiques plus efficaces mais plus complexes a augmenté le nombre de tâches qu'elles doivent théoriquement assumer dans le cadre de la PTME : test HIV, et conseil pré- ou post-test ; test de CD4, et explication des résultats ; mise sous traitement ou prophylaxie, conseils sur l'adhérence ; conseils sur l'allaitement ; prescription des ARV pour l'enfant, en expliquant à sa mère comment lui donner ; diagnostic précoce chez les enfants exposés ; conseils en planification familiale ; etc. C'est tout simplement impossible, et cela impose d'innover en matière de délégation ou de partage des tâches.

Du côté de la demande de soins, un important travail est aussi à fournir pour encourager les femmes à recourir aux services de PTME, améliorer l'adhérence, favoriser le changement de comportement et l'adoption de bonnes pratiques, réduire la stigmatisation autour du VIH, et trouver les moyens pour que les femmes

puissent se prendre en main. Les systèmes de santé en Afrique ne permettent pas ça. Convaincu que les mères constituent la plus importante ressource des communautés, le programme mothers2mothers emploie des mères vivant avec le VIH dans les centres de santé pour éduquer et soutenir les femmes enceintes et jeunes mères séropositives, avec trois objectifs :

- la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- la survie de la mère pour qu'elle puisse prendre soin de sa famille ;
- la responsabilisation/autonomisation des femmes vivant avec le VIH.

Ces mères mentors sont présentes chaque jour dans les structures de soins, et sont des membres à part entière de l'équipe soignante, rémunérées pour leur travail. Recrutées localement, ce sont toutes des mères séropositives, ayant elles-mêmes bénéficié des services de PTME dans la structure où elles interviennent, et qui doivent avoir dévoilé leur statut VIH à quelqu'un de leur entourage. Dernier critère, elles doivent maîtriser les bases de la lecture, de l'écriture, et du calcul. À l'embauche, elles reçoivent une formation de deux à trois semaines, complétée par des séances régulières de rafraîchissement et mise à jour des connaissances. Dans les structures de santé, elles interviennent à travers des séances de soutien individuel ou de groupe dès l'annonce du diagnostic de séropositivité aux femmes enceintes, tout au long des consultations prénatales, à l'accouchement et lors du suivi postnatal pour partager leur expérience, prodiguer des conseils, encourager les femmes à amener leur partenaire et créer un sentiment d'appartenance à un groupe. Elles agissent aussi directement au niveau de la communauté, auprès des familles, des groupements de femmes, des leaders, afin de changer les perceptions par rapport au VIH/sida. L'association mothers2mothers ne réalise pas les test VIH, ne fournit pas les ARV, ni de substituts de lait maternel, mais renforce les services de santé qui offrent ces services, dans une logique de partage des tâches pour décharger les médecins et infirmières débordés et de décentralisation pour assurer une présence là où vivent les patients.

Dans les pays où m2m intervient, l'observation d'indicateurs – la proportion de femmes enceintes séropositives ayant reçu une prophylaxie ou, si besoin, un traitement ARV, la part ayant bénéficié d'un test de CD4, la proportion accouchant dans une structure de santé, et utilisant par la suite une méthode contraceptive moderne, ou encore le taux de diagnostic précoce chez

« Je crois que l'un des plus grands obstacles auquel nous devons faire face dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH est l'impossibilité pour beaucoup de révéler leur statut à leurs proches, à cause de la stigmatisation persistante. Les personnes n'ayant pas dévoilé leur séropositivité à leur entourage ont du mal à prendre leurs médicaments régulièrement ou à venir aux rendez-vous régulièrement car ils doivent le faire en cachette. Soumises à des pressions familiales, elles peinent à respecter les consignes d'allaitement maternel exclusif. Et il leur est difficile d'adopter des pratiques sexuelles sans risque. »

D^r Mitchell Besser, Fondateur, mothers2mothers

les nouveaux-nés exposés – montre que l'impact est très positif. Plus les femmes participent à des séances organisées par m2m, meilleure est leur prise en charge pour la PTME. Elles sont également plus nombreuses à dévoiler leur statut à leur partenaire ou à un membre de leur famille, or on sait que c'est une démarche très importante qui facilite l'adhérence. Une étude montre aussi une amélioration de la situation psychosociale des participantes au programme. Enfin, le programme est aussi une réussite en termes d'émancipation féminine, avec une forte progression du niveau d'emploi des mères mentors une fois qu'elles quittent m2m.

Pour réduire le nombre de perdus de vue au stade du diagnostic précoce des enfants exposés, mothers2mothers a mené une étude afin de mesurer l'impact d'une recherche active par les mères mentors des couples mère-enfant (appel téléphonique, suivi si nécessaire d'une visite à domicile) : la proportion de perdus de vue a diminué de 27% à 6%, tandis que le taux de diagnostic précoce augmentait de 56% à 78%. Cette expérience plaide en faveur d'un investissement renforcé des mères mentors au niveau de la communauté pour améliorer l'adhérence.

Lancé en Afrique du Sud en 2001, le programme mothers2mothers s'est implanté dans 11 pays: Ethiopie, Ouganda, Kenya, Rwanda, Zambie, Tanzanie, Malawi, Botswana, Swaziland, Lesotho et Afrique du Sud. Dans trois d'entre eux (Botswana, Ethiopie et Rwanda), les activités lancées par m2m ont été reprises à leur compte par les gouvernements. Au total, en mai 2011, m2m était présent dans 714 structures de santé, touchant 20% des femmes enceintes séropositives dans le monde.

Pour l'avenir, il est très encourageant de voir que le plan mondial pour l'ETME lancé en juin cite les mères mentors comme un élément clé du dispositif de soin, pour soutenir les systèmes de santé autant que les mères qui viennent dans les services de santé.



Quelle implication des hommes dans l'acceptabilité et l'efficacité des interventions de PTME ?

D^r Joanna Orne-Gliemann,
ISPED, Université Bordeaux Segalen

La problématique de l'implication des hommes dans la PTME émerge parce que, depuis une dizaine d'années, on sait que les partenaires masculins jouent un rôle important dans le nombre élevé de femmes perdues de vue à chaque étape de la cascade de la PTME, du dépistage prénatal au diagnostic précoce des nouveaux-nés exposés.

Les hommes peuvent constituer une barrière, autant qu'une aide précieuse lorsqu'ils s'impliquent. Il faut donc encourager leur implication, mais sans prôner l'implication à tout prix (notamment par le biais d'une loi qui rendrait la présence des hommes à la PTME obligatoire), car selon la situation conjugale et le statut sérologique, cela peut comporter des risques (rejet des femmes séropositives, par exemple).

Pour caractériser et mesurer le niveau d'implication des hommes dans la PTME, plusieurs indicateurs sont envisageables :

- Participation aux consultations prénatales : % d'hommes assistant à une CPN, % fournissant un



soutien financier, % discutant avec leur femme du contenu de la CPN.

- Investissement dans le processus de dépistage VIH prénatal : % d'hommes discutant avec leur femme autour du VIH, % se faisant dépister.
- Attitude vis-à-vis de la prévention primaire : % d'hommes qui utilisent un préservatif s'ils sont séropositifs ou ignorent leur statut.

Pour l'instant, il existe peu de données statistiques, mais les indicateurs les plus souvent utilisés (présence des hommes à une CPN, dépistage des hommes) font ressortir une faible implication des hommes, de 10 à 20%.

Un essai multicentrique (4 pays sur 4 continents) soutenu par l'ANRS, Prenahtest, a fait l'expérience d'une stratégie concrète pour impliquer les hommes



dans la PTME et les faire adhérer au dépistage VIH : le Conseil post-test Orienté vers le Couple (COC). Cette intervention a l'avantage d'utiliser les services de PTME déjà existants dans le système de santé, et de ne pas mettre les femmes en danger (puisque dans ce dispositif les femmes enceintes servent de porte d'entrée à l'implication des hommes).

D'une durée de 20 à 30 minutes, la COC vise à encourager les femmes à proposer à leur partenaire le dépistage VIH et le conseil VIH de couple.

Elle comporte :

- Annonce des résultats et conseil en fonction du statut VIH (comme dans le conseil post-test classique).
- Définition de la relation de couple.
- Évaluation du type de communication au sein du couple (sexualité, reproduction, prévention du VIH).
- Conseil renforcé sur l'importance du conseil et dépistage VIH du partenaire et du conseil VIH de couple.
- Renforcement des compétences : stratégies possibles pour inviter le partenaire au conseil et dépistage VIH (par le biais de jeux de rôle et de l'élaboration de scénarios).

Les premiers résultats suggèrent que la COC pourrait être très efficace pour augmenter la proportion des partenaires des femmes suivies en PTME qui se font dépister pour le VIH. Or on sait que quand les hommes sont conseillés et testés pour le VIH pendant les CPN, cela facilite pour la femme le suivi de la PTME et la prise des ARV, et peut donc avoir un impact positif sur le taux de transmission et la mortalité infantile.

Cependant, même avec le COC, les taux de dépistage chez les hommes restent relativement faibles (inférieurs à 30%). Une explication possible est la difficulté de faire venir les hommes dans un contexte de maternité, traditionnellement réservé aux femmes. Plusieurs pistes, comme des créneaux horaires réservés aux hommes et aux couples pendant le week-end, sont explorées. Mais plus largement, cela souligne la nécessité de multiplier les possibilités de dépistage (dépistage mobile, à domicile, pour donner à tout le monde la possibilité de se faire tester comme il veut et où il veut) et d'en assurer la promotion auprès de la communauté afin d'améliorer l'acceptabilité du dépistage.



Éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant : quels défis pour les acteurs communautaires ?

D^r Ngagne Mbaye,
pédiatre, référent PTME communautaire, Sénégal

Les acteurs communautaires sont présents tout au long du dispositif de PTME. En février 2011, lors d'une consultation régionale de la société civile sur le thème de l'accès universel en matière de VIH, ils ont réaffirmé leur mobilisation en faveur de l'ETME. Cet engagement a été reconnu dans le cadre stratégique régional élaboré sous l'égide de l'UNICEF en avril 2011.

Au Sénégal, l'analyse des goulots d'étranglement dans le programme national de PTME, ainsi qu'une enquête menée auprès d'acteurs associatifs, de professionnels de santé et de mères séropositives fait ressortir les principaux défis que doivent relever les acteurs communautaires :

- Améliorer l'acceptabilité du dépistage volontaire, alors que seule la moitié des femmes enceintes vues en CPN fait un test VIH et en reçoit les résultats.
- Assurer les soins optimaux et l'accompagnement approprié pour les femmes enceintes séropositives, et notamment promouvoir l'adhérence.



- Assurer le suivi à long terme des nouveaux-nés exposés au VIH, alors que moins de la moitié reçoit la prophylaxie antirétrovirale et que moins du quart bénéficie du diagnostic précoce.
- Mobiliser les acteurs communautaires autour de l'objectif d'ETME, et les ressources nécessaires pour renforcer ces acteurs communautaires.

À partir de ce travail, une liste d'actions prioritaires de la société civile a été établie :

- Intensifier les activités de prévention primaire auprès des femmes en âge de procréer, lutter contre la stigmatisation et promouvoir le dépistage volontaire. À l'heure actuelle, on constate plutôt un essoufflement des activités d'information / éducation / communication (IEC).
- Mobiliser tous les acteurs autour des objectifs de l'ETME. Pour éliminer la transmission, la communication



en direction des groupements de femmes et des jeunes doit s'intensifier, notamment à travers les médias. La société civile doit aussi plaider en faveur d'un leadership plus fort, et pour que des ressources additionnelles viennent compléter une utilisation optimisée des programmes de santé maternelle et infantile déjà existants.

- Renforcer les passerelles et le dialogue entre la partie médicale du suivi et les associations, afin de fédérer le personnel soignant et les intervenants communautaires autour de consensus opérationnels. L'aspect le plus important est de fournir aux acteurs de la société civile un retour critique sur les résultats des programmes auxquels ils contribuent, pour les responsabiliser et leur permettre d'ajuster leurs actions.
- Promouvoir la participation des personnes vivant avec le VIH. Dans le cadre des nouvelles directives de l'OMS, leur rôle est essentiel pour renforcer l'accompagnement des femmes enceintes dans la PTME, alors que la prise en charge se complexifie et que le personnel soignant n'a pas le temps nécessaire pour ce travail.
- Renforcer la formation polyvalente des acteurs communautaires pour que des messages spécifiques à la PTME s'intègrent dans les interventions autour de la

planification familiale, de la vaccination, des consultations prénatales.

- Promouvoir la participation des mères et de leurs conjoints dans la prise de décision et la mise en oeuvre du programme. Développer la compréhension et l'appropriation par les bénéficiaires du projet de prévention est une façon de diminuer le nombre de perdus de vue.
- Mieux planifier l'accompagnement psychosocial du couple mère-enfant, avec un soutien évolutif selon les étapes du processus de PTME, en privilégiant autant que possible un suivi personnalisé en fonction des besoins spécifiques de chaque femme.
- Participer activement au suivi / évaluation du plan d'ETME. La société civile doit dépasser son rôle habituel de sentinelle et contribuer à l'élaboration d'un plan d'accélération vers l'ETME, pour espérer atteindre les objectifs de l'ETME d'ici 2015.



Les moyens de l'élimination : Quels partenariats pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre ?

Coordination des efforts et mobilisation régionale en faveur de l'ETME : vers un cadre commun en Afrique de l'Ouest et du Centre

D^r Claudes Kamenga,
Conseiller régional VIH/sida, UNICEF,
Bureau régional Afrique de l'Ouest et du Centre,
et D^r Karusa Kiragu, ONUSIDA

Etant donné le retard de l'Afrique de l'Ouest et du Centre en matière de PTME, les pays et les parties prenantes ne peuvent espérer atteindre les objectifs de l'ETME d'ici 2015 qu'en s'inscrivant dans une dynamique de partenariat.



C'est dans cette logique que s'est constituée la *Joint United Nations Regional Team on Aids*, ou JURTA. Cette équipe conjointe des Nations unies, élargie à d'autres partenaires majeurs dans la région (agences bilatérales comme USAID, ONG internationales comme Esther, organisations de la société civile), a pour objectif de coordonner l'appui aux efforts qui sont mis en œuvre au sein de chaque pays.

L'action de JURTA s'articule autour de deux thématiques principales : « Accès universel » (groupe de travail co-présidé par UNICEF et l'ONUSIDA) et « Making the money work » sur les questions d'efficience (co-présidé par UNFPA et ONUSIDA).



« Laalebasse chante mieux avec dix doigts qu'avec un seul doigt. »

« Un seul doigt ne peut pas laver le visage. »

Proverbes africains cités par des participants à la conférence pour insister sur la nécessité d'une dynamique de partenariats au service de l'ETME, au niveau régional comme au sein de chaque pays, chaque partie prenante contribuant en fonction de son avantage comparatif.

Certaines activités essentielles de la JURTA viennent soutenir l'objectif d'ETME :

- Plaidoyer collectif pour l'inclusion de la PTME comme composante importante dans les propositions du Round 10 du Fonds Mondial et aide à l'écriture des propositions.
- Consultation régionale en avril 2011 sur la façon de soutenir les pays dans leurs efforts sur l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.
- Formation régionale sur l'estimation des cibles pour l'ETME et le suivi/évaluation.
- Formation régionale en août 2011 sur l'analyse des goulots d'étranglement et l'intégration effective de la PTME dans la santé materno-infantile.
- Assistance technique en cours pour soutenir l'analyse des goulots d'étranglement, la préparation d'un plan et d'un budget pour l'ETME, ainsi que la rédaction de propositions pour le Round 11 du Fonds Mondial.

La JURTA a établi un cadre stratégique régional conjoint pour l'accélération de l'ETME comportant sept domaines prioritaires sur lesquels mettre l'accent :

- le renforcement du leadership et de l'appropriation de la PTME au niveau des pays ;
- l'augmentation de la couverture, de l'accessibilité et de l'utilisation des services de PTME ;
- l'amélioration de la qualité des services de santé maternelle, néonatale et infantile, pour une PTME efficace ;
- l'intégration des services de PTME au sein des activités de santé materno-infantile ;
- le renforcement des systèmes de santé dans leur ensemble ;
- le développement et l'engagement des systèmes communautaires ;
- le suivi des programmes, la mesure de la performance et de l'impact.

Au-delà de ce cadre stratégique régional, la JURTA a également adopté un plan conjoint d'assistance technique, a aidé 4 pays à obtenir le Round 10 du Fonds Mondial avec l'accent sur la PTME, et soutient 10 pays de la région avec une feuille de route pour le développement d'un plan d'élimination de la TME (ceux du Cameroun, du Congo, de la RDC, de la Côte d'Ivoire et du Tchad doivent être finalisés d'ici fin 2011).

La réussite de ce partenariat dépend étroitement de l'engagement des pays, non seulement en termes financiers et de mobilisation des ressources domestiques, mais aussi en termes d'appropriation et de leadership, pour canaliser les efforts des partenaires.

Parler d'une même voix et donner un appui harmonisé, grâce à la JURTA, permet une assistance plus efficace. Mais il n'est pas toujours évident de faire coïncider le calendrier, les cycles de financement et modes de fonctionnement des différents partenaires, ni de maintenir l'équilibre entre des activités conjointes au niveau régional, les demandes directes des pays et les exigences venant du siège propres à chaque agence des Nations unies, en fonction de son mandat.

Dans les mois à venir, la JURTA va continuer d'aider les pays à réaliser l'analyse des goulots d'étranglement et la rédaction de leur plan d'ETME, et de les soutenir dans la mobilisation des ressources pour la PTME et la santé maternelle.

Parallèlement, l'effort en faveur d'une meilleure communication et coordination sera poursuivi, en essayant de mieux impliquer les partenaires non-onusiens (en particulier le secteur privé) et en améliorant la coordination entre JURTA et les représentations de chaque agence des Nations unies au niveau des pays.

Enfin, alors que la France a annoncé réserver 5% de sa contribution au Fonds Mondial pour un appui direct aux pays, JURTA va devoir réfléchir aux moyens d'influencer pour une utilisation efficace de ces 18 millions d'euros.



Vers l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans les pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre : la contribution du Fonds Mondial

D^r Françoise Ndayishimiye,
Senior Gender Advisor, Fonds Mondial

Depuis sa création, le Fonds Mondial soutient la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Des décisions récentes illustrent cet engagement continu, notamment la possibilité de reprogrammer une partie des fonds du Round 10 pour renforcer la PTME, ce qui constitue une opportunité pour le passage à l'échelle et l'ETME.

Pour l'année 2011, les financements approuvés par le Fonds Mondial pour la lutte contre le sida en Afrique de l'Ouest et du Centre s'élèvent à 1,64 milliard de dollars, les fonds déboursés étant début octobre 2011 de 898 millions de dollars.

Cette différence entre les montants octroyés et les décaissements est révélatrice de goulots d'étranglement techniques et managériaux, et souligne que les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre doivent accentuer leurs efforts pour la mobilisation et la bonne utilisation des ressources dans la perspective de l'ETME d'ici 2015.



De l'analyse du portefeuille du Fonds Mondial, il ressort que 4% du budget global et 15% des budgets de prévention alloués par le Fonds Mondial sont consacrés spécifiquement à la PTME. Mais ces chiffres minimisent la réalité de l'investissement, car dans les autres activités financées (par exemple la communication pour le changement des comportements, ou le conseil et le dépistage) une partie bénéficie également à la PTME.

Le Fonds Mondial a accordé une attention particulière aux 6 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre qui sont parmi les 22 pays représentant plus de 85% de la transmission mère-enfant : le Burundi, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Ghana et le Nigeria. Trois d'entre eux sont en processus de reprogrammation des fonds du Round 10 pour améliorer la PTME : le Nigeria (37 millions de dollars), la Côte d'Ivoire (10 millions de dollars) et le Ghana (3 millions de dollars).

Il est important de préciser que le Fonds Mondial n'est pas le seul intervenant dans le domaine de la PTME,

« Face aux conséquences financières de la crise sur la santé publique mondiale, je crois qu'on a besoin de faire plus de bruit. Alors que des menaces pèsent sur tel ou tel organisme, il est très important que les éléments de preuve d'efficacité et de bonne utilisation des fonds soient rendus beaucoup plus clairs pour l'ensemble de l'opinion publique, ici ou en Afrique. »

Philippe Duneton
Directeur exécutif adjoint, UNITAID

avec notamment le PEPFAR comme important bailleur de fonds, et au total plus de 700 millions de dollars disponibles pour des actions en lien avec la PTME.

Les programmes soutenus par le Fonds Mondial doivent relever un certain nombre de défis abordés tout au long de la conférence pour une PTME optimale, intégrée aux activités de santé materno-infantile, couvrant les 4 piliers (de la prévention primaire avant la grossesse au suivi adéquat après la naissance des enfants exposés). Le passage à l'échelle impose la mobilisation et le renforcement des acteurs communautaires pour maximiser l'utilisation et l'accessibilité des services. Enfin, cela ne sera possible qu'avec un plaidoyer et un soutien financier continus aux pays.



L'effort français en faveur de la santé des mères et des enfants : l'initiative Muskoka

Frédéric GOYET, responsable du Pôle Santé au ministère des Affaires étrangères et européennes (MAEE) et Michèle OOMS, responsable de la Division Santé et Protection sociale à l'Agence Française de Développement (AFD)

Au sommet du G8 à Muskoka (Canada) en juin 2010, la France s'est engagée à consacrer 500 millions d'euros supplémentaires sur la période 2011-2015 en faveur de la santé maternelle et infantile, soit une hausse d'environ 30% de son appui financier.

Sur les 18 pays éligibles, 14 sont en Afrique de l'Ouest et du Centre : Bénin, Burkina Faso, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, République Centrafricaine, République Démocratique du Congo, Sénégal, Tchad, Togo, Cameroun, Congo Brazzaville et Côte d'Ivoire.



Une partie de l'enveloppe budgétaire de Muskoka sera consacrée à une initiative franco-américaine en faveur de la planification familiale dans 8 pays d'Afrique de l'Ouest, annoncée en février 2011.

Le périmètre des dépenses dans le cadre de l'engagement inclut 100% des fonds alloués à la nutrition, à la santé sexuelle et de la reproduction (y compris la formation dans ce domaine) et à la planification familiale, ainsi qu'une partie d'autres dépenses bénéficiant aussi à la santé de la mère et de l'enfant (formation du personnel soignant, appui aux soins primaires, lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH/sida, etc.).



« Dès les premiers essais grandeur nature de PTME en 2002, on a vu que le problème ne résidait pas tant dans le traitement disponible, mais plutôt dans les systèmes de santé défectueux où les femmes ne venaient pas se faire dépister. C'est tout le système général intégré qui doit être renforcé, notamment le dispositif des consultations prénatales, dans le cadre desquelles sont proposés le dépistage et l'accompagnement des femmes séropositives.

Le soutien de la France à l'ETME est donc un appui systémique, à travers le Fonds Mondial et UNITAID, et à travers l'initiative Muskoka pour la santé de la mère et de l'enfant. »

Frédéric GOYET
Responsable du Pôle Santé au ministère des Affaires étrangères et européennes (MAEE)

Pour calculer le volume des montants financiers effectivement alloués à la santé des mères et des enfants, le G8 s'est doté de critères (à partir de dires d'experts) pour inclure dans le calcul des dépenses d'autres programmes bénéficiant à la santé de la mère et de l'enfant. Je prends un exemple, on estime que quand on dépense 100 dollars dans la lutte contre le paludisme, 90% en fait bénéficient à la santé des enfants.

D'une manière générale, l'aide au développement de la France se répartit entre 70% d'appui multilatéral, géré par le MAEE, et 30% d'aide bilatérale, supervisée par l'AFD.

Sur les 100 millions d'euros annuels de financements additionnels de l'initiative Muskoka, 52 millions seront gérés par le ministère des Affaires étrangères : 27 millions pour le Fonds Mondial ; 19 millions pour un fonds de solidarité prioritaire en faveur de l'OMS, de l'UNICEF, d'UNFPA et d'UNIFEMMES, ciblant particulièrement l'Afrique de l'Ouest et du Centre ; et 6 millions pour l'Alliance globale pour les vaccins, GAVI). L'autre moitié (48 millions) sera allouée par l'AFD sous forme d'aide sectorielle, d'aide programme, de projets de santé materno-infantile ou de planification familiale dans les 18 pays éligibles. Plusieurs projets multi pays ont déjà été financés par l'AFD en 2011 dans le cadre de l'initiative Muskoka, ainsi que des projets spécifiques au Bénin, en Mauritanie et au Niger.

L'aide de la France en matière d'ETME s'inscrit dans une démarche intégrée plus large de renforcement des systèmes de santé. C'est dans ce cadre que les pays éligibles peuvent éventuellement demander une contribution à leurs activités pour l'ETME. S'ajoute à cela le fort investissement de la France à travers le Fonds Mondial.



Médicaments essentiels pour l'ETME : le rôle d'UNITAID

Philippe Duneton,
Directeur exécutif adjoint d'UNITAID

Née d'une idée franco-brésilienne, UNITAID œuvre pour rendre les médicaments disponibles dans les pays, pour en faire baisser les prix et pour les améliorer. UNITAID regroupe désormais 27 pays, dont une vingtaine en Afrique. 80% de ses ressources financières proviennent de la taxe sur les billets d'avion mise en place dans 9 pays, et 20% de contributions budgétaires pluriannuelles (Royaume-Uni, Fondation Bill & Melinda Gates). Plus de 2 milliards de dollars ont été récoltés depuis 2006.

Au total 70% des dépenses de l'UNITAID sont liées à une action en faveur de la mère et de l'enfant. En se concentrant sur les produits, UNITAID parvient à faire baisser les prix, augmenter le nombre de fabricants, avec des critères stricts de qualité. Un accent particulier a été mis sur les formulations pédiatriques des médicaments. Un partenariat avec CHAI (Clinton Health Access Initiative) a permis de réduire le coût mensuel des ARV de 200 à 60\$, et surtout de remplacer les 16 flacons de sirop nécessaires chaque mois par 3 comprimés par jour de combinaisons à dose fixe. Sur le terrain, UNITAID travaille essentiellement à travers des partenaires, comme ESTHER dans 5 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre. 94 pays ont reçu le soutien



d'UNITAID, dont 49 pour le VIH/Sida avec 601 millions de dollars d'approvisionnement en ARV pédiatriques, ARV de deuxième ligne, ou pour la PTME.

En matière de PTME, un partenariat avec l'UNICEF couvrant 17 pays (dont 5 en Afrique de l'Ouest et du Centre) permet d'accroître l'accès au diagnostic VIH pour les femmes enceintes, à la prophylaxie antirétrovirale, au diagnostic précoce pour les enfants, aux ARV pédiatriques, aux produits de prévention des infections opportunistes, ainsi qu'à un soutien nutritionnel.

Pour améliorer l'accès à la mesure de la charge virale et des CD4, UNITAID vient de lancer un appel d'offres pour des dispositifs plus simples à utiliser, plus fiables et moins chers. Les tests diagnostiques sont un élément important de l'accès aux médicaments, c'est pourquoi UNITAID a intégré cette dimension nouvelle dans sa stratégie.



Diversifier les ressources financières pour l'ETME au niveau national: le cas du Bénin

D^r Evelyne Akinocho,
Responsable de l'IEC au Programme national
de lutte contre le sida et les MST, Bénin

L'engagement en faveur de l'accès universel et la nouvelle vision mondiale « Zéro nouvelle infection, Zéro décès par le VIH, et Zéro discrimination » augmentent les besoins, alors que la crise menace les financements internationaux de la lutte contre le sida.

Aujourd'hui, dans les pays d'Afrique subsaharienne, trois quarts du financement sont assurés par l'aide internationale. Le quart restant provient du gouvernement ou des personnes affectées.

Certains partenaires réduisent leur financement, sous prétexte que le Fonds Mondial satisfait les besoins, mais le Fonds Mondial lui-même n'arrive pas à mobiliser les ressources et durcit les conditions d'octroi, ce qui allonge le délai d'obtention d'un financement à parfois plus d'un an. Parallèlement, les gouvernements des pays africains, eux aussi touchés par la crise mondiale, n'ont pas de marge de manœuvre.

Passées de quelques centaines de millions de dollars en 2000 à 14 milliards de dollars en 2010, les sommes allouées à la lutte contre le sida ont



rejailli sur le secteur de la santé dans son ensemble. La baisse des financements fragilise les programmes et met en péril les efforts déjà consentis avant leur plein retour sur investissement.

Si nous voulons atteindre l'ETME d'ici 2015, un fort plaidoyer pour maintenir les ressources actuelles est indispensable. Mais les ressources disponibles doivent

« Le problème du financement du VIH oblige à réfléchir aux politiques de financement de la santé en Afrique, et aux efforts de mobilisation nationale des ressources. Combien de pays ont mis en place une assurance médicale universelle? Combien de pays appliquent la parafiscalité? Combien de pays ont développé de façon réelle les partenariats public/privé? »

D^r Serge Kanhon
Programme national de prise en charge, Côte d'Ivoire



« Le Rwanda a mis en place un programme de financement basé sur la performance (*performance-based financing*, ou PBF) pour améliorer la qualité de service et la motivation du personnel de santé. En fonction de leurs réalisations par rapport à une liste d'indicateurs, les centres de santé reçoivent chaque trimestre un montant de prime distribué entre les prestataires de santé. La liste des indicateurs est révisée chaque année, en fonction des problèmes à résoudre. Par exemple, l'implication des hommes était faible, et un critère spécifique a été ajouté pour que les formations sanitaires renforcent la mobilisation. »

D^r Placidie Mugwaneza
 Chef du département Prévention du VIH, RBC/IHDPC, Rwanda

aussi gagner en efficacité, et les pays doivent garantir la transparence et la bonne gouvernance dans la gestion des fonds.

Enfin, au niveau national, un plaidoyer doit se mettre en place pour encourager les États à respecter leur engagement d'Abuja de consacrer 15% de leur budget

à la Santé, pour convaincre les autorités locales de contribuer à la rémunération des agents communautaires dans le contexte de la décentralisation, et pour mobiliser des ressources innovantes locales au niveau de la société civile et du secteur privé.



RESTITUTION DES ATELIERS

Lors de la conférence, quatre ateliers étaient organisés simultanément pour approfondir le débat sur les questions suivantes : les aspects médicaux de diagnostic et de traitement ; les questions de santé publique, d'organisation des programmes nationaux ; la dimension communautaire de la PTME ; et enfin, les ressources humaines et financières nécessaires à l'ETME. Les synthèses qui suivent ont été réalisées à partir des restitutions présentées en séance plénière par les rapporteurs de chaque atelier.

ATELIER 1

Protocoles thérapeutiques et aspects médicaux de la PTME

Modérateur: D^r Didier Ekouavi

Rapporteur: P^r Simon Ategbo

Présentations par D^r Appolinaire Tiam (Lesotho), D^r Apollinaire Horo (Côte d'Ivoire), D^r Annette Lawson-Evi (Togo), D^r Mariam Sylla (Mali), D^r Ida Penda (Cameroun) et D^r Chrysostome Gody (République Centrafricaine)

À travers le partage d'expérience de 6 pays (Lesotho, Côte d'Ivoire, Mali, Togo, Cameroun et République centrafricaine), cet atelier s'est concentré sur deux thèmes :

- les protocoles thérapeutiques en place pour la PTME en Afrique subsaharienne par rapport aux recommandations de l'OMS de 2010 ;
- les difficultés d'accès au diagnostic pédiatrique précoce pour les nouveaux-nés exposés.

Sur la question des protocoles, les discussions ont porté sur le choix du régime de PTME, entre l'option A et l'option B, et sur d'autres difficultés de la prise en charge :

- Le Cameroun, la République Centrafricaine et le Lesotho ont choisi l'option A. Le Togo, qui utilisait l'option A, est en phase de transition depuis février 2011, avec 20% des structures sanitaires qui proposent l'option B. La Côte d'Ivoire passera à l'option B à partir de 2012. Le Mali l'utilise depuis 2007.

- Pour départager entre Option A et Option B, il y a un intérêt à évaluer les effets secondaires des molécules.

- Selon une évaluation faite par le Togo, le coût des médicaments dans l'Option A est deux fois et demie plus élevé que le coût du régime prescrit par les recommandations de 2006. Le coût des médicaments dans l'option B est sept fois plus élevé. À première vue, il est tentant de choisir l'option la moins chère mais il faut prendre en compte le rapport coût/bénéfices.

- Alors que tout le monde se plaint de la charge de travail que représente la mise en route de la PTME, des expériences intéressantes de délégation de la prescription des antirétroviraux par les sages-femmes ou les infirmiers ont été menées, notamment par le Lesotho.

- La non disponibilité du décompte des CD4 est un obstacle pour le choix du régime au moment de la mise sous traitement. Il n'y a pas d'estimation précise, mais moins de 25% des centres de PTME sont équipés d'une machine. L'acheminement des prélèvements peut améliorer l'accessibilité, mais au total moins de 50% des patients séropositifs en bénéficient. Et lorsqu'un test CD4 est effectué, le délai d'attente des résultats est de 15 jours à un mois, ce qui oblige à une nouvelle visite et augmente le risque de perdre les patients de vue. Il est important de décentraliser les laboratoires capables de mesurer le taux de CD4 et de réduire le délai d'obtention des résultats, par exemple en utilisant leur transmission par SMS.

- Pour limiter le risque de stigmatisation, le Lesotho a adopté la présentation des médicaments sous forme de Kits Maman-Bébé. Tous les kits contiennent du fer, de l'acide folique, un complexe de vitamine B et de vitamine A, auquel s'ajoute, en fonction du statut sérologique et de l'état d'immunodépression de la femme enceinte, la prophylaxie ARV ou le traitement antirétroviral.

Sur le lien entre les services de PTME et l'accès au diagnostic pédiatrique précoce, les principales observations formulées étaient :

- Le circuit de prise en charge des nouveaux-nés exposés au VIH doit être mieux encadré, et plus intégré au reste de la santé infantile, pour ne perdre aucune porte d'entrée (vaccination, allaitement, soutien psychologique, traitement des enfants exposés au VIH et issus de la PTME, hospitalisation) et ainsi pouvoir procéder au diagnostic pédiatrique précoce.

- Le diagnostic précoce du VIH est un grand motif de frustration : l'OMS recommande le diagnostic à 6



semaines (au même moment que la première séance de vaccination), mais dans beaucoup de pays seuls un ou deux laboratoires sont en mesure de le faire, tous situés dans la capitale, et les résultats mettent un à trois mois à arriver. C'est inacceptable, et cela explique le nombre élevé de « perdus de vue ».

- Parmi les solutions testées pour améliorer la situation, le Cameroun a passé un contrat avec des agents transporteurs pour centraliser l'ensemble des papiers buvards des régions éloignées vers les centres de dosage grâce à un contrat avec des agents transporteurs. Dans le cadre de cet essai soutenu par l'ANRS, la part de diagnostic incomplet a été réduite à 16%, et le taux de TME à seulement 3,5%. Au Lesotho, grâce au recours aux SMS pour transmettre les résultats pour la PCR, le délai est passé de 12 semaines à entre 3 et 6 semaines.

ATELIER 2

Quelles stratégies de santé publique pour atteindre l'ETME

Modérateur: D^r Gilles Raguin

Rapporteur: P^r Patricia Fassinou

Présentations par D^r Evelyne Akinochi (Bénin), D^r Anne-Cécile Bissek (Cameroun), Mme Eleanie Nyankesha (Rwanda) (Côte d'Ivoire) et Mme Cristina Cannelli (Guinée Conakry)

Des quatre présentations (Bénin, Cameroun, Rwanda et Guinée Conakry) de cet atelier et des discussions entre les participants se sont dégagées cinq défis principaux pour atteindre l'ETME ainsi que des pistes de réflexion pour les relever.

Améliorer la couverture et l'accessibilité de l'offre de PTME

Pour passer à l'échelle, la décentralisation des services est nécessaire. Cela suppose un renforcement des capacités des structures, mais aussi et surtout des ressources humaines afin de pouvoir envisager la délégation des tâches. Les structures de santé publiques ne permettant d'atteindre qu'un nombre limité de personnes, il faut intégrer le secteur privé lucratif dans cette démarche. Il faudra également penser à des stratégies mobiles ou avancées, pour la PTME mais plus largement pour les consultations prénatales, sur le modèle de ce qui marche pour la vaccination. Par ailleurs, le préalable indispensable pour espérer améliorer l'offre et la disponibilité de la PTME est la mise en place d'un système d'approvisionnement fonctionnel en médicaments et autres intrants.

Augmenter l'utilisation des services de PTME

Il faut s'appuyer sur et impliquer plus fortement les femmes dans les activités VIH. Les acteurs de santé et la société devraient aussi définir ensemble un cahier des charges de toutes les activités de PTME en lien avec la communauté. Enfin, il faut impliquer le secteur informel de la santé comme les matrones, les traditionnels, les marabouts.

Améliorer la qualité des services

La qualité des services cliniques, biologiques et communautaires est le socle de la crédibilité de l'ensemble du processus d'ETME. Plusieurs aspects sont à prendre en compte : l'intégration, dans les services maternels et infantiles (SMI), de la PTME au sein des programmes de santé reproductive (inclure les informations relatives au VIH sur le carnet de santé pourrait aussi aider à améliorer le suivi de la mère et de l'enfant, comme cela se fait au Rwanda) ; la mise en place, réorganisation



ou redynamisation des activités de suivi postnatal, en renforçant le lien entre les services de suivi de la mère et de l'enfant ; l'implication plus importante de la communauté ; la mise en place d'un système de référence et contre référence efficace ; le rapprochement effectif des services de la communauté (décentralisation, délégation des tâches, médecins mobiles, prélèvements mobiles pour les CD4...).

Résoudre la question des coûts

Il existe plusieurs sources de financement, et c'est une chance, mais il faut mieux les coordonner, en définissant au niveau national les priorités. D'autre part, l'évaluation des coûts du paquet d'activités liées à la PTME n'est pas faite dans beaucoup de pays, or c'est essentiel pour savoir s'il faut plus de plaidoyer pour mobiliser des ressources. Ensuite, la question de la gratuité des soins, et de son impact sur l'utilisation et la qualité des services a été



« Des pays très vastes comme le Nigeria, la République Démocratique du Congo, le Tchad, ou même la Mauritanie, font face à un contexte particulièrement difficile pour rendre disponibles les services dans les endroits les plus reculés. Nous pensons qu'il faut changer de stratégie et commencer par identifier plus précisément où sont situées les femmes qui ont les plus grands besoins et n'ont pas encore accès à la PTME. Ensuite, il faut aller vers la décentralisation, avec une planification au niveau des provinces et des districts, des approches communautaires et des stratégies avancées. Nous devons amener le dépistage vers les femmes dans les villages, comme cela se fait pour la vaccination contre la polio. L'UNICEF a commencé à soutenir la décentralisation en RDC, et s'apprête au Nigeria à mener une analyse des goulots d'étranglement Etat par Etat. »

D^r Macoura Oulare
Spécialiste principale de la PTME/PECP, UNICEF, Bureau régional
Afrique de l'Ouest et du Centre

posée, sans qu'une réponse définitive y soit apportée. Le Rwanda a partagé son expérience d'une mutuelle de santé communautaire qui permet de couvrir 91% de la population. Au niveau des structures de santé, l'intégration de la PTME dans les autres services déjà en place pourrait contribuer à la réduction des coûts. Et il faut réfléchir à des mécanismes de subvention des services (au Congo, le secteur privé reçoit des subventions pour la mise en œuvre d'activités liées au VIH; au Rwanda, des contrats de financement basé sur la performance (*performance-based financing*, ou PBF) ont été passés avec les centres de santé pour les activités VIH).

L'intégration de la PTME à tous les niveaux

L'intégration recouvre un ensemble de dimensions très vaste : l'intégration des services, l'intégration des ressources humaines (avec des prestataires plus polyvalents), l'intégration institutionnelle (avec un renforcement du système), l'intégration du secteur privé. L'intégration pourrait améliorer la disponibilité des services allant du dépistage de la mère au diagnostic de l'enfant jusqu'à sa prise en charge. Mais elle fait encore l'objet de résistances de la part de certains prestataires de santé, notamment en raison de la stigmatisation.

Si tous les plaidoyers en faveur de l'ETME marchent, il faut être en mesure d'absorber le volume d'activités que générera l'accroissement de la demande. Par ailleurs, dans le processus d'ETME, il faut prendre garde à ne pas négliger pour autant les efforts en faveur de la prise en charge pédiatrique du VIH.

ATELIER 3

Atteindre l'élimination en travaillant avec les communautés

Modérateur: D^r Khoudia Sow

Rapporteur: D^r Marie Ahouanto

Présentations par M. Demba Diack (Burkina Faso), D^r Annabel Desgrée du Loû (Côte d'Ivoire), Mme Justine Boncournou (Burkina Faso) et D^r Arachu Castro

Lors de cet atelier, les présentateurs ont partagé plusieurs recherches ou expériences menées en matière d'interventions communautaires.

Au Burkina Faso, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes atteint 6,4%. La couverture géographique de la PTME est importante, mais seules 56% des femmes enceintes sont dépistées pour le VIH, soulignant le besoin de renforcer l'implication et la contribution de la communauté, en termes d'information/éducation/communication, mais aussi d'élaboration des programmes, de délivrance des services, et de plaidoyer. Plusieurs initiatives dans ce sens sont en cours au Burkina Faso, comme le Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire (PAMAC, soutenu par le PNUD et le Fonds Mondial) ou les réseaux de soins soutenus par ESTHER associant acteurs médicaux et communautaires pour une meilleure répartition des tâches et coordination des activités.

Sur le plan opérationnel, il faut un soutien accru aux principales associations et aux réseaux nationaux, notamment en faveur du renforcement des ressources humaines (mise en place d'un référentiel de métiers, de centres de ressources et de formations communautaires labellisées), et en appuyant la gouvernance associative (gestion, capitalisation des expériences, consolidation de la collecte de données pour un meilleur suivi/évaluation).

En Côte d'Ivoire, un programme de recherche de l'IRD a travaillé sur la question de l'information des conjoints sur le statut VIH par les femmes après avoir effectué un test VIH dans le cadre de la PTME. On constate que 97% des femmes séronégatives informent leur conjoint, presque toujours immédiatement après les résultats. Mais chez les femmes séropositives, dans les deux ans qui suivent, seules 46% dévoilent leur statut, le plus souvent à des moments clés où il faut prendre des décisions (reprise des rapports sexuels, allaitement de l'enfant), par crainte de réactions de mécontentement fort (qui touchent 4% des femmes séropositives qui informent leur partenaire), voire de violences ou de rejet (3% des



cas). Du coup, elles sont nettement moins nombreuses à pouvoir discuter avec leur partenaire de la prévention des risques sexuels, et du dépistage. Le dépistage des partenaires reste trop faible – 32% pour les femmes séropositives, 17% pour les femmes séronégatives –, notamment parce que beaucoup d'hommes pensent qu'ils ont forcément le même statut.

Sur la question de l'allaitement exclusif des enfants nés de mères séropositives les six premiers mois de leur vie, un projet de recherche de l'ANRS au Burkina Faso a mis en place un dispositif de soutien aux jeunes mères séropositives : conseils nutritionnels répétés, partage d'expériences entre femmes séropositives et, si la patiente était d'accord, information et sensibilisation de son entourage familial. Près des trois quart ont respecté l'allaitement maternel exclusif, mais 25% ont

« La société civile africaine a des problèmes, parce que très souvent elle est basée sur le volontariat. Mais le volontariat dans un pays pauvre, où les gens n'ont même pas de moyen de transport pour se rendre au service où ils contribuent comme volontaires, ne peut pas être viable. Il faudrait que nos États et nos ministères reconnaissent le travail de la société civile, le valorisent, le renforcent et le soutiennent dans le long terme. »

D^r Ngagne Mbaye

Pédiatre, association Synergie pour l'enfance, Sénégal

abandonné, la plupart très rapidement, en raison de pressions familiales (dans 70% des cas), de montée de lait tardive, ou de croyances erronées. Rendre disponibles des paires éducatrices pour un travail soutenu de sensibilisation et d'information, y compris auprès de l'entourage familial, pourrait améliorer ces résultats.

La dernière présentation se penchait sur la problématique des perdus de vue et de l'adhérence aux services dans le cycle de la PTME. Les occasions manquées de prendre en charge les femmes sont essentiellement dues à des dysfonctionnements dans le dispositif de soins, notamment aux divergences d'objectifs et d'intérêts entre les gestionnaires de programme, les soignants et les femmes. Par exemple, un objectif de dépistage, sans que les traitements soient disponibles, ne répond pas aux attentes des femmes. Autre exemple, dans l'organisation des services en fonction des besoins des soignants : la fermeture du centre de santé à l'heure du déjeuner peut dissuader des femmes de revenir, et d'une manière générale les besoins des femmes (y compris l'organisation préalable à une visite au centre de santé) ne sont pas pris en compte dans le système de santé.

Les discussions à l'issue des présentations ont insisté sur les aspects suivants :

- La faible prévalence intensifie la discrimination et la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, et demande peut-être des approches différentes par rapport à l'Afrique australe et à l'Afrique de l'Est.
- La surmédicalisation de la PTME ne prend pas en compte le contexte social et culturel des pays, avec de nombreuses informations à donner lors de consultations très courtes, ce qui crée de grosses difficultés pour les soignants et des problèmes de qualité.
- La nécessité de renforcer le dépistage avant le moment de la grossesse (à ce stade, peut être déstabilisant), l'éducation sexuelle et la prévention en particulier chez les jeunes, et le dépistage des partenaires, notamment des partenaires des femmes séronégatives trop souvent oubliés alors qu'ils représentent la plus grosse partie.
- L'accompagnement de la recommandation de l'OMS sur l'allaitement maternel exclusif des jeunes mères séropositives doit être renforcé, et nécessite sans doute de la recherche opérationnelle pour comprendre et résoudre les blocages.

« Les changements de pratiques d'allaitement induits par les nouvelles recommandations de l'OMS sur la PTME sont complexes. Pour l'instant l'acceptabilité de l'allaitement maternel exclusif est très limitée, parce que beaucoup de monde – la communauté, les associations, de nombreux soignants aussi – pense que c'est par manque d'argent dans la lutte contre le sida qu'on ne distribue plus de substituts de lait maternel.

L'acceptabilité d'une innovation dépend de la manière dont elle est introduite. Or, depuis l'adoption des nouvelles recommandations, la façon dont on présente les choses aux femmes séropositives est souvent de leur dire « vous savez que maintenant le programme ne paie plus le lait artificiel ? », au lieu de leur expliquer les progrès de l'efficacité des ARV pour prévenir la transmission. La communication porte uniquement sur le fait qu'il n'y a plus de lait maternisé, sans dire que ce n'est plus nécessaire. Du coup, les mères ont l'impression de perdre en qualité de prestation.

Autre difficulté, l'allaitement maternel exclusif pendant 12 mois retarde le diagnostic définitif du statut sérologique de l'enfant. Lorsque les enfants étaient sous lait artificiel, les enfants pouvaient bénéficier du diagnostic précoce à 6 semaines, puis rejoignaient le suivi classique des enfants s'ils étaient séronégatifs. Maintenant, même si le risque de transmission par le lait maternel est faible, ce risque existe, et repousse le diagnostic définitif à la fin de l'allaitement maternel.

Outre l'angoisse que cela génère pour les mères, cela représente une augmentation du travail, notamment pour les associations qui doivent accompagner les femmes pendant 14 mois, le temps de faire le test et d'obtenir le diagnostic final. Je crois que les concepteurs de la mesure de santé publique n'ont pas forcément pensé à cela en adoptant les nouvelles recommandations »

Pr Alice Desclaux
IRD et Université Paul Cézanne d'Aix-Marseille

ATELIER 4

Optimiser les ressources humaines et financières pour l'ETME

Modérateur: D^r Jean-Elie Malkin

Rapporteur: D^r Jean-Marie Milleliri

Présentations par D^r Hapsatou Touré, P^r Joseph Drabo, D^r Jean-Baptiste Guiard-Schmidt et D^r Isabel Zuniga

Une première présentation s'est intéressée à la question du coût des programmes de PTME, à travers une étude sur 5 pays. D'un pays à l'autre, le coût unitaire des différents éléments de la PTME varie fortement (par exemple, un test de CD4 revient à 5,33 dollars au Rwanda, et à 30,68 dollars en Côte d'Ivoire). Mais il ne faut pas s'arrêter au coût par patient, et calculer le coût par infection évité, en le rapportant au nombre d'habitants. Cette notion de rapport coût / efficacité est essentielle, et de plus en plus exigée par les bailleurs de fonds. Cette étude sur les coûts devrait aussi être réalisée pour l'option B+ choisie par certains pays.

Le Réseau Africain de Formations sur le VIH et le sida (RAF-VIH) a ensuite partagé son expérience, avec un processus d'accréditation qui inclut 10 formations membres, dont les diplômés sont valorisants et permettent une évolution de carrière des personnes formées. D'une manière générale, l'intervenant a souligné l'impérieuse nécessité de rationaliser et de coordonner les formations de tous les personnels impliqués dans la réponse au VIH et particulièrement dans la PTME, pour augmenter le nombre et la qualité de ces formations, en s'assurant notamment qu'elles suivent les recommandations internationales.

La dernière présentation décrivait les efforts de Médecins Sans Frontières dans trois pays (Lesotho, Zimbabwe et Mozambique) pour trouver des solutions aux goulots d'étranglement qu'on trouve tout au long de la cascade de la PTME et qui provoquent un grand nombre de perdus de vue. Il en ressort que la prise en compte du contexte est très importante, des mêmes problèmes appelant des réponses différentes d'un pays à l'autre, en essayant toujours d'optimiser les ressources humaines et financières disponibles (décentralisation et délégation des tâches, implication du système communautaire, jusqu'au transfert d'une partie des services aux patientes réunies en groupe d'autosupport dans une expérience au Mozambique).

Du point de vue des ressources financières, les points clés de l'atelier sont la nécessité d'évaluer les coûts des interventions de PTME, et la part qu'elles devraient prendre dans le budget de la lutte contre le VIH, ainsi



que l'importance des études coût/efficacité et l'impact positif de l'intégration en termes d'économies d'échelle. De plus un soutien est nécessaire pour la mobilisation des ressources et la planification budgétaire. Enfin, la mobilisation des ressources domestiques doit être valorisée, y compris via les mutuelles de santé, comme le Gabon l'a fait depuis juin 2011 en introduisant la gratuité à travers l'assurance maladie pour le suivi biologique, notamment pour les femmes enceintes VIH+, pour les césariennes aussi.

Sur les ressources humaines, les participants ont insisté sur le besoin d'un renforcement qualitatif (tout personnel confondu) mais aussi quantitatif, sur la nécessité de déléguer les tâches et de mieux associer et plus impliquer les acteurs communautaires.



CLÔTURE DE LA CONFÉRENCE

Lors de la cérémonie de clôture, les intervenants ont tous tenu à saluer l'importance des discussions tenues au cours des deux journées de la conférence, souhaitant que cet événement marque le point de départ d'un nouvel élan de l'Afrique de l'Ouest et du Centre pour rattraper son retard dans l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, avec l'appui des différents acteurs internationaux.

Jacques Hintzy, président de l'UNICEF France, a lu un message de soutien et d'appel à la mobilisation de Carla Bruni-Sarkozy, Première dame de France, dans le cadre de sa fondation, à l'initiative du mouvement « Born HIV Free » pour l'ETME.

Représentant le Fonds Mondial, où elle occupe le poste de Senior Gender Advisor, le Dr Françoise Ndayishimiye a évoqué la question des ressources et affirmé que la PTME demeure une priorité du Fonds Mondial dans l'allocation des financements, encourageant les pays à

l'inclure dans la reprogrammation en cours des fonds du Round 10 du Fonds Mondial. Elle a ensuite plaidé pour une utilisation plus efficace et transparente des ressources, avec un meilleur rendu de comptes sur les actions entreprises.

En termes de programmes sur le terrain, le Dr Françoise Ndayishimiye a insisté sur la nécessité de s'attaquer aux goulots d'étranglement de la PTME : l'intégration de la PTME dans le système de santé materno-infantile pour rapprocher les services des femmes enceintes, l'approvisionnement en intrants, l'implication des hommes, la valorisation du travail des acteurs communautaires et notamment des femmes séropositives, etc. Elle a de plus rappelé que l'administration d'ARV à la mère et à son enfant pour prévenir la transmission ne permettrait pas à elle seule d'atteindre l'objectif d'ETME, mais qu'il fallait mettre en œuvre les trois autres piliers de l'ETME, notamment celui de la planification familiale qui est souvent faiblement présent dans les programmes de lutte contre le sida.



«Aujourd’hui, le rêve d’une génération née sans le VIH d’ici à 2015 est un objectif atteignable. (...) Le taux d’infection des enfants nés de mère séropositive a reculé de plus de 25 % depuis 2001. Les traitements existent, les systèmes de santé sont plus efficaces et les stratégies de prévention plus répandues. (...) Je sais que les engagements nécessaires pour éliminer les nouvelles infections chez les jeunes enfants en Afrique centrale et de l’Ouest d’ici 2015 sont importants. Je sais aussi que ces engagements représentent un réel investissement sur le court et le long terme. (...) En tant qu’Ambassadrice mondiale pour la protection des mères et des enfants contre le sida, j’ai souhaité mobiliser les leaders politiques, les médias et l’opinion publique autour de cette cause avec le mouvement « Born HIV Free » que j’ai lancé l’année dernière. (...) Nous avons quatre ans pour éradiquer la transmission du VIH des mères aux enfants dans le monde, et pour créer ainsi une génération sans SIDA, qui puisse recevoir toute l’éducation et l’optimisme nécessaires pour développer leurs pays et contribuer à l’équilibre du monde.»

Extraits du discours de Mme Carla Bruni-Sarkozy (lu par Jacques Hintzy)
Première dame, Ambassadrice mondiale pour la protection des mères et des enfants contre le sida



Le Pr Jean-François Delfraissy, Directeur de l’ANRS, s’est félicité de la contribution forte de son agence à la recherche sur le VIH et sur la PTME en particulier, dont les résultats ont participé à l’élaboration de nombreuses recommandations de l’OMS relatives au sida. Insistant sur le besoin de poursuivre l’effort de recherche, notamment une recherche opérationnelle pour analyser les points de blocage et ainsi guider les décisions de santé publique, il a fait part de ses inquiétudes face à la difficulté croissante de trouver une compagnie d’assurance pour des projets de recherche sur la transmission mère-enfant menés dans les pays du Sud. Faute d’assurance, un essai observationnel prévu en Côte d’Ivoire sur l’administration d’une trithérapie pendant la grossesse, l’accouchement et l’allaitement n’a pas pu être lancé.

Le Pr Delfraissy a ensuite replacé l’ETME dans le cadre des stratégies d’utilisation des antirétroviraux comme un outil global de prévention, notant les progrès réalisés au cours des 18 derniers mois dans ce domaine. Saluant la PTME comme précurseur du concept de « *treatment as prevention* », il a appelé les acteurs de l’ETME à ne pas considérer uniquement le « couple » mère-enfant, mais à s’inscrire dans une vision globale, élargie aux hommes, à l’heure où de récentes études montrent que, contrairement à ce qu’on pensait, les hommes sont souvent dépistés et pris en charge plus tardivement que les femmes.

S’exprimant en dernier, Monsieur Saad Houry, Conseiller principal auprès du Directeur exécutif de l’UNICEF a, au nom de M. Anthony Lake, réitéré l’engagement solide de l’UNICEF pour atteindre l’objectif d’élimination de la transmission mère-enfant avant 2015. Revenant sur les présentations et discussions lors de conférence, il a dressé une liste de points saillants, dont plusieurs avaient déjà évoqués par le Dr Françoise Ndayishimiye : la nécessaire identification des goulots d’étranglement, la lutte contre la stigmatisation, le renforcement des capacités des ressources humaines au niveau des services de santé et de la communauté pour permettre une décentralisation et une dévolution effectives, l’intégration de l’ETME dans les soins primaire, les progrès à faire dans l’utilisation des ressources, le rôle des hommes, l’importance d’un leadership politique tourné vers l’action, le besoin de poursuivre la recherche, etc. Des progrès encourageants dans la région d’Afrique de l’Ouest et du Centre mais surtout des exemples de succès ailleurs sur le continent (Botswana, Afrique du Sud, Rwanda...) montrent que l’élimination de la transmission mère-enfant du VIH est une « utopie réalisable », a conclu Saad Houry, reprenant l’expression utilisée par le Pr Stéphane Blanche lors de la première journée de la conférence. Pour l’atteindre, il a exhorté tous les partenaires de l’agenda de l’ETME – chercheurs, médecins, société civile, responsables politiques, bailleurs de fonds – à bâtir un véritable partenariat concrétisé à travers l’adoption de plans nationaux d’élimination.

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

CONFÉRENCE INTERNATIONALE pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre

L'UNICEF France remercie chaleureusement le Pr Stéphane Blanche, de l'Hôpital Necker - Enfants Malades, pour avoir présidé le Comité de pilotage de la conférence et le Pr Françoise Barré-Sinoussi, Prix Nobel de médecine, co-découvreuse du virus de l'immunodéficience humaine, pour nous avoir fait l'honneur d'accepter que cette conférence se déroule sous son haut-patronage.

Le Comité Français de l'UNICEF remercie également tous les intervenants et les participants à la conférence, ainsi que les partenaires qui ont soutenu l'organisation de cet événement :



© UNICEF France, 2012

Les synthèses des interventions contenues dans ces actes sont la responsabilité de l'UNICEF France.

L'ensemble des supports de présentation utilisés lors de la conférence sont téléchargeables librement à l'adresse suivante : <http://unicef.fr/Conference-Sida-ETME-2012>

Crédits photos

Photos UNICEF

- Noorani
p. 4, 6, 13, 17, 30, 31, 32.
- Nesbitt
p. 5, 9, 10, 11, 19, 20, 23, 33, 34, 36, 38, 40, 41, 43, 48.
- Pirozzi
14, 16, 21, 39.

- Asselin
p. 18, 22, 24, 26, 28, 35.

Photos UNICEF France

- G.Fornet
p. 3, 8, 12, 14, 17, 19, 21, 23, 26, 28, 30, 32, 34, 36, 37, 39, 40, 42, 44, 45, 46, 49.