

PRÉVENTION DU VIH ET DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES : CADRE STRATÉGIQUE 2011–2015



**EN APPUI AU PLAN MONDIAL POUR ÉLIMINER LES
NOUVELLES INFECTIONS À VIH CHEZ LES ENFANTS À
L'HORIZON 2015 ET MAINTENIR LEURS MÈRES EN VIE**

L'ÉQUIPE DE TRAVAIL INTER-INSTITUTIONS SUR LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT DE
L'INFECTION À VIH CHEZ LES FEMMES ENCEINTES, LES MÈRES ET LEURS ENFANTS

Remerciements

L'Équipe de travail inter-institutions sur la prévention et le traitement de l'infection à VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs enfantsⁱ aimerait remercier les personnes suivantes pour leur contribution :

Auteurs principaux : Lynn Collins, UNFPA et Andrew Doupe, consultant en VIH et en questions juridiques.

Membres du groupe de rédaction technique : Mulamba Diese, EngenderHealth; Raoul Fransen, ICSS; Beri Hull, ICW; Manjula Lusti-Narasimhan, OMS; Chris Mallouris, GNP+; Kevin Osborne, IPPF et Ale Trossero, IPPF.

Réviseurs : Les membres du groupe de travail sur la prévention du VIH et les grossesses non désirées de l'Équipe de travail inter-institutions sur la prévention et le traitement de l'infection à VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs enfants; autres réviseurs: Luc Debernis, UNFPA; Milen Beyene, UNFPA; Ward Cates, FHI; Rene Ekpini, UNICEF; Mario Festin, OMS; Jonathan Hopkins, IPPF; Karusa Kiragu, ONUSIDA; Susan Kasedde, UNICEF; Chewe Luo, UNICEF; Ying-Ru Lo, OMS; Lucy Stackpool-Moore, IPPF; Nathan Shaffer, OMS; Rose Wilcher, FHI. Également, Harry Strulovici, NYU pour ses contributions initiales au premier avant-projet.

Co-directeurs de la revue par les PVVIH : Gina Anderson, ICW; Georgina Caswell, GNP+ et Beri Hull, ICW (voir *À propos de ce cadre*).

Coordinateurs mondiaux pour le VIH : George Tembo, UNFPA; Jimmy Kolker, UNICEF; Gottfried Hirnshall, OMS; et **Le Directeur du Département de la santé reproductive et de la recherche, Michael Mbizvo, OMS.**

i. Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), le Secrétariat du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), la Banque mondiale (BM), le Bureau américain du Coordinateur mondial sur le sida (OGAC), les Centres de contrôle et de prévention des maladies des États-Unis (CDC) et L'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM), ainsi que des organisations non gouvernementales internationales importantes comme la Fondation Elizabeth Glaser pour le sida pédiatrique (EGPAF), l'International Center for AIDS Care and Treatment Programs (ICAP) à l'École de santé publique Mailman de Columbia University, Family Health International (FHI), l'Initiative contre le VIH/sida de la Fondation Clinton (CHA), le Catholic Medical Mission Board (CMMB), Population Council, l'International Center for Reproductive Health (ICRH), Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau (ESTHER), Baylor International Paediatric AIDS Initiative (BIPAI), la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/SIDA (ICW), l'International Planned Parenthood Federation (IPPF), Mothers2Mothers (M2M), Département du développement international du Royaume-Uni (DFID), l'Agence canadienne pour le développement international (ACDI), le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+), la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) et Management Sciences for Health (MSH).



À PROPOS DE CE CADRE

Ce cadre appuie le «Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie». C'est un produit de l'Équipe de travail inter-institutions (IATT) sur la prévention et le traitement de l'infection à VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs enfants ; il a été élaboré par le groupe de travail sur la prévention primaire du VIH et la prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH (groupe désormais inclus dans le Groupe de travail sur l'intégration dans le cadre de la nouvelle configuration de l'IATT).

Le cadre s'inscrit dans les principes de la Participation accrue des personnes vivant avec le VIH (GIPA). Les personnes vivant avec le VIH ont participé à tous les stades du processus d'élaboration du cadre, notamment la conceptualisation, la rédaction et la revue. En outre, les organisations et les réseaux de personnes vivant avec le VIH, dirigés conjointement par

GNP+ et ICW, ont entrepris une consultation pour apporter leur contribution au cadre et partager leurs perspectives plus larges sur la manière dont l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (eTME) influe sur leurs viesⁱⁱ et la manière dont les programmes devraient être renforcés pour appuyer une riposte basée sur les droits humains.

NOTE SUR LA TERMINOLOGIE

Il s'est produit un changement profond sur le plan terminologique, délaissant la prévention en faveur de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, comme le reflètent les objectifs mondiaux 2011–2015 (voir *Introduction*). Les personnes vivant avec le VIH ont indiqué que le terme «élimination» de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est difficile, car il omet de reconnaître que le VIH n'est pas seulement un virus, mais fait partie de la vie des gens, affectant les rapports qu'ils ont avec la communauté à tous les niveauxⁱⁱⁱ. Et plus particulièrement, lorsqu'il est utilisé seul, ce terme («élimination») est également perçu comme péjoratif, car, s'il est pris hors de son contexte, sans qualificatif, il peut sembler avoir pour connotation mettre fin à la vie des personnes vivant avec le VIH.

Le terme «élimination» peut :

- susciter la peur et être dévalorisant pour les personnes vivant avec le VIH
- empêcher les gens d'avoir accès aux services nécessaires et, par conséquent, d'être en mesure d'éviter de transmettre le VIH à leur enfant, si ces services y sont associés
- être compris comme signifiant la nécessité d'éliminer les femmes vivant avec le VIH ou les enfants vivant avec le VIH afin d'éliminer la transmission de la mère à l'enfant.ⁱⁱⁱ En outre, les femmes vivant avec le VIH ont récemment

plaidé pour que la terminologie «transmission de la mère à l'enfant» soit remplacée en faveur de «prévention globale de la transmission verticale», estimant que le fait de «se concentrer sur l'événement, plutôt que sur les personnes impliquées, évite de faire porter exclusivement à la mère le fardeau, le blâme et la culpabilité de la transmission du VIH au bébé. Ce simple changement terminologique, délaissant la notion de transmission mère-enfant, cesse d'insister sur les femmes étant des «vecteurs de transmission». Les femmes trouvent que le terme de prévention globale de la transmission verticale est moins accusatoire et plus propice à la participation des hommes. Il s'accompagne en outre du potentiel d'accroître l'accès aux services».^{iv} Ce point de vue privilégie également que l'on parle d'arrêter ou de mettre fin à la transmission verticale plutôt que d'éliminer, terme qui «peut être perçu comme une menace à la vie de la personne concernée et, s'il est pris en dehors de son contexte et sans qualificatifs, il peut susciter la peur et être dévalorisant pour les personnes vivant avec le VIH.»

Ce cadre appuie le Plan mondial et précise que le terme «élimination» **ne devrait pas** être employé seul, pas plus pour faire court que comme slogan. Les parties prenantes doivent examiner avec soin le choix de la terminologie employée dans les programmes afin de s'assurer que les définitions sont claires, non normatives, dépourvues de toute ambiguïté ou de sous-entendus. Ce document utilise le terme élimination de la transmission mère-enfant ou eTME, jamais «élimination» pris seul.^v

ii. Voix vitales: Recommandations issues des consultations avec des personnes vivant avec le VIH sur le Cadre stratégique de l'ETII pour les Volets 1 et 2 de la PTME. ICW et GNP+, 8 avril 2011.

iii. E-consultation on PMTCT Components One and Two. ICW and GNP+, 29 Nov–20 Dec 2010 in Vital Voices. Appendix B(1). www.gnpplus.net/images/stories/Empowerment/consultations/Appendix_B1_PMTCT_E-consultation_Report_April_2011.pdf

iv. Language, identity and HIV: why do we keep talking about the responsible and responsive use of language? Language matters. Dilmitis S et al. *Journal of the International AIDS Society* 2012, 15(Suppl 2):17990. www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/17990/723

v. Expert Teleconference on PMTCT Components One and Two. ICW and GNP+, 24 January 2011 in Vital Voices. Appendix B(4). www.gnpplus.net/images/stories/Empowerment/consultations/Appendix_B4_PMTCT_Experts_Teleconference_Report_April_2011.pdf



TABLE DES MATIÈRES

	À propos de ce cadre	i
	Note sur la terminologie	i
	Abréviations	1
	Résumé analytique	2
1	Introduction	4
	Le cadre en un coup d'œil	9
2	Finalité, champ d'intervention et public visé	10
3	Directives de programmation	12
4	Principes directeurs	16
5	Volet 1: Prévention primaire du VIH: justification et ensemble des services essentiels	18
6	Volet 2: Prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH: justification et ensemble des services essentiels	26
7	Points d'entrée: les cadres de prestation de services	35
8	Listes de vérification pour la mise en œuvre des programmes nationaux	40
9	Stratégies et actions clés	51
	Stratégie 1: Établir des liens entre la SSR et le VIH au niveau des politiques, des systèmes et de la prestation de services	52
	Stratégie 2: Renforcer l'engagement des communautés	56
	Stratégie 3: Promouvoir la participation accrue des hommes	58
	Stratégie 4: Amener les organisations des personnes vivant avec le VIH à s'impliquer	60
	Stratégie 5: Assurer une prestation de services non discriminatoires dans des cadres non stigmatisants	62
10	Cadre de suivi de l'élimination de la TME pour 2015: Objectifs et indicateurs	64
11	Recherche opérationnelle	65
12	Notes de fin de document	67
13	Références pour les ensembles des services essentiels et les Stratégies et actions clés	76
14	Annexes	80
	Annexe 1: Initiatives mondiales sur la santé des femmes, des nouveaux-nés et des enfants	80
	Annexe 2: Bibliographie annotée des directives de soutien des politiques et des programmes	82
	Annexe 3: Discussion supplémentaire sur les principes directeurs	91
	Annexe 4: Ensemble des services essentiels pour des soins maternels de haute qualité	94
	Annexe 5: Termes clés	95
15	Notes de fin de document des annexes	98

ABRÉVIATIONS

ANC	Soins prénataux	MdS	Ministère de la santé
ARV	Antirétroviral	OBC	Organisation à base communautaire
CCC	Communication pour le changement de comportement	OC	Organisation confessionnelle
CDI	Consommateur de drogues injectables	OMD	Objectif du millénaire pour le développement
CDV	Conseil et dépistage du VIH	OMS	Organisation mondiale de la Santé
CDV	Conseil et dépistage volontaire	ONG	Organisation non gouvernementale
CRM	Critères de recevabilité médicale pour l'emploi de contraceptifs	ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
CTX	Co-trimoxazole	OSC	Organisation de la société civile OEV Orphelins et enfants vulnérables
DSSR	Droits de santé sexuelle et reproductive	PICT	Conseil et dépistage du VIH proposé par le prestataire
ECOSOC	Conseil économique et social des Nations Unies	PF	Planification familiale
EID	Diagnostic précoce chez les nourrissons	PPE	Prophylaxie post-exposition
eTME	Élimination de la transmission (du VIH) de la mère à l'enfant	PP	Postpartum
GBV	Violence sexiste	PprE	Prophylaxie pré-exposition
GHI	Initiative pour la santé mondiale	PSM	Gestion des produits et de la chaîne d'approvisionnement
GIPA	Participation accrue des personnes vivant avec le VIH	PS	Professionnel(le) du sexe
GNP+	Global Network of People Living with HIV [Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH]	PTME	Prévention de la transmission (du VIH) de la mère à l'enfant
H4+	UNFPA, UNICEF, OMS, Banque mondiale et ONUSIDA	PVVIH	Personne vivant avec le VIH
HBC	Soins à domicile	S&E	Suivi et évaluation
HPV	Papillomavirus humain	SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
HSH	Hommes ayant des rapports avec des hommes	SMI/SMNI	Santé maternelle et infantile / Santé maternelle, néonatale et infantile
IAR	Infection de l'appareil reproducteur	SPR	Sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives
IATT	Équipe de travail inter-institutions (sur la prévention et le traitement de l'infection à VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs enfants)	SSP	Soins de santé primaires
ICW	International Community of Women Living with HIV/AIDS [Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH]	SSR	Santé sexuelle et reproductive
IEC	Information, éducation et communication	TAR	Thérapie/Traitement antirétroviral(e)
IMAI	Prise en charge intégrée de la maladie de l'adolescent et de l'adulte	TasP	Traitement comme prévention
IO	Infection opportuniste	TB	Tuberculose
IPPF	International Planned Parenthood Federation [Fédération internationale de planification familiale]	TME	Transmission (du VIH) de la mère à l'enfant
IST	Infection sexuellement transmissible	UN	Nations Unies
JVVIH	Jeunes vivant avec le VIH	UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
MAMA	Méthode de l'aménorrhée due à la lactation	UNGASS	Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida
		UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
		VHS	Virus de l'Herpes simplex
		VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

Nous nous trouvons à un tournant de l'exécution de la promesse de mettre fin à la mortalité infantile et maternelle et d'améliorer la santé – promesse marquée de nouveaux engagements ambitieux. Le présent cadre stratégique soutient l'un de ces engagements, le « Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie ». Il propose une orientation pour la prévention des infections à VIH et des grossesses non désirées – toutes deux des stratégies essentielles pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile et l'élimination de nouvelles infections à VIH pédiatriques.

Ce cadre pourrait être utilisé en conjonction avec d'autres orientations associées qui couvrent ensemble les quatre volets de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Ce document met l'accent sur le renforcement des politiques et des programmes axés sur les droits au sein des services de santé et de la communauté pour :

- **Volet 1 :** La prévention primaire du VIH chez les femmes en âge de procréer (avec un accent particulier sur les femmes enceintes et celles qui allaitent).
- **Volet 2 :** La prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH (dans le cadre de la santé sexuelle et reproductive (SSR) axée sur les droits des personnes vivant avec le VIH (PVVIH)).

Les Volets 1 et 2, conjointement avec l'alimentation plus sûre des bébés (Volet 3) et le traitement (Volets 3 et 4), sont essentiels pour l'amélioration de la vie des femmes et des enfants et l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (eTME). La justification des Volets 1 et 2 comprend les points suivants :

- Demeurer séronégatif, en particulier tout au long de la grossesse et de l'allaitement (période de plus grand risque) protège les bébés et les enfants contre la possibilité de devenir séropositifs en éliminant la possibilité de la transmission du VIH par la mère.
- La prévention primaire du VIH améliore la survie et le bien-être ; le VIH est la première cause de décès chez les femmes en âge de procréer, contribuant énormément à la mortalité maternelle.
- Les avantages de la planification familiale sont multiples, notamment moins de décès chez les mères et les enfants en bas âge et des mères et des enfants en meilleure santé, une épargne et une productivité familiales accrues, de meilleures perspectives pour l'éducation et l'emploi et, enfin, l'amélioration de la situation des femmes.
- Les grossesses non désirées aggravent la morbidité et la mortalité maternelles ; 27 % des décès maternels peuvent être évités en répondant aux besoins de planification familiale non satisfaits.
- La morbidité et la mortalité liées au VIH chez une mère vivant avec le VIH ont un impact important sur la survie de son enfant.

- Un nombre réduit de grossesses non désirées implique un nombre moins élevé de bébés nés de mères vivant avec le VIH, résultant donc en un nombre de nourrissons séropositifs potentiellement plus réduit.

Les principes sur lesquels se fonde ce cadre sont les suivants :

1. La prise en compte des déterminants structurels du VIH et de la mauvaise santé sexuelle et reproductive
2. L'accent sur les droits humains et le genre
3. La promotion d'une réponse coordonnée et cohérente (les Trois Principes)
4. La participation significative des personnes vivant avec le VIH (le Principe GIPA)
5. La promotion de la participation communautaire des jeunes, des populations clés plus exposées aux risques d'infection et de la communauté générale
6. La réduction de la stigmatisation et de la discrimination
7. La reconnaissance du caractère central de la sexualité comme élément essentiel dans la vie humaine et pour le bien-être de l'individu, de la famille et de la communauté

Ce cadre propose une orientation pour :

1. Mettre en œuvre un ensemble de services pour la prévention du VIH et des grossesses non désirées dans le cadre des services intégrés et non stigmatisants de SSR et de VIH
2. Utiliser des points d'entrée clés pour l'intégration des services pour le VIH et la SSR
3. Renforcer la mise en œuvre des programmes au plan national, notamment le déploiement d'interventions des Volets 1 et 2
4. Mettre en œuvre cinq stratégies clés :
 - Stratégie 1 :** Établir des liens entre SSR et VIH au niveau des politiques, des systèmes et de la prestation de services
 - Stratégie 2 :** Renforcer l'engagement des communautés
 - Stratégie 3 :** Promouvoir la participation accrue des hommes
 - Stratégie 4 :** Amener les organisations des personnes vivant avec le VIH à s'impliquer
 - Stratégie 5 :** Assurer une prestation de services non discriminatoires dans des cadres non stigmatisants.



1

INTRODUCTION



Une nouvelle ère s'ouvre pour aider les femmes et les enfants à mener une vie plus saine. Rejoignant la riposte mondiale, un engagement ambitieux a émergé à travers un « Plan mondial pour éliminer¹ les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie ».²

Les gouvernements et la société civile sont déterminés à faire de cette vision une réalité d'ici à 2015, l'horizon de la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Le Plan mondial trace la voie vers la réalisation de cet objectif urgent, directement lié aux autres initiatives de santé maternelle et infantile en cours (voir l'Annexe 1). Cette réponse unifiée reconnaît que le VIH contribue énormément à la mortalité maternelle et infantile. Le présent cadre stratégique a été élaboré en appui au Plan mondial en proposant une orientation permettant de prévenir les infections du VIH et les grossesses non désirées – stratégies essentielles pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile (SMI) et l'élimination de nouvelles infections à VIH chez les enfants.

Le nouvel objectif représente un changement de cap stratégique de la prévention à l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (de la PTME à l'eTME) (voir la Note sur la terminologie, page i) et a donné le jour à de nouveaux objectifs et de nouveaux indicateurs robustes pour guider la planification nationale. L'objectif reconnaît également l'importance essentielle de l'amélioration de la santé maternelle au bénéfice des femmes et des enfants. Atteindre ce but nécessite que les gouvernements nationaux soient soutenus pour exécuter la totalité des interventions de TME intégrées avec la santé sexuelle et reproductive, en particulier la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI), la planification familiale et les services de traitement du VIH (voir les Figures 1 et 2). L'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant fait partie intégrante des efforts des pays pour réaliser les OMD 3 à 6 (voir l'Encadré 1).

Le cadre d'intervention

L'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants et le maintien en vie de leurs mères s'appuient sur une stratégie à quatre volets.⁴ Cette stratégie offre le fondement sur lequel des plans nationaux sont élaborés et mis en œuvre et couvre un ensemble de mesures de prévention et de traitement du VIH pour les mères et leurs enfants ainsi que des services essentiels de santé maternelle, néonatale et infantile, de planification familiale et d'autres services de SSR.

Volet 1: Prévenir le VIH chez les femmes en âge de procréer, dans le cadre des services liés à la santé reproductive tels que les soins prénataux, postpartum et postnataux, ainsi que les autres lieux dans lesquels d'autres soins de santé ou liés au VIH sont dispensés, ce qui inclut de travailler avec les structures communautaires.

Volet 2: Fournir des conseils, du soutien et des contraceptifs aux femmes qui vivent avec le VIH pour satisfaire les besoins qu'elles ne parviennent pas à satisfaire en matière de planification familiale et d'espacement des naissances, ainsi que pour optimiser les résultats quant à la santé de ces femmes et enfants.

Volet 3: Pour les femmes enceintes, garantir l'accès au conseil et dépistage du VIH et, pour les femmes enceintes vivant avec le VIH, garantir l'accès aux médicaments antirétroviraux nécessaires pour prévenir la transmission de l'infection à VIH à leurs bébés pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement.

Volet 4: Les soins, le traitement et l'accompagnement liés au VIH pour les femmes, les enfants vivant avec le VIH et leurs familles.

ENCADRÉ 1 : COMMENT L'ETME CONTRIBUE A ATTEINDRE LES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT³

L'élimination de nouvelles infections à VIH chez les enfants et le maintien en vie de leurs mères contribuent directement à la réalisation de quatre des OMD dont les progrès sont actuellement freinés par le VIH. De même, les progrès concernant la réalisation des autres OMD contribuent à la prévention et au traitement du VIH pour les femmes et les enfants.

OMD 3: Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes – en soutenant l'autonomisation des femmes par l'accès aux informations préventives, aux services de prévention et de traitement liés au VIH, ainsi qu'aux services de santé sexuelle et reproductive; en impliquant les mères vivant avec le VIH comme partenaires clés dans la réalisation de ce plan et en impliquant leurs partenaires masculins. Les femmes auxquelles on donne du pouvoir sont davantage en mesure de négocier des relations sexuelles plus sûres, et leur vulnérabilité est réduite en éliminant la violence sexiste.

OMD 4: Réduire la mortalité infantile – en réduisant le nombre d'enfants infectés par le VIH; en fournissant des traitements, des soins et en accompagnant les enfants non infectés nés de mères vivant avec le VIH; en garantissant des liens effectifs avec des traitements salvateurs pour les enfants vivant avec le VIH; et indirectement, en améliorant la santé maternelle et en garantissant une alimentation plus sûre des enfants. Les taux de survie des enfants nés de femmes vivant avec le VIH augmentent si les conditions néonatales et les pratiques de soins familiaux sont améliorées.

OMD 5: Améliorer la santé maternelle – en prévenant le VIH chez les femmes et en fournissant le planning familial aux femmes séropositives en âge de porter un enfant; et en garantissant des services de soins, de traitement et d'accompagnement liés au VIH effectifs aux femmes vivant avec le VIH. Des systèmes de santé forts peuvent aider à garantir que chaque naissance soit saine et que les femmes enceintes soient capables de détecter le VIH tôt et de commencer un traitement.

OMD 6: Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies – en prévenant la diffusion du VIH par la prévention de l'infection des femmes en âge de procéder; en prévenant la transmission du VIH aux enfants, en traitant les mères et en garantissant des liens forts et effectifs entre les services continus de soins, de traitement et d'accompagnement pour les enfants et les mères vivant avec le VIH. La fourniture de traitements contre la tuberculose permet de réduire le nombre de décès chez les femmes enceintes vivant avec le VIH. En prévenant la tuberculose et le paludisme, l'on réduit la mortalité infantile et maternelle des femmes et des enfants vivant avec le VIH.

L'axe de ce cadre

Ce cadre met l'accent sur ce qui peut être fait pour renforcer les programmes pour les Volets 1 et 2 – prévention du VIH et des grossesses non désirées (voir la *Section 2: Champ d'intervention*). Il appuie l'offre d'un ensemble de services (voir les *Sections 5 et 6*, les *Tableaux 2 et 4*) dans des services intégrés, non stigmatisants de SSR et de VIH et dans la

communauté. Le cadre présente aussi les stratégies clés pour la liaison de la SSR et du VIH, l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination et l'engagement de la communauté, des partenaires masculins et des personnes vivant avec le VIH (voir la *Section 9: Stratégies et actions clés*). Les stratégies et les ensembles des services visent essentiellement les femmes enceintes, les femmes vivant avec le VIH et leurs partenaires (voir la *Figure 2* et la *Section 2: Champ d'intervention*).

FIGURE 1 : QUATRE VOLETS POUR L'ÉLIMINATION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MÈRE À L'ENFANT ET L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ MATERNELLE

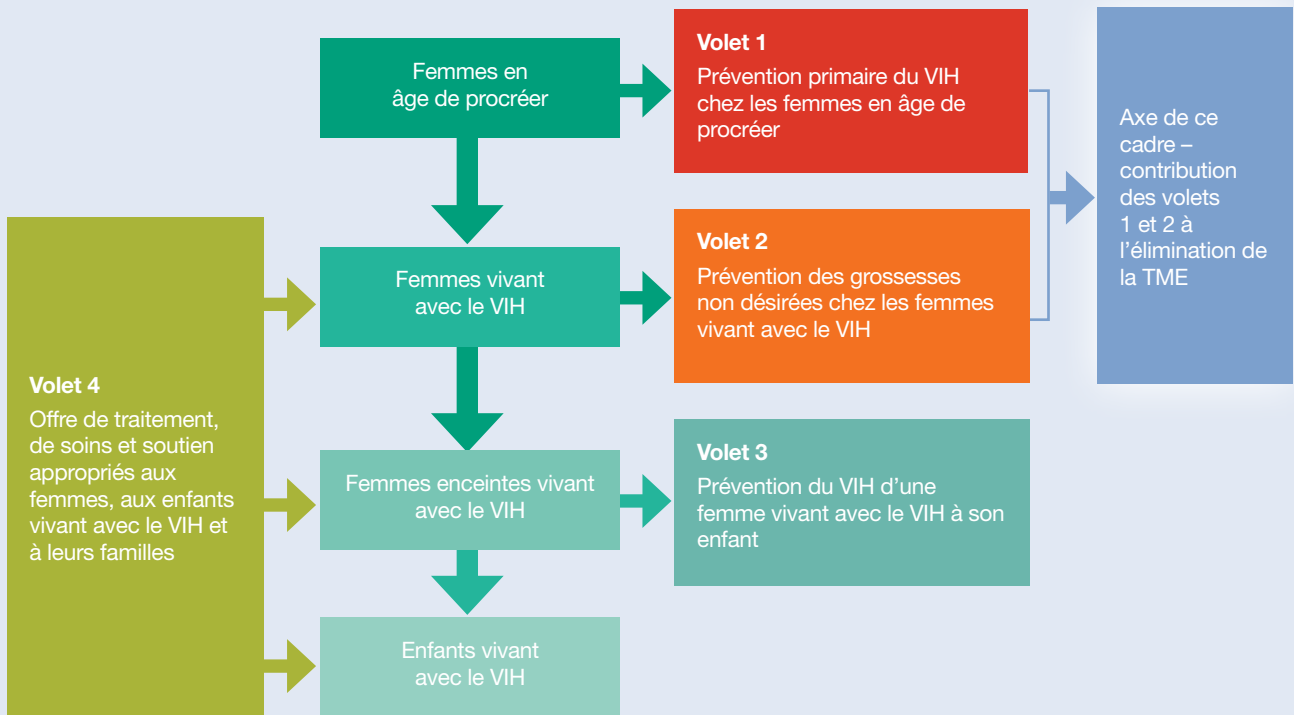
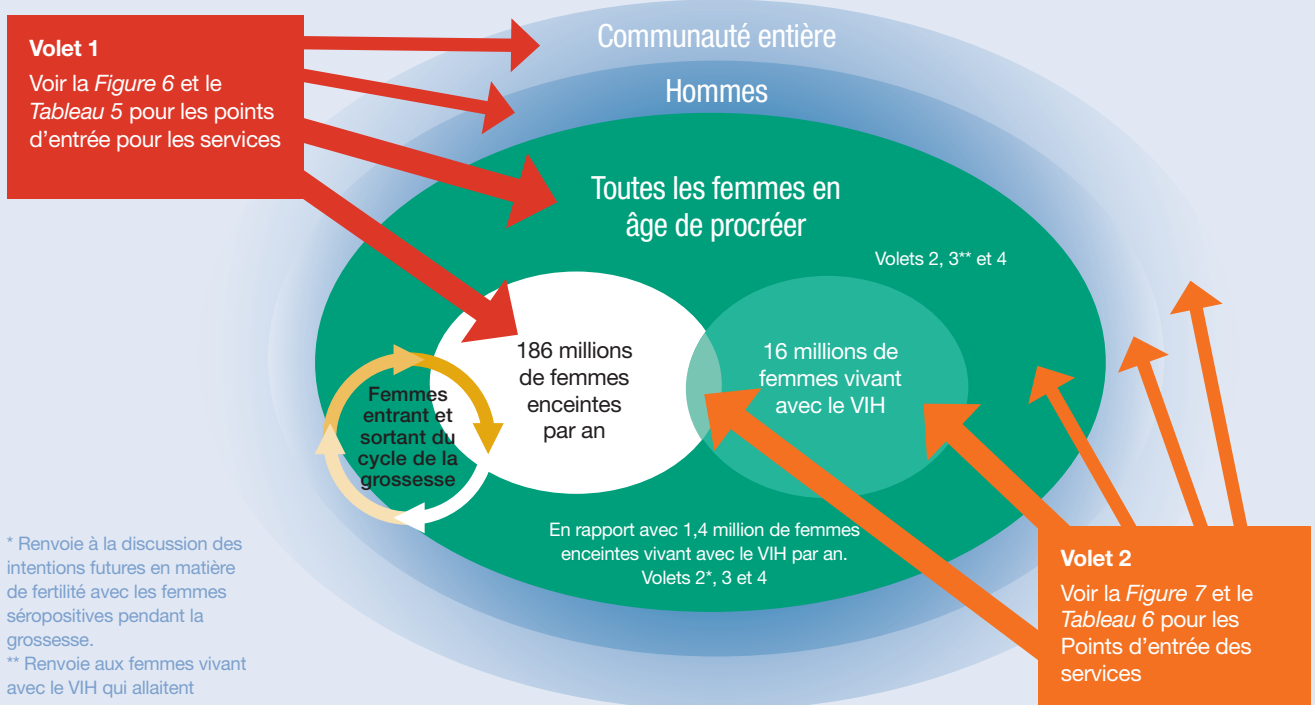


FIGURE 2 : POPULATION CIBLE DE CE CADRE (LA FIGURE N'EST PAS À L'ÉCHELLE)



Contribution des Volets 1 et 2 à l'élimination de la TME et à l'amélioration de la santé maternelle

Deux objectifs mondiaux pour l'élimination de la TME et la réduction des décès maternels d'ici à 2015 ont été fixés:⁵

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

Des objectifs complémentaires ont été élaborés pour chacun des quatre volets de PTME (voir la *Figure 4*) accompagnés d'indicateurs associés (voir la *Section 10: Objectifs et indicateurs*). Les objectifs spécifiques pour ce cadre sont:

- **Volet 1:** 50 % de réduction de l'incidence du VIH chez les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans et 15 à 24 ans)
- **Volet 2:** réduire à zéro les besoins de planification familiale non satisfaits (chez toutes les femmes).

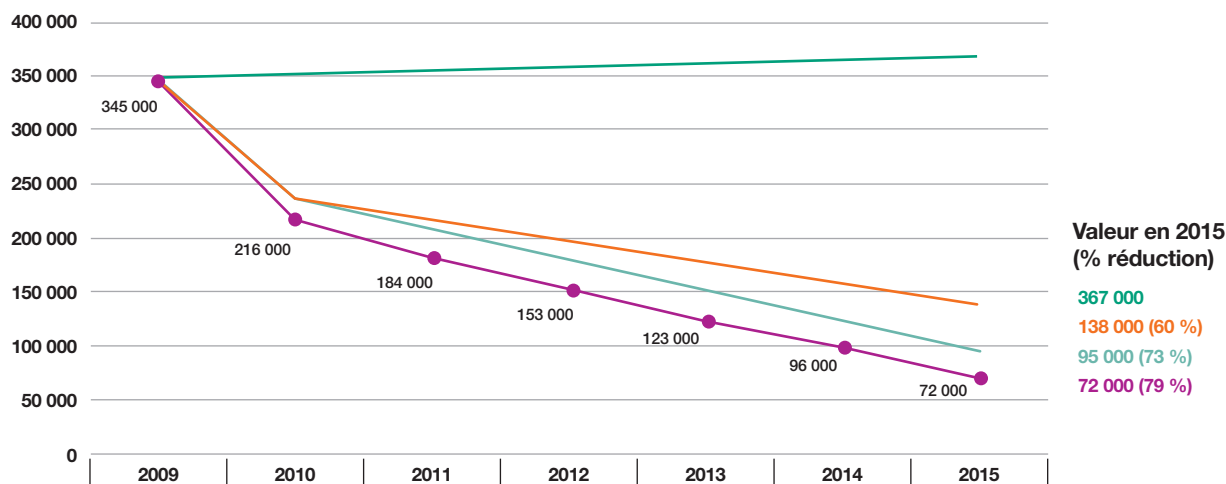
La *Figure 4* (page 8) montre comment les Volets 1 et 2 contribuent aux objectifs et identifie les questions clés.

La modélisation montre que l'atteinte des objectifs pour les Volets 1 et 2 contribuerait à une réduction de 13 % des nouvelles infections chez les enfants en bas âge pour l'objectif de réduction fixé à 90 % (voir la *Figure 3*). La prévention du VIH et des grossesses non désirées permettrait également d'obtenir une réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles ainsi que des avantages supplémentaires pour les femmes (voir les *Sections 5 et 6*). La mise en œuvre des recommandations de la PTME de l'OMS en 2010⁶ visant à offrir aux femmes enceintes séropositives une prophylaxie ou un traitement à base d'ARV plus efficace contribuerait à atteindre une réduction supplémentaire de 60 %, plus 6 % de réduction résultant de l'allaitement limité à 12 mois.

Il est clair que l'extension de la couverture des interventions efficaces liées aux quatre volets est indispensable pour atteindre les buts consistant à éliminer la TME et à améliorer la santé et la survie maternelle et infantile. L'orientation du présent cadre pour la prévention du VIH et des grossesses non désirées contribuera grandement à atteindre ces objectifs.

FIGURE 3 : NOUVELLES INFECTIONS INFANTILES DANS 25 PAYS DE 2009 À 2015 PAR LA PROPHYLAXIE DE LA PTME⁷

Nombre estimé de nouvelles infections à VIH chez les enfants
Différents scénarios pour 25 pays



Nombre des nouvelles infections infantiles en cas de:

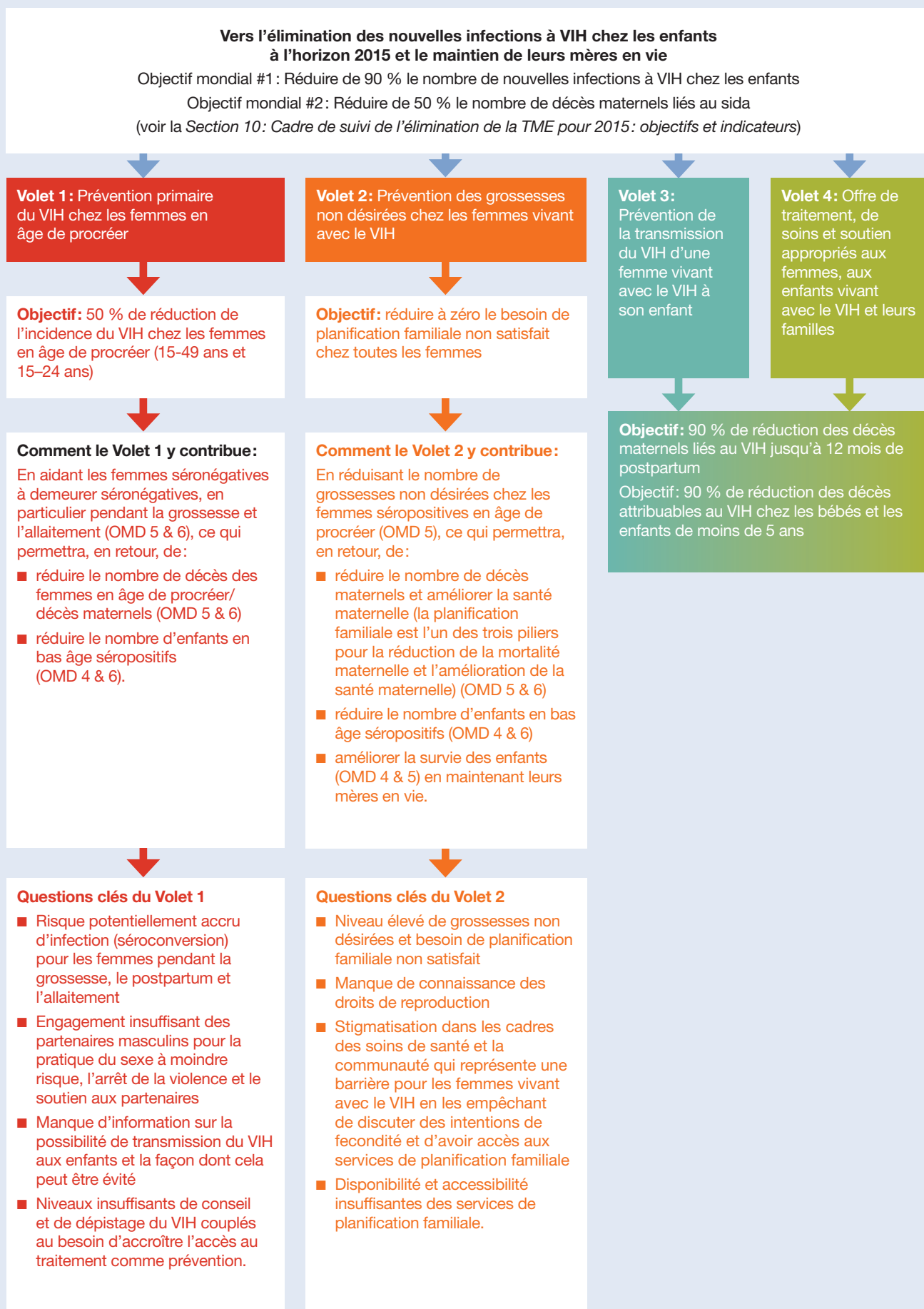
Couverture/protocole de traitement de la PTME aux niveaux de 2009

Volet 3 (ARV/TAR pour 90 % des femmes enceintes séropositives)

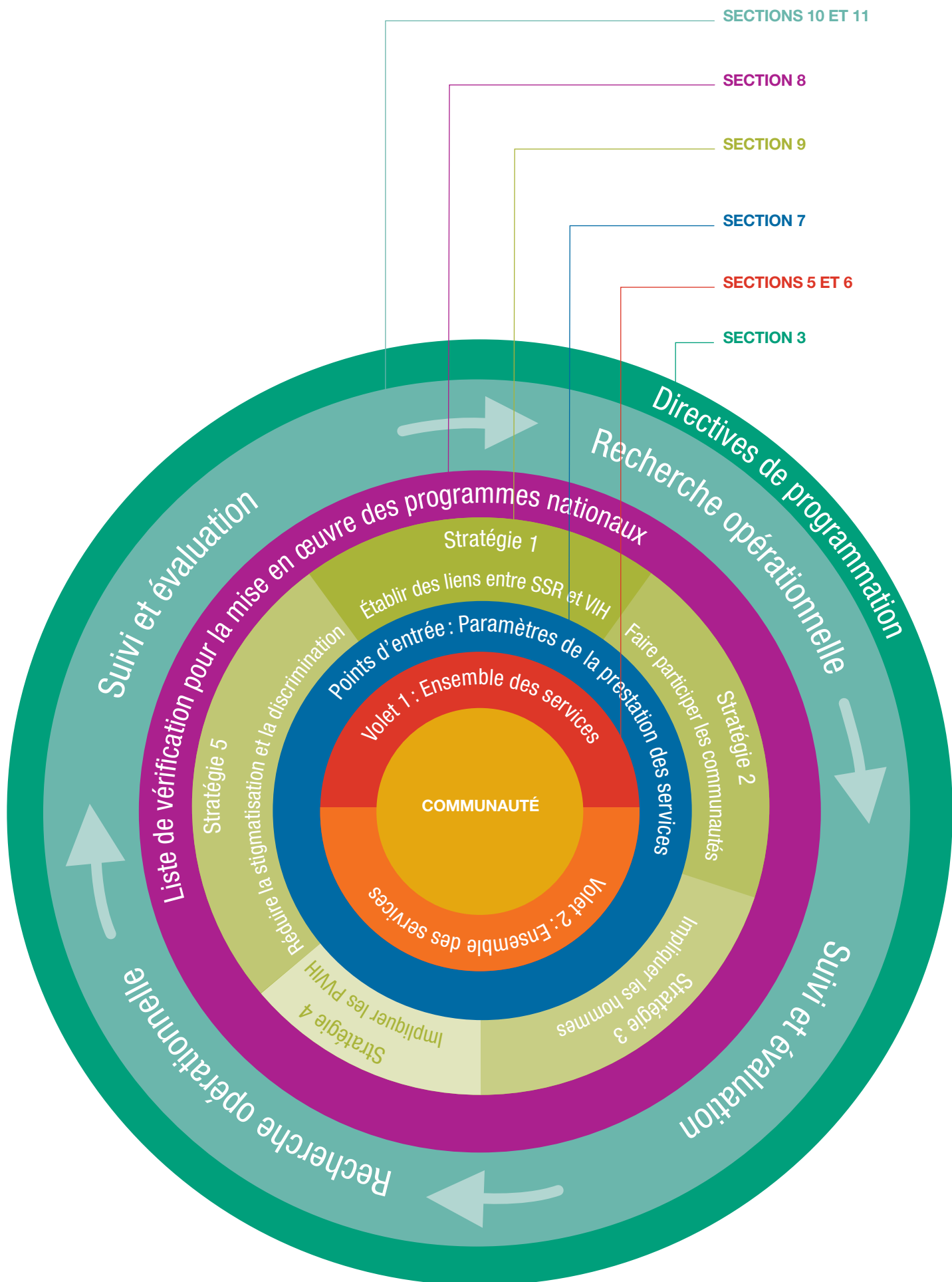
Volets 1, 2 et 3 (50 % de réduction de l'incidence, niveau zéro de planification familiale non satisfaite et 90 % d'ARV/TAR)

Volets 1, 2 et 3 et allaitement limité à 12 mois

FIGURE 4 : PRÉVENTION DU VIH ET DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES : OBJECTIFS, CONTRIBUTION ET QUESTIONS CLÉS



LE CADRE EN UN COUP D'ŒIL



2

FINALITÉ, CHAMP D'INTERVENTION ET PUBLIC VISÉ



Finalité

La finalité du présent cadre est de contribuer à l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants et à l'amélioration de la santé maternelle et infantile en renforçant les politiques et la programmation pour (voir l'*Introduction, Figure 1*):

- **le Volet 1:** Prévention primaire du VIH chez les femmes en âge de procréer (avec un accent particulier sur les femmes enceintes et celles qui allaitent)
- **le Volet 2:** Prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH (dans le cadre de la santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH, basée sur les droits).

Champ d'intervention

Le présent cadre met essentiellement l'accent sur l'action à entreprendre dans le secteur de la santé, avec des liens étroits avec l'action au sein de la communauté. Il articule essentiellement les stratégies et les interventions qui doivent être mises en œuvre à travers le continuum des soins pour les femmes enceintes et celles qui allaitent et d'autres services intégrés de santé sexuelle et reproductive et de VIH (la planification familiale, les infections sexuellement transmissibles (IST), la prévention et la prise en charge de la violence sexiste et la thérapie antirétrovirale (TAR), liées à des stratégies associées pour développer l'implication de la communauté (voir la *Section 9: Stratégies et actions clés*). Étant donné que les femmes et leurs partenaires vont et viennent entre leurs communautés et les services de santé, ils accumuleront des avantages se renforçant mutuellement à partir de l'action entreprise dans les deux sphères (voir l'*Introduction, Figure 2*).

Comme stipulé dans le Plan mondial, le Volet 1 consiste à «*Prévenir le VIH chez les femmes en âge de procréer, dans le cadre des services liés à la santé reproductive tels que les soins prénataux, postpartum et postnataux, ainsi que les autres lieux dans lesquels d'autres soins de santé ou liés au VIH sont dispensés, ce qui inclut de travailler avec les structures communautaires*». Ainsi donc, le présent cadre, en relation avec le Volet 1, met particulièrement, mais non exclusivement, l'accent sur les femmes enceintes et celles qui allaitent, en reconnaissant leur vulnérabilité particulière et les occasions d'impact lorsqu'elles transitent à travers les systèmes de santé (voir la *Section 5: Volet 1* et la *Section 7: Points d'entrée*). Vous trouverez, dans d'autres publications, des directives supplémentaires pour la prévention primaire chez toutes les femmes en âge de procréer, les jeunes (15 à 24 ans) et les populations clés (professionnel(le)s du sexe, femmes, consommateurs de drogues, etc.), notamment dans d'autres secteurs comme l'éducation, les services sociaux et le monde du travail (voir la *Section 3: Directives de programmation*).

De même, le cadre met principalement l'accent sur la prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH (voir la *Section 6: Volet 2* et la *Section 7: Points d'entrée*), même si l'intégration des services de SSR et de VIH permet également de renforcer les programmes de planification familiale et de défendre les droits de reproduction de toutes les femmes, indépendamment de leur statut sérologique (la *Section 3: Directives de programmation*).

Toutefois, le secteur de la santé ne peut, à lui seul, exécuter toutes les actions requises pour la prévention du VIH et des grossesses non désirées. Tout en reconnaissant que l'éducation, les circonstances socioculturelles et économiques affectent les droits humains, il n'entre pas dans le champ d'intervention du présent cadre de prendre totalement en charge tous ces déterminants socioéconomiques.

Public visé

Le cadre vise les partenaires nationaux, régionaux et mondiaux travaillant dans le domaine de la SSR et le VIH, qui sont chargés d'éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et d'améliorer la santé maternelle et infantile, notamment:

- les décideurs et les directeurs de programmes nationaux
- les partenaires de mise en œuvre (notamment ceux des secteurs public et privé et ceux des organisations de la société civile (OSC))
- les partenaires communautaires (notamment les organisations non gouvernementales (ONG), les organisations et les personnes vivant avec le VIH et les défenseurs de la lutte contre le sida, y compris les organisations de femmes et de populations clés).

Le cadre peut aussi être une ressource utile pour les donateurs ainsi que les prestataires de soins de santé pour qui un outil de travail associé sera élaboré.

3

DIRECTIVES DE PROGRAMMATION



Ce cadre devrait être utilisé conjointement avec la directive de programmation (voir le *Tableau 1*) pour :

- mettre en œuvre des services intégrés d'eTME (les quatre volets), de santé maternelle, de planification familiale et de prévention du VIH
- établir des liens entre la SSR et le VIH
- promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et des filles.

TABLEAU 1 : DOCUMENTS D'ORIENTATION CLÉS POUR L'INTENSIFICATION DES QUATRE VOLETS DE PTME/ETME INTÉGRÉES D'ICI A 2015⁸ (VOIR AUSSI L'ANNEXE 2 : BIBLIOGRAPHIE ANNOTÉE)

Élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants et amélioration de la santé maternelle et infantile (OMD 4, 5 et 6)

- «Compte à rebours jusqu'à zéro. Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie. Cellule mondiale de réflexion, 2011».
- A Global Action Framework for Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV. IATT, 2011.
- «Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant. Secrétaire général de l'ONU, 2010».
- «Interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé: prévention, traitement et soins. OMS, 2010».
- «Réduire les injustices : garantir un accès universel au planning familial comme élément essentiel de la santé sexuelle et reproductive. UNFPA, 2009».
- «Outil d'évaluation rapide des liens établis entre la santé sexuelle et de la reproduction et le VIH : Guide générique. IPPF, UNFPA, OMS, ONUSIDA, GNP+, ICW et Young Positives, 2009».
- «Guide pour la mise à l'échelle au plan mondial de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH: Vers un accès universel pour les femmes, les nourrissons et les jeunes enfants et pour l'élimination du VIH et du SIDA. IATT, 2007».
- Directives pratiques pour l'intensification de la prévention du VIH: En vue de l'accès universel. ONUSIDA, 2007.

VOLET 1 Prévention primaire du VIH chez les femmes en âge de procréer	VOLET 2 Prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH	VOLET 3 Prévention de la transmission du VIH d'une femme vivant avec le VIH à son enfant	VOLET 4 Offre de traitement, de soins et soutien appropriés aux femmes, aux enfants vivant avec le VIH et à leurs familles
<ul style="list-style-type: none"> ■ Programmatic Update. Antiretroviral Treatment as Prevention (TasP) of HIV and TB: 2012 update. WHO, 2012. ■ Guidance on couples HIV testing and counselling, including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples. Recommendations for a public health approach. WHO, 2012. ■ Prévention du VIH et des grossesses non désirées: cadre stratégique 2011–2015. In Support of the Global Plan towards the Elimination of New HIV Infections among Children by 2015 and Keeping their Mothers Alive. Inter-agency Task Team for Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers, and their Children (IATT), 2011. ■ Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les personnes transgenres. Recommandations pour une approche de santé publique 2011. OMS, 2011. ■ Rendre les résultats d'un test VIH, communiquer les messages pour refaire le test et fournir un conseil à l'adulte. OMS, 2010. ■ UNAIDS Guidance Note on HIV and Sex Work. UNAIDS, 2009. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Preventing Unintended Pregnancies and HIV. FHI 360, PEPFAR, USAID, UNFPA, UNAIDS, GNP+, ICW, Measure Evaluation, IPPF, 2012. ■ Prévention du VIH et des grossesses non désirées: cadre stratégique 2011–2015. En appui au plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie. IATT, 2011. ■ Santé Positive, Dignité et Prévention: un cadre d'action. ONUSIDA, GNP+, 2011. ■ Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les personnes transgenres. Recommandations pour une approche de santé publique 2011. OMS, 2011. ■ IMAI one-day orientation on adolescents living with HIV. Participants manual and facilitator guide. WHO, 2010. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mise à jour programmatique: utilisation des antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez le nourrisson : résumé analytique. OMS, 2012. ■ Use of efavirenz during pregnancy: A public health perspective. Technical update on treatment optimization. WHO, 2012. ■ Médicaments antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez l'enfant: Vers un accès universel. Recommandations pour une approche de santé publique (version 2010). OMS, 2010. ■ Guidelines on HIV and infant feeding. Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence. WHO, 2010. ■ Essential Prevention and Care Interventions for Adults and Adolescents Living with HIV in Resource-Limited Settings. WHO, 2008. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mise à jour programmatique: utilisation des antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez le nourrisson : résumé analytique. OMS, 2012. ■ Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent: recommandations pour une approche de santé publique. Mise à jour 2010. OMS, 2010. ■ Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez le nourrisson et l'enfant: Recommandations pour une approche de santé publique. Mise à jour 2010. OMS, 2010. ■ Plus tous les documents que l'on trouvera dans le cadre du Volet 2.

TABLEAU 1 : (SUITE)

VOLET 1	VOLET 2	VOLET 3	VOLET 4
<ul style="list-style-type: none"> ■ Guidance on testing and counselling for HIV in settings attended by people who inject drugs: improving access to treatment, care and prevention. UNODC Regional Centre for Asia and the Pacific, WHO WPRO and SEARO, 2009. ■ Operational guidance for scaling up male circumcision services for HIV prevention. WHO, UNAIDS, 2009. ■ Déclaration de position: Les préservatifs et la prévention du VIH. UNFPA, ONUSIDA, OMS, 2004. Actualisé en 2009. ■ Notes d'information: actions VIH en faveur globales des jeunes. IATT, 2008. ■ Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé. ONUSIDA, OMS, 2007. ■ Directives pratiques pour l'intensification de la prévention du VIH: En vue de l'accès universel. ONUSIDA, 2007. ■ Preventing HIV/AIDS in Young People: A systematic review of the evidence from developing countries. IATT on Young People, 2006. ■ HIV/AIDS and injecting drug users: WHO Evidence for Action series. Technical guidance. ■ HIV/AIDS prevention and care for female injecting drug users. UNODC, 2006. ■ Intensifying HIV Prevention: UNAIDS Policy Position Paper. UNAIDS, 2005. ■ Condom Programming for HIV Prevention: A Manual for Service Providers. UNFPA, 2004. ■ Condom Programming for HIV Prevention: An Operations Manual for Programme Managers. UNFPA, 2004. ■ Rapid Condom Needs Assessment Tool for Condom Programming. UNFPA, Population Council, 2003. ■ L'OMS est actuellement en train d'élaborer une orientation pour le secteur de santé concernant la prévention, le traitement et les soins des professionnel(le)s du sexe ainsi qu'une orientation sur le conseil et dépistage du VIH chez les couples et la TAR pour la prévention. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent: recommandations pour une approche de santé publique. Mise à jour 2010. OMS, 2010. ■ Faire progresser les droits humains et de santé sexuelle et reproductive des consommateurs de drogues injectables vivant avec le VIH. GNP+, INPUD, 2010. ■ Faire progresser les droits humains et de santé sexuelle et reproductive des professionnel(le)s du sexe vivant avec le VIH. GNP+, NSWP, 2010. ■ Faire progresser les droits humains et de santé sexuelle et reproductive des migrants vivant avec le VIH. GNP+, 2010. ■ Faire progresser les droits humains et de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH GNP+, ICW, Young Positives, EngenderHealth, IPPF, ONUSIDA, 2009. ■ Reproductive choices for women with HIV. Wilcher R, Cates W. Bulletin of the World Health Organization, 2009. ■ Guidance on testing and counselling for HIV in settings attended by people who inject drugs: improving access to treatment, care and prevention. UNODC Regional Centre for Asia and the Pacific, WHO WPRO and SEARO, 2009. ■ Les préservatifs et la prévention du VIH. UNFPA, ONUSIDA, OMS, 2004. Actualisé en 2009. ■ Essential Prevention and Care Interventions for Adults and Adolescents Living with HIV in Resource-Limited Settings. WHO, 2008. ■ Notes d'information: actions VIH en faveur globales des jeunes. IATT, 2008. ■ Choix en matière de procréation et planification familiale pour les personnes vivant avec le VIH: outil de conseil. OMS, 2007. ■ Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS: guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings. WHO, 2006. ■ Preventing HIV/AIDS in Young People: A systematic review of the evidence from developing countries. IATT on Young People, 2006. ■ Intensifying HIV Prevention: UNAIDS Policy Position Paper. UNAIDS, 2005. ■ Condom Programming for HIV Prevention: A Manual for Service Providers. UNFPA, 2004. ■ Condom Programming for HIV Prevention: An Operations Manual for Programme Managers. UNFPA, 2004. ■ Rapid Condom Needs Assessment Tool for Condom Programming. UNFPA, Population Council, 2003. ■ L'OMS est actuellement en train d'élaborer une orientation pour le secteur de santé concernant la prévention, le traitement et les soins des professionnel(le)s du sexe ainsi qu'une orientation sur le conseil et dépistage du VIH chez les couples et la TAR pour la prévention. 		

TABLEAU 1 : (SUITE)

CES INTERVENTIONS SONT ESSENTIELLES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE CHACUN DES QUATRE VOILETS DE PTME

OMD 3: PROMOUVOIR L'ÉGALITÉ ENTRE LES SEXES ET L'AUTONOMISATION DES FEMMES

Mettre fin à la violence sexiste

- «Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes. Intervenir et produire des données. OMS, LSHTM, 2010».
- «Addressing Gender-based Violence: UNFPA Strategy and Framework for Action. UNFPA, 2009».
- «Partnering with Men to End Gender-Based Violence. Practices that Work from Eastern Europe and Central Asia. UNFPA, 2009».
- «Programming to Address Violence against Women: Ten Case Studies. UNFPA, 2007; 8 Case Studies Volume 2. UNFPA, 2009».
- «Ending Violence against Women, Programming for Prevention, Protection and Care. UNFPA, 2007».

Soutenir les droits reproductifs des femmes et les autonomiser

- «Agenda for Accelerated Country Action for Women, Girls, Gender Equality and HIV. Operational plan for the UNAIDS action framework: addressing women, girls, gender equality and HIV. UNAIDS, 2010».
- UNAIDS Action Framework: Addressing women, Girls, Gender Equality and HIV. UNAIDS, 2009.

Accroître l'accès aux informations et aux services de la santé sexuelle et reproductive

- «Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion Care, Maternal, Newborn and Child Health. WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank, 2010».
- «Strategic considerations for strengthening the linkages between family planning and HIV/AIDS policies, programmes, and services. WHO, USAID, Family Health International, 2009».
- «Santé sexuelle et de la reproduction et VIH - Liens: examen des preuves et recommandations. IPPF, UCSF, ONUSIDA, UNFPA, OMS, 2009».
- «Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. OMS, 2009».
- L'élimination mondiale de la syphilis congénitale: raison d'être et stratégie. OMS, 2007.
- «La lutte contre le cancer du col de l'utérus: guide des pratiques essentielles, OMS, 2006».
- L'OMS est actuellement en train de mettre à jour des directives sur les infections sexuellement transmissibles et les infections de l'appareil reproducteur.

Faire participer les partenaires masculins

- «Implication des hommes et des garçons dans l'égalité de genre et de santé: une boîte à outils pour l'action. UNFPA, 2010».
- Policy approaches to engaging men and boys in achieving gender equality and health equity. WHO, 2010.
- «Men's Reproductive Health Curriculum. EngenderHealth, 2008».
- «Involving Men in Promoting Gender Equality and Women's Reproductive Health. UNFPA, 2007».
- Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: Evidence from programme interventions. WHO, 2007.

4

PRINCIPES DIRECTEURS



Les principes pertinents pour ce cadre sont, notamment, ceux qui sont en rapport direct avec l'eTME et la santé maternelle⁹ ainsi que les principes directeurs de l'Encadré 2 pour l'établissement de liens entre SSR et VIH, dont la PTME/l'eTME constitue un pilier essentiel (voir la Section 9 Stratégies et actions clés, Stratégie1).

Pour d'autres informations de référence sur les Principes directeurs, se référer à l'Annexe 3.

ENCADRÉ 2 : PRINCIPES DIRECTEURS POUR L'ÉTABLISSEMENT DE LIENS ENTRE SSR ET VIH

Adapté de *Outil d'évaluation rapide des liens établis entre la santé sexuelle et de la reproduction et le VIH : Guide générique*. IPPF, UNFPA, OMS, ONUSIDA, GNP+, ICW et Young Positives, 2009.¹⁰

- 1. Prendre en compte les déterminants structurels:** les causes profondes du VIH et de la mauvaise santé sexuelle et reproductive doivent être prises en charge. Il s'agit, notamment, de mener une action pour la réduction de la pauvreté, de veiller à l'équité de l'accès aux services de santé clés et d'améliorer l'accès aux informations et aux opportunités d'éducation.
- 2. Mettre l'accent sur les droits humains et le genre:** les droits de santé sexuelle et reproductive et les droits humains de toutes les personnes, y compris les femmes et les hommes vivant avec le VIH, ont besoin d'être mis en lumière ainsi que les droits des populations clés plus exposées aux risques d'infection comme les consommateurs de drogues, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les professionnel(le)s du sexe. Les politiques sensibles au genre pour établir l'égalité des sexes et éliminer la violence sexiste sont des conditions supplémentaires.
- 3. Promouvoir une réponse coordonnée et cohérente:** promouvoir l'attention aux priorités de la SSR au sein d'une riposte au VIH coordonnée et cohérente qui s'appuie sur les principes d'un cadre d'action national pour le VIH, d'un organisme de coordination du VIH à représentation large et multisectorielle et d'un système de suivi et d'évaluation à l'échelon pays (les Trois Principes).
- 4. Faire participer de manière significative les personnes vivant avec le VIH (principe GIPA):** les femmes et les hommes vivant avec le VIH doivent participer pleinement à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques et des programmes et à la recherche qui affectent leurs vies.
- 5. Susciter la participation des communautés:** les jeunes, les populations clés plus exposées aux risques d'infection et la communauté de manière générale sont des partenaires essentiels pour apporter une réponse adéquate aux défis décrits et pour répondre aux besoins des personnes et des communautés affectées.
- 6. Réduire la stigmatisation et la discrimination:** des mesures juridiques et politiques plus vigoureuses sont urgemment requises pour protéger les personnes vivant avec le VIH et les populations vulnérables contre la discrimination.
- 7. Reconnaître le caractère central de la sexualité:** la sexualité est un élément essentiel de la vie humaine et du bien-être d'un individu, d'une famille et d'une communauté.

5

VOLET 1 : PRÉVENTION PRIMAIRE DU VIH: JUSTIFICATION ET ENSEMBLE DES SERVICES ESSENTIELS



Justification

La prévention primaire et le traitement du VIH (Volet 1) sont tous deux essentiels pour l'amélioration de la vie des femmes et des enfants et l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant :

- Rester séronégative, en particulier tout au long de la grossesse et de l'allaitement, permet d'éviter que les bébés et les enfants deviennent séropositifs en éliminant la possibilité de la transmission du VIH à partir de la mère.
- La modélisation a démontré que l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ne sera pas possible sans la prise en charge de la prévention primaire chez les femmes en âge de procréer (voir l'*Introduction, Contribution du Volet 1 à l'eTME*).
- La prévention primaire du VIH permet d'améliorer la survie et le bien-être. Le VIH est la première cause de décès chez les femmes en âge de procréer et contribue grandement à la mortalité maternelle.¹³
- La morbidité et la mortalité liées au VIH chez une mère vivant avec le VIH ont un impact important sur la survie de son enfant.¹⁴
- L'infection à VIH maternelle aiguë pendant la grossesse et l'allaitement¹⁵ est associée à des taux très élevés de TME.¹⁶

Outre l'appui aux efforts généraux de prévention du VIH, dans le contexte de l'eTME et de la santé maternelle, les femmes enceintes et celles qui allaitent et leurs partenaires justifient que l'on y prête une attention particulière et sont un axe clé du présent cadre (voir la *Section 2: Champ d'intervention* et la *Figure 5*):

- Pour la plupart des femmes, la grossesse représente un point d'entrée clé dans le système de santé et offre une occasion unique de prendre en charge leurs besoins de santé, notamment la prévention primaire du VIH (voir la *Section 7: Points d'entrée*).
- Les femmes séronégatives peuvent présenter un risque accru d'infection pendant la grossesse et l'allaitement¹⁷ en raison de risques physiologiques¹⁸ et de risques comportementaux.^{19 vi}
- La séroconversion pendant la grossesse a été documentée, soulignant le besoin d'efforts de prévention primaire renforcés pendant cette période et le besoin d'un nouveau dépistage du VIH.²⁰
- Les deux parents peuvent être particulièrement motivés pour protéger le bien-être de leur bébé ainsi que leur propre santé, ce qui accroît la probabilité qu'ils adoptent des pratiques plus sûres et de nouvelles technologies de prévention, comme le traitement comme prévention (voir l'*Encadré 4*) ou la prophylaxie post-exposition (PPE) ou éventuellement, la prophylaxie pré-exposition (PrPE).

vi. La planification familiale peut contribuer à la prévention du VIH, non seulement par l'utilisation du préservatif, mais également par la réduction de la durée totale du temps de grossesse d'une femme, ce qui peut réduire le risque de contraction et de transmission du VIH. Toutefois, certaines méthodes contraceptives hormonales peuvent accroître la contraction et la transmission du VIH (voir l'*Encadré 8*, page 30).

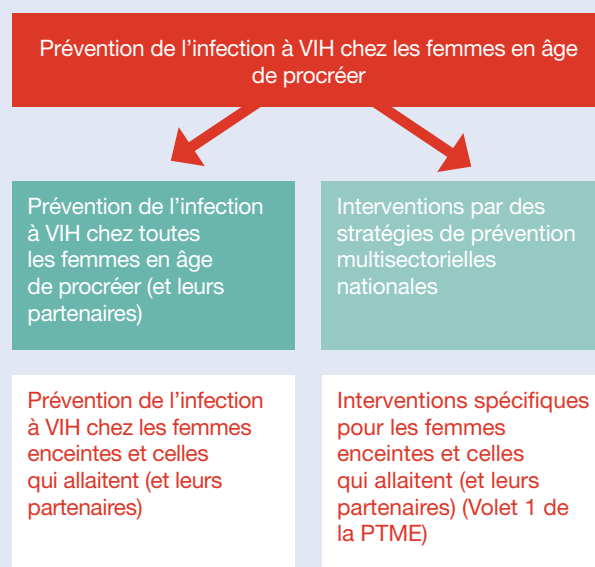
« Au niveau mondial, le VIH/sida est la première cause de mortalité chez les femmes en âge de procréer... Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et dans ce groupe d'âge, les principaux facteurs de risque de décès et d'invalidité sont l'absence de contraception et les rapports sexuels non protégés. Ces conditions ont pour résultat des grossesses non désirées, des avortements à risque, des complications de la grossesse et de l'accouchement et des maladies sexuellement transmissibles, dont l'infection à VIH. »

Women and health: today's evidence tomorrow's agenda. WHO, 2009.¹¹

Des mères en bonne santé élèvent des enfants en bonne santé. Des enfants en bonne santé grandissent plus forts et mieux éduqués et aident à bâtir des sociétés plus prospères. Et un système de santé qui prend en charge les mères et les enfants prendra aussi en charge l'ensemble de la communauté. »

Ban Ki-moon, Secrétaire général des Nations Unies.¹²

FIGURE 5: CHAMP D'INTERVENTION DU VOLET 1 DE LA PTME (VOIR ÉGALEMENT L'INTRODUCTION, LA FIGURE 2 ET LA SECTION 2: CHAMP D'INTERVENTION)



Conseil et dépistage du VIH: voie d'accès à la prévention et le traitement

La prévention du VIH dans le contexte de la santé maternelle nécessite d'offrir un éventail de services associés pour les femmes et leurs partenaires, notamment les quatre visites de consultation prénatale (voir le *Tableau 2: Ensemble des services essentiels*). Plusieurs de ces services, en particulier, ont besoin d'être renforcés afin d'optimiser leur impact potentiel – le conseil et dépistage du VIH pour les couples; un nouveau test et le conseil post-test (*Encadré 3* et *Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 3*). Le conseil et dépistage du VIH est une voie d'accès aux services de prévention et de traitement pour les femmes et leurs partenaires.

ENCADRÉ 3 : CONSEIL ET DEPISTAGE DU VIH : VOIE D'ACCÈS AUX SERVICES

La grossesse offre une occasion majeure de fournir aux femmes des services liés au VIH, notamment le conseil et dépistage du VIH – voie d'accès aux services de prévention, de traitement, de soins et soutien du VIH.

Conseil et dépistage pour les couples²¹

- La recherche montre des taux de séro-discordance de plus de 50 % entre les femmes et leurs partenaires qui fréquentent les centres de consultation prénatale.^{21a}
- Le conseil et dépistage du VIH chez les couples est une intervention importante et réalisable qui peut être efficacement intégrée dans les services existants de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) et d'autres services de la SSR. Le fait de travailler avec des couples plutôt qu'avec le partenaire individuel uniquement est avéré être une intervention efficace pour réduire le risque de transmission du VIH chez les couples sérodiscordants.²² Les avantages du conseil et dépistage des couples prodigué de manière conviviale et avec tact sont, notamment, l'annonce mutuelle, une acceptation et une adhésion accrues aux interventions d'ARV pour la PTME²³, une meilleure acceptation et poursuite des méthodes de planification familiale, une opportunité d'offrir des soins et un traitement centrés sur la famille ainsi que les avantages préventifs accrus du dépistage²⁴ (voir la *Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 3*).

Renouvellement du test VIH

- De nombreux pays ont besoin de réorienter les programmes pour intégrer le renouvellement du test du VIH pendant les consultations prénatales. Avec l'importante incidence du VIH signalée pendant la grossesse dans les épidémies généralisées, les femmes enceintes dont le test VIH est négatif pendant leur premier ou deuxième trimestre devraient refaire le test au cours du troisième trimestre.²⁵ Si une femme ne renouvelle pas son test pendant son troisième trimestre, il faudrait lui recommander de refaire le test au moment du travail ou, si ce n'est pas possible, immédiatement après l'accouchement.²⁶

Conseil post-test intensifié:

- Le conseil post-test est important pour les femmes dont le test au VIH est négatif afin qu'elles comprennent leurs facteurs de risque, en particulier leur risque accru de contraction du VIH pendant la grossesse, le post-partum et l'allaitement (voir la *Justification* ci-dessus).
- Le Conseil doit apporter des informations exactes et sans jugement.
- Les personnes vivant avec le VIH ont souligné l'importance du conseil entre pairs assuré par les personnes vivant avec le VIH.²⁷ Les pairs conseillers devraient être engagés dans des établissements de santé chaque fois que cela est possible et, au minimum, les prestataires doivent pouvoir mettre en relation les femmes avec des groupes de soutien de pairs dans la communauté (voir la *Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 2*).
- Les agents des soins de santé et les personnes vivant avec le VIH qui assurent le conseil entre pairs (voir la *Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégies 2 et 4*) doivent être formés en fonction des domaines dans lesquels ils offrent des informations, un conseil et des services aux femmes enceintes.²⁸

Soutenir les droits

- L'expérience du dépistage et du diagnostic séropositif lorsqu'une femme est enceinte peut avoir des conséquences traumatisantes pour une femme, affecter sa capacité à rechercher des services et un soutien pour elle-même et son enfant et avoir des conséquences négatives, notamment la discrimination et la violence liée au VIH.²⁹ On devrait proposer aux femmes un test de VIH, mais également un soutien pour déterminer si elles veulent faire le test, et quand, ainsi que pour affirmer leur droit à un consentement éclairé, à la confidentialité et à l'absence de contrainte et leur droit à pouvoir bénéficier des services de soutien appropriés.

Le traitement antirétroviral contribue à la prévention

Des données probantes démontrent que la réduction de la charge virale grâce aux médicaments antirétroviraux contribue non seulement directement à la prévention de la transmission du VIH aux enfants (Volet 3), mais également à la prévention primaire du VIH (Volet 1) dans le cadre de relations hétérosexuelles sérodiscordantes (*Encadré 4*).

ENCADRÉ 4 : TRAITEMENT COMME PRÉVENTION³⁰

Les résultats annoncés par les Instituts nationaux de la santé des États-Unis démontrent que si une personne séropositive adhère à un protocole de traitement antirétroviral efficace, le risque de transmission du virus à son/sa partenaire sexuel(le) non infecté(e) peut être réduit de 96 %³¹ et cela peut également avoir des avantages en matière de santé pour la personne séropositive.³²

« L'étude HPTN 052 offre des données probantes convaincantes pour une nouvelle approche de la prévention du VIH qui établit un lien entre les efforts de prévention et les efforts de soins », a déclaré Quarraisha Abdool Karim, co-enquêteur principal de HPTN et directeur scientifique associé de CAPRISA. « Les stratégies pour étendre la connaissance du statut sérologique et augmenter la couverture du traitement sont des perspectives essentielles pour réaliser les avantages de cette constatation pour la santé publique. Ce sont également de très bonnes nouvelles pour les femmes sur qui pèse un fardeau disproportionné de l'infection à VIH contractée auprès de partenaires masculins infectés, mais qui ont très peu d'options pour réduire leur risque, surtout si leur partenaire refuse d'utiliser des préservatifs ».

« Cette avancée change totalement la donne et permettra à la révolution de la prévention de progresser. Cela fait du traitement du VIH une nouvelle option prioritaire de la prévention », a déclaré Michel Sidibé, Directeur exécutif du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). « Nous devons désormais nous assurer que les couples ont la possibilité de choisir le traitement pour la prévention et qu'ils y ont accès ».

La disponibilité du traitement comme prévention donnera du pouvoir aux personnes, leur permettant non seulement de se faire tester pour le VIH, mais également d'annoncer leur statut sérologique, de discuter des options de prévention du VIH avec leurs partenaires et d'accéder aux services essentiels de VIH. Cela contribuera également de manière significative à réduire la stigmatisation et la discrimination qui entourent le VIH.

L'ONUSIDA et l'OMS recommandent que les couples prennent des décisions éclairées par des données probantes par rapport à la meilleure combinaison d'options de prévention du VIH pour eux. L'ONUSIDA conseille vivement que le traitement comme prévention soit l'une des options mises à la disposition des couples. De nouvelles lignes directrices de l'OMS^{32a} recommandent d'offrir aux couples un service de dépistage du VIH et de counselling, où que ces services soient disponibles, y compris au sein d'établissements de santé prénatale. Pour les couples où un seul partenaire est séropositif, les lignes directrices recommandent d'offrir un traitement antirétroviral au partenaire séropositif, quel que soit son propre état immunitaire (taux de CD4), afin de réduire le risque de transmission du VIH au partenaire séronégatif.

D'autre part, l'OMS a déjà publié une mise à jour programmatique sur le TAR comme prévention du VIH et de la tuberculose.^{32b} En outre, le traitement comme prévention nécessite d'être perçu comme étant un élément clé de la prévention combinée du VIH et comme partie essentielle de la solution visant à l'éradication de l'épidémie de VIH. À court et moyen termes, alors que les pays concentrent leurs efforts sur l'application à plus large échelle du traitement selon les critères d'admissibilité recommandés par l'OMS, on s'attend à ce que, dans le même temps, ils identifient des moyens en vue d'optimiser le recours au TAR à des fins de prévention.

L'accent portera sur des populations spécifiques chez qui on s'attend à ce que ce travail prévention ait le plus d'impact (par exemple, les couples sérodiscordants, les femmes enceintes, les populations-clés). En 2012, l'OMS a publié des mises à jour et des conseils pour ces populations, et travaille avec les pays pour relever les défis programmatiques et opérationnels en vue d'appuyer l'élaboration de lignes directrices unifiées destinées à être publiées à la mi-2013.

Volet 1 : Ensemble des services essentiels

L'Ensemble des services essentiels (*Tableau 2*) pour la prévention primaire du VIH est prévu pour être utilisé par les directeurs de programmes et les prestataires de services. Cet ensemble s'appuie sur les éléments clés existants de la prévention primaire du VIH dans le contexte de la santé maternelle et infantile (voir l'*Annexe 4*). Néanmoins, cet ensemble va plus loin en assurant la justification de chaque service et des orientations associées pour réaliser chacune des actions clés et il reflète les questions et les recherches les plus récentes (exemple, le traitement comme prévention). Tous ces services peuvent être réalisés dans le cadre des services de santé maternelle et autres services de la SSR et au sein des services de VIH, et certains de ces services peuvent être assurés au sein de la communauté (exemple, les médias, les établissements scolaires, le lieu de travail, les groupes communautaires), (voir la *Section 7: Points d'entrée*). Il faut noter que l'ensemble des services devrait être modifié selon les principales caractéristiques de l'épidémie de VIH et les besoins de santé sexuelle et reproductive au niveau de chaque pays. Par exemple, dans les milieux où la consommation de drogues injectables est un mode courant de transmission du VIH, il faudra mettre davantage l'accent sur la réduction des risques (voir la *Section 3: Directives de programmation*).

ENCADRÉ 5 : LIENS ENTRE LA SSR ET LE VIH : PASSERELLES VERS L'INTÉGRATION – UNE ÉTUDE DE CAS DU SWAZILAND : VERS L'ÉLIMINATION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MÈRE À L'ENFANT³³

L'étude de cas présente la manière dont les défis à la mise en œuvre des ensembles de services essentiels des Volets 1 et 2 ont été relevés dans quatre sites³⁴. Elle démontre qu'il est possible de mettre en œuvre l'ensemble des services essentiels (*Tableau 2*) et les stratégies clés (*Section 9*) présentés dans ce cadre.

Liste de vérification pour la mise en œuvre des programmes nationaux

Les directeurs de programmes et les prestataires de santé peuvent faire beaucoup au sein des services maternels et autres services de la SSR, en liaison avec la communauté, pour aider les femmes et leurs partenaires à rester séronégatifs. Au niveau du système, pour appuyer cet ensemble de services, les gouvernements et les directeurs de programmes de services auront besoin d'entreprendre toute une série d'activités associées au sein des services de santé, notamment la planification conjointe du VIH et de la SSR, l'intégration des services, la formation des prestataires de santé, la sécurité des produits et l'engagement avec la communauté (voir la *Section 8 : Liste de vérification pour la mise en œuvre des programmes nationaux*). Les listes de vérification sont fournies pour jeter les bases de la mise en œuvre des ensembles de services (*Section 8*).

Stratégies clés

Afin de mettre en œuvre de manière efficace l'offre d'ensembles de services essentiels pour les Volets 1 et 2, cinq stratégies clés contribueront à lever les barrières empêchant l'accès des femmes aux services intégrés d'eTME (voir la *Section 9 : Stratégies et actions clés*), notamment :

- **Stratégie 1 :** Établir des liens entre la SSR et le VIH au niveau des politiques, des systèmes et de la prestation de services
- **Stratégie 2 :** Renforcer l'engagement des communautés
- **Stratégie 3 :** Promouvoir la participation accrue des hommes
- **Stratégie 4 :** Amener les organisations des personnes vivant avec le VIH à s'impliquer
- **Stratégie 5 :** Assurer une prestation de services non discriminatoires dans des cadres non stigmatisants.

TABLEAU 2 : ENSEMBLE DES SERVICES ESSENTIELS DU VOLET 1

DESCRIPTION DU SERVICE	COMMENT IL CONTRIBUE A LA PRÉVENTION PRIMAIRE	ACTIONS CLÉS*
Information et conseil pour réduire le risque de transmission sexuelle du VIH	<ul style="list-style-type: none"> ■ Améliore la motivation et la capacité de pratiquer des relations sexuelles à moindre risque et d'accéder aux services grâce à une sensibilisation accrue sur : <ul style="list-style-type: none"> > le risque potentiellement plus élevé de contracter le VIH pendant la grossesse et l'allaitement > la possibilité de transmettre le VIH aux bébés pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement > comment pratiquer le sexe à moindre risque > les avantages qu'il y a à connaître son propre statut sérologique, notamment l'accès au traitement pour réduire la charge virale > les services de santé de SSR et de VIH 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournir des informations et un conseil sur : <ul style="list-style-type: none"> > le risque de séroconversion du VIH pendant la grossesse et l'allaitement au sein 31, 35, 36 > la transmission du VIH aux nourrissons et comment réduire cette transmission 31, 35, 36 > le sexe à moindre risque et l'utilisation du préservatif, notamment les aptitudes de négociation du préservatif avec les partenaires 12, 13, 31, 35, 36, 45, 51, 72 (voir également les Préservatifs ci-dessous) > les avantages et la disponibilité des services de SSR et de VIH, notamment l'eTME et le conseil et dépistage du VIH 31, 68, 69, 71, 73 > l'alimentation optimale des nourrissons dans le contexte du VIH 32 > la responsabilité des partenaires masculins dans la pratique des relations sexuelles à moindre risque 20, 21 > les avantages qu'il y a à connaître son statut sérologique et à avoir accès aux ARV étant donné que la TAR peut réduire la charge virale, contribuant ainsi à la prévention primaire du VIH 53 > les questions des droits humains, notamment en rapport avec les droits de reproduction, la violence sexiste, le droit au consentement éclairé, la confidentialité, l'annonce et l'absence de contrainte ou d'obligation (exemple, pour le dépistage du VIH, les décisions concernant la fertilité, etc.) 4, 5, 7, 17, 19, 24, 29, 31, 60, 61

* Tous les chiffres en bleu renvoient aux *Références pour les Ensembles de services essentiels et les Stratégies et actions clés*.

TABLEAU 2 : ENSEMBLE DES SERVICES ESSENTIELS DU VOLET 1

DESCRIPTION DU SERVICE	COMMENT IL CONTRIBUE A LA PRÉVENTION PRIMAIRE	ACTIONS CLÉS*
<p>Conseil et dépistage du VIH (en particulier pour les femmes enceintes, pendant le postpartum et l'allaitement et pour leurs partenaires masculins) et référence pour le traitement ou traitement sur le site</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le conseil et dépistage du VIH pour les individus et les couples avec conseil post-test renforcé pour les femmes séronégatives et le renouvellement du test aideront les clients à pratiquer des relations sexuelles à moindre risque. ■ Apprendre son statut sérologique est un point d'entrée important permettant de mettre en liaison les personnes vivant avec le VIH avec un traitement et des soins appropriés de VIH, ce qui contribue en soi à la prévention du VIH (voir le <i>Traitement comme prévention</i> ci-dessous et l'<i>Encadré 4: Traitement comme prévention</i>). ■ Les consultations prénatales sont un moment opportun pour sensibiliser au risque potentiel accru de transmission/contraction du VIH pendant la grossesse et l'allaitement et la séroconversion qui s'ensuit. ■ Les services de planification familiale peuvent contribuer à la prévention du VIH, non seulement grâce à l'utilisation du préservatif, mais également par la réduction de la durée totale du temps de grossesse d'une femme, ce qui peut réduire le risque de contraction et de transmission du VIH. Toutefois, certaines méthodes hormonales peuvent accroître la contraction et la transmission du VIH (voir l'<i>Encadré 8</i>, page 30). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Offrir le conseil et dépistage du VIH proposé par le prestataire dans le cadre de la SMNI de routine, notamment la reprise du test pour les femmes enceintes séronégatives, en période de postpartum, et pratiquant l'allaitement au sein, couplée avec le conseil pour la réduction du risque et la fourniture de produits de prévention. 17, 28, 29 ■ Promouvoir le conseil de couple, le cas échéant, avec une annonce et un dépistage volontaires mutuels. 84 ■ Renforcer le conseil post-test pour les femmes séronégatives. Le conseil devrait inclure des informations sur: <ul style="list-style-type: none"> > les problèmes liés à la grossesse, notamment les signes de danger pendant le travail, l'activité sexuelle pendant la grossesse, les relations sexuelles à moindre risque et l'utilisation de préservatifs 47 > la prévention du VIH et des IST, notamment les informations sur le mode de transmission et le risque potentiel de séroconversion pendant la grossesse 30, 51, 55,57, 59 72, 76 > le dépistage du VIH et de la syphilis chez le partenaire (de préférence dans le site) et la référence pour un traitement si le test est positif pour le VIH et/ou la syphilis 20, 21, 25, 31, 53, 84 > l'annonce du statut sérologique en toute sécurité et de manière volontaire 17, 28, 29 > l'allaitement optimal des nourrissons, notamment l'allaitement maternel exclusif 32 > la prévention et la prise en charge de la violence sexuelle 19, 31, 48, 58, 60, 61 > la réduction des risques, la planification familiale (voir la note de bas de page dans la Justification ci-dessus), l'utilisation du contraceptif et la méthode de l'aménorrhée due à la lactation (MAMA) pendant la période d'allaitement au sein 33, 34, 36, 44, 47 > la responsabilité partagée de la prévention du VIH chez les partenaires, notamment les capacités de négociation pour appuyer le sexe à moindre risque 20, 21, 31, 53, 84 > l'importance du suivi pendant le postpartum, notamment la planification familiale (voir la note de bas de page dans la Justification ci-dessus), l'évaluation d'une dépression postpartum, les informations sur l'allaitement des bébés et la prévention continue du VIH 17, 31, 35, 47 > les avantages de la TAR pour la réduction de la charge virale permettant de contribuer à la prévention primaire du VIH. 53

TABEAU 2 : ENSEMBLE DES SERVICES ESSENTIELS DU VOLET 1

DESCRIPTION DU SERVICE	COMMENT IL CONTRIBUE A LA PRÉVENTION PRIMAIRE	ACTIONS CLÉS*
<p>Traitement comme prévention (voir l'Encadré 4: <i>Traitement comme prévention</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Offrir la TAR aux partenaires séropositifs contribue à la prévention primaire (exemple, les partenaires séropositifs des femmes enceintes séronégatives): <ul style="list-style-type: none"> > La TAR fait baisser la concentration de VIH (également connue sous le nom de charge virale) dans la circulation sanguine et les sécrétions génitales. Étant donné que la charge virale est le facteur de risque singulier le plus important pour tous les modes de transmission du VIH, l'utilisation de la TAR réduit le risque que le VIH soit transmis d'une personne à une autre > Les études basées sur l'observation laissent entendre que la TAR réduit la transmission sexuelle du VIH dans les épidémies généralisées, en particulier entre les couples sérodiscordants. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Généraliser le traitement en fonction des critères d'éligibilité recommandés par l'OMS, tout en identifiant parallèlement à cela les possibilités d'optimiser l'usage de traitement antirétroviral à des fins de prévention. 53 ■ Voir également l'Encadré 3: <i>Conseil et dépistage du VIH</i> et la Section 9: <i>Stratégies et actions clés, Stratégie 3.</i>
<p>Dépistage et prise en charge des IST</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le fait de traiter certaines IST, en particulier les infections ulcéreuses et inflammatoires, réduit le risque de transmission et de contraction du VIH.³⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Intensifier le dépistage prénatal et le traitement des IST: 25, 30, 31, 72, 76 <ul style="list-style-type: none"> > Faire un test de dépistage de la syphilis à la première consultation prénatale et aux autres visites de la SSR et offrir un traitement immédiat si le test est positif pour le client et son/sa/ses partenaire(s) sexuel(les) 25, 31, 47, 76 > Intensifier l'utilisation de la prise en charge des cas syndromiques des IST là où d'autres méthodes ne sont pas disponibles (exemple, ulcération génitale, pertes vaginales). 72, 76 ■ Offrir un conseil sur la prévention des IST (notamment des informations sur la reconnaissance des symptômes, le moment et le lieu où accéder aux services et des informations pertinentes sur la transmission). 25, 31, 47, 72, 76 ■ Voir les <i>Préservatifs</i> ci-dessous. ■ Renforcer le conseil sur le lien entre les IST (papillomavirus humain) et le cancer du col de l'utérus. 15, 72 ■ Offrir un dépistage du cancer du col de l'utérus et un traitement ou une référence. 15, 72 ■ Offrir un traitement pour les partenaires des femmes chez qui l'on a diagnostiqué une IST. 25, 30, 72, 76 ■ Offrir la prise en charge du virus de l'herpès simplex (VHS). 30, 47

TABLEAU 2 : ENSEMBLE DES SERVICES ESSENTIELS DU VOLET 1

DESCRIPTION DU SERVICE	COMMENT IL CONTRIBUE A LA PRÉVENTION PRIMAIRE	ACTIONS CLÉS*
<p>Préservatifs (masculins et féminins): promotion, fourniture et renforcement des capacités pour la négociation et l'utilisation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les préservatifs féminins et masculins sont actuellement les seuls mécanismes de barrière pour la protection contre la transmission ou la contraction du VIH par voie sexuelle.³⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promouvoir l'utilisation de préservatifs féminins et masculins pour les femmes et leurs partenaires, notamment pendant la grossesse, le postpartum et l'allaitement du bébé. 12, 31, 45, 51 ■ Fournir des préservatifs et des lubrifiants. 12, 13, 64 ■ Enseigner les aptitudes pour la négociation de l'utilisation des préservatifs avec les partenaires. 12, 13, 64 ■ Encourager la présence des partenaires dans les centres de santé. 21 ■ Assurer une planification familiale basée sur les droits, un conseil et des contraceptifs, y compris mais sans s'y limiter, les préservatifs (voir la note de bas de page v, page 19). 12, 13, 44, 47, 64, 66, 73
<p>Sécurité du sang et prévention de l'anémie pour la réduction de la transmission par le sang</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mettre en pratique les précautions universelles et prévenir les besoins de transmission de sang réduira le risque de la transmission du VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Adhérer aux précautions universelles. 31, 36 ■ Assurer une gestion appropriée du travail pour réduire le besoin de transfusion de sang liée à l'accouchement. 31, 36 ■ Appliquer les directives nationales pour la sécurité du sang. 31 ■ Appliquer des critères stricts de la transfusion de sang. 31 ■ Offrir des suppléments en fer et en acide folique et, le cas échéant, une thérapie préventive contre le paludisme, des moustiquaires imprégnées à l'insecticide et le déparasitage afin de réduire le besoin de transfusion de sang lié à l'accouchement. 31 ■ Traiter l'anémie et le paludisme. 31
<p>Prévention de la violence sexiste et atténuation de l'impact</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La violence sexiste est une violation des droits humains qui doit être éliminée. Elle peut également contribuer à la transmission du VIH de plusieurs manières significatives, directement ou en affectant l'accès aux services et la capacité de pratiquer des relations sexuelles à moindre risque.³⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Observer l'histoire et évaluer le risque de violence, notamment entre partenaires intimes et les façons de l'éviter. 19, 58, 60, 61 ■ Offrir le conseil et le soutien psychosocial ainsi que la contraception d'urgence et la prophylaxie post-exposition du VIH et des IST pour les femmes, les hommes et les adolescents victimes de violence sexuelle. 19, 58, 60, 61 ■ Référer les personnes qui ont été/sont victimes de violence vers des services appropriés, notamment des services de soutien juridique et psychologique. 19, 60, 61 ■ Fournir des informations sur les services et les organisations spécialisés en violence sexiste 19, 60, 61

6

VOLET 2 : PRÉVENTION DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES CHEZ LES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH : JUSTIFICATION ET ENSEMBLE DES SERVICES ESSENTIELS



Justification

La prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH (Volet 2) est essentielle pour l'amélioration de la vie des femmes et des enfants et l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant :

- Les avantages de la planification familiale sont multiples, notamment moins de décès des mères et des nouveau-nés et des mères et des enfants en meilleure santé, une épargne et une productivité familiales accrues, de meilleures perspectives pour l'éducation et l'emploi et, enfin, l'amélioration de la situation des femmes.⁴⁰
- Il y a un taux élevé de besoins de planification familiale non satisfaits, en particulier dans les régions à forte prévalence du VIH.⁴¹
- Le taux de grossesses non désirées au plan mondial est de 38 % et touche, dans certains milieux, un nombre estimé à 51–90 % des femmes vivant avec le VIH.⁴²
- Les grossesses non désirées contribuent à la morbidité et à la mortalité maternelles ; 27 % des décès maternels peuvent être évités en répondant aux besoins de planification familiale non satisfaits.⁴³
- La morbidité et la mortalité liées au VIH chez une mère vivant avec le VIH ont un impact très important sur la survie de son enfant.⁴⁴
- Un nombre réduit de grossesses non désirées implique un nombre moins élevé de bébés nés de mères vivant avec le VIH, résultant donc en un nombre de nourrissons séropositifs potentiellement plus réduit.
- La modélisation a démontré que l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ne sera pas possible sans la prise en charge des grossesses non désirées (voir l'*Introduction, Contribution du Volet 2 à l'eTME*), et que cela peut être rentable (voir la *Section 11 : Recherche opérationnelle*).^{44a}

Le choix de la reproduction est un droit humain fondamental et pourtant les femmes vivant avec le VIH signalent des violations des droits humains telles que l'avortement et la stérilisation forcés ou le déni du droit d'être sexuellement actives et d'avoir des enfants.⁴⁵ L'appui des efforts basés sur les droits pour la prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH fait partie d'efforts de plus grande envergure pour répondre à l'ensemble des besoins de santé sexuelle et reproductive des femmes vivant avec le VIH.⁴⁶ La planification familiale peut aider les femmes vivant avec le VIH et leurs partenaires à atteindre leur désir de fécondité, que ce désir soit celui du traitement de la stérilité, de l'assistance à ceux qui ne souhaitent pas avoir d'enfants ou le report à plus tard d'une grossesse. Aussi, les femmes vivant avec le VIH et leurs partenaires devraient-ils avoir accès à l'ensemble des services de la SSR. En outre, de nouvelles données probantes suggèrent que la grossesse chez les femmes vivant avec le VIH dans le contexte des couples sérodiscordants accroît le risque de transmission du VIH de la femme à l'homme, ce qui peut refléter des changements biologiques de la grossesse qui accroîtraient la probabilité de la transmission du VIH.⁴⁷

Les personnes vivant avec le VIH ont été au devant du plaidoyer pour ces besoins et la réponse à ces besoins, s'associant pour élaborer des directives sur la prise en compte des besoins de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH⁴⁸, l'intégration des services de SSR et du VIH (voir la *Section 9 : Stratégies et actions clés, Stratégie 1*) et l'élaboration du concept du cadre de Santé Positive, Dignité et Prévention⁴⁹, qui adopte une approche holistique à la prévention du VIH pour les personnes vivant avec le VIH en prenant en compte la santé et la dignité de la personne.

Les couples et les individus ont le droit de « *décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et le droit d'atteindre le plus haut niveau de santé sexuelle et reproductive... sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence* ».

Programme of Action of the International Conference on Population and Development, Paragraph 7.3.³⁸

« *Du point de vue de la santé publique, les décideurs et les prestataires de services doivent reconnaître que les personnes vivant avec le VIH tissent des relations, ont des relations sexuelles et font des enfants. S'assurer que nous pouvons jouir de ces aspects normaux d'une vie productive et satisfaisante est essentiel au maintien de notre propre santé et de la santé de nos partenaires et de nos familles* ».

Kevin Moody, Coordinateur international et CEO de Global Network of People living with HIV.³⁹

Ensemble d'interventions clés de la planification familiale

L'OMS, en collaboration avec l'UNFPA, l'UNICEF, la Banque mondiale et le Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile, a élaboré un ensemble d'interventions efficaces clés pour la planification familiale au niveau des communautés et/ou des établissements dans les pays en développement.⁵⁰ (voir le *Tableau 3*). Ces interventions ont été incorporées dans l'ensemble essentiel des services pour la prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH (voir le *Tableau 4*).

TABLEAU 3 : ENSEMBLE D'INTERVENTIONS EFFICACES CLÉS POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE⁵¹

INTERVENTION À DOMICILE/AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE	PRINCIPAUX BESOINS DE FOURNITURES ET DE PRODUITS
<p>Éducation à la santé pour les femmes, les hommes, les familles et les communautés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Accroître la sensibilisation aux avantages du sexe sans risque, de la planification familiale et de l'espacement des naissances en commençant à partir de la période avant la grossesse, pendant la grossesse et après l'accouchement ■ Permettre aux adolescents, aux femmes et aux hommes d'accéder aux différents services de santé sexuelle et reproductive dans le cadre des services intégrés et liés ■ Conseil et distribution de méthodes contraceptives, notamment la contraception d'urgence ■ Sensibilisation aux signes de violence domestique et sexuelle et référence. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Matériels de conseil, d'éducation à la santé et de promotion ■ Aide-mémoires ■ Méthodes contraceptives <ul style="list-style-type: none"> > Préservatifs pour la prévention des IST/VIH et de la grossesse > Contraception orale, notamment la contraception d'urgence > Produits injectables.
INTERVENTION DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DE PREMIER NIVEAU	PRINCIPAUX BESOINS DE FOURNITURES ET DE PRODUITS
<p>Tous les éléments ci-dessus plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Conseil et offre de la totalité des méthodes de planification familiale ■ Conseil et dépistage du VIH dans les épidémies généralisées ■ Double protection (préservatifs féminins et masculins) ■ Dépistage et reconnaissance et prise en charge possible des IST ■ Conseil et dépistage du VIH ■ Repérage et prise en charge des signes/symptômes de violence domestique et de violence sexuelle ■ Dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein ■ Identification des besoins initiaux d'un couple infertile et référence ■ Prise en charge ou référence des problèmes. 	<p>Tous les éléments ci-dessus plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Aide à la prise de décisions pour les clients ■ La totalité des méthodes contraceptives (notamment la vasectomie) ■ Les antibiotiques oraux et parentéraux ■ Les kits de tests de laboratoire pour les IST/VIH ■ L'équipement chirurgical pour l'insertion/le retrait d'implants ■ Le sphygmomanomètre.
INTERVENTIONS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE RÉFÉRENCE	PRINCIPAUX BESOINS DE FOURNITURES ET DE PRODUITS
<p>Tous les éléments ci-dessus plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Le traitement des affections médicales, des effets secondaires et/ou des complications ■ La prise en charge des méthodes de choix si elles ne sont pas fournies au premier niveau de soins (ligature des trompes/vasectomie/insertion et retrait d'implants, retrait difficile des dispositifs, etc.) ■ Prise en charge appropriée des couples infertiles, notamment les couples sérodiscordants. 	<p>Tous les éléments ci-dessus plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Une salle d'opération appropriée pour les méthodes chirurgicales ■ Équipement chirurgical.

Outre les informations et les services de planification familiale dont toutes les femmes ont besoin, les femmes vivant avec le VIH peuvent avoir besoin d'informations et de services renforcés ou supplémentaires, spécifiques au VIH et aux droits (voir l'Encadré 6).

ENCADRÉ 6 : BESOINS DE PLANIFICATION FAMILIALE SPÉCIFIQUES AUX FEMMES VIVANT AVEC LE VIH

Des informations, un conseil et des services renforcés ou supplémentaires sont nécessaires sur :

- **les droits, notamment les droits reproductifs** : le respect du choix de fécondité, de sexualité et de méthodes contraceptives qui ne forcent pas ou ne contraignent pas les femmes à l'avortement ou à la stérilisation⁵²
- **les interactions médicamenteuses** : entre certains ARV et les contraceptifs hormonaux⁵³
- **les contraceptifs** : voir l'Encadré 8 et les derniers critères de recevabilité médicale de l'OMS pour l'emploi des contraceptifs pour les femmes vivant avec le VIH⁵⁴
- **le traitement de l'infertilité** : les femmes vivant avec le VIH peuvent être plus susceptibles d'avoir des difficultés à tomber enceinte suite, soit à leur propre fertilité réduite, soit à la fertilité réduite de leur partenaires⁵⁵
- **les IST** : les personnes vivant avec le VIH peuvent être plus exposées aux risques, en particulier de :
 - > papillomavirus humain (HPV), qui est un facteur de risque pour les cancers du col de l'utérus et les cancers de l'anus⁵⁶
 - > syphilis, qui peut se manifester différemment et nécessiter un traitement plus agressif⁵⁷
 - > l'herpès génital (HSV-2 ou HSV-1), qui peut être plus sévère et prolongé ou atypique dans sa présentation, en particulier chez les personnes présentant un faible taux de CD4. La réactivation du HSV-2 asymptomatique et symptomatique est également plus fréquente.⁵⁸
- **la sérodiscordance** : réduire le risque de l'infection à VIH pour le partenaire sérodiscordant, si l'on a l'intention de tomber enceinte (voir la Section 5, Encadré 4 : *Traitement comme prévention*)
- **Risque potentiel pour la santé de la femme si elle tombe enceinte**, en particulier si son taux de numération de CD4 est faible⁵⁹ : plus prédisposée pendant la grossesse au paludisme et à l'anémie⁶⁰, le VIH accroît le risque d'un accouchement avant terme et d'un petit poids à la naissance⁶¹ et la femme est plus susceptible d'être affectée par les complications de la santé reproductive telles qu'une fausse couche, l'hémorragie postpartum, la fièvre puerpérale et les complications des césariennes et des avortements à risque.⁶²

Ensemble des services essentiels du Volet 2

L'Ensemble des services essentiels (Tableau 4) pour la prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH est prévu pour être utilisé par les directeurs de programmes et les prestataires de santé. Cet ensemble s'appuie sur des interventions de planification familiale qui existent déjà pour toutes les femmes (Tableau 3) et l'Ensemble des services essentiels pour les soins maternels de haute qualité (voir l'Annexe 4). Mais cela va plus loin en mettant l'accent sur les services de planification familiale pour les femmes vivant avec le VIH dans le contexte de l'eTME (Encadré 6). L'ensemble fournit la justification pour chaque service et les directives associées pour réaliser chacune des actions clés et il reflète les questions et la recherche les plus récentes. Tous ces services peuvent être assurés dans les services de santé maternelle et autres services de SSR et de VIH, et certains peuvent être assurés dans le cadre de la communauté (exemple, les médias, les établissements scolaires, le lieu de travail, les groupes communautaires, (voir la Section 7 : *Points d'entrée*). Il faut noter que l'ensemble des services devrait être modifié en fonction des caractéristiques clés de l'épidémie du VIH et des besoins de santé sexuelle et reproductive dans chaque pays (voir la Section 3 : *Directives de programmation*).

Liste de vérification pour la mise en œuvre des programmes nationaux

Les directeurs de programmes et les prestataires de santé peuvent faire beaucoup au sein des services maternels et autres services de SSR, en liaison avec la communauté pour aider les femmes et leurs partenaires à rester séronégatifs. Au niveau du système, pour appuyer cet ensemble de services, les gouvernements et les directeurs de programmes des services auront besoin d'entreprendre toute une série d'activités associées au sein des services de santé, notamment la planification conjointe du VIH et de la SSR, l'intégration des services, la formation des prestataires de santé, la sécurité des produits et l'engagement avec la communauté (voir la Section 8 : *Liste de vérification pour la mise en œuvre des programmes nationaux*). Les listes de vérification sont fournies pour jeter les bases de la mise en œuvre des ensembles de services (Section 8).

Stratégies clés

Afin de mettre en œuvre de manière efficace l'offre des ensembles de services essentiels des Volets 1 et 2, cinq stratégies clés contribueront à lever les barrières à l'accès des femmes aux services intégrés d'eTME (voir la Section 9 : *Stratégies et actions clés*), notamment :

- **Stratégie 1** : Établir des liens entre SSR et VIH au niveau des politiques, des systèmes et de la prestation des services
- **Stratégie 2** : Renforcer l'engagement des communautés
- **Stratégie 3** : Promouvoir la participation accrue des hommes
- **Stratégie 4** : Amener les organisations des personnes vivant avec le VIH à s'impliquer
- **Stratégie 5** : Assurer une prestation de services non discriminatoires dans des cadres non stigmatisants.

ENCADRÉ 7 : LIENS ENTRE LA SSR ET LE VIH : PASSERELLES VERS L'INTÉGRATION – UNE ÉTUDE DE CAS DU SWAZILAND : VERS L'ÉLIMINATION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MÈRE À L'ENFANT⁶³

L'étude de cas souligne comment les défis à la mise en œuvre des ensembles de services essentiels des Volets 1 et 2 ont été résolus dans quatre sites.⁶⁴ Elle démontre qu'il est possible de mettre en œuvre l'ensemble des services essentiels (Tableau 3) et la Section 9 : *Stratégies et actions clés* présentés dans ce cadre.

ENCADRÉ 8 : CONTRACEPTIFS HORMONAUX ET VIH^{vii}

Suite aux nouvelles conclusions issues des études épidémiologiques récemment publiées, l'OMS a convoqué une consultation technique en 2012 portant sur la contraception hormonale et l'infection, la progression et la transmission du VIH. Il a été reconnu qu'il est probable que cette préoccupation se fera ressentir plus particulièrement dans les pays où les femmes présentent un risque élevé de contracter le VIH de leur vivant, où les contraceptifs hormonaux (en particulier les contraceptifs injectables par progestatifs-seuls) représentent la grande majorité de toutes les méthodes modernes utilisées et où la mortalité maternelle reste élevée.

Au terme de délibérations longues et détaillées, étayées d'examen systématiques des éléments de preuve disponibles et de présentations sur des données biologiques et animales, des résumés de profil GRADE sur la solidité des preuves épidémiologiques et l'analyse des risques et des avantages des programmes-pays, le groupe en a conclu que l'OMS devrait continuer de recommander à ce qu'aucune restriction (Critères de recevabilité médicale [CRM]) pour l'utilisation de méthodes contraceptives Catégorie 1) ne soit imposée sur l'utilisation d'une quelconque méthode contraceptive hormonale pour les femmes vivant avec le VIH ou à risque élevé de VIH. Toutefois, le groupe a recommandé qu'une nouvelle clarification (dans le cadre de la Catégorie 1) soit ajoutée au CRM pour les femmes à haut risque de VIH qui utilisent une méthode de contraception injectable par progestatifs-seuls, et ce comme suit :

« Certaines études suggèrent que les femmes utilisant des contraceptifs injectables par progestatifs-seuls peuvent présenter un risque accru de contracter le VIH, alors que d'autres études ne montrent pas cette association. Un groupe d'experts de l'OMS a examiné tous les éléments de preuve disponibles et ont convenu que les données n'étaient pas suffisamment probantes pour changer les conseils actuellement donnés. Toutefois, en raison de la nature non concluante de l'ensemble des éléments de preuve sur un éventuel risque accru de contracter le VIH, il convient de recommander vivement aux femmes utilisant des contraceptifs injectables par progestatifs-seuls d'utiliser toujours des préservatifs, masculins ou féminins, et d'autres mesures de prévention du VIH. Il est essentiel de favoriser l'expansion des diverses méthodes contraceptives et de poursuivre les recherches sur le rapport qui existe entre la contraception hormonale et l'infection à VIH. Ces recommandations seront revues en permanence à la lumière des nouveaux éléments de preuve qui se feront jour. »

Globalement, il faut que les fournisseurs de soins de santé remettent aux femmes des informations correctes et complètes pour que celles-ci soient en mesure de faire des choix éclairés.

Recommandations pour les femmes à haut risque d'infection à VIH

- Les femmes à haut risque d'infection à VIH peuvent continuer à utiliser toutes les méthodes contraceptives hormonales existantes sans restriction.
- Il est extrêmement important que les femmes à risque d'infection à VIH aient accès à des préservatifs, masculins ou féminins, et les utilisent et, le cas échéant, qu'elles emploient d'autres mesures en vue de prévenir et de réduire leur risque d'infection à VIH et d'infections sexuellement transmissibles (IST).
- En raison de la nature non concluante de l'ensemble des preuves sur les contraceptifs injectables par progestatifs-seuls et du risque d'infection à VIH, il convient de recommander vivement aux femmes utilisant des contraceptifs injectables par progestatifs-seuls d'utiliser toujours des préservatifs, masculins ou féminins, et d'autres mesures préventives. Les préservatifs doivent être utilisés correctement et régulièrement pour prévenir l'infection.

Recommandations pour les femmes vivant avec l'infection à VIH

- Les femmes vivant avec le VIH peuvent continuer à utiliser toutes les méthodes contraceptives hormonales existantes sans restriction.
- L'utilisation correcte et systématique du préservatif, masculin ou féminin, est essentielle pour la prévention de la transmission du VIH à des partenaires non infectés.
- L'utilisation volontaire de moyens contraceptifs par les femmes séropositives qui souhaitent éviter une grossesse continue de relever d'une stratégie importante pour la réduction de la transmission mère-enfant du VIH.

Une recommandation claire a également été donnée sur la nécessité de poursuivre les recherches sur cette question (voir Section 11 Recherche opérationnelle).

Considérations programmatiques^{viii}

- En se basant sur les données actuelles, les programmes de planification familiale qui offrent des services aux femmes à risque d'infection à VIH ou vivant avec le VIH peuvent continuer à offrir toutes les méthodes de contraception hormonale. Cependant, comme aucune de ces méthodes ne protège contre le VIH, il convient toujours de recommander vivement l'utilisation de préservatifs ou d'autres mesures de prévention du VIH.
- Mettre en valeur et promouvoir l'importance des préservatifs masculins ou féminins dans la prévention des IST, et notamment du VIH. Utilisés régulièrement et correctement, les préservatifs sont très efficaces pour prévenir la transmission du VIH et d'autres IST. Ils peuvent être utilisés seuls ou conjointement à une autre méthode contraceptive efficace pour réduire le risque à la fois de grossesse et d'IST, et notamment

vii. Extraits de 'Hormonal contraception and HIV. Technical statement'. 16 février 2012. WHO, 2012. Disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_RHR_12.08_eng.pdf

viii. Extraits de 'Programmatic and research considerations for hormonal contraception for women at risk of HIV and women living with HIV.' WHO, 2012. Disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_RHR_12.09_eng.pdf

du VIH. Les préservatifs (masculins et féminins) doivent être mis à disposition, que ce soit à titre gratuit ou à faible coût, et offerts à tous ceux qui le souhaitent.

- La situation des pays et les environnements de programme varient considérablement en ce qui concerne la prévalence du VIH, la mortalité maternelle, la disponibilité d'autres méthodes de contraception, l'accès au dépistage du VIH, les soins et le traitement du VIH, et la capacité des femmes à utiliser des préservatifs de manière constante. Les programmes nationaux sont encouragés à introduire, adapter ou adopter systématiquement des lignes directrices de planification familiale fondées sur des bases factuelles en fonction des contextes locaux.
- Il est essentiel d'obtenir un engagement de la part des programmes à respecter les droits de reproduction et les droits de l'homme, l'intégration de la planification familiale et de la prévention du VIH, et l'offre de services de dépistage et de traitement, afin de répondre aux besoins de santé sexuelle et reproductive des femmes, des couples, des familles et des communautés.
- Assurer la disponibilité d'une plus grande variété de méthodes de contraception hautement efficaces, y compris les méthodes hormonales (contraceptifs oraux, injectables, patchs, anneaux et implants), les dispositifs intra-utérins (DIU, à la fois au cuivre et libérant du levonorgestrel), les méthodes de barrière (préservatifs féminins et masculins), et la stérilisation volontaire (pour les hommes et les femmes), à toutes les femmes

médicalement admissibles et aux couples faisant la demande de services de planification familiale, y compris aux femmes qui sont à risque d'infection à VIH et aux femmes vivant avec le VIH. Il faudrait offrir aux femmes vivant dans des pays à faible et moyen revenu plus de choix en matière de contraception hautement efficace que ceux actuellement disponibles.

- Élaborer ou mettre à jour des informations et des outils d'orientation à la fois efficaces et conviviaux, qui expliquent pleinement les risques et les avantages de toutes les méthodes contraceptives, y compris des informations concernant l'infection à VIH et l'éventail d'options de prévention du VIH. Les services de counselling contraceptif pour les femmes vivant en milieu à forte prévalence du VIH devraient être orientés par des outils qui incorporent spécifiquement la prévention du VIH et des autres IST dans la méthode de counselling ; il faudrait former les fournisseurs de planification familiale à ce type de stratégies intégrées et au suivi approprié afin d'assurer la continuité de l'utilisation de la méthode choisie.
- Fournir aux femmes et à leurs partenaires des informations faciles à comprendre et complètes sur les avantages des différentes options de contraception dont ils disposent ainsi que leurs éventuels risques associés, y compris des informations sur les éléments de preuves non concluants sur l'éventuel risque accru d'infection à VIH chez les femmes utilisant des contraceptifs injectables par progestatifs-seuls.

TABEAU 4 : ENSEMBLE DES SERVICES ESSENTIELS DU VOLET 2

DESCRIPTION DU SERVICE	COMMENT IL CONTRIBUE A LA PRÉVENTION DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES	ACTIONS CLÉS*
<p>Information et conseil pour appuyer les droits reproductifs, notamment la prévention des grossesses non désirées</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Améliore la motivation et la capacité à exercer ses droits reproductifs, notamment la planification familiale et à accéder aux services grâce à une sensibilisation accrue aux éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> > la santé reproductive en tant que droit > les options de fertilité > les avantages de la planification familiale > comment prévenir les grossesses non désirées > les services de santé de SSR et de VIH, notamment la planification familiale. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Assurer l'éducation sanitaire aux femmes, aux hommes, aux familles et aux communautés : <ul style="list-style-type: none"> pour accroître la sensibilisation aux avantages du sexe à moindre risque, de la planification familiale et de l'espacement des naissances, en partant de la période avant la grossesse, pendant la grossesse et après l'accouchement 12, 13, 31, 51, 52, 66, 71 pour permettre aux adolescents, aux femmes et aux hommes d'accéder aux différents services de santé reproductive dans le cadre des services intégrés et liés 6, 22, 31, 47, 52, 66, 67, 68, 69, 71, 73 le conseil et la distribution de méthodes contraceptives, dont la contraception d'urgence 44, 71 la sensibilisation aux signes de violence domestique et sexuelle et la référence 3, 19, 58, 60, 61 ■ Fournir des informations et un conseil aux femmes vivant avec le VIH sur : <ul style="list-style-type: none"> > les questions liées aux droits humains, en particulier celles concernant la santé reproductive, la violence sexiste, le consentement éclairé, la confidentialité, l'annonce et l'absence de contrainte ou d'obligation dans le contexte des soins du VIH, le processus de prise de décision de la fécondité, etc. 4, 5, 6, 7, 17, 29, 31, 39, 58, 60, 61, 66, 71 > le risque de transmission du VIH pendant la grossesse, pendant l'accouchement et pendant l'allaitement des bébés 31, 32, 35, 36, 52, 53, 66 > la grossesse à moindre risque (exemple, prendre en compte l'état de santé de la mère et les options de TAR pendant la grossesse), la santé maternelle pendant la grossesse (complications possibles en matière de santé reproductive) et l'alimentation des bébés 11, 31, 32, 35 > la sécurité et l'admissibilité à l'utilisation d'un large choix de contraceptifs et de méthodes de planification familiale dans le contexte du VIH 44, 52, 71, 92, 93, 94 > le lien entre les IST (HPV) et le cancer du col de l'utérus 15, 71 ■ Accroître le conseil de SSR pour les adolescents vivant avec le VIH 4, 5, 6, 7, 39, 52, 54, 71, 88 ■ Promouvoir le dépistage et le traitement des IST (en particulier l'herpès génital et la syphilis). 25, 30, 31, 72, 76
<p>Prise en charge clinique du VIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Optimiser l'état de santé par rapport au VIH peut générer une amélioration des résultats de santé maternelle et, donc, infantile ■ Un mauvais état de santé peut avoir un impact négatif sur la fertilité ■ Certains médicaments ARV peuvent être tératogènes tandis que d'autres peuvent interférer avec certains contraceptifs hormonaux, affectant leur efficacité ■ Les services de traitement du VIH peuvent être de bons points d'entrée pour le conseil sur les droits reproductifs et la prestation de services de planification familiale ■ Le traitement comme prévention peut réduire le risque de transmission du VIH chez les couples sérodiscordants. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mettre en œuvre les directives existantes sur la TAR, les infections opportunistes et les co-morbidités. 9, 22, 44, 92, 93, 94

* Tous les chiffres en bleu renvoient aux *Références pour les Ensembles de services essentiels et les Stratégies et actions clés*.

TABLEAU 4 : ENSEMBLE DES SERVICES ESSENTIELS DU VOLET 2

DESCRIPTION DU SERVICE	COMMENT IL CONTRIBUE A LA PRÉVENTION DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES	ACTIONS CLÉS*
<p>Conseil et services de planification familiale basés sur les droits</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'offre de conseil et de services de planification familiale dans un cadre de droits humains aide à la prise de décisions des femmes vivant avec le VIH concernant : <ul style="list-style-type: none"> > la fertilité et la stérilité > les choix de méthode(s) contraceptive(s) > le timing et l'espacement des naissances comme souhaité. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Offrir un conseil sur les droits reproductifs, notamment la discussion du droit à ne pas subir de contrainte et les droits à la confidentialité, au respect de la vie privée et au consentement éclairé 20, 22, 28, 31, 39, 52, 67, 71, 92, 93, 94 ■ Faire une évaluation de la fertilité 47, 66, 71, 92, 93, 94 ■ Conseil et offre de la totalité des méthodes de planification familiale: 12, 22, 44, 47, 52, 53, 66, 71, 92, 93, 94 <ul style="list-style-type: none"> > Offrir le conseil sur l'espacement des naissances en relation avec la santé maternelle et périnatale 47, 66 > Assurer le conseil aux couples sérodiscordants sur la prévention du VIH, notamment comment atténuer le risque de la transmission/contraction du VIH et d'autres IST, particulièrement au moment où ils tentent de concevoir, et sur la TAR en tant que prévention et la TAR pour la prévention 9, 17, 44, 47, 52, 53, 66, 71, 72, 76, 92, 93, 94 ■ Offrir ou référer vers une gamme complète de services de SSR en fonction des besoins 5, 22, 28, 31, 47, 52, 66, 71, 92, 93, 94 (voir également le <i>Dépistage et prise en charge des IST</i>). Selon les cas suivants : <ul style="list-style-type: none"> > Intention de tomber enceinte: <ul style="list-style-type: none"> • Conseil sur la réduction de la transmission verticale, la conception chez les couples concordants et sérodiscordants 28, 52, 66, 71, 92, 93, 94 • Recommandations pour une grossesse sans risque et les consultations prénatales de routine 71, 92, 93, 94 • Utilisation des ARV pendant la grossesse et l'allaitement en vue de réduire la transmission verticale 11 > Intention de retarder ou de prévenir la grossesse: <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier si la femme utilise actuellement une méthode de contraception 44 • Si oui: quelle méthode? • Elle prend des ARV? Interactions possibles entre les ARV et les contraceptifs hormonaux 44 • Conseil sur les options de méthodes, l'utilisation et les effets secondaires, notamment le changement et l'interruption 44 • Fournir des produits contraceptifs 12, 44, 64, 67, 71, 92, 93, 94 • Double protection (préservatifs féminins et masculins) et lubrifiants 12, 13, 31, 51, 52, 64, 66, 71, 92, 93, 94 • Nécessité d'une prévention et d'une prise en charge concomitantes des IST 30, 31, 44, 71, 72, 76, 92, 93, 94 > Incapacité à concevoir: <ul style="list-style-type: none"> • Identification des besoins initiaux du couple infertile et référence 47, 52, 53, 66, 71, 92, 93, 94 • Prise en charge appropriée du couple infertile, notamment les couples sérodiscordants. 47, 52, 53, 66, 71, 92, 93, 94

TABEAU 4 : ENSEMBLE DES SERVICES ESSENTIELS DU VOLET 2

DESCRIPTION DU SERVICE	COMMENT IL CONTRIBUE A LA PRÉVENTION DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES	ACTIONS CLÉS*
<p>Dépistage et prise en charge des IST</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prévention et prise en charge des IST, en particulier les infections ulcéreuses et inflammatoires, celles qui sont importantes pour la protection de la santé, notamment la fertilité ■ Pour les personnes vivant avec le VIH, certaines IST comme l'herpès peuvent être plus graves avec des numérations de CD4 faibles ■ L'infection de la syphilis chez les personnes vivant avec le VIH peut accroître la charge virale du VIH et réduire la numération des cellules de CD4⁶⁵ ■ L'infection de la syphilis maternelle a également été associée à un risque accru de transmission mère-enfant.⁶⁶ En outre, la syphilis pendant la grossesse est la cause de 750 000 décès néonataux et intra-utérins, chaque année, dans les pays en développement. La prévention et la lutte contre la syphilis pendant la grossesse est donc une composante importante des efforts pour obtenir des résultats améliorés de SMI. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dépistage, reconnaissance et prise en charge possible des IST: 25, 30, 31, 47, 71, 72, 76, 93 <ul style="list-style-type: none"> > Faire un dépistage de la syphilis lors de la première visite et des autres visites de consultation prénatale et de SSR et offrir un traitement immédiat si le dépistage est positif pour la cliente et le(s) partenaire(s) sexuel(s) 25, 31, 71, 72, 76 > Intensifier l'utilisation de la prise en charge syndromique des cas d'IST là où d'autres méthodes ne sont pas disponibles (exemple, les ulcérations génitales, les pertes vaginales) 72, 76 > Assurer le conseil sur la prévention des IST (notamment les informations sur la reconnaissance des symptômes, le moment et le lieu où accéder aux services et les informations appropriées sur la transmission) 22, 25, 31, 47, 52, 66, 72, 76 > Le dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein 15, 71, 72 > Offrir un traitement pour les partenaires des femmes diagnostiquées avec une IST. 25, 30, 72, 76
<p>Prévention de la violence sexiste et atténuation de l'impact</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La violence sexiste est une violation prééminente des droits humains ■ Les femmes vivant avec le VIH peuvent subir une violence supplémentaire basé sur le statut sérologique ■ La violence ou même la crainte de la violence peut interférer avec l'accès aux services de santé, sociaux et juridiques et avec l'exercice des droits reproductifs. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Repérage et prise en charge des signes/symptômes de violence domestique et de violence sexuelle: 19, 58, 60, 61, 93 <ul style="list-style-type: none"> > Observer l'histoire et évaluer le risque de violence, notamment entre partenaires intimes et les façons de l'éviter 19, 58, 60, 61, 93 > Offrir le conseil et le soutien psychosocial ainsi que la contraception d'urgence et la prophylaxie post-exposition du VIH et des IST pour les femmes, les hommes et les adolescents victimes de violence sexuelle. 19, 58, 60, 61 > Référer les personnes qui ont été victimes ou sont victimes de violence vers les services appropriés, notamment les services de soutien juridique et psychologique. 19, 60, 61 > Fournir des informations sur les services et les organisations spécialisés en violence sexiste. 19, 60, 61
<p>Éradication de la stigmatisation et de la discrimination</p>	<p>Voir la Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 5</p>	<p>Voir la Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 5</p>

Le texte en orange renvoie aux interventions présentées dans l'ensemble d'interventions efficaces clés pour la planification familiale pour les niveaux communautaires et/ou d'établissements de santé dans les pays en développement (voir le *Tableau 3*).⁶⁷

7

POINTS D'ENTRÉE : PARAMÈTRES DE LA PRESTATION DES SERVICES



Les points d'entrée prioritaires des services de santé pour les interventions de PTME comprennent ces services de santé maternelle et néonatale, de planification familiale, de soins d'IST, de conseil et dépistage du VIH et de traitement du VIH.⁶⁸ Il y a également d'autres points d'entrée communautaires et de services de santé pour le déploiement d'interventions pour les Volets 1 et 2.⁶⁹

Points d'entrée pour le Volet 1

Les points d'entrée pour la prévention primaire comprennent (voir la Figure 6 et le Tableau 5):

- **Les services de santé maternelle néonatale et infantile:** avec les différents cycles de grossesse des femmes, les services de SMNI sont le pilier de la prévention primaire pour les femmes en âge de procréer. C'est le moment où les femmes sont à la fois exposées à un risque accru de contraction du VIH et le plus susceptibles de fréquenter les services. Il s'agit d'une occasion de fournir l'ensemble complet des services.
- **Les services de planification familiale:** les femmes peuvent obtenir des services de planification familiale après une grossesse ou sans rapport avec une grossesse. La planification familiale offre des occasions d'intégrer le conseil et dépistage du VIH et de promouvoir et fournir des préservatifs pour une double protection. La prévention des grossesses non désirées réduit également le risque élevé de contraction et de transmission du VIH pendant la grossesse et l'allaitement.⁷⁰

- **Conseil et dépistage du VIH:** un conseil et dépistage accru du VIH, notamment le conseil et dépistage du VIH chez les couples, est la passerelle vers la connaissance de son statut sérologique, au conseil sur le sexe à moindre risque et à la fourniture de préservatifs ainsi qu'à l'accessibilité des services tels que la TAR, notamment le traitement comme prévention.
- **Services de thérapie antirétrovirale:** l'accès à la TAR contribue à la prévention du VIH chez les partenaires sérodiscordants (voir la Section 5, Volet 1, Encadré 4: *Traitement comme prévention*).
- **Services d'infections sexuellement transmissibles:** les services d'IST fournissent un point d'entrée pour l'offre du dépistage et du traitement des IST, des informations et un conseil concernant le sexe à moindre risque, le conseil et dépistage du VIH et les préservatifs.

FIGURE 6 : OPPORTUNITÉS POUR L'OFFRE D'INTERVENTIONS DU VOLET 1 DE LA PTME

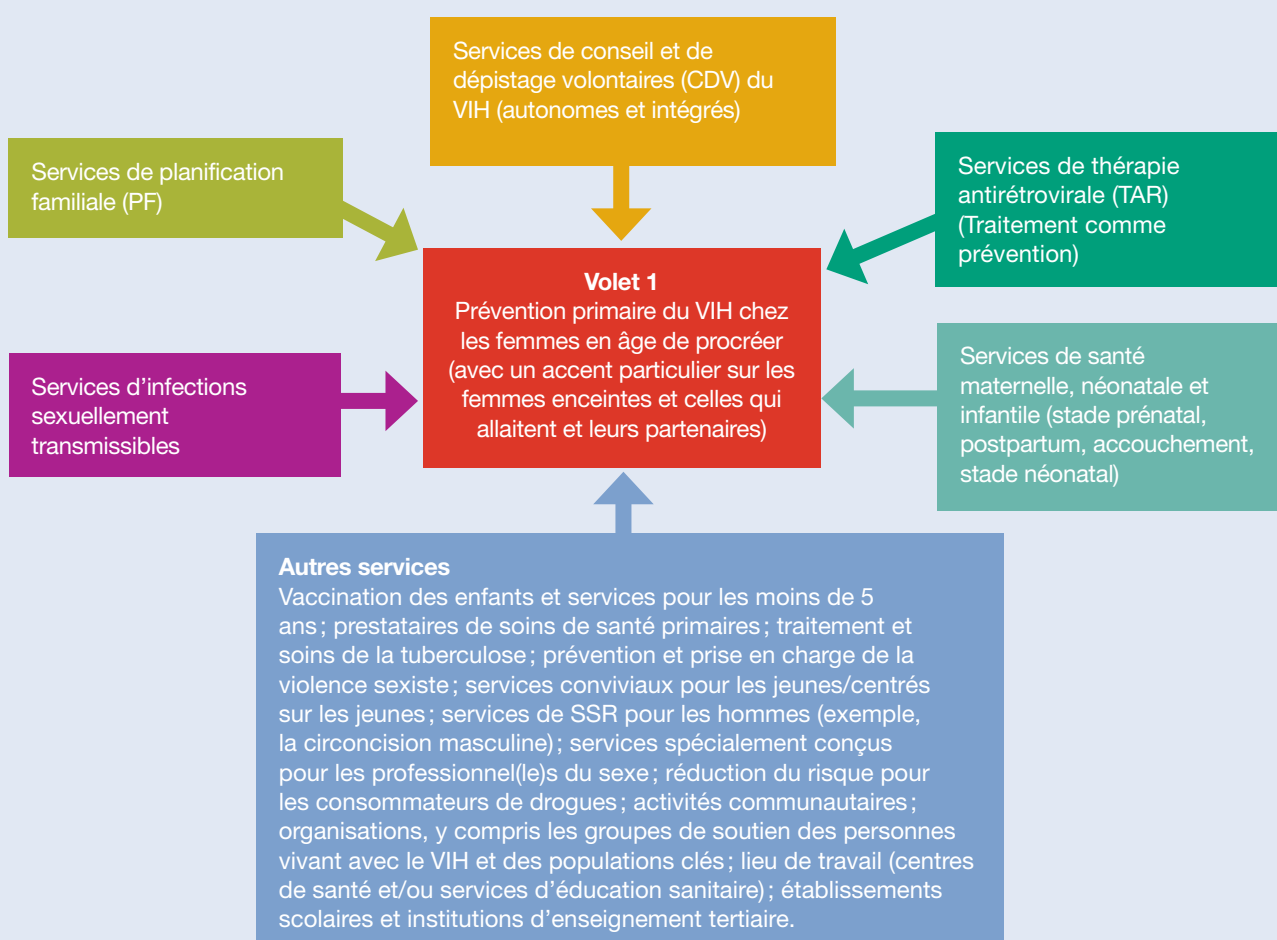


TABLEAU 5 : ENSEMBLE DES SERVICES ESSENTIELS DU VOLET 1 : POINTS D'ENTRÉE ET DÉFIS

SERVICE (VOIR LE TABLEAU 2 : ENSEMBLE DES SERVICES ESSENTIELS DU VOLET 1)	POINTS D'ENTRÉE						DÉFIS POUR LA FOURNITURE ET L'ACCEPTATION DES SERVICES
	SMNI	PF	IST	CDV	TAR	Communauté	
Information et conseil pour la réduction du risque de transmission sexuelle du VIH	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sensibilité à discuter de questions sexuelles ■ Faible perception du risque de l'infection à VIH par les femmes et leurs partenaires ■ Sensibilisation communautaire insuffisante sur la vulnérabilité au VIH pendant la grossesse, le postpartum et sur la transmission verticale, ce qui entraîne une demande insuffisante
Conseil et dépistage du VIH (en particulier pour les femmes enceintes, en période de postpartum et d'allaitement, et pour leurs partenaires masculins) et référence ou traitement sur place	✓✓✓	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réticence des clientes ou des partenaires à faire le test ■ Peur de la discrimination, de l'annonce et des conséquences, notamment la criminalisation ■ Conseil insuffisant des femmes séronégatives pendant le postpartum ■ Peur des conséquences de l'annonce
Traitement comme prévention (voir la Section 5, Encadré 4: Traitement comme prévention)	✓	✓	✓	✓	✓✓✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> ■ Stigmatisation et discrimination dans les milieux de soins de santé et ailleurs ■ Réticence des partenaires masculins à apprendre le statut sérologique ■ Suivi impossible des clientes perdues de vue
Dépistage et prise en charge des IST	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nature asymptomatique des IST ■ Absence d'information sur les implications des IST dans la fertilité future, la contraction et la transmission du VIH et la santé des bébés ■ Prise en charge inappropriée des IST et de la double protection dans les services de consultation prénatale et de postpartum
Préservatifs (féminins et masculins): promotion, fourniture et renforcement des capacités de négociation et d'utilisation	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	<ul style="list-style-type: none"> ■ Accent insuffisant sur la double protection dans les services de consultation prénatale et de postpartum ■ Manque de compréhension du fait que le VIH peut être transmis ou contracté pendant la grossesse et le postpartum
Sécurité du sang et prévention de l'anémie pour réduire la transmission par le sang	✓✓✓	✓✓	✓	✓	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pratique insuffisante des précautions universelles ■ Attention insuffisante portée à la prévention et au traitement de l'anémie dans les consultations prénatales ■ Attention insuffisante portée à la sécurité du sang dans les services d'accouchement ■ Surmonter la réticence des femmes à accéder aux hôpitaux et aux centres de santé pour les consultations prénatales et l'accouchement
Prévention de la violence sexiste et atténuation de l'impact	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	<ul style="list-style-type: none"> ■ Manque de compréhension du fait que la violence sexiste est une violation des droits humains ■ Manque de pouvoir pour exiger la cessation de la violence sexiste

Ce tableau générique indique les services qui pourraient logiquement être assurés par chaque point d'entrée de services. Le nombre de marques indique l'importance que pourrait avoir un point d'entrée et son utilisation courante. Néanmoins, les modalités de prestation et les points d'entrée des services et leur priorité pour la prestation des ensembles de services varieront selon le contexte du pays.

Points d'entrée pour le Volet 2

Il existe quatre principaux points d'entrée pour les femmes vivant avec le VIH pour obtenir des services de planification familiale aux femmes vivant avec le VIH (voir la *Figure 7* et le *Tableau 6*), notamment les services suivants :

- **Services de santé maternelle, néonatale et infantile :** un grand nombre de femmes apprennent leur statut sérologique dans les centres de consultation prénatale, pendant l'accouchement, le postpartum ou dans les services concernant les nouveaux-nés où la planification devrait faire systématiquement partie de la prestation de services, à des degrés variables.
- **Services de planification familiale :** les femmes vivant avec le VIH peuvent connaître leur statut par le conseil et dépistage du VIH dans les centres de planification familiale ou connaissent déjà leur statut lorsqu'elles arrivent à ces services de planification familiale.
- **Services de traitement et de soins du VIH :** les femmes vivant avec le VIH qui ont accès aux soins cliniques du VIH devraient recevoir des services intégrés de SSR, notamment la planification familiale, ou au moins être référées à ces services. Les femmes vivant avec le VIH indiquent avoir des préférences pour la fourniture des services de VIH et de planification familiale aussi bien dans les centres de VIH que dans les établissements à base communautaire, si ces services sont intégrés.⁷¹

- **Services d'infections sexuellement transmissibles :** les services d'IST offrent un point d'entrée pour l'offre du dépistage et du traitement des IST, les informations, le conseil et les préservatifs pour une double protection et/ou les contraceptifs ou la référence à des services de planification familiale.

FIGURE 7 : OPPORTUNITÉS D'OFFRE D'INTERVENTIONS DU VOLET 2 DE LA PTME

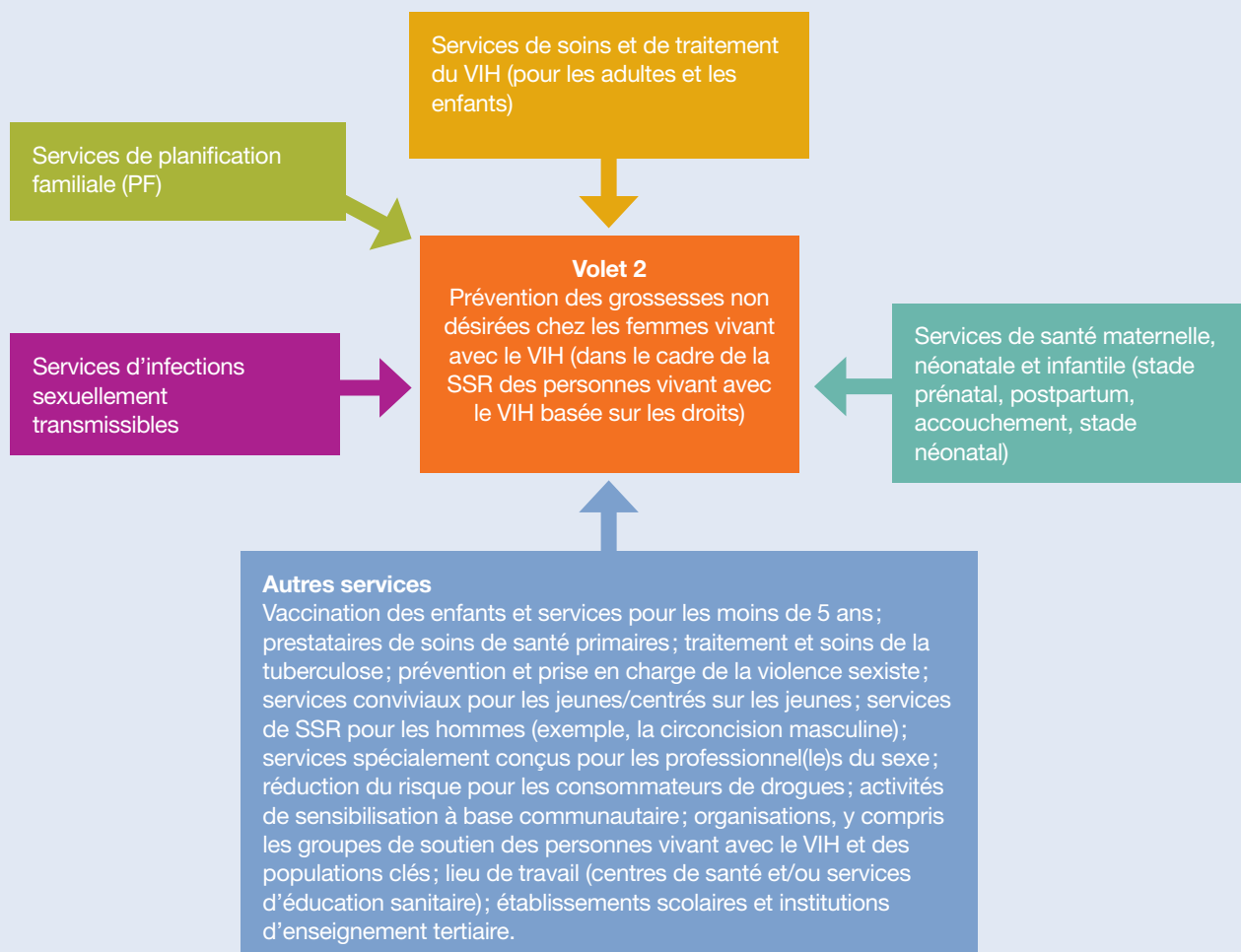


TABLEAU 6 : ENSEMBLE DES SERVICES ESSENTIELS DU VOLET 2 : POINTS D'ENTRÉE ET DÉFIS

SERVICE (VOIR LE TABLEAU 4: ENSEMBLE DES SERVICES ESSENTIELS DU VOLET 2)	POINTS D'ENTRÉE						DÉFIS POUR LA FOURNITURE ET L'ACCEPTATION DES SERVICES
	SMNI	PF	IST	CDV	TAR	Communauté	
Information et conseil pour appuyer les droits reproductifs, notamment la prévention des grossesses non désirées	✓✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sensibilité à la discussion de questions sexuelles ■ Stigmatisation et discrimination dans les services de santé et au niveau de la communauté ■ Manque de connaissance des avantages de la planification familiale et de la disponibilité des services ■ Peur de la violence si le partenaire apprend le statut séropositif
Prise en charge clinique du VIH, notamment le traitement comme prévention	✓✓✓	✓✓	✓	✓	✓✓✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> ■ Stigmatisation et discrimination dans les services de santé et au niveau de la communauté ■ Peur de la violence si le partenaire apprend le statut séropositif ■ Manque de capacité à accéder aux services dû à des barrières sociales, culturelles, géographiques ou économiques (frais des usagers, longues heures d'attente et coût de transport) ■ Suivi impossible des clientes perdues de vue
Planification familiale, conseil et services basés sur les droits	✓✓✓	✓✓✓	✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'ensemble des services de planification familiale pour les femmes vivant avec le VIH n'est pas disponible à une large échelle ■ Intégration insuffisante de la planification familiale dans les programmes de consultation prénatale/postpartum, de CDV, de traitement ■ Sensibilité à la discussion de questions sexuelles ■ Stigmatisation et discrimination dans les services de santé et au niveau de la communauté ■ Faiblesse du suivi après les résultats positifs du test de VIH dans les services de planification familiale
Dépistage et prise en charge des IST	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓	✓✓✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nature asymptomatique des IST ■ Manque de connaissance des implications des IST pour la fertilité future et la santé des bébés ■ Prise en charge inappropriée des IST et de la double protection dans les services de consultation prénatale et de postpartum
Prévention de la violence sexiste et atténuation de l'impact	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	<ul style="list-style-type: none"> ■ Manque de compréhension du fait que la violence sexiste est une violation des droits humains ■ Manque de pouvoir pour exiger la fin de la violence sexiste

Ce tableau générique indique les services qui pourraient logiquement être assurés par chaque point d'entrée de services. Le nombre de marques indique l'importance que pourrait avoir un point d'entrée et l'utilisation courante que l'on pourrait en faire. Néanmoins, les modalités de prestation et les points d'entrée des services et leur priorité pour l'offre d'ensembles de services varieront en fonction du contexte des pays.

8

LISTES DE VÉRIFICATION POUR LA MISE EN ŒUVRE DES PROGRAMMES NATIONAUX



La présente section propose des actions pour les gouvernements, notamment les gestionnaires de programmes au niveau des districts, en vue de renforcer les programmes basés sur le plan en 10 points du Plan mondial, les domaines de mise en œuvre prioritaires de l'IATT et les listes de vérification illustratives pour la prestation de services des Volets 1 et 2. Des références croisées sont fournies entre ces actions et les sections correspondantes du présent cadre.

Actions de mise en œuvre au niveau des pays⁷⁴ : plan en 10 points⁷⁵

Le *Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie* présente un plan d'action en 10 points pour une mise en œuvre par les 22 pays prioritaires^{vi}, qui peut être adapté pour les pays à faible épidémie et les pays à épidémie concentrée. Nombre des actions contenues dans le présent cadre pour la prévention du VIH et des grossesses non désirées aideront les pays à mettre en œuvre le plan en 10 points :

1. Mener une évaluation stratégique des barrières clés qui entravent l'élimination des nouvelles infections à VIH parmi les enfants et le maintien de leurs mères en vie (*Section 7, Tableaux 5 et 6, et Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 1*).
2. Développer ou revoir les plans nationaux pour éliminer les nouvelles infections à VIH et maintenir leurs mères en vie; et calculer leur coût (voir le *Tableau 7*).
3. Évaluer les ressources disponibles pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et maintenir leurs mères en vie, et développer une stratégie pour affronter les besoins non satisfaits.
4. Mettre en œuvre et créer de la demande pour un ensemble complet et intégré d'interventions et de services de prévention et de traitement du VIH (voir les *Sections 5 et 6, Tableaux 2 et 4: Ensemble des services essentiels et la Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégies 1–5*).
5. Renforcer les synergies et l'intégration adaptées au contexte entre d'une part, les traitements et la prévention du VIH et d'autre part, les services de santé qui y sont relatifs, pour améliorer les résultats en SMI (voir la *Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 1*).
6. Renforcer les effectifs et l'utilisation des ressources humaines pour la santé (*Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégies 1 et 2 et voir le Tableau 7*).
7. Évaluer et améliorer l'accès aux médicaments et aux diagnostics essentiels, et renforcer le fonctionnement de la chaîne d'approvisionnement (voir le *Tableau 7*).
8. Renforcer l'implication des communautés et la communication (voir la *Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégies 2–5*).
9. Un soutien technique mieux coordonné pour améliorer les services dispensés (voir la *Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 1*).
10. Améliorer l'évaluation des résultats, la qualité des données et l'évaluation de l'impact (voir le *Tableau 7 et la Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégies 4 et 5*).



L'élimination de la TME nécessite un nouveau niveau d'engagement et une façon différente de coordonner les efforts. Cela

signifie qu'il faut faire le bilan des programmes de PTME dans chaque pays et identifier les goulots d'étranglement et les lignes de faille des inégalités dans la couverture des services.⁷² La gestion et la planification des programmes aux niveaux national, infranational et au niveau des établissements sont essentielles pour le processus. D'une importance particulière est la nécessité d'identifier les populations qui ne sont toujours pas touchées ainsi que les raisons pour lesquelles elles n'ont pas accès aux services disponibles ou ne les utilisent toujours pas, notamment si les stratégies de programme employées sont appropriées. »

A Global Action Framework for the Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV.⁷³

Principaux outils et directives IATT élaborés en appui au Plan mondial

1. Liste de vérification pour la revue rapide des plans nationaux de PTME existants (voir la *Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 1, Encadré 9: Outil d'évaluation rapide pour les liens entre la SSR et le VIH*).
2. Tableau de bord pour la collecte des données/informations de base et le suivi des progrès au niveau national et au niveau infranational (voir la *Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégies 1 et 2, et la Section 10: Objectifs et indicateurs*).
3. Orientations et outils Excel pour une analyse des goulots d'étranglement axée sur les inégalités au niveau infranational (*Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégies 1–5*).
4. Guide pour l'établissement de buts et objectifs nationaux (*Section 10: Objectifs et indicateurs*).
5. Guide graduel pour l'élaboration de plans nationaux d'eTME (voir le présent cadre: *Prévention du VIH et des grossesses non désirées: cadre stratégique 2011–2015*. IATT, 2011).
6. Indicateurs nationaux centraux de S&E de PTME et définitions (*Section 10: Objectifs et indicateurs*).
7. Cadre mondial de S&E pour l'eTME (*Section 10: Objectifs et indicateurs*).
8. Guide de l'évaluation de l'impact (*Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégies 1–5 et Section 10: Objectifs et indicateurs*).
9. Orientation sur la budgétisation des plans d'eTME (*Sections 5 et 6, Ensemble des services essentiels des Tableaux 2 et 4 et Section 11: Recherche opérationnelle*).
10. Guide de planification pour l'élaboration d'un plan national d'appui technique pour l'eTME (voir le présent cadre: *Prévention du VIH et des grossesses non désirées: cadre stratégique 2011–2015*. IATT, 2011).

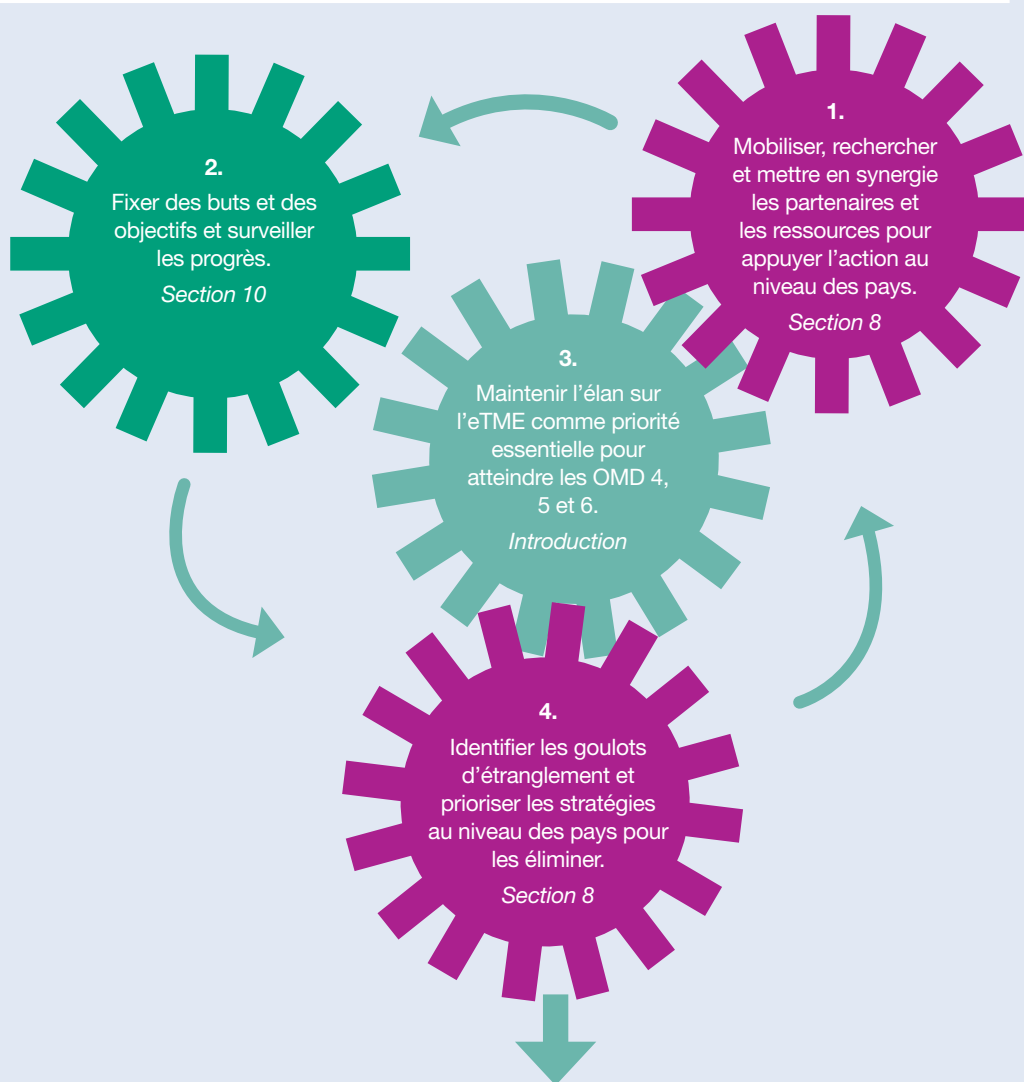
vi. Angola, Botswana, Burundi, Cameroun, Tchad, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Éthiopie, Ghana, Inde, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigeria, Afrique du Sud, Swaziland, Ouganda, République unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

Mise en œuvre des programmes nationaux

En s'appuyant sur ce plan en 10 points, le Cadre d'action mondial pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant l'IATT⁷⁵ recommande une série d'actions selon quatre axes stratégiques prioritaires pour guider et accélérer les efforts mondiaux, régionaux et nationaux vers la réalisation de l'eTME (voir la Figure 8). Il propose également une série d'actions pour les pays correspondant aux cinq domaines de mise en œuvre prioritaires suivants (voir la Figure 8).

Le Tableau 7 comprend toutes les actions du Cadre d'action mondial correspondant aux quatre Volets ainsi que des actions supplémentaires spécifiques aux Volets 1 et 2 (en italiques).⁷⁷ Des références croisées sont fournies entre les actions et les sections correspondantes du présent cadre.

FIGURE 8 : AXES STRATÉGIQUES PRIORITAIRES DU CADRE D'ACTION MONDIAL ET DOMAINES DE MISE EN ŒUVRE PRIORITAIRES AU NIVEAU DES PAYS



1. Revue stratégique des plans nationaux et de l'affectation des ressources à la lumière des performances du programme
2. Adapter les approches de PTME aux performances de la plateforme SMNI
3. Permettre une intensification rapide en prenant en charge les contraintes de ressources humaines
4. Évaluation en temps opportun des besoins de fourniture et de la fonctionnalité des systèmes liés aux résultats du programme
5. Amélioration de la communication et des approches à base communautaire pour promouvoir une demande, une utilisation et un suivi accrus

TABLEAU 7 : DOMAINES DE MISE EN ŒUVRE POUR L'ACTION CIBLÉE AU NIVEAU DES PAYS EN VUE D'ÉLIMINER LES GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT

DOMAINE DE MISE EN ŒUVRE	ACTIONS
<p>Entreprendre une revue stratégique des plans nationaux et de l'affectation des ressources à la lumière des performances du programme, notamment les goulots d'étranglement identifiés</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réviser les plans nationaux pour les aligner sur les buts et les objectifs de l'eTME. Cela va au-delà de la pure déclaration rhétorique de l'élimination comme objectif ; il s'agit de déterminer les priorités stratégiques et de programmer les changements requis pour réaliser l'eTME à partir de l'analyse des résultats et des goulots d'étranglement actuels (voir l'<i>Introduction, Tableau 1 (Objectifs)</i> et les <i>Sections 5 et 6, Volets 1 et 2</i>). ■ Identifier les déficits financiers et aligner les budgets pour prendre en compte la révision des plans nationaux en harmonie avec l'eTME, en prenant en compte les districts aux performances insuffisantes pour l'affectation ciblée des ressources. ■ <i>Préparer une proposition conjointe sur les forces comparées des programmes de SSR/SMNI et de VIH/PTME et les besoins spécifiques du pays (exemple, les propositions du Fonds mondial devraient pleinement inclure les partenaires de SSR/SMNI dans la planification stratégique, la budgétisation, la mobilisation des fonds et les mécanismes de coordination pays)</i> (voir la <i>Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 1</i>). ■ <i>Prendre systématiquement en compte la PTME dans la planification conjointe H4+ et identifier les possibilités d'utilisation efficiente maximale des ressources techniques et financières dans le cadre d'un travail de collaboration</i> (voir la <i>Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 1</i>).
<p>Adapter les approches programmatiques de PTME aux performances de la plateforme de la SMNI</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Entreprendre l'évaluation des programmes de PTME en mettant l'accent sur l'analyse des goulots d'étranglement⁷⁸ pour étudier (voir la <i>Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 1</i>): <ul style="list-style-type: none"> > la part du VIH/sida dans la mortalité maternelle, néonatale et infantile globale > le paysage de la SMNI et ses interactions avec les interventions liées à la PTME à travers tous les points de la cascade d'offres de services > le cadre de partenariat autour de la SMNI, la PTME, les soins et traitement pour les adultes et les enfants, notamment les domaines d'appui et les activités spécifiques > les populations cibles et leur accès et utilisation des services prénataux, infantiles, postnataux et pédiatriques. ■ Une description analytique des principaux domaines de synergie, des opportunités ratées de prestation de services clés et de riposte aux défis politiques et systémiques, avec les domaines et les possibilités d'amélioration, est une réalisation fondamentale. ■ Identifier les femmes et les enfants qui ne sont pas touchés par l'analyse de l'équité et chercher à déterminer les raisons pour lesquelles ils n'ont pas accès aux services disponibles ou ne les utilisent pas. Ceci pourrait inclure des évaluations basées sur les établissements – ainsi que sur la communauté pour couvrir totalement le spectre des barrières sociales, culturelles, économiques et systémiques (voir la <i>Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégies 1 et 2, et la Section 11: Recherche opérationnelle</i>). ■ Dans un but d'intégration et d'établissement de liens bidirectionnels, renforcer les capacités à travers la plateforme de la SSR/SMNI et à tous les points d'offre d'interventions de PTME en vue de (voir la <i>Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 1</i>): <ul style="list-style-type: none"> > Volet 1 – opérationnaliser la prévention primaire dans le contexte de la PTME: utiliser les soins prénataux, infantiles, post-nataux, la planification familiale, les IST, la vaccination et les services pour les moins de 5 ans comme points d'entrée pour la prestation de services primaires de prévention du VIH. L'élimination de la TME ne sera pas réalisée sans réduire le taux de nouvelles infections chez les femmes en âge de procréer, notamment les femmes enceintes (voir la <i>Section 5, Volet 1 et Section 7: Points d'entrée</i>). <ul style="list-style-type: none"> • Les pays devraient élaborer et mettre en œuvre des politiques et des stratégies de programmes qui promeuvent la prestation de services primaires de prévention du VIH à tous les points d'entrée possibles pour les femmes, en particulier à tous les points de prestation de services à travers la plateforme de la SMNI. • Une attention particulière devrait être portée sur: les besoins spécifiques des jeunes adolescentes, des consommateurs de drogue, des professionnel(le)s du sexe, des populations en situation d'urgence humanitaire; la participation des partenaires masculins; le conseil et dépistage des couples et les couples discordants; la violence sexiste et la stigmatisation et la discrimination. > Volet 2 – Améliorer les synergies et les liens opérationnels entre la PTME et la planification familiale et d'autres services de SSR en vue de réduire de manière significative les besoins de planification familiale non satisfaits. L'accès à la planification familiale basée sur les droits et à d'autres services de SSR est essentiel pour le succès des programmes de PTME, la réalisation de l'eTME et une santé maternelle globale améliorée, outre l'offre d'autres avantages intrinsèques pour les femmes (voir la <i>Section 6, Volet 2 et la Section 7: Points d'entrée</i>). <ul style="list-style-type: none"> • Les pays devraient élaborer et mettre en œuvre des politiques et des stratégies de programme qui assurent: <ul style="list-style-type: none"> • la prestation de services de planification familiale comme composante intégrale de l'ensemble des services d'eTME dans les centres de SMNI/PTME et de TAR • la prestation de services de conseil et dépistage du VIH dans les milieux de planification familiale • la participation des partenaires masculins • tout en respectant les droits reproductifs des femmes séropositives.

TABLEAU 7 : DOMAINES DE MISE EN ŒUVRE POUR L'ACTION CIBLÉE AU NIVEAU DES PAYS EN VUE D'ÉLIMINER LES GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT

DOMAINE DE MISE EN ŒUVRE	ACTIONS
	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="438 280 1460 571"> <p>> Étendre rapidement l'accès à des protocoles d'ARV plus efficaces pour la PTME et le conseil et l'accompagnement en matière d'alimentation de qualité des enfants, y compris la prophylaxie prolongée pendant la période d'allaitement (Volets 3 et 4). L'élimination de la TME nécessite un continuum de soins fonctionnel au sein des milieux de SMNI pour un accès en temps opportun aux numérations de cellules CD4 en vue de déterminer l'éligibilité à la TAR des femmes enceintes vivant avec le VIH ; des ARV plus efficaces pour les femmes enceintes, y compris la TAR pour celles qui ont besoin de traitement pour leur propre santé et une prophylaxie correspondant aux dernières recommandations de l'OMS et au conseil et accompagnement pour une alimentation de qualité des enfants, y compris la prophylaxie prolongée pendant la période d'allaitement. Si nécessaire, des décisions politiques appropriées devraient être prises pour promouvoir et soutenir la rotation et le partage des tâches adaptés au contexte (voir la <i>Section 6: Volet 2, Tableau 4</i>).</p> <li data-bbox="438 582 1460 739"> <p>> Renforcer les liens et les mécanismes de référence entre les services de SSR disposant de la TAR et de soins pédiatriques et d'autres centres de SSR et les communautés. Les pays devraient élaborer et mettre en œuvre des stratégies pour faire le lien entre SSR et VIH, en prenant en compte les questions de politiques, de systèmes et de prestation de services. Outre la TAR et les autres services de santé reproductive, l'on devrait faire attention aux points d'entrée pour les enfants, notamment la vaccination et la nutrition (voir la <i>Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 1</i>).</p> <li data-bbox="406 750 1460 851"> <p>■ <i>Mettre en place et/ou renforcer des mécanismes et des structures de coordination pour la SSR/SMNI et le VIH/PTME avec une délimitation claire des buts, objectifs, rôles et responsabilités à tous les niveaux (niveau national, niveau des districts et niveau local) pour atteindre les objectifs mutuels (voir la Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 1).</i></p> <li data-bbox="406 862 1460 1097"> <p>■ <i>Dans les pays où il existe des groupes de travail nationaux sur la santé maternelle et néonatale (groupes censés assurer le suivi et l'appui de la mise en œuvre de la feuille de route nationale sur la santé maternelle et néonatale79), ces groupes de travail devraient être renforcés pour y inclure, si ce n'est pas encore le cas, des experts de programmes de VIH en vue d'appuyer l'intégration de la SSR/SMNI-VIH et des mécanismes conjoints de présentation de rapports et de redevabilité. Tout organe de coordination associé devrait également inclure la représentation d'autres secteurs ainsi que la communauté, notamment les personnes vivant avec le VIH et les populations clés, afin de s'assurer de l'implication active d'une grande variété de perspectives dans la planification, le suivi et la mise en œuvre de la PTME (voir la Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégies 1 et 4).</i></p> <li data-bbox="406 1108 1460 1243"> <p>■ <i>Entreprendre une planification stratégique et une budgétisation conjointe des programmes de SSR/SMNI et de VIH pour la PTME en vue d'étendre la prévention primaire, la planification familiale et l'accès au dépistage du VIH, la détermination des stades clinique/immunologique et les interventions d'ARV pour les femmes enceintes, les mères, leurs enfants et leurs partenaires masculins (voir la Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégies 1 et 3).</i></p> <li data-bbox="406 1254 1460 1332"> <p>■ <i>Les objectifs, les rôles et les responsabilités de chaque programme dans la mise en œuvre des activités spécifiques de PTME au niveau national et au niveau des districts doivent être clairement définis (voir la Section 7: Points d'entrée et la Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégies 1 et 2).</i></p> <li data-bbox="406 1344 1460 1523"> <p>■ <i>Intégrer ou renforcer l'intégration des éléments programmatiques clés liés à la PTME (notamment le conseil et dépistage/le renouvellement du test de VIH, le conseil de couple pour les femmes enceintes, les bilans et la TAR pour les femmes vivant avec le VIH et leurs partenaires, le diagnostic précoce chez les enfants en bas âge (EID et TAR pédiatrique) au sein des départements de programmes appropriés de SSR/SMNI avec un transfert de responsabilités et de ressources selon le cas, sur la base d'une feuille de route conjointe pour l'intégration (voir la Section 7: Points d'entrée et Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 1).</i></p> <li data-bbox="406 1534 1460 1635"> <p>■ <i>Les pays qui mettent en œuvre les activités de collaboration devraient établir ensemble les objectifs de SSR et de PTME spécifiques aux pays appropriés aux deux, définir les bases initiales, les indicateurs clés et planifier des activités en collaboration (voir la Section 10: Objectifs et indicateurs).</i></p> <li data-bbox="406 1646 1460 1747"> <p>■ <i>Dans tous les milieux, intégrer la formation initiale et continue et l'éducation continue pour les fournisseurs de prestations de services dans les interventions essentielles pendant la grossesse, l'accouchement, le postpartum et la santé infantile, et la PTME (voir les Ressources humaines ci-dessous, Sections 5 et 6, Tableaux 2 et 4 et la Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégies 1 et 5).</i></p> <li data-bbox="406 1758 1460 1892"> <p>■ <i>Adapter, élaborer et/ou promouvoir des directives et des outils nationaux mis à jour en utilisant les orientations existantes lorsqu'elles sont disponibles (exemple, ImPac, Prise en charge intégrée de la maladie chez l'adolescent et l'adulte /Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIMA/PCIME), l'évaluation des besoins et la planification et la programmation) (voir la Section 3: Directives de programmation).</i></p> <li data-bbox="406 1904 1460 2004"> <p>■ <i>Élaborer des systèmes de suivi intégrés, des indicateurs harmonisés au niveau national, des revues conjointes de programmes, une supervision conjointe ainsi qu'une mobilisation de ressources communes pour renforcer les systèmes de suivi et évaluation (S&E) (voir la Section 10: Objectifs et indicateurs).</i></p>

TABLEAU 7 : DOMAINES DE MISE EN ŒUVRE POUR L'ACTION CIBLÉE AU NIVEAU DES PAYS EN VUE D'ÉLIMINER LES GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT

DOMAINE DE MISE EN ŒUVRE	ACTIONS
<p>Améliorer la qualité de la prestation de services en prenant en compte les ressources humaines pour la santé, en particulier la rotation et le partage des tâches</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sur la base de l'intégration bidirectionnelle des plateformes de SMNI et PTME, entreprendre l'évaluation de la situation des effectifs des agents de santé nationaux. Cela devrait inclure les politiques, le financement ainsi que la gestion nationale et infranationale des ressources humaines et les cadres réglementaires qui guident la prise de décisions, les programmes d'enseignement et les politiques de rémunération (voir la <i>Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 1</i>). ■ Élaborer des stratégies en vue de renforcer et de maintenir les effectifs sur la base des constatations de l'évaluation des pays en faisant attention à la formation, à l'encadrement, à l'accompagnement systématique, aux plans d'accroissement et de maintien des ressources humaines en réponse aux demandes accrues et aux possibilités de rotation/partage appropriés des tâches⁹⁰ (voir la <i>Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégies 1 et 5</i>). ■ Identifier de nouveaux cadres à développer selon les besoins et des cadres existants sous-utilisés qui peuvent être renforcés. Cela devrait inclure: <ul style="list-style-type: none"> > l'appui de la professionnalisation des cadres de soins infirmiers et d'obstétrique > le plaider auprès des médecins pour une meilleure reconnaissance du rôle des cadres dans le domaine des soins infirmiers et d'obstétrique > l'extension des possibilités d'engagement et d'utilisation accrues du travail avec les personnes vivant avec le VIH au sein du système de santé (voir la <i>Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 4</i>) > la définition et le renforcement d'un programme national d'encadrement et d'accompagnement. ■ Offrir un soutien pour: <ul style="list-style-type: none"> > coordonner la formation et le recyclage des agents de soins de santé, sur la base des plans nationaux (voir également la <i>Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 5</i>) > mettre en œuvre les programmes d'enseignement initial existants et qui reflètent les besoins programmatiques (voir aussi la <i>Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 5</i>) > recruter, former et recycler des agents de santé communautaire qui favoriseront une demande accrue d'accès et d'utilisation des services et faciliteront cet accès et cette utilisation (voir aussi la <i>Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 2</i>) > former les personnes vivant avec le VIH et les membres des populations clés en tant que pairs-éducateurs (voir aussi la <i>Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 4</i>). ■ Réviser les programmes d'enseignement et renforcer la supervision et la formation en cours de service afin de renforcer les capacités des prestataires de santé, dans les services de santé maternelle, de planification familiale et d'autres services de SSR et de VIH et des agents de santé communautaire (selon le cas) pour une exécution routinière des activités en vue d'appuyer les points suivants (voir la <i>Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégies 1 et 2</i>): <ul style="list-style-type: none"> > le Volet 1 – la prévention primaire, notamment par le conseil et dépistage du VIH chez les couples proposé par le prestataire, si nécessaire; le conseil post-test du VIH intensifié; le renouvellement du test du VIH; le conseil sur la vulnérabilité au VIH pendant la grossesse, le postpartum et l'allaitement, notamment les implications pour les enfants en bas âge, la fourniture de préservatifs, l'orientation pour leur utilisation et le renforcement des capacités pour en négocier l'utilisation; le traitement comme prévention; la prévention et la prise en charge des IST et de la violence sexiste; le conseil pour les couples sérodiscordants, la prévention et le traitement de l'anémie; la sécurité du sang et la prestation de services confidentiels non stigmatisants (voir la <i>Section 5: Volet 1, Tableau 2</i>). > le Volet 2 – les droits reproductifs et la prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH, notamment par la prise en charge clinique du VIH, la détermination des intentions en matière de fertilité, le conseil sur les droits reproductifs, les services relatifs à la stérilité; la prévention et la prise en charge des IST et de la violence sexiste; l'offre de la gamme complète de contraceptifs (y compris, mais sans s'y limiter, les préservatifs pour une double protection); la compréhension des interactions médicamenteuses potentielles entre certains ARV et les contraceptifs hormonaux; la formation à la sensibilisation en vue de réduire la stigmatisation et la discrimination dans la prestation de services (voir la <i>Encadre 8, Section 6, Volet 2, Tableau 4</i> et la <i>Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 5</i>). > Consolider le renforcement de capacités et la supervision des pairs-conseillers, en particulier les femmes en vue de renforcer leurs compétences dans l'accompagnement des femmes et de leurs partenaires en consultation dans les services de santé maternelle et d'autres services de SSR et de VIH (voir la <i>Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégies 2 et 3</i>). > Examiner les protocoles pour une révision potentielle visant à inclure: le conseil et dépistage du VIH proposé par le prestataire; le conseil de couple, en cas de besoin; le renouvellement du test de VIH pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement, l'implication des hommes et le conseil intensifié sur la prévention primaire (voir la <i>Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 1</i>).

TABLEAU 7 : DOMAINES DE MISE EN ŒUVRE POUR L'ACTION CIBLÉE AU NIVEAU DES PAYS EN VUE D'ÉLIMINER LES GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT

DOMAINE DE MISE EN ŒUVRE	ACTIONS
<p>Évaluation en temps opportun des besoins de fourniture et de la fonctionnalité des systèmes liés aux résultats du programme</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Définir au plan mondial les orientations et les procédures communes pour l'évaluation des systèmes ainsi que les prévisions et mettre en place des mécanismes d'assistance technique pour éviter les ruptures de stocks et pour une réponse et une investigation dans ce domaine en temps opportun. ■ Mettre en place des mécanismes pour une meilleure coordination et un partage d'informations entre les systèmes co-existants de gestion des produits et de la chaîne d'approvisionnement (PSM) concernant le programme. ■ Élaborer des indicateurs et des mécanismes pour évaluer la disponibilité des fournitures essentielles au plan mondial et surtout l'évaluation des performances du système de PSM, y compris les ruptures de stocks. ■ Renforcer les capacités aux niveaux national et infranational en mettant l'accent sur l'analyse des données liées à la PSM pour une planification, des prévisions et un suivi opérationnel efficaces des fournitures. ■ Promouvoir et appuyer une mise en œuvre des innovations à une grande échelle. ■ <i>Renforcer les systèmes logistiques en vue de s'assurer que les produits sont disponibles pour la prévention du VIH et la prévention des grossesses non désirées, notamment : la gamme complète des contraceptifs, y compris les préservatifs (féminins et masculins) et les lubrifiants; le(s) modèle(s) de démonstration du préservatif; les médicaments des IST; les kits de test de VIH; l'équipement et les fournitures pour le dépistage du cancer du col de l'utérus; les supports d'information pour la prévention du VIH; du fer et de l'acide folique; des vermifuges; des inducteurs d'ovulation; la prophylaxie pré-exposition (PPrE) (pour le VIH et les grossesses); des trousses de prélèvement pour les cas de viol; les ARV; du matériel d'injection stérile; des gants et une réserve de sang sécurisée (voir la Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 1).</i> ■ <i>Intégrer les produits et les médicaments de PTME et de SSR dans un seul système national pour les achats et l'approvisionnement en médicaments et pour les laboratoires (voir la Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 1).</i>
<p>Amélioration de la communication et des approches à base communautaire, notamment l'implication des communautés en vue de promouvoir une demande, une utilisation et un appui accrus pour le suivi des services</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Élaborer et mettre en œuvre des politiques et des solutions programmatiques innovantes qui permettent de lever les barrières à l'accès et à l'utilisation, telles que les frais des usagers, les transferts de fonds conditionnels et inconditionnels, les bons et l'assurance sociale (voir aussi la Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 2). ■ Élaborer et mettre en œuvre des stratégies de communication à base communautaire pour améliorer les comportements au niveau des ménages, promouvoir l'information et accroître la demande et l'utilisation des services (voir la Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégies 2–4). ■ Élaborer et mettre en œuvre des politiques et des approches programmatiques qui incitent à la participation des communautés, en s'appuyant sur les structures communautaires existantes telles que les ONG, les OBC, les agents de santé communautaire, les accoucheuses qualifiées, les réseaux de personnes vivant avec le VIH et les populations clés (voir la Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégies 2 et 4). ■ Appuyer l'élaboration et la mise en œuvre des cadres réglementaires et des systèmes de motivation (y compris pour la communauté et les personnes vivant avec le VIH) (voir la Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégies 2–4). ■ Promouvoir et appuyer la recherche opérationnelle pour des approches innovantes de la prestation de services dans les régions dotées de mauvais systèmes de santé, notamment dans les régions affectées par des crises humanitaires (voir la Section 11: Recherche opérationnelle). ■ <i>Accroître la demande pour les services de SSR et de VIH et leur utilisation ainsi que la sensibilisation à la PTME, notamment à travers les médias, les activités de sensibilisation communautaire et par l'offre d'une éducation à la PTME dans les établissements scolaires dans le cadre de l'éducation sexuelle globale et l'éducation au VIH (voir les Sections 5 et 6, Tableau 2 et 4: Paquet de services essentiels: Informations et conseil, et la Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 2).</i>

TABLEAU 7 : DOMAINES DE MISE EN ŒUVRE POUR L'ACTION CIBLÉE AU NIVEAU DES PAYS EN VUE D'ÉLIMINER LES GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT

DOMAINE DE MISE EN ŒUVRE	ACTIONS
<p>Mobiliser et mettre à profit les partenaires et les ressources pour appuyer la mise en œuvre au niveau des pays</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Réaliser une cartographie des ressources disponibles et définir la lacune qui doit être comblée pour permettre de lever les goulots d'étranglement qui entravent la mise en œuvre et les progrès. Cette cartographie doit être faite à travers tout le secteur, avec l'aide de toutes les parties prenantes (voir la <i>Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 1</i>). ■ Promouvoir et appuyer l'orientation stratégique pour la planification en tenant compte de la nécessité de lier et d'intégrer les programmes de PTME dans les réponses plus larges de SMNI et d'autres réponses de SSR. Ceci permettra aux investissements de PTME d'appuyer le renforcement du système de santé à un niveau plus large et également de veiller à ce que la PTME soit incluse dans les budgets nationaux et que les besoins, les déficits en termes de ressources et les dépenses aux niveaux les plus bas soient clairement identifiés. Cet engagement de planification stratégique permettra de faire en sorte que l'eTME soit ancrée dans des engagements de ressources plus importants, telles que les propositions nationales au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM) et les Cadres du partenariat (voir la <i>Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 1</i>). ■ Élaborer et mettre en œuvre des stratégies d'optimisation des ressources pour aider à éliminer les goulots d'étranglement et à combler les lacunes qui entravent la mise en œuvre. ■ Promouvoir et faciliter la participation des investisseurs à toutes les étapes clés du programme – la représentation et la participation des partenaires internationaux devraient être encouragées au niveau national. Ceci offre l'occasion de sensibiliser les donateurs et les investisseurs au potentiel que représentent les programmes de PTME pour les résultats du VIH et de la SMNI. Cela offre également une plateforme aux donateurs et aux investisseurs pour partager leurs préoccupations et leurs priorités avec le gouvernement et les responsables de mise en œuvre. Cette opportunité permettra de développer la bonne volonté et l'intérêt pour les programmes de PTME chez les donateurs. ■ Élaborer un cadre et des stratégies pour une communication et une coordination efficaces chez les principales parties prenantes telles que le gouvernement, les partenaires de mise en œuvre, la société civile, les ONG, les donateurs et les agences des Nations Unies. Ceci renforcera une compréhension commune de la situation actuelle et en voie d'évolution des investissements en TME et permettra aux partenaires eux-mêmes d'appuyer une mobilisation de ressources plus importante. Les demandes des donateurs en informations et documents liés au secteur doivent être prises en compte et une présentation de rapports clairs sur les résultats assurera des investissements continus pour les résultats de PTME. ■ <i>Les pays, en cas de besoin, devraient recevoir un appui pour une planification et une budgétisation conjointes concernant le renforcement des systèmes de santé, en particulier la distribution des ressources financières et humaines, l'actualisation de directives et d'outils nationaux ainsi que l'approvisionnement et la prestation de services. Au niveau local/des districts, une planification et une gestion communes devraient inclure le renforcement des capacités, la supervision, les médicaments/ produits, le S&E et l'obligation de rendre compte. Ceci inclut l'implication/la représentation des principaux personnels touchés par une telle planification (voir la Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 1).</i> ■ <i>Plaider auprès des gouvernements nationaux, des prestataires de santé et des donateurs pour accroître leur compréhension et leur engagement pour:</i> <ul style="list-style-type: none"> > mettre en œuvre l'éventail complet des services essentiels dans les cadres des Volets 1 et 2 (voir les Sections 5 et 6, Tableaux 2 et 4: Paquet de services essentiels), notamment par l'intégration des services et des politiques et systèmes favorables pour l'établissement de liens entre SSR et VIH (voir la Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégies 1 et 2) > les principes des droits humains sur lesquels est basée la mise en œuvre de la PTME notamment le fait que le Volet 2 s'inscrive dans le respect du droit des personnes vivant avec le VIH à décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants, de l'espacement et du moment de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire⁹¹ (voir la Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 5, et les Sections 5 et 6, Tableaux 2 et 4). ■ <i>Plaider pour que la SSR, notamment la santé maternelle, assume une responsabilité accrue de la PTME et d'autres interventions de VIH associées. Élaborer des stratégies de plaidoyer conjointes en SSR/ SMNI et VIH pour veiller à la cohérence entre leurs messages destinés aux parties prenantes clés, aux décideurs et aux communautés. Faire usage de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant du Secrétaire général des Nations Unies, qui fait particulièrement référence à l'importance de la PTME et d'autres initiatives de SMNI dans les messages de plaidoyer et de communication (voir l'Introduction et les Sections 5 et 6, Volets 1 et 2).</i> ■ <i>Mobiliser ensemble des ressources supplémentaires pour renforcer les programmes intégrés de SSR/ SMNI et de VIH/PTME (voir la Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 1).</i>

Liste de vérification pour les services qui appuient les Volets 1 et 2 de la PTME globale

Les questions présentées par les deux listes de vérification suivantes pour les Volets 1 et 2 (Tableaux 8 et 9) découlent d'une étude de cas réalisée au Swaziland sur la mise en œuvre des Volets 1 et 2 (voir l'Encadrés 5 et 7: *Liens entre la SSR et le VIH: passerelles vers l'intégration – une étude de cas du Swaziland: vers l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant*). Elles aideront les organisations à déterminer si elles fournissent de manière efficace des services pour les Volets 1 et 2.

O = Oui, nous réalisons ce travail/cette activité

N = Non, nous ne réalisons pas ce travail/cette activité

I = Insuffisant, en préparation ou à l'étude

Il n'existe pas de processus de notation formalisé pour cette évaluation. Il est plutôt suggéré que les questions auxquelles il a été répondu «Non» ou «Insuffisant» soient utilisées comme point de départ pour la réflexion.

TABLEAU 8 : LISTE DE VÉRIFICATION POUR LES SERVICES QUI APPUIENT LE VOLET 1

#	QUESTION	O	N	I	
1	Des activités d'éducation à la santé à base communautaire et basées sur les établissements, visant les femmes jeunes et adultes et leurs partenaires sont-elles réalisées pour accroître la sensibilisation aux avantages et à la disponibilité des services visant à:	appuyer la prise de décision éclairée concernant le début des activités sexuelles, les risques de transmission du VIH et l'utilisation de la contraception, notamment les préservatifs ?			
		appuyer l'utilisation constante de préservatifs masculins ou féminins pour prévenir la transmission du VIH, d'autres IST et les grossesses non désirées ?			
		encourager l'acceptation du conseil et dépistage volontaire en vue de déterminer leur statut sérologique ?			
		encourager le traitement précoce des infections sexuellement transmissibles ?			
2	Ces activités et ces services sont-ils assurés de manière conviviale pour les adolescents ou les jeunes et tentent-ils de prendre en compte – même en partie – les facteurs culturels qui accroissent la vulnérabilité des femmes au VIH, tels que:	l'inégalité des sexes ?			
		les partenariats simultanés multiples ?			
		la violence à l'endroit des femmes ?			
		la stigmatisation et la discrimination liées au VIH ?			
3	Les femmes qui ont été victimes de violence sexiste bénéficient-elles systématiquement de:	soutien en termes de conseil et de services de SSR associés ?			
		soutien psychosocial et juridique ?			
		contraception d'urgence en cas d'agression sexuelle ?			
		prophylaxie post-exposition en cas d'agression sexuelle ?			

TABEAU 8 : LISTE DE VÉRIFICATION POUR LES SERVICES QUI APPUIENT LE VOLET 1

#	QUESTION	O	N	I	
4	Ces femmes qui sont enceintes, ont eu un résultat négatif au test de VIH et fréquentent des services prénataux ou de soins postpartum, reçoivent-elles systématiquement :	des informations et un conseil sur le sexe à moindre risque, la réduction du risque et l'utilisation du préservatif pendant leur grossesse et la période post-partum ?			
		des informations et un conseil sur la prévention des IST (notamment des informations sur la reconnaissance des symptômes) et, si nécessaire, le traitement des IST ?			
		un encouragement et un soutien pour impliquer leurs partenaires masculins dans leurs consultations prénatales et les soins post-nataux ?			
		l'opportunité de discuter de la question de l'activité sexuelle post-partum et de la contraception très tôt après l'accouchement ou même pendant le dernier trimestre pour fournir aux femmes les connaissances appropriées leur permettant de prendre des décisions éclairées concernant leur avenir en matière de reproduction ?			
		les contraceptifs de leur choix dans la préparation de l'activité sexuelle post-partum et, surtout, des préservatifs pendant leurs consultations prénatales ?			
		un encouragement pour refaire le test du VIH de manière régulière pendant toute leur grossesse et après leur grossesse – dans l'idéal avec leurs partenaires, dans le cadre d'une session de conseil de couple ?			
5	Les produits contraceptifs et, en particulier, les préservatifs masculins et féminins, sont-ils facilement disponibles pour les femmes à chacune de leurs consultations avec un prestataire de services de santé ?				
6	Des stratégies créatrices sont-elles utilisées par les prestataires de soins de santé pour encourager une implication plus grande des hommes dans les soins prénataux, de maternité et post-partum (voir la <i>Section 9 : Stratégies et actions clés, Stratégie 3</i>), telles que :	les discussions éducatives ?			
		une invitation à assister à une consultation médicale sans avoir à faire la queue ?			
		le conseil de couple ?			
7	Les agents de soins de santé sont-ils à même, avec le consentement des femmes, de s'adresser avec suffisamment d'habileté à leurs partenaires masculins pour les sensibiliser à leur responsabilité pour la pratique du sexe à moindre risque et faciliter le changement comportemental correspondant (voir la <i>Section 9 : Stratégies et actions clés, Stratégie 3</i>) ?				
8	Pour s'assurer que les composantes du Volet 1 de la PTME sont intégrées dans une pratique de routine au sein de l'établissement et de l'organisation :	tous les membres de l'équipe de santé sont-ils suffisamment formés pour assurer les interventions susmentionnées avec leurs clients ?			
		l'équipe s'est-elle mise d'accord sur les moments du processus de PTME (le conseil et dépistage du VIH proposé par le prestataire, les soins prénataux, les soins intra-partum, les soins post-nataux et le suivi des bébés exposés) auxquels les informations et le conseil susmentionnés seront fournis aux clients ?			
		l'équipe de santé a-t-elle identifié les membres de l'équipe de santé qui fourniront aux clients les informations et les services susmentionnés ?			
		les éléments susmentionnés sont-ils incorporés dans des procédures ou des directives opérationnelles standard de l'établissement ou de l'organisation, de sorte que tous les membres de l'équipe de santé (en particulier les nouveaux) soient informés de cette pratique ?			

TABLEAU 9 : LISTE DE VÉRIFICATION POUR LES SERVICES QUI APPUIENT LE VOLET 2

#	QUESTION	O	N	I	
1	Les femmes vivant avec le VIH reçoivent-elles également, dans le cadre des services routiniers de VIH, le conseil en SSR qui:	affirme le droit des femmes vivant avec le VIH et des couples à prendre une décision éclairée sur l'opportunité et le moment d'avoir des enfants ?			
		offre aux femmes des informations sur le moment et l'espacement salutaires des naissances ?			
		met l'accent, de façon régulière, sur les intentions en matière de fertilité – et si une grossesse est souhaitée, une cliente reçoit-elle le conseil et les soins nécessaires en matière de préconception afin de planifier la conception d'une manière qui optimise sa santé, celle de son partenaire (en particulier dans le cas d'un couple sérodiscordant) et prévienne la TME ?			
		fournit des informations, sans porter de jugement, sur l'éventail complet des options contraceptives disponibles pour les femmes, leur utilisation et leurs effets secondaires et sur la manière dont une cliente peut accéder aux produits de son choix au niveau du site de prestation de services – notamment la disponibilité et l'accessibilité de la contraception d'urgence ?			
		offre un suivi et un soutien pour évaluer la poursuite ou la nécessité de changer la méthode contraceptive choisie ?			
		discute de la valeur de la double protection et fournit à la cliente un soutien en renforcement de capacités en vue de réduire les rapports sexuels non protégés (et, par exemple, introduire l'utilisation des préservatifs dans ses relations sexuelles actuelles et futures) ?			
		discute de l'implication et de la responsabilité conjointe des partenaires masculins des clientes dans la pratique de rapports sexuels à moindre risque, de la contraception et de la planification pour la conception – et envisage les différentes manières dont les clientes peuvent encourager leur implication dans ces questions à l'avenir ?			
		offre des informations et un conseil sur la prévention des IST (notamment les informations sur la reconnaissance des symptômes) et, si nécessaire, le traitement des IST ?			
	offre un soutien pour l'annonce du VIH, en particulier dans les couples sérodiscordants ?				
2	Si un groupe de soutien pour les personnes vivant avec le VIH est organisé, les questions de droits de santé sexuelle et reproductive susmentionnées sont-elles également soulevées et discutées dans le cadre du contenu de ce groupe (voir la Section 9 : Stratégies et actions clés, Stratégie 4) ?				
3	Les membres de l'équipe de santé sont-ils équipés pour assurer le conseil et le soutien à des adolescentes infectées au stade périnatal qui auront, de plus en plus, besoin d'informations et de services similaires associés à la planification familiale et la double protection, de soins avant la conception et de PTME (voir la Section 9 : Stratégies et actions clés, Stratégie 5)				
4	Les produits contraceptifs et, en particulier, les préservatifs masculins et féminins, sont-ils facilement disponibles pour les femmes vivant avec le VIH à chacune de leurs consultations avec un prestataire de services de santé ?				
5	Les femmes vivant avec le VIH qui ont été victimes de violence sexiste reçoivent-elles de manière systématique:	un conseil, un soutien psychosocial et juridique ?			
		la contraception d'urgence et d'autres services associés en cas d'agression sexuelle ?			
6	Pour s'assurer que les composantes du Volet 2 de la PTME sont intégrées dans une pratique de routine au sein de l'établissement et de l'organisation:	tous les membres de l'équipe de santé sont-ils suffisamment formés pour assurer les interventions susmentionnées avec leurs clients ?			
		l'équipe s'est-elle mise d'accord sur les moments du processus de PTME (notamment le conseil et dépistage du VIH proposé par le prestataire, les soins prénataux, les soins intra-partum, les soins post-nataux et le suivi des bébés exposés au VIH) auxquels les informations et le conseil susmentionnés seront fournis aux clients ?			
		l'équipe de santé a-t-elle identifié les membres de l'équipe de santé qui fourniront aux clients les informations et les services susmentionnés ?			
		les éléments susmentionnés sont-ils incorporés dans des procédures ou des directives opérationnelles standard de l'établissement ou de l'organisation, de sorte que tous les membres de l'équipe de santé (en particulier les nouveaux) soient informés de cette pratique ?			

9

STRATÉGIES ET ACTIONS CLÉS

Stratégie 1 : Établir des liens entre SSR et VIH au niveau des politiques, des systèmes et de la prestation de services

Stratégie 2 : Renforcer l'engagement des communautés

Stratégie 3 : Promouvoir la participation accrue des hommes

Stratégie 4 : Amener les organisations des personnes vivant avec le VIH à s'impliquer

Stratégie 5 : Assurer une prestation de services non discriminatoires dans des cadres non stigmatisants





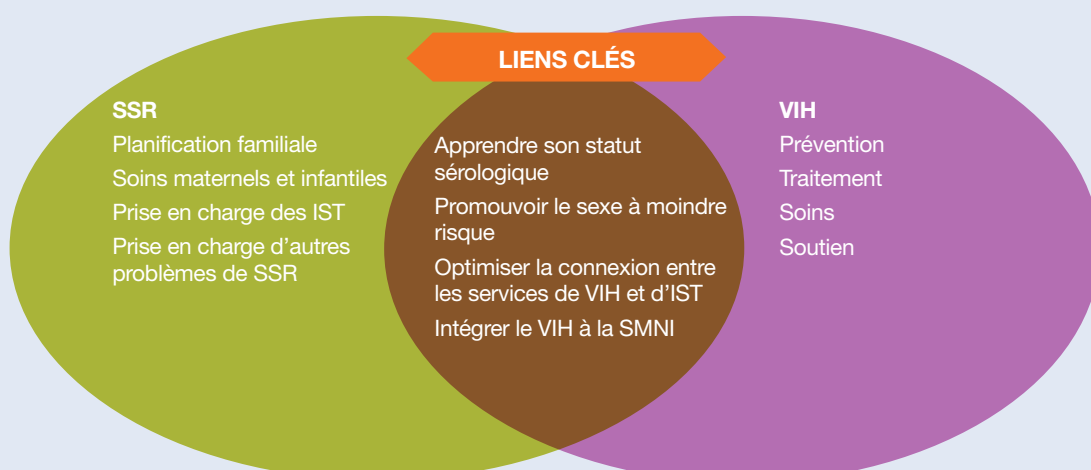
STRATEGIE 1 : ÉTABLIR DES LIENS ENTRE LA SSR ET LE VIH AU NIVEAU DES POLITIQUES, DES SYSTEMES ET DE LA PRESTATION DE SERVICES

Atteindre les objectifs de l'amélioration de la santé maternelle et de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant nécessite d'établir des liens entre les réponses au VIH et à la SSR. Les programmes pour les Volets 1 et 2 nécessitent une intégration efficace de la SMNI, de la planification familiale, des services d'IST et de VIH (voir la *Figure 9*), tout en surmontant les goulots d'étranglement des systèmes de santé et en assurant un environnement politique favorable respectueux des droits humains. Des mesures doivent être prises au niveau des politiques, des systèmes et de la prestation de services. (voir la *Section 7: Points d'entrée*, la *Section 8: Questions opérationnelles* et la *Section 9: Stratégies et actions clés*). Dans cet environnement d'harmonisation, de collaboration et de responsabilisation accrues et avec la pression pour des progrès significatifs vers la réalisation des OMD 3, 4, 5 et 6, l'impératif politique et programmatique d'une réponse conjointe à la SSR et au VIH est incontestable.

Points clés

- La justification de l'établissement de liens entre les réponses à la SSR et au VIH est indiscutable – la plupart des infections à VIH sont sexuellement transmissibles ou sont associées à la grossesse, l'accouchement et l'allaitement⁸³ et le risque de transmission et de contraction du VIH peut être davantage accru en présence de certaines IST. En outre, la mauvaise santé sexuelle et reproductive et le VIH ont des causes profondes communes, notamment l'inégalité économique, l'accès limité aux informations appropriées, l'inégalité des sexes, les normes culturelles néfastes et la marginalisation sociale des populations les plus vulnérables (voir l'*Annexe 3*, la section concernant l'égalité des sexes et l'autonomisation).
- Les avantages potentiels de santé publique tirés des liens entre SSR et VIH sont : une meilleure accessibilité et une meilleure acceptation des services clés de VIH et de SSR ; un meilleur accès des personnes vivant avec le VIH à des services de SSR adaptés à leurs besoins ; la réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH ; une couverture améliorée des populations mal desservies et des populations clés ; un appui plus important pour la double protection ; une meilleure qualité de soins ; moins de duplication des efforts et de concurrence autour des maigres ressources ; une meilleure compréhension et protection des droits des individus ; des complémentarités se renforçant mutuellement au niveau des cadres juridiques et politiques ; une efficacité et une efficience accrues des programmes et une meilleure utilisation des rares ressources de santé.⁸⁴

FIGURE 9 : LIENS PROGRAMMATIQUES PRIORITAIRES ENTRE SSR ET VIH⁸²



- Les liens renvoient aux synergies bidirectionnelles en matière de politiques, de systèmes et de services entre la SSR et le VIH. L'intégration⁸⁵ comme sous-ensemble des liens, renvoie aux aspects du niveau de la prestation de services et peut être comprise comme la jonction de programmes opérationnels pour assurer des résultats efficaces dans le cadre de nombreuses modalités (les prestataires polyvalents, la référence, les services regroupés sur un seul site, etc.).
- Les liens entre la SSR et le VIH se rapportent non seulement à la prestation de services mais également au domaine politique, à la prise en compte des lois et politiques qui portent atteinte aux droits humains et entravent l'accès aux services. Ceci inclut les politiques concernant l'âge du consentement, la violence sexiste, l'éducation sexuelle globale, le mariage des enfants, la criminalisation de la transmission du VIH et des comportements des populations clés ainsi que la stigmatisation et la discrimination.
- Il est extrêmement important de répondre aux préoccupations de SSR des personnes vivant avec le VIH. Établir des liens entre la SSR et le VIH implique de soutenir les droits des personnes vivant avec le VIH à être sexuellement actives et à prendre librement et avec discernement les décisions en matière de procréation, d'éliminer la stigmatisation et la discrimination, de respecter la vie privée et la confidentialité, notamment concernant le statut sérologique, d'offrir des services cliniques adaptés aux personnes vivant avec le VIH.
- Le faisceau de preuves existant sur les liens entre SSR et VIH indique que l'intégration des services de SSR et de VIH est bénéfique et réalisable car elle peut : accroître l'accès aux services et leur acceptation ; améliorer les résultats en matière de santé et de comportement, y compris l'utilisation des préservatifs ; accroître la connaissance du VIH et des autres IST et améliorer la qualité des services. L'un des avantages potentiels de l'intégration des services, c'est l'économie concernant les coûts générés grâce à des modalités de services associés – exemple le fonctionnement multitâches, le partage des équipements et des références solides – qui, à travers une couverture accrue des services, peut avoir un impact plus important en termes de résultats, compensant ainsi tout coût initial de démarrage plus élevé⁸⁶ (voir la Section 11 : Recherche opérationnelle).
- La Déclaration politique de juin 2011 de l'UNGASS sur le VIH et le sida a reconnu l'importance de l'établissement de liens entre la SSR et le VIH pour atteindre les objectifs inter-reliés des OMD 3, 4, 5 et 6, notant que « l'accès à des services de santé en matière de sexualité et de procréation a été et demeure essentiel dans la lutte contre le VIH et le sida... ; et il importe de renforcer les systèmes de santé, en particulier les soins de santé primaire, dont la lutte contre le VIH et le sida doit faire partie et de renforcer le plaidoyer, la politique suivie et les programmes dans la lutte contre le VIH et la tuberculose, les services de soins de santé primaire, les soins de santé de la sexualité et de la procréation, les soins de santé maternelle et infantile, etc. ».⁸⁷
- L'intégration de la SSR et du VIH peut accroître le conseil et dépistage du VIH et la couverture de la TAR qui sont importants pour répondre aux droits humains à la santé et appuyer la prévention du VIH⁸⁸ (voir la Section 5 : Volet 1, Encadré 4 : Traitement comme prévention).
- L'agenda des liens est basé sur le principe des droits humains, notamment par la participation des personnes vivant avec le VIH et des populations clés. Malgré les sensibilités sociales et politiques, l'établissement de liens entre SSR et VIH nécessite un accent sur les populations clés telles que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues et les professionnel(le)s du sexe. Cela couvre également les droits et la SSR des personnes vivant avec le VIH pour lesquels une base importante d'orientation a été élaborée (voir l'Annexe 2, Bibliographie

ENCADRÉ 9 : OUTIL D'ÉVALUATION RAPIDE POUR L'ÉTABLISSEMENT DE LIENS ENTRE LA SSR ET LE VIH⁹⁰

L'*Outil d'évaluation rapide pour l'établissement de liens entre la SSR et le VIH* est conçu pour évaluer les liens bidirectionnels entre le VIH et la SSR aux niveaux des politiques, des systèmes et de la prestation de services ; pour identifier les principales lacunes actuelles au niveau des politiques et des programmes et pour contribuer à l'élaboration de plans d'action spécifiques aux pays en vue de forger et de renforcer ces liens. Tout en mettant principalement l'accent sur le secteur de la santé, il peut être associé à l'évaluation d'autres secteurs pertinents (l'éducation, par exemple) et les aspects communautaires sont également un élément important du processus d'évaluation.

Les lacunes et les défis sont évidents au niveau du renforcement des liens entre la SSR et le VIH aux trois niveaux – les politiques, les systèmes (partenariats, mécanismes de coordination, renforcement des capacités, suivi et évaluation, logistique, etc.) et la prestation de services (« intégration »). La force de l'outil réside en sa capacité à générer des conclusions susceptibles d'initier un dialogue sur les étapes nécessaires à l'élaboration de plans spécifiques aux pays en vue de forger et de renforcer les liens.

L'on peut trouver des évaluations rapides réalisées sur le site www.srhivlinkages.org (voir l'Encadré 10 : Portail Web des liens entre la SSR et le VIH).

Les étapes suivantes concernant les liens incluent des actions visant à :

- mesurer les progrès en matière de liens (un travail supplémentaire sur les indicateurs est en cours)
- combler les lacunes en matière de recherche (stigmatisation, coûts, etc.) (voir la Section 11)
- renforcer la planification et la mise en œuvre conjointes, exemple la SMNI/PTME et l'éducation sexuelle
- mettre en place des mécanismes de coordination durables liés au renforcement des systèmes de santé
- appuyer l'intégralité des liens (droits humains, stigmatisation et discrimination, violence sexiste, etc.)
- établir des liens avec d'autres secteurs de la santé et d'autres secteurs autres que la santé
- faire participer de manière significative les PVVIH et les populations clés.

annotée, Section Volet 2 de la PTME : Prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH).⁸⁹

- Enfin, les liens entre la SSR et le VIH ont besoin d'être étendus à d'autres questions de santé telles que la tuberculose, l'hépatite virale, le paludisme et, en fin de compte, aux soins de santé primaire liés aux efforts nationaux et mondiaux pour le développement national dans les secteurs pertinents tels que l'éducation, le travail, la sécurité alimentaire et au niveau de la distribution d'eau et de la protection sociale.

L'Encadré 9 souligne l'importance de la mise en œuvre de l'*Outil d'évaluation rapide pour l'établissement de liens entre la SSR et le VIH* au niveau des pays afin d'identifier les principales lacunes au niveau des politiques, des systèmes et de la prestation de services en vue d'atteindre les objectifs conjoints de SSR et de VIH.

Le Tableau 10 illustre la nature bidirectionnelle de l'intégration, mettant en lumière des exemples de programmes spécifiques qui peuvent être intégrés en vue de renforcer la mise en œuvre des Volets 1 et 2.

TABEAU 10 : INTEGRATION BIDIRECTIONNELLE DES SERVICES DE SSR ET DE VIH

INTEGRATION DE LA SSR AU VIH	INTEGRATION DU VIH A LA SSR
<p>La planification familiale dans le conseil et dépistage du VIH</p> <p>Les services de planification familiale offerts en même temps que le conseil et dépistage du VIH accroissent l'accès à la planification familiale pour les personnes dont le résultat au test de VIH est positif (Volet 2), appuient la double protection procurée par les préservatifs qui accroît la protection contre le VIH, les IST et les grossesses non désirées (Volets 1 et 2) et réduisent le nombre de grossesses non désirées (Volets 1 et 2).</p>	<p>Le conseil et dépistage du VIH dans la planification familiale</p> <p>Lorsque les services de planification familiale touchent les individus sexuellement actifs (les femmes, en particulier), ils sont un véhicule idéal pour l'offre de conseil et dépistage du VIH (Volet 1). Les soins aux clients continuent à travers une prestation de services directe ou une référence pour les personnes dont le test au VIH est positif (Volets 2 et 4).⁹¹ Le conseil et les services de prévention primaire peuvent être offerts aux personnes dont le test au VIH est négatif (Volet 1).</p> <p>Options d'intégration:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Intégration totale: prestataires formés pour conduire le conseil pré et post-test et un dépistage rapide du VIH sur le site ■ Intégration partielle: prestataires formés pour offrir un conseil et dépistage du VIH et une référence pour le conseil pré-test ou post-test et le dépistage du VIH.⁹²
<p>La prise en charge des infections sexuellement transmissibles au cours des consultations prénatales</p> <p>Les IST accroissent le risque de transmission et de contraction du VIH. La prise en charge des IST, notamment la syphilis, est bénéfique pour les femmes et leurs bébés (syphilis congénitale). L'offre d'informations et de préservatifs pour la prévention du VIH/IST est bénéfique pour les clientes séropositives et séronégatives (Volets 1 et 2).</p>	<p>Le conseil et dépistage du VIH au cours des consultations prénatales</p> <p>Étant donné que le conseil et dépistage du VIH est la voie d'entrée à la prévention, au traitement, aux soins et soutien, il permet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ aux femmes séronégatives, d'être informées sur le VIH et sa transmission, leur offrant l'occasion d'obtenir des informations et des préservatifs pour la protection du VIH/IST et des messages sur le renouvellement du test/le dépistage des couples (Volet 1) ■ aux femmes séropositives, de prévenir la transmission verticale (Volet 3), de protéger leur propre santé (Volet 4) et celle de leurs partenaires sérodiscordants (traitement comme prévention) (Volet 1) et de prendre en charge les intentions de fertilité futures (Volet 2).
<p>La planification familiale dans le cadre de la prévention, du traitement, des soins et soutien du VIH</p> <p>Les personnes séropositives qui ont déjà accès aux services de traitement, de soins et soutien du VIH peuvent bénéficier des services de planification familiale basés sur les droits (Volet 2).</p>	<p>La prévention, le traitement, les soins et soutien du VIH dans le cadre des interventions de santé reproductive à base communautaire</p> <p>Les agents de santé communautaire peuvent offrir des informations et un conseil sur la PTME, la planification familiale, en particulier la double protection (Volets 1 et 2), la compréhension et l'observance du traitement de la TAR.</p>
<p>La prise en charge des IST, notamment le cancer du col de l'utérus dans le cadre du traitement, des soins et soutien du VIH</p> <p>Les femmes vivant avec le VIH et leurs partenaires ont besoin d'un traitement pour leurs IST, d'une fourniture de préservatifs pour la prévention du VIH/IST (Volets 1 et 2) et du dépistage et de la prise en charge du cancer du col de l'utérus</p>	<p>La thérapie antirétrovirale dans le cadre des programmes de prestation de services de SSR⁹³</p> <p>Étant donné que les services de SSR touchent déjà les individus sexuellement actifs, notamment les femmes vivant avec le VIH (Volet 2), ils représentent un véhicule idéal pour offrir la TAR pour la santé des mères (Volet 4) et la santé de leurs partenaires sérodiscordants (Volet 1 du Traitement comme prévention) et la prévention de la transmission verticale (Volet 3).</p>

ENCADRÉ 10 : PORTAIL WEB DES LIENS ENTRE LA SSR ET LE VIH

Le Groupe de travail inter-institutions sur les liens entre la SSR et le VIH (dirigé par l'UNFPA, l'OMS et IPPF) a développé un portail web – www.srhivlinkages.org – qui contient des outils et des documents d'orientation clés sur les liens, des résumés pays, des évaluations rapides des liens entre la SSR et le VIH, des conseils sur l'obtention de financement (exemple, le Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme), des présentations PowerPoint standardisés et des documents clés sur une variété de sujets concernant les liens (exemple, la SSR des personnes vivant avec le VIH, la PTME), etc. Ce portail est actualisé tous les six mois pour offrir les orientations les plus récentes.

Actions clés pour la mise en œuvre de la stratégie

Des actions clés peuvent être entreprises pour mettre en œuvre cette stratégie au niveau des politiques, des systèmes et de la prestation de services par les décideurs, les gestionnaires de programmes, les prestataires de services et les autres membres de la communauté. Des liens sont fournis vers ces documents pour la réalisation de toutes ces actions (se référer aux numéros correspondants des ensembles de référence) dans *Références pour les Stratégies et actions clés* et les *Ensembles de services essentiels*.

Actions clés recommandées

Politiques

- Faire une évaluation des liens entre la SSR et le VIH (politiques, systèmes et services), identifier les lacunes et concevoir un plan d'action pour la mise en œuvre de l'eTME intégrée. 1, 63, voir l'Encadré 9
- Assurer un plaidoyer auprès des décideurs et des gestionnaires de programmes en matière de SSR et de VIH pour un engagement renforcé pour la mise en œuvre des Volets 1 et 2.⁹⁴ 1, 16, 27, 35, 42, 47, 52, 63, 69, 85, 86, 92, 93
- Mettre en place ou renforcer un organe de coordination au niveau national et au niveau des districts, permettant aux gestionnaires de programmes de SSR et de VIH de coordonner et d'intégrer les programmes conjoints. 1, 27, 40, 63, 68, 69, 73, 80
- Revoir les priorités, les buts et objectifs d'eTME au niveau national et fixer des objectifs chiffrés appropriés basés sur la population, accompagnés d'indicateurs pour les Volets 1 et 2. 1, 16, 31, 47, 63, 69, 80, 92, 93
- Revoir et réviser les programmes de formation et les protocoles pour les prestataires de services de soins de santé primaires en matière de SSR et de VIH en vue de mettre en œuvre les Volets 1 et 2. 12, 28, 36, 38, 70, 75, 76, 92, 93

Systèmes

- Élaborer des plans au niveau national et au niveau des districts en vue d'appuyer l'offre d'un ensemble intégré d'interventions d'eTME en zone rurale et en zone urbaine, couvrant:
 - > les partenariats – pour l'analyse de la situation, la planification, la budgétisation, la mobilisation des ressources, le plaidoyer, la mise en œuvre, le suivi et évaluation par les partenaires au développement, notamment la société civile (réseaux de personnes vivant avec le VIH, populations clés plus exposées aux risques d'infection, organisations de femmes, jeunes, etc.) 3, 4, 5, 6, 7, 14, 31, 35, 42, 46, 52, 63, 73, 85
 - > les mécanismes de coordination – pour la planification, la gestion et l'administration conjoints du plaidoyer et des politiques associés et l'intégration des services concernant la SSR et le VIH 14, 18, 31, 43, 52, 59, 68, 69, 73, 80
 - > les ressources humaines et le renforcement des capacités – renforcement conjoint des capacités pour la SSR et le VIH, notamment la formation initiale et en cours de service des prestataires de santé pour la mise en œuvre des Volets 1 et 2. 3, 4, 5, 6, 7, 12, 31, 36, 38, 52, 59, 63, 68, 70, 71, 75, 76, 92, 93

- > la logistique et les systèmes d'approvisionnement – pour assurer la sécurité des produits concernant la SSR et le VIH, en utilisant de préférence des systèmes combinés y compris, mais sans s'y limiter, les préservatifs pour la double protection, les lubrifiants aqueux, toute la gamme des contraceptifs, les kits de PPE, les kits d'accouchement, les kits « dignité » pour les situations de crise humanitaire, les kits pour les situations d'après viol, les kits de test pour les IST et le VIH (notamment les tests rapides de VIH), les ARV, les médicaments pour le traitement des IST, des infections opportunistes et du paludisme, le fer/l'acide folique, le matériel pour des injections sans risque, la thérapie de substitution aux opiacés, etc. 13, 18, 31, 59, 64, 69, 73
- > les laboratoires – pour les besoins combinés de SSR et de VIH comprenant notamment la concentration de l'hémoglobine, la détermination des groupes et des types sanguins, le diagnostic des IST (notamment les tests RPR/VDRL⁹⁵ pour la syphilis), le diagnostic du VIH, la numération des cellules CD4, la charge virale du VIH, les tests de la fonction hépatique, les analyses d'urine, la glycémie, le test de grossesse, le diagnostic des cancers du col de l'utérus et d'autres cancers, etc. 18, 35, 59
- Élaborer des directives, des outils et des compétences appropriés pour appuyer l'offre de planification familiale et d'autres soins de SSR comme composante essentielle du continuum de soins et de soutien pour les femmes vivant avec le VIH dans le contexte de l'eTME et des soins du VIH pour les enfants.⁹⁶ 12, 36, 41, 47, 52, 70, 75, 76, 92, 93

Prestation de services

- Appuyer l'intégration des services de SSR et de VIH éclairés par des données probantes et basés sur les droits humains qui contribuent à la mise en œuvre des Volets 1 et 2, particulièrement (voir la *Section 7: Points d'entrée*, et *Tableau 10*):
 - > les services de planification familiale dans le cadre des services de SMNI et de TAR. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 47, 52, 59, 66, 67, 68, 69, 71, 73, 92, 93
 - > le diagnostic et le traitement des IST dans le cadre des services de TAR, de SMNI, de violence sexiste et de planification familiale. 3, 4, 5, 6, 7, 18, 25, 26, 30, 47, 52, 59, 68, 69, 70, 71, 76, 87
 - > le conseil et dépistage du VIH dans le cadre des services de SMNI, d'IST, de violence sexiste et de planification familiale. 3, 4, 5, 6, 7, 17, 28, 29, 30, 33, 47, 68, 69, 70, 71, 73, 92, 93
 - > la prévention et l'atténuation de l'impact de la violence sexiste dans le cadre des services de conseil et dépistage du VIH, de TAR, de SMNI, d'IST et de planification familiale. 3, 4, 5, 6, 7, 23, 47, 58, 59, 60, 61, 62, 71, 79
- Modifier au besoin et mettre en œuvre les ensembles de services essentiels pour les Volets 1 et 2 ainsi que les protocoles et les directives associés. 1, 31, 59 et les *Sections 5 et 6, Tableaux 2 et 4: Ensemble des services essentiels* et tous les documents dans la *Bibliographie annotée de l'Annexe 2*.



STRATÉGIE 2 : RENFORCER L'ENGAGEMENT DES COMMUNAUTÉS

L'engagement des communautés, en collaboration avec les services de santé, est essentiel pour une mise en œuvre réussie des Volets 1 et 2. Il inclut la génération de demande de services, le changement des normes et des pratiques sociales, l'offre directe de services par le biais des agents de santé communautaire, notamment les éducateurs pour le soutien des pairs, le plaidoyer pour la santé et les droits et la fourniture de soins à domicile.

Points clés

- La sensibilisation à l'eTME, à la compréhension du traitement des ARV et aux soins reproductifs au sein de la communauté peut développer une demande pour des services de SSR et de VIH qui assurent des interventions pour les Volets 1 et 2, notamment par les partenaires masculins.
- L'engagement de la communauté peut susciter des normes et des pratiques sociales qui appuieront les Volets 1 et 2, comme l'utilisation du préservatif, la connaissance de son statut sérologique, l'accès à la TAR et aux contraceptifs et la sensibilisation à l'exercice des droits humains, notamment l'absence de violence et de contrainte.
- Les agents de soins de santé sont des membres de la communauté et les changements favorables au niveau des attitudes des communautés amélioreront leur propre capacité à prodiguer des services sans stigmatisation et discrimination.⁹⁷
- Les agents de santé communautaire sont un prolongement précieux des services de santé et peuvent fournir des services de manière directe et également éclairer les directeurs de programmes de santé sur la manière de mieux répondre aux besoins des clients.
- Les services communautaires sont plus accessibles et peuvent assurer davantage de respect de la vie privée et de la confidentialité. Les services de conseil et dépistage volontaire qui sont offerts dans les cadres communautaires en facilitent l'acceptation.⁹⁸
- L'on sait que l'appui des pairs est essentiel pour les femmes qui apprennent qu'elles sont séropositives. Il est particulièrement traumatisant pour les femmes d'apprendre leur statut pendant la grossesse alors qu'elles doivent faire face au diagnostic, à l'annonce à leurs partenaires et à d'autres préoccupations. Les femmes préféreront probablement être en relation avec d'autres femmes qui ont vécu la même situation et qui peuvent leur apporter un soutien moral et leur faciliter l'accès aux services⁹⁹ (voir la Section 9 : Stratégies et actions clés, Stratégies 4 et 5).
- Comme prolongement des services de santé basés dans les établissements sanitaires, les services de protection

ENCADRÉ 11 : ASSOCIATION POUR LA VIE FAMILIALE DU SWAZILAND : COLLABORATION AVEC DES « MÈRES MENTORS »

La présence d'une « mère mentor » de Mothers2Mothers est bien accueillie dans la clinique Manzini de l'Association de la vie familiale du Swaziland (FLAS). Une « mère mentor » peut passer une heure à conseiller une mère – temps que ne peut pas offrir un médecin. Non seulement ces mères encadrent et soutiennent d'autres femmes séropositives à travers le processus de PTME, mais elles font également partie d'une équipe locale de volontaires communautaires associées à la FLAS. « Les activités que les volontaires communautaires de la FLAS entreprennent comprennent du porte-à-porte et l'éducation des personnes de la communauté au VIH de manière générale, la discussion de certaines questions clés liées à la SSR, le programme de PTME et la discussion sur la disponibilité de la TAR », déclare le directeur. Les objectifs de ce travail de sensibilisation sont, notamment, de :

- réduire le niveau de stigmatisation liée au VIH parmi les membres de la communauté locale ;
- encourager ces personnes qui ont besoin de traitement – comme la TAR – ou de conseil pour la SSR à fréquenter la clinique de la FLAS.

Mothers2Mothers intervient désormais dans neuf pays¹⁰¹ avec 704 sites de programme et compte 1747 femmes séropositives qui travaillent comme « mères mentors » pour aider d'autres femmes vivant avec le VIH. Les « mères mentors » sont traitées comme des membres du personnel, reçoivent un paiement et des semaines de formation complémentaire. Elles ont un rôle officiel dans le soutien des systèmes de santé et dans la formation des clientes.¹⁰²

sociale tels que l'autonomisation économique et le soutien juridique peuvent être fournis directement dans les cadres communautaires en même temps que les interventions de soins de santé.¹⁰⁰

Renforcement des systèmes communautaires

Le Fonds mondial de la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, en collaboration avec les Nations Unies et d'autres parties prenantes, a élaboré un Cadre de renforcement des systèmes communautaires¹⁰³ visant à atteindre de meilleurs résultats de santé en développant le rôle des communautés et des organisations à base communautaire dans la conception, la prestation, le suivi et évaluation des services et activités liés à la prévention, au traitement, aux soins et soutien des personnes vivant avec le VIH.

FIGURE 10 : ACTEURS ET SYSTÈMES COMMUNAUTAIRES ET SANITAIRES – COMPLÉMENTAIRES ET CONNECTÉS¹⁰⁴



Actions clés pour la mise en œuvre de la stratégie

Des actions clés peuvent être entreprises pour mettre en œuvre cette stratégie au niveau des politiques, des systèmes et de la prestation de services par les décideurs, les gestionnaires de programmes, les prestataires de services et les autres membres de la communauté. Des liens sont fournis vers ces documents pour la réalisation de toutes ces actions (se référer aux numéros correspondants des ensembles de référence) dans *Références pour les Stratégies et actions clés* et les *Ensembles de services essentiels*.

Actions clés recommandées

Politiques

- Assurer le plaidoyer auprès des décideurs, des gestionnaires et des prestataires de santé pour une attention accrue à la prévention du VIH et aux besoins de SSR des femmes enceintes, en période de postpartum et d'allaitement et des femmes vivant avec le VIH. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12, 13, 23, 27, 35, 68, 71, 86
- Incorporer des messages pour les Volets 1 et 2 dans tous les messages d'eTME, de VIH et de SSR. 17, 20, 25, 26, 28, 29, 33, 35, 36, 45, 52, 53, 59, 66, 71, 84
- S'assurer que les protocoles permettent aux agents de soins de santé communautaire d'offrir des services appropriés pour les Volets 1 et 2. 3, 4, 5, 6, 7, 14, 22, 25, 26, 35, 47, 52, 59, 14, 28, 31, 38, 59, 63, 71, 73
- Élaborer et appuyer les politiques et les approches programmatiques pour l'élimination de la violence, de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH dans le contexte de l'eTME. 3, 19, 23, 58, 60, 61
- Prendre en compte, grâce à des mécanismes de protection sociale, les facteurs socioéconomiques qui maintiennent l'utilisation des services à un faible niveau. 78

Systemes

- Renforcer les capacités et offrir un soutien technique et financier, au besoin, aux organisations à base communautaire. 14, 31, 36, 52, 59, 63, 74, 82, 85, 91, 93
- Établir des liens efficaces entre les services de SSR et de VIH et les prestataires de la communauté. 13, 14, 23, 28, 31, 35, 41, 42, 52, 59, 62, 63, 68, 69, 73
- Mettre en place et renforcer les mécanismes communautaires pour permettre aux membres des communautés de se mobiliser autour de solutions dictées par les communautés. 3, 4, 5, 6, 7, 14, 42, 52, 59, 62, 74, 91, 93
- Promouvoir et faciliter la participation des personnes vivant avec le VIH, en particulier les femmes et les mères vivant avec le VIH et les populations clés, à la planification et à la prestation de services, au plaidoyer et à l'engagement des communautés. 3, 4, 5, 7, 14, 39, 42, 46, 52, 56, 59, 62, 63, 74, 82, 91, 92, 93, 94 (voir aussi la *Stratégie 4*)
- Former les prestataires de santé communautaire à la mise en œuvre des Volets 1 et 2. 12, 30, 39, 47, 66, 70, 72, 75, 76, 92, 93
- Améliorer l'évaluation de la qualité et de l'impact des données et promouvoir l'utilisation des indicateurs de SSR qui appréhendent correctement les activités communautaires.¹⁰⁵ 13, 14, 35, 47, 52, 59, 62, 73

Prestation de services

- Définir un ensemble standard d'interventions pour les Volets 1 et 2 qui peuvent être mises en œuvre par les prestataires communautaires. 14, 22, 31, 52, 59, 78, 93
- Fournir des services pour les Volets 1 et 2 au niveau des communautés, le cas échéant. 17, 28, 29, 31, 33, 35, 47, 52, 59, 93 voir la *Section 7: Points d'entrée*
- Promouvoir et financer des modèles de soutien par les pairs pour la prestation de services de PTME, de SMNI, de SSR et de VIH. 14, 62
- Fournir des programmes d'appui communautaire avec des directives actualisées et intégrées sur la SSR et le VIH. 17, 29, 39, 41, 47, 69, 76, 87 et tous les documents de la *Section 3: Directives de programmation*
- Assurer la disponibilité des produits appropriés de SSR et de VIH au niveau des communautés. 13, 59, 64, 69, 73



STRATÉGIE 3 : PROMOUVOIR LA PARTICIPATION ACCRUE DES HOMMES

La participation des partenaires masculins est essentielle pour une mise en œuvre efficace des Volets 1 et 2. Des efforts plus poussés sont nécessaires pour s'assurer que les hommes ont accès aux services pour l'amélioration de leur propre santé ainsi que de la santé de leurs partenaires et de leurs enfants. L'engagement auprès de la communauté et des secteurs du travail et de l'éducation est également nécessaire pour appuyer les comportements et les normes sociales susceptibles de promouvoir la SSR et l'égalité des sexes (voir aussi la *Section 9 : Stratégies et actions clés, Stratégie 2*).

Points clés

- Les hommes influencent souvent l'accès et l'utilisation des services de SSR et de VIH par les femmes enceintes.¹⁰⁶
- La participation des hommes peut entraîner : une réduction de la violence sexiste, une utilisation accrue des contraceptifs, une utilisation accrue des services de SSR par les hommes, une communication accrue avec l'épouse ou la partenaire concernant la prise de décisions relatives à la santé des enfants, à la contraception et à la reproduction, et une réduction des taux d'IST.¹⁰⁷
- Le conseil et dépistage du VIH pour les couples peut : accroître la sensibilisation au statut sérologique, susciter une annonce mutuelle, renforcer l'acceptation des services, notamment la TAR pour un partenaire sérodiscordant séropositif et l'appui mutuel pour l'accès et l'observance de la TAR et des interventions d'eTME¹⁰⁸ (voir la *Section 5, Volet 1, Encadré 3 : Conseil et dépistage du VIH*).
- Le traitement comme prévention nécessite que les hommes connaissent leur statut et aient accès à la TAR, ce qui profitera à eux-mêmes et aux partenaires sérodiscordantes (voir la *Section 5, Volet 1, Encadré 3 : Conseil et dépistage du VIH*).
- Les services, notamment la circoncision mâle, dont les hommes en particulier tirent profit, en répondant à leurs besoins de SSR et de VIH, offriront des opportunités supplémentaires d'accroître leur disponibilité à s'engager dans les interventions d'eTME.¹⁰⁹
- L'on note des changements positifs dans le comportement et les attitudes des hommes et des garçons lorsqu'ils participent à des programmes qui couvrent le VIH, la SSR et la violence sexiste.¹¹⁰

ENCADRÉ 12 : LA PARTICIPATION DES HOMMES AU SWAZILAND¹¹¹

Un accent important a été mis sur l'encouragement de la participation des hommes dans les établissements de santé maternelle et infantile à la clinique King Sobhuza II de Manzini, au Swaziland. La clinique reçoit environ 60 000 femmes et enfants chaque année et a intégré des services liés au VIH (conseil et dépistage du VIH, traitement et PTME) dans ses services de santé maternelle et infantile.

Les prestataires de services discutent de manière systématique avec chaque femme de la santé de son partenaire, en particulier, de la connaissance par la femme du statut sérologique de son partenaire. Pour encourager une participation accrue des hommes, la clinique a élaboré une note standard (« lettre d'amour ») pour les partenaires de leurs clientes. La lettre « invite gentiment » le partenaire à rendre visite à la clinique et à discuter d'une ou plusieurs questions de santé suivantes : sa « santé en tant que père », la « santé de la personne que vous aimez », la « santé de votre enfant », la « grossesse sans risque » ou « d'autres questions ». Pour encourager davantage le partenaire à se rendre à la clinique, il est informé que : « lorsque vous arriverez à la clinique, vous n'aurez pas besoin de faire la queue et on vous recevra rapidement si vous rapportez cette lettre avec vous ».

Comme l'a suggéré le médecin résident : « Nous espérons qu'en offrant cette incitation, nous pourrions encourager plus de partenaires masculins à venir à cette clinique avec leurs femmes ou leurs petites amies – en particulier les travailleurs qui ne peuvent pas se permettre de faire la queue trop longtemps ».

Actions clés pour la mise en œuvre de la stratégie

Des actions clés peuvent être entreprises pour mettre en œuvre cette stratégie au niveau des politiques, des systèmes et de la prestation de services par les décideurs, les gestionnaires de programmes, les prestataires de services et les autres membres de la communauté. Des liens sont fournis vers ces documents pour la réalisation de toutes ces actions (se référer aux numéros correspondants des ensembles de référence) dans *Références pour les Stratégies et actions clés* et les *Ensembles de services essentiels*.

Actions clés recommandées

Politiques

- Assurer le plaidoyer auprès des décideurs, des gestionnaires et des prestataires de santé pour une attention accrue aux besoins de SSR et de VIH des hommes. [3](#), [19](#), [21](#), [24](#), [48](#), [50](#), [58](#), [60](#), [61](#), [89](#), [90](#), [92](#), [93](#)
- Développer et appuyer la mise en œuvre de politiques et d'approches programmatiques qui incluent la participation des hommes aux services de SSR et de VIH. [21](#), [24](#), [50](#), [89](#), [90](#), [92](#), [93](#)
- Plaider pour des législations du travail et des politiques sur le lieu de travail qui permettent la participation des hommes aux services de SMNI et autres services de SRH et de VIH, notamment avec leurs partenaires (exemple, supprimer les sanctions infligées aux travailleurs pour absentéisme lorsqu'ils rendent visite aux services de santé pour leur propre santé ou avec leurs partenaires enceintes). [24](#), [50](#)
- Prendre en charge les facteurs culturels et socioéconomiques qui maintiennent à un faible niveau la participation des hommes, notamment les obstacles financiers comme les coûts de transport et les frais des usagers. [78](#), [89](#)

Systèmes

- Revoir et renforcer les directives opérationnelles sur l'implication et la prise en charge des hommes dans les services de SSR et de VIH. [20](#), [21](#), [22](#), [24](#), [39](#), [52](#), [89](#), [92](#), [93](#)
- Mettre en place des services pour les hommes dans le cadre de la SSR qui ne se limitent à l'utilisation du préservatif ou à la prévention et à la prise en charge des IST et à la circoncision masculine, mais qui prennent également en compte leurs autres besoins de santé, notamment la consommation d'alcool et de substances, le dépistage, la prévention et le traitement du VIH, l'information sur la SSR des hommes, la préparation à la grossesse à moindre risque et le rôle des parents masculins dans la santé et le bien-être de leurs enfants. [20](#), [21](#), [22](#), [23](#), [36](#), [52](#), [89](#), [93](#)
- Utiliser tous les points d'entrée, notamment la SMNI, pour encourager le conseil et dépistage du VIH pour les hommes avec leurs partenaires et appuyer le conseil de couple. [17](#), [20](#), [21](#), [28](#), [29](#), [33](#), [35](#), [47](#), [59](#), [84](#), [89](#), [93](#)
- Élaborer des outils d'appui au conseil conviviaux pour les hommes pour les utiliser dans le cadre de la SMNI, de la planification familiale, et d'autres services de SSR et de VIH. [20](#), [21](#), [47](#), [89](#)
- Étendre la disponibilité des services de conseil et dépistage du VIH et des sites de TAR aux hommes et renforcer les programmes de conformité à la TAR. [21](#), [42](#), [62](#), [89](#), [92](#), [93](#)
- Mettre en place des programmes de renforcement des capacités pour aider les hommes à mettre fin à la violence sexiste. [14](#), [19](#), [20](#), [21](#), [48](#), [58](#), [60](#), [61](#), [62](#), [74](#), [89](#), [91](#)

Prestation de services

- Évaluer la réceptivité du personnel à travailler avec les hommes et entreprendre une clarification des valeurs et le renforcement des capacités des prestataires de santé en vue de susciter des attitudes favorables à l'équité entre les sexes et des compétences en communication en vue de donner des conseils aux hommes avec ou sans leur partenaires. [20](#), [21](#), [36](#), [70](#), [75](#), [88](#), [89](#)
- Établir des modèles conviviaux pour les hommes pour la prestation de services de VIH au sein des services de SMNI et autres services de SSR, par exemple en ayant recours à des pairs-éducateurs et conseillers masculins et lever les barrières à l'accès, notamment le temps d'attente et les heures d'ouverture. [14](#), [20](#), [21](#), [52](#), [62](#), [88](#), [89](#) voir aussi la *Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 2*
- Offrir le conseil et dépistage volontaires du VIH aux couples à tous les points d'entrée des services de SMNI. [17](#), [28](#), [29](#), [35](#), [38](#), [59](#), [84](#), [89](#), [93](#)
- Mettre en place des groupes de soutien masculins au sein des services de SSR et de VIH qui favorisent les occasions permettant aux hommes de discuter de normes et d'attitudes relatives au genre et de sexualité et de comprendre les risques et les avantages des différents comportements pour eux-mêmes, leurs partenaires et leurs familles, notamment la consommation d'alcool et de substances. [14](#), [20](#), [21](#), [52](#), [62](#), [89](#)



STRATÉGIE 4 : AMENER LES ORGANISATIONS DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH À S'IMPLIQUER

La participation accrue des personnes vivant avec le VIH (GIPA) est reconnue comme un principe clé de la riposte au VIH et est fondamentale pour les programmes d'eTME.¹¹² Les personnes vivant avec le VIH ne sont pas simplement des bénéficiaires des services ; elles peuvent aussi être une ressource précieuse pour la prestation de services et fournir une rétroaction utile pour l'amélioration des services, notamment l'éradication de la stigmatisation et de la discrimination.

Points clés

- Toutes les personnes vivant avec le VIH doivent recevoir des informations exactes, sans aucun jugement, un conseil et d'autres services leur permettant d'exercer leurs droits et de protéger leurs services liés à la SSR. La prévention de grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH est une approche basée sur les droits pour s'assurer que les femmes vivant avec le VIH, ainsi que toutes les femmes, peuvent exercer pleinement leurs droits de reproduction, notamment l'opportunité ou non d'une grossesse et cela inclut l'offre d'informations sur la conception sans risque et la satisfaction des besoins d'un couple infertile dont l'un vit/les deux vivent peut-être avec le VIH.¹¹³ Cela devrait faire partie d'un ensemble plus large de services de SSR.
- La participation significative des personnes vivant avec le VIH nécessite un investissement dans le développement d'organisations et de groupes de personnes vivant avec le VIH (voir la *Section 9 : Stratégies et actions clés, Stratégie 2*). C'est le moyen le plus sûr et le plus efficace d'assurer la redevabilité¹¹⁴ et c'est la pierre d'angle de toute approche d'eTME basée sur les droits.¹¹⁵
- Les pairs conseillers et les groupes de soutien jouent un rôle vital dans la réussite de l'eTME et dans l'optimisation des résultats pour les familles vivant avec le VIH. Ces individus et ces groupes ne fonctionnent pas isolément, mais sont liés à des réseaux plus importants de personnes vivant avec le VIH qui apportent un soutien et veillent à ce que les réalités du terrain soient traduites aux parties prenantes.¹¹⁶

Outre le fait de travailler avec des réseaux de personnes vivant avec le VIH, les décideurs et les responsables de mise en œuvre devraient amener les groupes de femmes et les réseaux de populations clés à veiller à ce que la dynamique de développement du dépistage pour les jeunes femmes ne crée pas une atmosphère d'hostilité et de peur.¹¹⁷

ENCADRÉ 13 : VOIX VITALES : CONSULTATIONS AVEC LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH SUR LE CADRE STRATÉGIQUE POUR LES VOLETS 1 ET 2 DE LA PTME¹¹⁸

De décembre 2010 à mars 2011, ICW Global et GNP+ ont mené une série de consultations pour rechercher des données probantes, des expériences personnelles et les perspectives de personnes vivant avec le VIH en vue de renforcer ce cadre.¹¹⁹

Les consultations ont conclu qu'une plus grande acceptation des services de PTME est facilitée par :

- la décentralisation des services vers les communautés ;
- la fourniture d'informations exactes, de manière favorable et non empreinte de jugement aux personnes vivant avec le VIH et leurs partenaires ;
- la reconnaissance des droits individuels et la sensibilisation à ces droits pendant le dépistage du VIH ;
- la présence du soutien des pairs dans le cadre du conseil post-test et des programmes de PTME
- l'éducation des prestataires de soins de santé au droit des individus à accéder aux services ;
- l'utilisation responsable du langage sur la santé sexuelle et reproductive et la PTME/l'eTME.

Les consultations ont également montré que la stigmatisation et les attitudes négatives des agents de soins de santé envers les personnes vivant avec le VIH continuent à entraver l'accès aux services et à être un obstacle aux interventions réussies. Par ailleurs, les consultations ont montré un niveau alarmant de violation des droits humains, en particulier l'annonce forcée du statut séropositif et la stigmatisation extrême des options de santé sexuelle et reproductive des individus, comme la stérilisation forcée, le refus de fournir la contraception, l'insistance sur l'abstinence tout au long de la vie comme obligation de santé publique pour les personnes vivant avec le VIH et les interruptions forcées de grossesse. Ceci est ressorti avec force de l'enquête en ligne au cours de laquelle près de 75 % des répondants ont rapporté avoir connu la stigmatisation dans le cadre des soins de santé et 25 %, avoir été forcés par un agent de soins de santé à prendre une décision concernant leur santé sexuelle et reproductive, largement dans le sens de l'interruption ou la prévention d'une grossesse (voir aussi la *Stratégie 5*).

Actions clés pour la mise en œuvre de la stratégie

Des actions clés peuvent être entreprises pour mettre en œuvre cette stratégie au niveau des politiques, des systèmes et de la prestation de services par les décideurs, les gestionnaires de programmes, les prestataires de services et les autres membres de la communauté. Des liens sont fournis vers ces documents pour la réalisation de toutes ces actions (se référer aux numéros correspondants des ensembles de référence) dans *Références pour les Stratégies et actions clés* et les *Ensembles de services essentiels*.

Actions clés recommandées

Politiques

- Assurer un plaidoyer auprès des décideurs, des administrateurs et des prestataires de santé pour une plus grande compréhension et attention aux besoins des personnes vivant avec le VIH et des populations clés en matière de SSR et de VIH. 4, 5, 6, 7, 14, 34, 49, 52, 63, 65, 74, 75, 81, 82, 92, 93
- Fixer des objectifs pour le suivi de la réalisation de l'engagement significatif des personnes vivant avec le VIH. 52
- Revoir les politiques de programmes d'eTME et les plans de mise en œuvre de ces programmes pour s'assurer qu'ils :
 - > respectent le Principe GIPA 4, 5, 6, 7, 14, 34, 52, 63, 74, 75, 81, 82
 - > surveillent les niveaux de stigmatisation et de discrimination dans les programmes. 4, 5, 6, 7, 34, 49, 52, 65, 74, 75, 82, 92, 93, voir la Stratégie 5

Systemes

- Développer des liens et des partenariats formels avec les organisations, les réseaux ou les groupes de personnes vivant avec le VIH en assurant leur engagement actif dans tous les aspects de la prise de décisions et de la programmation et investir dans le développement des capacités. 6, 14, 52, 63, 82
- Impliquer de manière significative les personnes vivant avec le VIH et les populations clés dans tous les aspects de la prise de décisions à travers leur participation aux organes de coordination au niveau national, au niveau des districts et au niveau communautaire. 6, 52, 73, 81

Prestation de services

- Mettre en place des mécanismes de soutien pour les femmes vivant avec le VIH et leurs partenaires à travers des programmes de soutien par les pairs, notamment en fournissant un modèle de soins pour les femmes enceintes et les nouvelles mères vivant avec le VIH et leurs partenaires. 4, 5, 6, 7, 52, 62, 74, 82 voir aussi la *Stratégie 2*
- Offrir aux personnes vivant avec le VIH des opportunités de formation leur permettant de devenir des pairs éducateurs. 14, 52, 62, 74, 91, 93
- Former et soutenir les agents de santé, les autres personnels cliniques et les jeunes, notamment les jeunes vivant avec le VIH, pour renforcer la prestation de services efficaces et appropriés aux adolescents vivant avec le VIH. 24, 39, 4, 70, 75, 92



STRATÉGIE 5 : ASSURER UNE PRESTATION DE SERVICES NON DISCRIMINATOIRES DANS DES CADRES NON STIGMATISANTS

La stigmatisation et la discrimination à l'endroit des personnes vivant avec le VIH et des populations clés plus exposées aux risques d'infection font partie des obstacles les plus importants à une riposte efficace au VIH bien qu'ils soient souvent des éléments négligés de la programmation, notamment en PTME/eTME.

Points clés

- Les femmes peuvent connaître une stigmatisation et une discrimination plus importantes que les hommes, être soumises à des formes plus sévères et avoir moins de voies de recours.¹²⁰
- Dans le contexte de l'eTME, la stigmatisation peut : empêcher les femmes et leurs partenaires de rechercher le conseil et dépistage du VIH et de connaître leur statut, réduire l'accès à d'autres services essentiels de SSR et de VIH, inhiber l'annonce du statut sérologique aux partenaires et aux prestataires de santé, interférer avec des pratiques sexuelles à moindre risque, entraîner l'abandon, la violence et d'autres formes d'abus envers les mères et leurs enfants, compromettre l'observance du traitement et limiter l'exercice des droits humains, notamment les droits liés à la reproduction.¹²¹
- Les violations à l'endroit des femmes vivant avec le VIH et d'autres populations clés plus exposées aux risques d'infection (exemple, les professionnelles du sexe et les femmes consommatrices de drogues, injectables notamment) renvoient à toutes les formes de violence, notamment l'avortement et la stérilisation forcés, le refus des services, le manque de respect des choix de fertilité et le conseil inapproprié et fondé sur le jugement qui limite l'accès aux services et à l'exercice des droits.¹²²
- La stigmatisation et la discrimination ternissent les expériences des jeunes concernant les services de santé, depuis la première visite jusqu'aux soins et au traitement, par la suite. En particulier, les jeunes qui deviennent séropositifs par la voie de l'activité sexuelle trouvent souvent que les agents de soins de santé se montrent critiques, ce qui peut être un obstacle à l'utilisation continue des services de santé.¹²³
- Les professionnelles du sexe vivant avec le VIH qui tombent enceintes ont besoin de bénéficier de l'intégralité des options et de ne pas être obligées de procéder à des interruptions de grossesse.¹²⁴
- Dans les contextes sociaux et économiques où il est difficile pour les femmes d'accéder à un soutien psychosocial et médical approprié lorsqu'elles sont identifiées comme étant « séropositives » et/ou comme « consommatrices de drogues », la coïncidence de ces conditions avec la

grossesse est susceptible de les exposer à une forte stigmatisation et discrimination.¹²⁵

- Alors que les services polyvalents conviennent bien à la prise en charge des besoins de la population générale, dans les zones caractérisées par des niveaux élevés de stigmatisation ou de barrières juridiques, il peut être nécessaire de fournir des services spécialisés (conviviaux) aux personnes plus exposées aux risques de contraction du VIH telles que les professionnel(le)s du sexe et les personnes consommatrices de drogues ainsi qu'aux populations vulnérables telles que les adolescents, afin d'assurer un accès approprié aux services d'eTME à ces populations et leurs partenaires.¹²⁶

ENCADRÉ 14 : L'INDEX DE STIGMATISATION DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

L'Index de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH offre un outil permettant de mesurer et de détecter les tendances changeantes en relation avec la stigmatisation et la discrimination rencontrées par les personnes vivant avec le VIH.

L'Index est une initiative conjointe d'organisations qui ont travaillé ensemble depuis 2004 pour mettre en place cette enquête. Il s'agit, notamment, de

- The Global Network of People Living with HIV (GNP+)
- The International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW)
- The International Planned Parenthood Federation (IPPF)
- Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).

Les personnes vivant avec le VIH sont au centre du processus à la fois en tant qu'enquêteurs et enquêtés et en tant que responsables de la manière dont les informations sont collectées, analysées et utilisées. L'Index est conçu pour accroître la compréhension de la manière dont la stigmatisation et/ou la discrimination sont vécues par les personnes vivant avec le VIH. Les données obtenues peuvent alors être utilisées par les partenaires nationaux à la mise en œuvre pour façonner les interventions programmatiques futures et les changements de politique. Pour de plus amples informations, prière consulter : www.stigmaindex.org

Actions clés pour la mise en œuvre de la stratégie

Des actions clés peuvent être entreprises pour mettre en œuvre cette stratégie au niveau des politiques, des systèmes et de la prestation de services par les décideurs, les gestionnaires de programmes, les prestataires de services et les autres membres de la communauté. Des liens sont fournis vers ces documents pour la réalisation de toutes ces actions (se référer aux numéros correspondants des ensembles de référence) dans *Références pour les Stratégies et actions clés* et les *Ensembles de services essentiels*.

Actions clés recommandées

Politiques

- Assurer le plaidoyer auprès des décideurs, des administrateurs et des prestataires de santé pour une plus grande compréhension et attention aux besoins des personnes vivant avec le VIH et des populations clés en matière de SSR et de VIH. 4, 5, 6, 7, 14, 24, 34, 49, 52, 63, 65, 75, 79, 81, 82, 83, 92, 93
- Revoir les programmes liés à l'eTME dans les stratégies nationales de VIH et de SSR pour s'assurer qu'ils prennent en compte et surveillent la stigmatisation et la discrimination et les réviser, le cas échéant. 52, 63, 65, 82, 83, 92, 93
- Introduire ou réformer des politiques permettant de promouvoir et d'atteindre de manière innovante les populations clés et les jeunes pour accroître leur accès aux services d'eTME. 4, 5, 6, 7, 14, 24, 34, 49, 52, 63, 65, 79
- Revoir et, le cas échéant, plaider pour l'utilisation de données probantes existantes pour la suppression de lois, de politiques et de pratiques comme celles qui :
 - > criminalisent l'exposition au VIH ou sa transmission, notamment la transmission périnatale;
 - > empêchent les jeunes ou les femmes d'accéder aux services de SSR ou de dépistage du VIH sans le consentement des parents, des tuteurs ou des époux;
 - > criminalisent les relations sexuelles entre personnes de même sexe, la consommation et la possession de drogues (pour usage personnel) et le commerce du sexe.
- Mettre en évidence les effets délétères que chacune de ces lois, politiques et pratiques a sur les droits humains, la prévention du VIH et la santé publique en général et, particulièrement, dans le contexte de l'eTME. 4, 5, 6, 7, 24, 34, 49, 52, 65, 81, 83

Systèmes

- S'assurer que les personnes vivant avec le VIH et les populations clés sont représentées dans les organes de coordination, en vue de permettre une attention suffisante à la stigmatisation et à la discrimination dans les services de santé et les communautés. 14, 49, 52, 63, 81
- Revoir et actualiser, le cas échéant, les protocoles pour s'assurer qu'ils sont basés sur les droits et incluent la formation initiale pour les agents de soins de santé ainsi que les cours de recyclage en cours de service pour les prestataires de santé, les gestionnaires et autres personnels des établissements de santé afin de susciter des pratiques non discriminatoires et non fondées sur le jugement. 14, 24, 34, 52, 65, 75, 79
- Consulter les réseaux de personnes vivant avec le VIH pour mesurer la stigmatisation et la discrimination dans la communauté et dans les services de santé et les progrès vers l'élimination de cette stigmatisation et discrimination, en utilisant des outils existants comme l'*Index de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH*, voir l'*Encadré 14*. 49, 65

- Renforcer l'action du secteur de la santé pour répondre aux besoins des jeunes vivant avec le VIH en :
 - > développant des normes pour la prestation de services de santé pour les jeunes vivant avec le VIH;
 - > élaborant des ensembles minimum de traitement et de soins;
 - > assurant un soutien psychosocial, particulièrement important pour l'annonce, l'observance, la réponse à la stigmatisation et à la discrimination, à l'isolement et à la perte et la prévention de comportements à haut risque;
 - > assurant l'orientation et la formation du personnel de santé pour fournir des informations et des services appropriés aux jeunes vivant avec le VIH, c'est-à-dire rendre les services de santé conviviaux pour les adolescents/jeunes;
 - > assurant une formation et un soutien aux jeunes vivant avec le VIH en vue de renforcer leur capacité à contribuer aux activités du secteur de la santé;
 - > établissant des liens avec d'autres secteurs pour renforcer la riposte du secteur de la santé.¹²⁷ 4, 5, 6, 7, 24, 39, 46, 54, 58, 62

Prestation de services

- Identifier les causes de la stigmatisation et de la discrimination au sein des milieux de soins de santé et concevoir un plan pour y faire face. 36, 46, 49, 65, 75, 83
- Transformer les attitudes stigmatisantes et les comportements discriminatoires des prestataires de soins de santé individuels grâce à une clarification des valeurs et d'autres formes de renforcement des capacités appropriées pour éliminer la stigmatisation et la discrimination à l'endroit des personnes vivant avec le VIH et des populations clés. 34, 36, 49, 65, 70, 74, 75, 83
- Former les agents de soins de santé, basés dans les établissements de santé et dans les communautés, pour leur permettre de reconnaître les signes de violence et le rôle que joue la menace de la violence dans la prise de décisions des femmes et des hommes. 3, 19, 58, 61, 60
- Fournir des services (conviviaux) sensibles au genre pour les professionnelles du sexe. 7, 11, 52, 62, 79, 87
- Fournir des services (conviviaux) sensibles au genre pour les femmes consommatrices de drogues grâce à une approche globale prenant en compte leurs besoins pour :
 - > une sensibilisation communautaire, en particulier la sensibilisation des pairs par les pairs éducateurs de sexe féminin;
 - > des supports de prévention et de soins du VIH sensibles au genre;
 - > le traitement spécialisé de la dépendance à la drogue sensible au genre, notamment le traitement de substitution pour les femmes consommatrices de drogues avec et sans enfant;
 - > l'accès aux produits de prévention essentiels tels que les préservatifs masculins et féminins et les seringues et aiguilles stériles;
 - > le conseil et dépistage volontaire du VIH;
 - > le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles;
 - > la PTME et la TAR pour les femmes consommatrices de drogues.¹²⁸ 4, 9, 11, 29, 33, 34, 52, 62, 93



CADRE DE SUIVI DE L'ÉLIMINATION DE LA TME POUR 2015 : OBJECTIFS ET INDICATEURS

Objectifs généraux¹²⁹

1. Réduire de 90 % le nombre de nouvelles infections pédiatriques au VIH
2. Réduire de 50 % le nombre de décès maternels liés au sida
3. Réduire à <5 % le taux de transmission de la mère à l'enfant au niveau de la population

Objectif du Volet 1

Réduire de 50 % l'incidence du VIH chez les femmes âgées de 15 à 49 (et de 15 à 24)

Objectif du Volet 2

Réduire à zéro les besoins non satisfaits de planification familiale

Objectif du Volet 3

Réduire à 5 % la transmission de la mère à l'enfant

Objectif du Volet 4

Réduire de 90 % les décès maternels, néonataux et infantiles associés au VIH

↓ Nombre de femmes séropositives qui accouchent

Indicateurs clés du Volet 1

Pourcentage de femmes enceintes qui connaissent leur statut

Indicateurs clés du Volet 2

Pourcentage des besoins non satisfaits de planification familiale pour toutes les femmes (OMD 5b)

Indicateurs clés du Volet 3

Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui ont reçu des ARV efficaces pour réduire la transmission de la mère à l'enfant (ventilé par régime)

Indicateurs clés du Volet 4

Pourcentage de bébés nés de femmes infectées par le VIH recevant un test de VIH virologique dans un délai de deux mois après la naissance

Autres indicateurs du Volet 1

Pourcentage de femmes enceintes dont le partenaire masculin a fait le test du VIH

Pourcentage d'hommes et de femmes âgés de 15 à 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois qui signalent l'utilisation d'un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.

Autres indicateurs du Volet 2

Pourcentage de femmes en âge de procréer consultant les services de soins et traitement du VIH ayant des besoins de planification familiale non satisfaits (faisant l'objet d'un test pilote)

Autres indicateurs du Volet 3

Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui ont été évaluées pour l'admissibilité à la TAR (numération des cellules CD4 ou détermination du stade clinique)

Pourcentage de bébés nés de femmes infectées par le VIH qui allaitent, qui reçoivent des médicaments antirétroviraux (soit la mère, soit le bébé) en vue de réduire le risque de transmission du VIH pendant la période d'allaitement.

Autres indicateurs du Volet 4

Pourcentage de bébés nés de mères infectées par le VIH qui ont commencé la prophylaxie cotrimoxazole dans un délai de deux mois après la naissance

Distribution/pourcentage de bébés exposés au VIH qui sont nourris exclusivement au sein, au lait maternisé ou sous alimentation mixte à la visite DPT3

Pourcentage d'enfants infectés par le VIH âgés de 0 à 14 ans qui reçoivent actuellement la TAR

Indicateurs clés de la santé maternelle et infantile liés à l'élimination de la TME et aux OMD

Étant donné l'importance critique de l'amélioration des services de SMI pour l'eTME et la contribution mutuelle de ces deux services, des indicateurs clés de SMI sélectionnés feront l'objet de suivi.

Le besoin d'une recherche opérationnelle plus poussée sur les Volets 1 et 2 de la PTME a été clairement reconnu.¹³⁰ Une revue des données probantes 2009 de 58 études (35 études revues par les pairs et 23 pratiques prometteuses)¹³¹ sur les liens entre la SSR et le VIH a conclu que peu d'études, sinon aucune, n'abordaient les questions suivantes :

- les services liés ciblant les hommes et les garçons ;
- la prévention de la violence sexiste ;
- la stigmatisation et la discrimination ;
- les services intégrés de SSR pour les personnes vivant avec le VIH, notamment la prise en compte des grossesses non désirées et la planification des grossesses désirées, en toute sécurité.

Ces lacunes doivent être comblées dans les recherches futures.

Les autres domaines de recherche plus approfondie sont, notamment :

- La documentation des taux de séroconversion chez les femmes enceintes, en période de postpartum et d'allaitement et l'examen de ce qui contribue à la séroconversion et sa prévention pendant cette période
- Une meilleure compréhension de ce qui permet à certaines femmes enceintes, en période de postpartum et d'allaitement d'utiliser les préservatifs et d'autres méthodes de sexe à moindre risque
- L'identification de stratégies communautaires pour accroître de manière efficace l'acceptation de l'eTME
- L'identification des meilleurs modèles pour l'accroissement de la participation des hommes aux services de SMNI/ planification familiale/IST et autres services associés¹³²

ENCADRÉ 15: CONSIDÉRATIONS DE RECHERCHE EN MATIÈRE DE CONTRACEPTION HORMONALE POUR LES FEMMES À RISQUE DE VIH ET LES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH

Entre le 31 janvier et le 2 février 2012, l'OMS a convoqué une réunion d'experts pour discuter des recherches récentes sur l'utilisation de la contraception hormonale par les femmes à haut risque de VIH et celles qui vivent actuellement avec le VIH, et sur les conséquences de celle-ci. Parmi les orientations identifiées pour de futurs travaux de recherche en vue de combler les lacunes actuelles, on relève :^x

- Réaliser de plus amples recherches de haute qualité, s'appuyant des modèles de recherche solides, afin de réunir des éléments de preuve plus définitifs concernant l'association épidémiologique qui existe entre les différentes méthodes de contraception hormonale et l'infection à VIH, la transmission et la progression de la maladie, y compris l'évaluation des méthodes à action prolongée (comme les implants, DIU et les contraceptifs injectables) ainsi que des méthodes plus récentes qui ne figuraient pas dans les études préalables (tels que le patch contraceptif combiné et l'anneau vaginal contraceptif combiné). Les contraceptifs injectables qui emploient des solutions de rechange à l'acétate de médroxy-progestérone nécessitent d'être étudiés.
- Enquêter sur les questions scientifiques fondamentales liées à la compréhension des mécanismes biologiques en œuvre dans l'infection, la transmission et la progression du VIH par rapport aux effets de doses standard de contraception hormonale.
- Optimiser les possibilités d'associer le déploiement de méthodes de contraception nouvellement introduites ou

réintroduites (comme les DIU et les implants) dans les zones à fort taux d'incidence et à prévalence de VIH à des études sur l'infection, la transmission et la progression du VIH.

- Veiller à ce que les essais en cours de prévention du VIH recueillent des données qui peuvent être analysées pour évaluer l'association qui existe entre la contraception hormonale et le VIH, y compris les modes d'utilisation contraceptive, l'utilisation du préservatif et les comportements sexuels. Évaluer de manière plus approfondie les risques d'interactions
- Réaliser des études de modélisation afin de clarifier la prise en compte des risques et des avantages, y compris en termes d'acceptabilité et de rentabilité, associés aux diverses méthodes contraceptives dans différents contextes.
- Effectuer une recherche programmatique / de mise en œuvre pour répondre aux approches en matière de planification familiale et d'autres services de santé sexuelle et reproductive du dépistage, de la prévention et du traitement du VIH, y compris des moyens d'élargir le choix et les diverses méthodes présentées.
- Soutenir les études afin de déterminer les stratégies optimales de counselling en vue de promouvoir une utilisation correcte et systématique du préservatif, masculin et féminin, dans les milieux à forte prévalence du VIH.

x. 'Programmatic and research considerations for hormonal contraception for women at risk of HIV and women living with HIV'. WHO, 2012. Disponible sur: http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_RHR_12.09_eng.pdf

- L'identification des meilleurs modèles pour l'engagement des communautés
- La définition du rôle des acteurs de la communauté dans la prestation de services
- Une meilleure évaluation des besoins d'eTME spécifiques aux adolescents et des barrières à l'accès des services. Par exemple, chercher à savoir si les adolescents sont moins susceptibles de rechercher des services et s'ils sont moins susceptibles de recevoir des soins de qualité comparativement à d'autres groupes plus âgés¹³³
- Comment établir les meilleurs liens entre la SSR et le VIH dans les milieux d'épidémie de niveaux faible et concentré
- Les approches novatrices à la prestation de services dans des régions disposant de faibles systèmes de santé, notamment les régions affectées par des crises humanitaires¹³⁴
- Des stratégies pour améliorer la couverture et toucher les populations mal desservies, c'est-à-dire dans quels types de situations épidémiques est-il important d'atteindre les populations mal desservies? Quels sont les mécanismes les plus efficaces? De quel niveau d'infrastructures a-t-on besoin pour mettre en œuvre les interventions ou intensifier les interventions? Si les stratégies pour toucher les populations rurales, éloignées et urbaines mal desservies ne sont pas rentables ou sont moins rentables que celles utilisées pour d'autres groupes, existe-t-il des raisons éthiques ou pragmatiques pour les mettre en œuvre malgré tout?
- Les analyses du rapport coût-efficacité¹³⁵
- L'identification des modalités optimales de réduction de la stigmatisation.¹³⁶

En entreprenant la recherche opérationnelle, une question importante à prendre en compte est la manière de lier les résultats aux programmes pays. Le renforcement des capacités pour la recherche opérationnelle devrait être inclus comme partie intégrante de la mise en œuvre du programme.

12

NOTES DE FIN DE DOCUMENT

1. Se référer à la *Note sur la terminologie* pour la discussion de la terminologie liée à l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.
 2. Compte à rebours jusqu'à zéro. Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie. ONUSIDA, 2011. www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en.pdf
 3. Compte à rebours jusqu'à zéro. Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie. ONUSIDA, 2011. www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en.pdf
 4. Compte à rebours jusqu'à zéro. Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie. ONUSIDA, 2011. www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en.pdf
 5. Compte à rebours jusqu'à zéro. Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie. ONUSIDA, 2011. www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en.pdf
 6. Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent : recommandations pour une approche de santé publique. Mise à jour 2010. OMS, 2010. www.who.int/hiv/pub/arv/adult2010/en/index.html
Médicaments antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez l'enfant : Vers un accès universel. Recommandations pour une approche de santé publique (version 2010). OMS, 2010. www.who.int/hiv/pub/mtct/antiretroviral2010/en/index.html
 7. Mahy M. What will it take to "virtually eliminate" MTCT? Unpublished presentation November 2010 in Report from the Technical Consultation on the Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV. 9-11 November 2010, Geneva, Switzerland. UNAIDS, UNFPA, UNICEF, WHO, 2011. Appendix 3: Modelling the UNAIDS Business Case.
 8. Les documents sont classés par année de publication.
 9. « Nous avons décidé de travailler pour éliminer les nouvelles infections à VIH parmi les enfants et pour maintenir leurs mères en vie en suivant ces principes :
 - La totalité des femmes, en particulier les femmes enceintes, ont accès à des services de prévention et de traitement anti-VIH salvateurs et de qualité, pour elles-mêmes et pour leurs enfants.
 - Les droits des femmes vivant avec le VIH sont respectés, et les femmes, les familles et les communautés sont habilitées à prendre toutes les dispositions pour assurer leur propre santé et celle de leurs enfants.
 - Des ressources adéquates, à la fois humaines et financières, sont disponibles, de manière opportune et prévisible, auprès de sources nationales et internationales tandis que la réussite des actions est reconnue comme étant une responsabilité partagée.
 - Les programmes liés au VIH, à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, et à la régulation des naissances agissent de concert, produisent des gains substantiels et ouvrent la voie à l'amélioration des résultats en matière de santé.
 - Les communautés, en particulier les femmes vivant avec le VIH, ont les moyens et le pouvoir d'aider les femmes et leur famille dans l'accès à la prévention, aux traitements et aux soins anti-VIH dont elles ont besoin.
 - Les dirigeants nationaux et internationaux agissent de concert pour soutenir les initiatives menées par les pays, et sont tenus responsables de la production de bons résultats. »
- Compte à rebours jusqu'à zéro. Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie. ONUSIDA, 2011. www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en.pdf
10. Outil d'évaluation rapide des liens établis entre la santé sexuelle et de la reproduction et le VIH : Guide générique. IPPF, UNFPA, OMS, ONUSIDA, GNP+, ICW et Young Positives, 2009. www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/91825/en/index.html
 11. Les femmes et la santé : La réalité d'aujourd'hui, le programme de demain. OMS, 2009. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf
 12. Discours d'ouverture lors d'une conférence de presse pour le lancement des efforts conjoints sur la santé des femmes et des enfants. Le Secrétaire général des Nations Unies, Ban Ki-moon, siège des Nations Unies, 14 avril 2010. www.un.org/apps/news/infocus/sgspeeches/statments_full.asp?statID=789
 13. Au plan mondial, le VIH est la première cause de décès des femmes en âge de procréer et contribue fortement à la mortalité maternelle – en 2009, l'on estime à 60 000 le nombre de femmes enceintes décédées de causes liées au VIH.
- Les femmes et la santé : La réalité d'aujourd'hui, le programme de demain. OMS, 2009. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf
- Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990-2008 : Estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale. OMS, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf

Compte à rebours jusqu'à zéro. Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie. ONUSIDA, 2011.

www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en.pdf

14. Si une mère vivant avec le VIH évolue vers les derniers stades du sida, la probabilité de décès de ses enfants, indépendamment de leur statut d'infection, sera 3,5 fois plus élevée et plus de quatre fois plus élevée si la mère elle-même décède. Newell ML, Coovadia H, Cortina-Borja M, et al. 2004. Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis. *Lancet*. 364:1236-1243.

15. Ce taux peut être de 50 % ou même plus chez les femmes qui allaitent; approximativement un tiers des nourrissons dont les mères font une séroconversion suite à l'accouchement seront infectés par le biais de l'allaitement uniquement.

Van de Perre P, Simonon A, Msellati P, et al. 1991. Postnatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to infant. A prospective cohort study in Kigali, Rwanda. *N Engl J Med*. 325:593-598.

Dunn DT, Newell ML, Ades AE, Peckham CS. 1992. Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding. *Lancet*. 340(8819):585-588.

Liang K, Gui X, Zhang YZ, et al. 2009. A case series of 104 women infected with HIV-1 via blood transfusion postnatally: high rate of HIV-1 transmission to infants through breastfeeding. *J Infect Dis*. 200:682-686.

16. Palasanthiran P, Ziegler JB, Stewart GJ, et al. 1993. Breastfeeding during primary maternal human immunodeficiency virus infection and risk of transmission from mother to infant. *J Infect Dis*. 167:441-444.

Ces taux élevés de transmission s'expliquent par le fait que :

- la charge virale maternelle est la variable indépendante la plus constante de TME

Gray RH, Li X, Kigozi G, et al. 2005. Increased risk of incident HIV during pregnancy in Rakai, Uganda: a prospective study. *Lancet*. 366:1182-1188. Cao Y, Krogstad P, Korber BT, et al. 1997. Maternal HIV-1 viral load and vertical transmission of infection: the Ariel Project for the prevention of HIV transmission from mother to infant. *Nat Med*. 3:549-552.

- l'infection à VIH aiguë est associée à des charges virales très élevées

Garcia PM, Kalish LA, Pitt J, et al. 1999. Maternal levels of plasma human immunodeficiency virus type 1 RNA and the risk of perinatal transmission. Women and Infants Transmission Study Group. *N Engl J Med*. 341:394-402. Lindback S, Karlsson AC, Mittler J, et al. 2000. Viral dynamics in primary HIV-1 infection. Karolinska Institute Primary HIV Infection Study Group. *AIDS*. 14:2283-2291.

L'infection maternelle à VIH aiguë pendant la grossesse semble entraîner un risque accru de TME. En 2006, une étude au Zimbabwe a révélé que la TME associée à l'allaitement était très élevée chez les femmes qui faisaient une séroconversion à la fin de leur grossesse et pendant l'allaitement.

Humphrey J, Marinda E, Moulton L, et al. 2006. Breastfeeding-associated HIV transmission among women who seroconvert during late pregnancy and during breastfeeding. 16th International AIDS Conference, 13-18 August, 2006, Toronto, Canada. Abstract No. MoPE0384, 2006.

Une revue 1992 de 9 études sur la transmission du VIH tout au long de l'allaitement a montré un risque accru de TME lorsque la mère contracte le VIH au stade post-natal comparativement au stade prénatal (respectivement 29 % contre 14 %).

Dunn DT, Mewell ML, Ades AE, Peckham CS. 1992. Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding. *Lancet*. 340(8819):585-8.

Une série de cas concernant 104 femmes infectées par le VIH par le biais de la transfusion sanguine au stade post-natal, en Chine,

a démontré que 35,8 % des bébés exposés avaient été infectés par le VIH, peut-être en raison de la virémie plus élevée pendant la phase aiguë de l'infection maternelle (Liang et al, 2009).

Liang K, Gui X, Zhang YZ, et al. 2009. A case series of 104 women infected with HIV-1 via blood transfusion postnatally: high rate of HIV-1 transmission to infants through breast-feeding. *Journal of Infectious Diseases*. 200:682-6.

17. Un certain nombre d'études montrent que les femmes enceintes et celles qui allaitent présentent un risque accru de contraction du VIH et que l'incidence du VIH pendant la grossesse et en période postpartum est souvent plus élevée que chez les populations de femmes non enceintes et celles qui n'allaitent pas.

- Une étude prospective sur 3321 couples africains sérodiscordants a évalué la relation entre la grossesse et le risque de contraction du VIH chez les femmes, concluant à un risque doublement accru. Mugo NR, Heffron R, Donnell D, et al. 2011. Increased risk of HIV-1 transmission in pregnancy: a prospective study among African HIV-1-serodiscordant couples. *AIDS*. 25:1887-1895.

- Mugo N et al. 2010. Pregnancy is associated with an increased risk for HIV transmission among African HIV-1 sero-discordant couples. Abstract. International Microbicides Conference 2010 (22-25 May), Pittsburgh, USA (<http://microbicides2010.org/files/pregnancy%20Mugo%20abstract.pdf>)

- Moodley et ses collègues ont signalé que 3 % des femmes initialement séronégatives en Afrique du Sud faisaient une séroconversion pendant la grossesse et que l'incidence du VIH pendant la grossesse était quatre fois plus élevée que dans la population des femmes non enceintes.

Moodley D, Esterhuizen TM, Pather T, et al. 2009. High HIV incidence during pregnancy: compelling reason for repeat HIV testing. *AIDS*. 23:1255-9.

- À partir de données longitudinales de Rakai, en Ouganda, Gray et ses collègues (2005) ont démontré que les femmes présentaient un risque relativement plus élevé de contraction du VIH pendant la grossesse par rapport aux femmes qui allaitent et aux femmes qui ne sont pas enceintes et qui n'allaitent pas. Gray RH, Li X, Kigozi G, et al. 2005. Increased risk of incident HIV during pregnancy in Rakai, Uganda: a prospective study. *Lancet*. 366:1182-8.

- Une étude du Botswana (Lu, et al 2009) a estimé que les cas incidents d'infection à VIH chez les femmes enceintes et en période de post-partum représentaient 43 % des infections à VIH chez les bébés dans le pays. Toutefois, des résultats contradictoires ont été trouvés par Morrison et ses collègues (2007), qui concluent que ni la grossesse ni la lactation n'expose les femmes à un risque accru de contraction du VIH dans leur étude en Ouganda et au Zimbabwe.

Lu L, Legwaila K, Motswe C, et al. 2009. HIV incidence in pregnancy and the first post-partum year and implications for PMTCT programs, Francistown, Botswana, 2008. 16th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 8-11 February, 2009, Montréal, Canada. Session 23, Abstract 91.

Morrison CS, Wang J, Van der Pol B, et al. 2007. Pregnancy and the risk of HIV-1 acquisition among women in Uganda and Zimbabwe. *AIDS*. 21:1027-1034.

18. Changements hormonaux et autres changements biologiques pendant la grossesse. Les femmes connaissent des changements hormonaux importants pendant la grossesse, notamment des concentrations plus élevées d'œstrogènes. Des études sur le risque de contraction du VIH des utilisateurs de contraceptifs hormonaux offrent un éclairage sur les mécanismes par lesquels les stéroïdes sexuels affectent l'immunité des muqueuses et contribuent potentiellement à un risque accru de l'infection à VIH.

Morrison CS, Richardson BA, Mmiro F, et al. 2006. Hormonal contraception and the risk of HIV acquisition. *AIDS*. 21:85-95.

Brabin L. 2002. Interactions of the female hormonal environment, susceptibility to viral infections, and disease progression. *AIDS Patient Care and STDs*. 16:211-21.

19. Par exemple, les réseaux sexuels des partenaires masculins et l'exposition au VIH pendant la grossesse de leurs partenaires ou la période post-partum (lorsque l'abstinence pourrait être pratiquée avec sa partenaire primaire).
- Lockman, S. 2010. Acute Maternal HIV Infection During Pregnancy and Breast-feeding: Preventing Mother-to-Child Transmission in Resource-Limited Settings. *Medscape*, 03/26/2010. www.medscape.com/viewarticle/718849
- D'autres risques comportementaux sont, notamment :
- le comportement sexuel pendant la grossesse ;
 - l'abstinence de la période du postpartum et le retour à l'activité sexuelle ;
 - la connaissance et l'utilisation des stratégies de réduction du risque du VIH pendant la grossesse ; et
 - la violence et la contrainte sexuelle exercées par les partenaires intimes.
20. Lockman S. 2010. Acute Maternal HIV Infection During Pregnancy and Breast-feeding: Preventing Mother-to-Child Transmission in Resource-Limited Settings. *Medscape*, 03/26/2010. www.medscape.com/viewarticle/718849
- Mbizvo MT, Kasule J, Mahomed K, Nathoo K. 2001. HIV-1 seroconversion incidence following pregnancy and delivery among women seronegative at recruitment in Harare, Zimbabwe. *Cent Afr J Med*. 47(5):115-8.
21. Guidance on couples HIV testing and counselling, including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples. Recommendations for a public health approach. WHO, 2012.
- 21a. Msuya SE et al. 2008. Low male partner participation in antenatal HIV counselling and testing in northern Tanzania: implications for preventive programs. *AIDS Care*. 20:700-709.
22. Allen S, et al. 2003. Sexual Behavior of HIV Discordant Couples after HIV Counseling and Testing. *AIDS* 17(5): 733-40. DeZoysa, I, et al. 2000. The Voluntary HIV-1 Counseling and Testing Efficacy Study Group. Efficacy of Voluntary HIV-1 Counseling and Testing in Individuals and Couples in Kenya, Tanzania, and Trinidad: A Randomised Trial. *Lancet*. 356:103-12. Cité dans : Spino A, Clark M, and Stash S. 2010. HIV Prevention for Serodiscordant Couples. Arlington, VA. USAID, AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One Task Order 1.
23. Farquhar C et al. 2004. Antenatal couple counselling increases uptake of interventions to prevent HIV-1 transmission. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 37:1620-1626.
24. Guide pour la mise à l'échelle au plan mondial de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH : Vers un accès universel pour les femmes, les nourrissons et les jeunes enfants et pour l'élimination du VIH et du SIDA. IATT on Prevention of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and their Children, 2007. Guiding Principle 9. www.who.int/hiv/pub/mtct/pmtct_scaleup2007/en/index.html
- Voir le Tableau 1 : HIV-related services recommended for implementation of provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities in Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé. UNAIDS, OMS, 2007 (at 40). www.who.int/hiv/pub/vct/pitc/en/index.html
- L'OMS et son Bureau pour la région Afrique (OMS AFRO) ont organisé une consultation à Harare, au Zimbabwe, du 9 au 11 février 2011, avec des experts scientifiques clés pour passer en revue les données probantes existantes sur le conseil et dépistage du VIH pour les couples discordants et élaborer des recommandations initiales pour la formulation de politiques dans les pays. Les résultats de la réunion guideront l'élaboration des premières recommandations de l'OMS sur le conseil et dépistage du VIH pour les couples.
- Des experts doivent discuter du conseil et dépistage du VIH pour les couples discordants. 9-11 février 2011, Harare, Zimbabwe. www.who.int/hiv/events/testing_counselling/en/index.html
25. Lockman S. 2010. Acute Maternal HIV Infection During Pregnancy and Breast-feeding: Preventing Mother-to-Child Transmission in Resource-Limited Settings. *Medscape*, 03/26/2010. www.medscape.com/viewarticle/718849
26. Rendre les résultats d'un test VIH, communiquer les messages pour refaire le test et fournir un conseil à l'adulte. OMS, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599115_eng.pdf
27. Voix vitales : Recommandations issues des consultations avec des personnes vivant avec le VIH sur le Cadre stratégique de l'ETII pour les Volets 1 et 2 de la PTME. ICW et GNP+, 2011. www.gnpplus.net/images/stories/Empowerment/consultations/ICW_GNP_Recommandations_PMTCT_Framework_Final.pdf
28. Notamment le conseil post-test, le besoin de refaire périodiquement le test, les besoins des couples sérodiscordants, la vulnérabilité à l'infection pendant la grossesse et le postpartum, le traitement de l'anémie des femmes enceintes, la gestion des IST, les droits liés à la reproduction, la possibilité que le test du VIH engendre une violence sexiste et la prestation de services non stigmatisants et non discriminatoires (voir la *Stratégie* 5).
29. Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé. UNAIDS, OMS, 2007. www.who.int/hiv/pub/vct/pitc/en/index.html
30. Programmatic Update. Antiretroviral Treatment as Prevention (TasP) of HIV and TB: 2012 update. WHO. 2012. http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_HIV_2012.12_eng.pdf
- Des résultats d'essai sans précédent confirment qu'un traitement anti-VIH empêche la transmission du virus. Communiqué de presse. ONUSIDA, OMS, 12 May 2011. www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2011may/20110512pstrialresults/
- Initiation of Antiretroviral Treatment Protects Uninfected Sexual Partners from HIV Infection (HPTN Study 052). Press Release. HIV Prevention Trials Network, 12 May 2011. www.hptn.org/web%20documents/PressReleases/HPTN052PressReleaseFINAL5_12_118am.pdf
31. L'étude connue sous le nom de HPTN 052 a été conçue pour définir si l'utilisation immédiate par rapport à l'utilisation tardive de la TAR par les individus infectés par le VIH pourrait réduire la transmission du VIH à leurs partenaires séronégatifs et être potentiellement bénéfique pour l'individu séropositif lui-même. HPTN 052 a commencé en avril 2005 et a enregistré 1763 couples sérodiscordants (couples dont un membre était séropositif et l'autre, séronégatif), la vaste majorité (97 %) étant des hétérosexuels. L'étude a été menée sur 13 sites en Afrique, en Asie et aux Amériques. Parmi les 877 couples du groupe de TAR tardif, 27 transmissions du VIH sont survenues. Contrairement à une seule transmission survenue dans le groupe de TAR immédiat. Cette différence était très significative du point de vue statistique.
32. Sur les individus eux-mêmes initialement séropositifs, 17 cas de tuberculose extra-pulmonaire sont survenus dans le groupe de TAR tardif, comparativement à 3 cas dans le groupe de TAR immédiat, révélant également un résultat statistiquement significatif. Il y a eu également 23 décès au cours de l'étude. 13 sont survenus dans le groupe de TAR tardif et 10 dans le groupe de TAR immédiat.
- 32a. Guidance on couples HIV testing and counselling, including ART for treatment and prevention in serodiscordant couples. Recommendations for a public health approach. WHO. 2012. http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241501972_eng.pdf
- 32b. Programmatic Update. Antiretroviral Treatment as Prevention (TasP) of HIV and TB: 2012 update. WHO. 2012. http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_HIV_2012.12_eng.pdf
33. Liens entre la SSR et le VIH : passerelles vers l'intégration – une étude de cas du Swaziland. Préparé et publié par l'OMS, l'UNFPA, l'ONUDA, IPPF, 2011.
34. Family Life Association du Swaziland (FLAS): ONG mettant l'accent sur les services de SSR conviviaux pour les jeunes ;

- Baylor College of Medicine Children's Foundation – Swaziland: ONG mettant l'accent sur les soins de santé pédiatrique; centre clinique King Sobhuza II: établissement public urbain de soins de santé de niveau primaire; et le centre clinique Tikuba: établissement public rural de soins de santé primaire.
35. Essential Prevention and Care Interventions for Adults and Adolescents Living with HIV in Resource-Limited Settings. WHO, 2008.
 36. Déclaration de position: Les préservatifs et la prévention du VIH. UNFPA, OMS, ONUSIDA, 2009.
 37. La violence et les abus sexuels subis tôt dans la vie peuvent ensuite entraîner des comportements sexuels comme le démarrage précoce de l'activité sexuelle, les partenaires multiples et le sexe transactionnel qui peuvent accroître le risque de contraction des IST/VIH.
 Au plan mondial, 20 % des filles et 10 % des garçons connaissent des abus sexuels en tant qu'enfants et 20 % à 50 % des femmes indiquent que leur première expérience sexuelle a été forcée. UNICEF, Child Protection Information Sheet, Violence against Children, 2006.
www.unicef.org/publications/files/Child_Protection_Information_Sheets/pdf
 Les femmes qui sont marginalisées (comme les professionnelles du sexe, les femmes et les filles des minorités raciales ou ethniques, les femmes et les filles autochtones, les domestiques ou les travailleuses migrantes, les femmes dans les situations de conflit, les femmes et les filles vivant avec le VIH, les femmes incarcérées, les consommatrices de drogues) se retrouvent souvent cibles de violence, notamment le viol, et à risque élevé de VIH et d'IST. La violence ou même la peur de la violence peut saper leur capacité à accéder aux services sanitaires, sociaux et juridiques. Gender-based Violence and HIV, Programme on International Health and Human Rights Harvard School of Public Health, Inter-agency working group on Gender-based Violence and HIV, à paraître.
 38. International Conference on Population and Development, Cairo, 1994.
www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html
 39. Faire progresser les droits humains et de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH GNP+, ICW, Young Positives, EngenderHealth, IPPF, ONUSIDA, 2009.
www.gnpplus.net/images/stories/SRHR/090811_srrh_of_plhiv_guidance_package_en.pdf
 40. Une vue d'ensemble: coûts et avantages des services de contraception. UNFPA, Guttmacher, 2009.
www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/adding_it_up_report.pdf
 41. En 2007, alors qu'au plan mondial, les besoins non satisfaits de planification familiale étaient estimés à 11 %, ce besoin était estimé à plus de 24 % dans les pays moins développés et de 21 à 29 % dans 22 pays d'Afrique subsaharienne.
 How Universal is Access to Reproductive Health? A Review of the Evidence. UNFPA, 2010.
www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/universal_rh.pdf
 42. Des études de Côte d'Ivoire, d'Ouganda et d'Afrique du Sud ont rapporté des taux de grossesses non désirées allant de 51 % à plus de 90 % dans les populations de femmes vivant avec le VIH alors que ce taux était de 40 % dans la population générale. Vers un accès universel: étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé. Rapport de situation. OMS, ONUSIDA, UNICEF, 2009 (at 96).
www.who.int/hiv/pub/2009progressreport/en/
 43. Report from the Technical Consultation on the Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV. 9–11 November 2010, Geneva, Switzerland. WHO, UNFPA, UNICEF, WHO, 2011.
 44. Si une mère vivant avec le VIH évolue vers les derniers stades du sida, la probabilité de décès de ses enfants, indépendamment de leur statut d'infection, sera 3,5 fois plus élevée et plus de quatre fois plus élevée si la mère elle-même décède. Newell ML, Coovadia H, Cortina-Borja M, et al. 2004. Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis. *Lancet*. 364:1236-1243.
 - 44a. Preventing Unintended Pregnancies and HIV. FHI 360, PEPFAR, USAID, UNFPA, UNAIDS, GNP+, ICW, Measure Evaluation, IPPF, 2012.
 45. Voix vitales: Recommandations issues des consultations avec des personnes vivant avec le VIH sur le Cadre stratégique de l'ETII pour les Volets 1 et 2 de la PTME. ICW et GNP+, 2011.
www.gnpplus.net/images/stories/Empowerment/consultations/ICW_GNP_Recommendations_PMTCT_Framework_Final.pdf
 46. C'est-à-dire le but et les objectifs de l'OMD 5B, l'accès universel à la santé reproductive, y compris la planification familiale.
 47. Mugo NR, Heffron R, Donnell D, et al. 2011. Increased risk of HIV-1 transmission in pregnancy: a prospective study among African HIV-1-serodiscordant couples. *AIDS*. 25:1887–1895. Les auteurs ont noté que cette conclusion appelle à des études plus approfondies pour comprendre les mécanismes biologiques possibles.
 48. Voir l'Annexe 1.
 49. Santé Positive, Dignité et Prévention: un cadre d'action. ONUSIDA, GNP+, 2011.
www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110701_PHDP.pdf
 50. Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion Care, Maternal, Newborn and Child Health. WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank, 2010.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_FCH_10_06_eng.pdf
 51. Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion Care, Maternal, Newborn and Child Health. WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank, 2010.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_FCH_10_06_eng.pdf
 52. ACTG 076; Zorilla, 2000; Carvalho et Piccinini, 2006; Sandelowski et Barroso, 2003; Sherr et Barry, 2004. In Sexual and Reproductive Health and Rights of Women and Girls Living with HIV: Summary of key issues. UNAIDS, UNFPA, UN Women, 2010.
 53. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. Quatrième édition. OMS, 2010.
www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/en/index.html
 Voir aussi: Contraception hormonale et VIH. Note technique. OMS, 2012. http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_RHR_12.08_eng.pdf
 L'OMS en a conclu que les femmes vivant avec le VIH ou à risque élevé de VIH peuvent continuer en toute sécurité à utiliser des contraceptifs hormonaux pour prévenir la grossesse. Cette recommandation fait suite à un examen approfondi des éléments de preuve sur les liens qui existent entre l'utilisation de contraceptifs hormonaux et l'infection à VIH.
 Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent: recommandations pour une approche de santé publique. Mise à jour 2010. OMS, 2010.
www.who.int/hiv/pub/arv/adult2010/en/index.html
 Les actualisations mensuelles sur les interactions médicamenteuses sont fournies par l'Université de Liverpool.
www.hiv-druginteractions.org
 De même, certains médicaments utilisés pour le traitement des infections opportunistes, comme la rifampicine pour la tuberculose, réduisent l'efficacité de certains contraceptifs oraux.
 54. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. Quatrième édition. OMS, 2010.
www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/en/index.html
 Voir aussi: Contraception hormonale et VIH. Note technique. OMS, 2012. http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_RHR_12.08_eng.pdf
 L'OMS en a conclu que les femmes vivant avec le VIH ou à risque élevé de VIH peuvent continuer en toute sécurité à utiliser des contraceptifs hormonaux pour prévenir la grossesse.

- Cette recommandation fait suite à un examen approfondi des éléments de preuve sur les liens qui existent entre l'utilisation de contraceptifs hormonaux et l'infection à VIH.
55. Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS: guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings. WHO, 2006.
www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/924159425X/en/index.html
 56. de Sanjosé S et Palefsky J. 2002. Cervical and anal HPV infections in HIV-positive women and men. *Virus Res.* 89 (2): 201–11.
Les femmes et les hommes séropositifs sont plus susceptibles d'être infectés par des types de HPV oncogènes et d'avoir une néoplasie cervicale intra-épithéliale (CIN) ou une néoplasie anale intra-épithéliale (AIN), des lésions qui peuvent entraîner, respectivement, un cancer invasif du col de l'utérus et un cancer anal invasif.
 57. Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles. OMS, à paraître.
 58. Essential Prevention and Care Interventions for Adults and Adolescents Living with HIV in Resource-Limited Settings. WHO, 2008.
www.who.int/hiv/pub/plhiv/plhiv_treatment_care.pdf
 59. C'est-à-dire, les effets de la progression de la maladie du VIH sur la santé de la femme et les implications pour la planification familiale. Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS: guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings. WHO, 2006.
www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/924159425X/en/index.html
 60. Malaria and HIV/AIDS Interactions and Implications: Conclusions of a Technical Consultation Convened by WHO, 23–25 June 2004. WHO, 2004.
www.who.int/hiv/pub/malaria/en/malaria_hiv_aids.pdf
 61. Making the case for interventions linking sexual and reproductive health and HIV in proposals to the Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. WHO, 2010.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_10_02_eng.pdf
 62. Making the case for interventions linking sexual and reproductive health and HIV in proposals to the Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. WHO, 2010.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_10_02_eng.pdf
 63. Linking Sexual and Reproductive Health and HIV/AIDS, Gateways to Integration: A case study from Swaziland. Préparé et publié par l'OMS, l'UNFPA, l'ONUSIDA, l'IPPF, 2011.
 64. Family Life Association du Swaziland (FLAS): ONG mettant l'accent sur les services de SSR conviviaux pour les jeunes; Baylor College of Medicine Children's Foundation – Swaziland: ONG mettant l'accent sur les soins de santé pédiatrique; centre clinique King Sobhuza II: établissement public urbain de soins de santé de niveau primaire; et le centre clinique Tikuba: établissement public rural de soins de santé primaire.
 65. Buchacz K, Patel P, Taylor M, et al. 2004. Syphilis increases HIV viral load and decreases CD4 cell counts in HIV-infected patients with new syphilis infections. *AIDS.* 18(15):2075–2079.
 66. Mwapas V, Rogerson S, Kwiek J, et al. 2006. Maternal syphilis infection is associated with increased risk of mother-to-child transmission of HIV in Malawi. *AIDS.* 20(14):1869–1877.
 67. Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion Care, Maternal, Newborn and Child Health. WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank, 2010.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_FCH_10_06_eng.pdf
 68. Guide pour la mise à l'échelle au plan mondial de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH: Vers un accès universel pour les femmes, les nourrissons et les jeunes enfants et pour l'élimination du VIH et du SIDA. IATT, 2007.
www.unicef.org/aids/files/PMTCT_enWEBNov26.pdf
 69. Il s'agit, notamment, de :
 - la vaccination des enfants et des services pour les moins de 5 ans
 - le traitement et la prise en charge de la tuberculose
 - les prestataires de soins de santé primaire
 - les soins post-avortement
 - la prévention et la prise en charge de la violence sexiste
 - les services conviviaux pour les jeunes/centrés sur les jeunes
 - les services de SSR pour les hommes (exemple, la circoncision masculine)
 - les services spécifiques pour les professionnel(le)s du sexe
 - la réduction du risque pour les consommateurs de drogues
 - la sensibilisation à base communautaire
 - les organisations de personnes vivant avec le VIH et les populations plus exposées aux risques d'infection, notamment les groupes de soutien
 - les services sur le lieu de travail (exemple, les cliniques et/ou les services d'éducation à la santé)
 - les établissements scolaires et les institutions d'enseignement tertiaire (exemple, l'éducation sexuelle globale. Voir International Guidelines on Sexuality Education: An evidence informed approach to effective sex, relationships and HIV/STI education. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2009. <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf>).
 70. Mugo NR, Heffron R, Donnell D, et al. 2011. Increased risk of HIV-1 transmission in pregnancy: a prospective study among African HIV-1-serodiscordant couples. *AIDS.* 25:1887–1895.
 71. 36 % des répondants ont indiqué une préférence pour les services dans les centres de santé du VIH et 32 % dans les établissements à base communautaire.
Voix vitales : Recommandations issues des consultations avec des personnes vivant avec le VIH sur le Cadre stratégique de l'ETII pour les Volets 1 et 2 de la PTME. ICW et GNP+, 2011.
www.gnpplus.net/images/stories/Empowerment/consultations/ICW_GNP_Recommendations_PMTCT_Framework_Final.pdf
 72. Les principaux goulots d'étranglement renvoient à la fois aux contraintes liées au côté approvisionnement des services (disponibilité des services, accès géographique, contraintes liées aux ressources humaines, disponibilité des médicaments et diagnostic et informations sur la santé et question des systèmes de S&E) et au côté demande (obstacles financiers et socioculturels, rôles assignés à chacun des sexes, discrimination et marginalisation, traitement inadapté dans les établissements de santé, etc.). Ces contraintes peuvent être regroupées au niveau de la couverture des services, de la qualité des services et de l'acceptation de ces services. A Global Action Framework for Elimination of Mother- to-Child Transmission of HIV. IATT, 2011.
 73. A Global Action Framework for the Elimination of Mother to Child Transmission of HIV. IATT, 2011.
 74. Ces 10 points sont surtout applicables aux 22 pays prioritaires. Les autres pays présentant une épidémie faible et une épidémie concentrée devraient adapter ces points à leurs contextes locaux.
 75. Compte à rebours jusqu'à zero. Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie. ONUSIDA, 2011.
www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en.pdf
 76. A Global Action Framework for the Elimination of Mother to Child Transmission of HIV. IATT, 2011.
 77. Le tableau a été adapté à partir de :
 - A Global Action Framework for the Elimination of Mother to Child Transmission of HIV. IATT, 2011.
 - Enhancing Linkages and Integration between Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health and HIV/AIDS Programmes: Towards Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV. Draft Outline of Background Paper on Integration for PMTCT IATT Meeting, 2–3 May 2011.

- Prévention du VIH et des grossesses non désirées : cadre stratégique 2011–2015. En appui au plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie. IATT, 2011.
78. Identifier les goulots d'étranglement à la performance et aux solutions du programme :
- ✓ Renforcer les capacités nationales pour examiner les performances du programme à travers l'analyse des goulots d'étranglement et de l'équité et l'identification du soutien et la priorisation des goulots d'étranglement spécifiques qui freinent l'intensification de la PTME en mettant un accent particulier sur l'accès équitable.
 - ✓ Analyser les barrières à l'acceptation des services et du progrès global. Le processus analytique devrait porter sur l'environnement politique, les mécanismes de financement, les partenariats, la performance de la plateforme de la SMNI et les éléments et les opportunités programmatiques spécifiques de la PTME.
 - ✓ Identifier avec exactitude et lever les barrières géographiques, sociales, culturelles, liées au genre et économiques pour l'accès et l'utilisation des services.
 - ✓ Élaborer un plan d'appui technique des pays sur la base des constatations de l'analyse initiale des goulots d'étranglement et de l'équité. Ce plan d'appui technique devrait inclure des actions et des interventions prioritaires pour surmonter les lacunes et les goulots d'étranglement les plus importants, le temps prévu, les groupes cibles, les rôles et responsabilités des principales parties prenantes, le budget, les indicateurs clés et les mécanismes de suivi des progrès.
 - ✓ Élaborer et mettre en œuvre des politiques et des mécanismes permettant une décentralisation et une dévolution efficaces aux niveaux infranationaux.
- A Global Action Framework for Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV. IATT, 2011.
79. Maternal and Newborn Health National Plans (Road Map) Assessment. African MNH Road Maps Assessment Report. UNFPA, 2009.
www.unfpa.org/public/cache/offonce/home/publications/pid/4197
80. Transformative scale up of health professional education. An effort to increase the numbers of health professionals and to strengthen their impact on population health. WHO, 2011.
www.who.int/hrh/resources/transformational_education/en/index.html
- Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines. PEPFAR, UNAIDS, WHO, 2008.
www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf
81. La directive politique récente (voir l'Annexe 1) plaide pour la reconnaissance des droits humains et la satisfaction des besoins de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH. Les réseaux de personnes vivant avec le VIH ont dirigé ce processus, en collaboration avec les agences des Nations Unies et la société civile, pour développer et mettre en œuvre des programmes de SSR efficaces basés sur les droits des femmes vivant avec le VIH, y compris, mais sans s'y limiter, la planification familiale.
82. La santé sexuelle et reproductive et le VIH/SIDA : Un cadre de liens prioritaires. OMS, 2006.
www.who.int/reproductivehealth/publications/linkages/HIV_05_5/en/index.html
83. La santé sexuelle et reproductive et le VIH/SIDA : Un cadre de liens prioritaires. OMS, 2006.
www.who.int/reproductivehealth/publications/linkages/HIV_05_5/en/index.html
84. Outil d'évaluation rapide des liens établis entre la santé sexuelle et de la reproduction et le VIH : Guide générique. IPPF, UNFPA, OMS, ONUSIDA, GNP+, ICW et Young Positives, 2009.
www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/91825/en/index.html
- Santé sexuelle et de la reproduction et VIH - Liens : examen des preuves et recommandations. IPPF, UCSF, ONUSIDA, UNFPA, OMS, 2009.
www.who.int/reproductivehealth/publications/linkages/hiv_2009/en/index.html
- Thematic Segment: Sexual and Reproductive Health (SRH) services with HIV interventions in practice. Background Paper. 26th Meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board, Geneva, Switzerland, 22-24 June 2010.
www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/basedocument/2010/20100604_26thpcbthematicbackground_final_en.pdf
85. Intégration :
- Pour l'utilisateur, cela renvoie à des soins de santé continus, homogènes et faciles à entreprendre. Les utilisateurs veulent un service coordonné qui réduit le nombre de stades de rendez-vous et le nombre de visites requises dans un établissement de santé.
 - Pour les prestataires, cela signifie que des services techniques distincts et des systèmes d'appui à leur gestion sont fournis, gérés, financés et évalués, soit ensemble, soit de manière étroitement coordonnée.
 - Au niveau macro des directeurs de santé de haut niveau et des décideurs, cela existe lorsque des décisions sur les politiques, le financement, la réglementation ou l'exécution ne sont pas compartimentées de manière inappropriée.
86. Santé sexuelle et de la reproduction et VIH - Liens : examen des preuves et recommandations. IPPF, UCSF, ONUSIDA, UNFPA, OMS, 2009.
www.who.int/reproductivehealth/publications/linkages/hiv_2009/en/index.html
87. Déclaration politique sur le VIH/sida. Résolution adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 10 Juin 2011, paragraphe 21.
www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/06/20110610_UN_A-RES-65-277_en.pdf
88. Etablir une relation entre santé sexuelle et de la reproduction et VIH/SIDA : Une porte vers l'intégration - une étude de cas au Kenya. OMS, ONUSIDA, UNFPA, IPPF, 2008.
www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2008/hiv_integration_kenya.pdf
89. Toolkit on HIV-Related Stigma Reduction in Health Care Settings. EngenderHealth, GNP+, International HIV/AIDS Alliance, International Center for Research on Women, ICW, International Confederation of Midwives, International Council of Nurses, International Labor Organization, International Planned Parenthood Federation, International Treatment Preparedness Coalition, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Development Programme, WHO, World Medical Association, 2011.
www.stigmaactionnetwork.org
90. Outil d'évaluation rapide des liens établis entre la santé sexuelle et de la reproduction et le VIH : Guide générique. IPPF, UNFPA, OMS, ONUSIDA, GNP+, ICW et Young Positives, 2009.
www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/91825/en/index.html
91. Integrating HIV/AIDS treatment and care services into a family planning setting. IPPF, 2006.
www.ippfwhr.org/en/node/289
92. Mullick S, Khoza D, Askew I, et al. 2006. Integrating counseling and testing into family planning services: what happens to the existing quality of family planning when HIV services are integrated in South Africa? Presentation at Linking Reproductive Health, Family Planning, and HIV/AIDS in Africa, Addis Ababa; 9-10 October 2006.
www.fhi.org/NR/rdonlyres/ezk2qek52pa6ai2lbgex43gprvgh3iac7rzeyd2qji2mgjksbkh7iufkrbq67cibr4laeejyet7o/EFHR11global1.pdf
93. Integrating HIV/AIDS treatment and care services into a family planning setting. IPPF, 2006.
www.ippfwhr.org/en/node/289

94. Thematic Segment: Sexual and Reproductive Health (SRH) services with HIV interventions in practice. Background Paper. 26th Meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board, Geneva, Switzerland, 22-24 June 2010. www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/basedocument/2010/20100604_26thpcbthematicbackground_final_en.pdf
95. Tests rapides de la réagine plasmatique (EPR) et de recherche des maladies vénériennes en laboratoire (VDRL).
96. Guide pour la mise à l'échelle au plan mondial de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH: Vers un accès universel pour les femmes, les nourrissons et les jeunes enfants et pour l'élimination du VIH et du SIDA. UNICEF, OMS, IATT on prevention of HIV infection in pregnant women, mothers and their children, 2007. www.who.int/hiv/pub/mtct/pmtct_scaleup2007/en/index.html
97. Voix vitales: Recommandations issues des consultations avec des personnes vivant avec le VIH sur le Cadre stratégique de l'ETII pour les Volets 1 et 2 de la PTME. ICW et GNP+, 2011. www.gnpplus.net/images/stories/Empowerment/consultations/ICW_GNP_Recommendations_PMTCT_Framework_Final.pdf
98. Voix vitales: Recommandations issues des consultations avec des personnes vivant avec le VIH sur le Cadre stratégique de l'ETII pour les Volets 1 et 2 de la PTME. ICW et GNP+, 2011. www.gnpplus.net/images/stories/Empowerment/consultations/ICW_GNP_Recommendations_PMTCT_Framework_Final.pdf
99. Voix vitales: Recommandations issues des consultations avec des personnes vivant avec le VIH sur le Cadre stratégique de l'ETII pour les Volets 1 et 2 de la PTME. ICW et GNP+, 2011. www.gnpplus.net/images/stories/Empowerment/consultations/ICW_GNP_Recommendations_PMTCT_Framework_Final.pdf
100. UNAIDS Expanded Business Case: Enhancing Social Protection. UNAIDS, 2010. http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2010/jc1879_social_protection_business_case_en.pdf
101. Kenya, Lesotho, Malawi, Afrique du Sud, Swaziland, Tanzanie, Ouganda et Zambie.
102. Loewenberg S et Besser M. 2010. Helping mothers with HIV become mentors. *The Lancet*. 377(9772):1145.
103. Community Systems Strengthening Framework. Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2010. www.theglobalfund.org/documents/civilsociety/CSS_Framework.pdf
- Le cadre définit la terminologie du renforcement des systèmes communautaires (RSC) et parle des façons dont les systèmes communautaires contribuent à l'amélioration des résultats de santé. Il offre une approche systématique pour la compréhension des composantes essentielles des systèmes communautaires et pour la conception, la mise en œuvre, le suivi et évaluation des interventions en vue de renforcer ces composantes. Pour chacune des principales composantes décrites dans le cadre, des interventions et activités potentielles de RSC sont regroupées dans des domaines de prestation de services spécifiques, avec une justification et des exemples de listes d'activités non exclusives pour chacun de ces domaines. Le cadre offre une orientation sur les étapes requises pour développer ou renforcer un système pour les interventions de RSC, notamment un nombre d'indicateurs recommandés de RSC pour chaque domaine, avec des définitions détaillées pour chacun d'entre eux et pour permettre de mesurer les progrès au fil du temps. Il faut noter que le cadre a été élaboré pour couvrir le VIH, la tuberculose, le paludisme et autres problèmes de santé importants.
104. Community Systems Strengthening Framework. Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2010. www.theglobalfund.org/documents/civilsociety/CSS_Framework.pdf
105. Basé sur la présentation faite lors de la réunion de l'IATT sur la PTME pour Elimination of Mother-to-Child-Transmission: Country-Level Implementation, 2-3 May 2011. Stephen A. Spector, MD., Office of the Global AIDS Coordinator, U.S. Department of State, 2011.
106. Barker G, Ricardo C, Nascimento M, et al. 2009. Questioning gender norms with men to improve health outcomes: Evidence of impact. *Glob Public Health*. 9:1-15.
- Ramirez Ferrero E. 2011. Moving Towards Gender Transformative Programming: Male Involvement in the Prevention of Mother-To-Child Transmission of HIV. Background Paper (draft).
107. Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: Evidence from program interventions. WHO, 2007. www.who.int/gender/documents/Engaging_men_boys.pdf
- Ramirez Ferrero E. 2011. Moving Towards Gender Transformative Programming: Male Involvement in the Prevention of Mother-To-Child Transmission of HIV. Background Paper (draft).
108. Ramirez Ferrero E. 2011. Moving Towards Gender Transformative Programming: Male Involvement in the Prevention of Mother-To-Child Transmission of HIV. Background Paper (draft).
109. Barker G, Ricardo C, Nascimento M, et al. 2009. Questioning gender norms with men to improve health outcomes: Evidence of impact. *Glob Public Health*. 9:1-15.
- Ramirez Ferrero E. 2011. Moving Towards Gender Transformative Programming: Male Involvement in the Prevention of Mother-To-Child Transmission of HIV. Background Paper (draft).
110. Maman S, Moodley D et Groves A. 2011. Defining Male Support During and After Pregnancy From the Perspective of HIV-Positive and HIV-Negative Women in Durban, South Africa. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 56(4).
- Cet article soutient qu'il est nécessaire d'avoir une compréhension plus grande du genre de soutien qu'apportent les hommes pendant la grossesse et la période postpartum et des effets de ce soutien pour identifier les façons d'amener les hommes à s'engager.
- Barker G, Ricardo C, Nascimento M, et al. 2009. Questioning gender norms with men to improve health outcomes: evidence of impact. *Global Public Health*. 5:539-553.
- Ramirez Ferrero E. 2011. Moving Towards Gender Transformative Programming: Male Involvement in the Prevention of Mother-To-Child Transmission of HIV. Background Paper (draft).
111. Voir les Encadrés 5, 7 et 8: *Liens entre la SSR et le VIH: passerelles vers l'intégration – une étude de cas du Swaziland*. Préparé et publié par l'OMS, l'UNFPA, l'ONUSIDA, IPPF, 2011.
112. UNAIDS Policy Brief: The Greater Involvement of People Living with HIV (GIPA). UNAIDS, 2007. http://data.unaids.org/pub/Report/2007/JC1299-PolicyBrief-GIPA_en.pdf
113. Un certain nombre de documents ont été produits pour guider les ripostes qui prennent en compte les besoins de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH. Voir l'Annexe 1.
114. Lorsque des institutions multilatérales ou des organisations non gouvernementales internationales ou des nations donatrices agissent de concert avec les nations hôtes, mettent en œuvre des politiques de PTME sans consulter les communautés locales, ceux qui reçoivent ces services n'ont aucun moyen direct de les tenir comptables de leurs actions. Au mieux, les nations démocratiques qui reçoivent de l'aide peuvent être tenues comptables dans le cadre de leur propre processus démocratique national. Mais les réseaux de personnes vivant avec le VIH sont directement comptables devant leurs membres et agissent en leur nom. Sans leur participation, même les meilleurs des programmes sont empreints de paternalisme.
115. Voix vitales: Recommandations issues des consultations avec des personnes vivant avec le VIH sur le Cadre stratégique de l'ETII pour les Volets 1 et 2 de la PTME. ICW et GNP+, 8 avril 2011. www.gnpplus.net/images/stories/Empowerment/consultations/ICW_GNP_Recommendations_PMTCT_Framework_Final.pdf

116. En fonction du contexte et du programme, les éducateurs de pairs à pairs peuvent jouer un certain nombre de rôles importants dans la prestation de services pour les Volets 1 et 2, notamment, mais sans s'y limiter: l'offre d'un conseil individuel (post-test, pour la préparation à l'observance, le suivi de l'observance, l'annonce, la santé sexuelle et reproductive, la vie positive, etc.) dans les centres de consultation prénatale, de SSR et de VIH; l'aide aux patients avec des références d'un lieu à un autre dans le cadre des établissements de santé ou entre les établissements de santé; l'offre de référence et de liens aux services et au soutien à base communautaire; le suivi des patients qui ratent des rendez-vous ou sont perdus de vue; servir de lien de communication entre les patients et les agents de soins de santé et participer à la sensibilisation et aux activités d'éducation liées au VIH dans la communauté.
117. Voix vitales: Recommandations issues des consultations avec des personnes vivant avec le VIH sur le Cadre stratégique de l'ETII pour les Volets 1 et 2 de la PTME. ICW et GNP+, 2011. www.gnpplus.net/images/stories/Empowerment/consultations/ICW_GNP_Recommendations_PMTCT_Framework_Final.pdf
118. Voix vitales: Recommandations issues des consultations avec des personnes vivant avec le VIH sur le Cadre stratégique de l'ETII pour les Volets 1 et 2 de la PTME. ICW et GNP+, 2011. www.gnpplus.net/images/stories/Empowerment/consultations/ICW_GNP_Recommendations_PMTCT_Framework_Final.pdf
- Annex B (1): E-consultation. www.gnpplus.net/images/stories/Empowerment/consultations/Appendix_B1_PMTCT_E-consultation_Report_April_2011.pdf
- Annex B (2): Focus Group Discussions. www.gnpplus.net/images/stories/Empowerment/consultations/Appendix_B2_PMTCT_FDGs_Report_April_2011.pdf
- Annex B (3): E-survey. www.gnpplus.net/images/stories/Empowerment/consultations/Appendix_B3_PMTCT_E-survey_Report_April_2011.pdf
- Annex B (4): Expert teleconference. www.gnpplus.net/images/stories/Empowerment/consultations/Appendix_B4_PMTCT_Experts_Teleconference_Report_April_2011.pdf
119. Le processus a adopté une approche mixte de méthodes, combinant des méthodologies de collecte de données probantes qualitatives et quantitatives. Une consultation en ligne modérée entre individus vivant avec le VIH (66 participants issus de 16 pays); trois groupes de discussion facilités (27 hommes et femmes vivant avec le VIH en Jamaïque), une enquête en ligne pour les personnes vivant avec et affectées par le VIH (591 répondants issus de 58 pays); et un panel des experts (22 participants) pour discuter du contenu et de l'accessibilité du cadre.
120. Reducing HIV Stigma and Discrimination: a critical part of national AIDS programmes. A resource for national stakeholders in the HIV response. UNAIDS, 2007. http://data.unaids.org/pub/Report/2008/JC1521_stigmatisation_en.pdf
121. Reducing HIV Stigma and Discrimination: a critical part of national AIDS programmes A resource for national stakeholders in the HIV response. UNAIDS, 2007. http://data.unaids.org/pub/Report/2008/JC1521_stigmatisation_en.pdf
122. Voix vitales: Recommandations issues des consultations avec des personnes vivant avec le VIH sur le Cadre stratégique de l'ETII pour les Volets 1 et 2 de la PTME. ICW et GNP+, 2011. www.gnpplus.net/images/stories/Empowerment/consultations/ICW_GNP_Recommendations_PMTCT_Framework_Final.pdf
123. More positive living: Strengthening the health sector response to young people living with HIV. UNICEF, WHO, 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597098_eng.pdf
124. Faire progresser les droits humains et de santé sexuelle et reproductive des professionnel(le)s du sexe vivant avec le VIH. GNP+, NSWP, 2010. www.gnpplus.net/en/resources/sexual-and-reproductive-health-and-rights/item/75-advancing-the-sexual-and-reproductive-health-and-human-rights-of-sex-workers-living-with-hiv
125. HIV/AIDS prevention and care for female injecting drug users. UNODC, 2006. www.unodc.org/pdf/HIV-AIDS_femaleIDUs_Aug06.pdf
126. Faire progresser les droits humains et de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH GNP+, ICW, Young Positives, EngenderHealth, IPFF, ONUSIDA, 2009. http://data.unaids.org/pub/Manual/2009/20090730_srhiv_of_plhiv_guidance_package_en.pdf
127. Notes d'information: actions VIH en faveur globales des jeunes. IATT, 2008. www.unfpa.org/public/home/publications/pid/2850
128. HIV/AIDS prevention and care for female injecting drug users. UNODC, 2006. www.unodc.org/pdf/HIV-AIDS_femaleIDUs_Aug06.pdf
129. Global Monitoring Framework and Strategy for the Elimination of New Paediatric HIV Infections by 2015. Draft. IATT, May 2011.
130. Expert Consultation on Operations Research on the Prevention of Mother-to-Child Transmission and Pediatric HIV Care, Support and Treatment. Washington, D.C. September 9-11, 2009. UNICEF, UNAIDS, PEPFAR, George Washington University, Fondation Elizabeth Glaser and IAS, 2009. www.unicef.org/aids/files/OR_Consultation_Report_FINAL2.doc
131. 36 d'Afrique, 11 du Royaume-Uni ou des États-Unis, 11 d'Asie, d'Europe de l'Est, d'Amérique latine et des Caraïbes. Près de 80 % des pratiques prometteuses étaient basées en Afrique. Parmi les études:
- 34 études intégraient les services de VIH dans les programmes existants de SSR;
 - 14 études intégraient les services de SSR dans les programmes existants de VIH; et
 - 10 études intégraient parallèlement les études de VIH et de SSR.
132. Montgomery E, van der Straten A et Torjesen K. 2011. Male Involvement in Women's and Children's HIV Prevention Challenges in Definition and Interpretation. JAIDS. 57(5):e114-e116.
133. Final report: UNAIDS/WHO Consultation: PMTCT Needs of Adolescents: Lessons from Adolescent Pregnancy Prevention. UNAIDS/WHO Geneva, Jan 11, 2011.
134. Prévention du VIH et des grossesses non désirées: cadre stratégique 2011-2015. En appui au plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie. IATT, 2011.
135. The cost-effectiveness of preventing mother-to-child transmission of HIV in low- and middle-income countries: systematic review. Johri M, Ako-Arrey D. 2011. The cost-effectiveness of preventing mother-to-child transmission of HIV in low- and middle-income countries: systematic review. Cost Effectiveness and Resource Allocation. 9(3):1-16. www.resource-allocation.com/content/09/01/03
- La contraception est un moyen rentable de prévenir les infections à VIH chez les bébés:
- Reynolds H, Janowitz B, Homan R, Johnson L. 2006. The value of contraception to prevent perinatal HIV transmission. Sex Transm Dis. 33(6):350-6. Cette étude a conclu que dollar pour dollar, les programmes de planification familiale ont le potentiel de prévenir près de 30 % de plus de naissances séropositives que les programmes d'eTME qui offrent une prophylaxie à base de névirapine.
 - Une modélisation récente a démontré la rentabilité et l'impact global intensifié de la mise en œuvre du Volet 2 de l'eTME, par l'établissement de liens entre les programmes de planification familiale et d'eTME.
 - Halperin DT, Stover J et Reynolds HW. 2009. Benefits and costs of expanding access to family planning programs to women living with HIV. AIDS. 23(S1):S123-130.

- Hladik W, Stover J, et al. 2009. The Contribution of Family Planning towards the Prevention of Vertical HIV Transmission in Uganda. *PLoS ONE* 4(11): e7691. doi:10.1371/journal.pone.0007691
 - L'étude Hladik 2009 a estimé que le coût par infection verticale évité grâce à la prophylaxie antirétrovirale dans 14 pays présentant le nombre le plus élevé de femmes enceintes séropositives est de 543 dollars US (en présumant de la disponibilité des protocoles de prophylaxie antirétrovirale les plus efficaces). Néanmoins, une analyse des coûts et bénéfices (Halperin) a conclu que si toutes les femmes séropositives dans ces mêmes 14 pays qui souhaitaient éviter une grossesse non désirée pouvaient le faire, cela se traduirait par 359 dollars par infection du VIH évitée, soit 184 dollars de moins que l'offre des protocoles de prophylaxie antirétrovirale les plus efficaces.
 - La modélisation suggère que le fait de répondre aux besoins de planification familiale non satisfaits chez les femmes vivant avec le VIH aurait d'autres avantages au niveau du coût. En prévenant les grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH, beaucoup moins de femmes auraient besoin de TAR pour l'eTME, comparativement au nombre qui en auraient besoin si les besoins actuels de planification familiale demeuraient non satisfaits. Mahy M, Stover J, Kiragu K, et al. 2010. What will it take to achieve virtual elimination of mother-to-child transmission of HIV? An assessment of current progress and future needs. *Sex Transm Infect.* 86(Suppl2):ii48-ii55.
 - http://sti.bmj.com/content/86/Suppl_2/ii48.long
- Relativement à la rentabilité de l'intégration des services de prévention, de soins et de traitement des IST et du VIH dans les services de planification familiale :
- l'on présume souvent que l'intégration des services d'IST/VIH dans les services de planification familiale/santé maternelle et infantile pourrait permettre des économies de coûts en partageant le personnel, les établissements, l'équipement et autres coûts administratifs et frais généraux. Askew I et Berer M. 2003. The contribution of sexual and reproductive health services to the fight against HIV/AIDS: A review. *Reproductive Health Matters.* 11(22):51-73.
 - Une revue a trouvé plusieurs rapports suggérant que l'intégration permettait de faire des économies. Mayhew S. 1996. Integrating MCH/FP and STD/HIV services: Current debates and future directions. *Health Policy and Planning.* 11(4):339-353.
 - Les données fiables sur la rentabilité demeurent rares, avec seulement trois études de rentabilité identifiées, dont :
 - > Une étude indienne qui a démontré des économies importantes avec l'accès à plus d'un service pour une proportion relativement élevée de clients (37 %). Population Council, 2007. Renforcement de la viabilité financière grâce à l'intégration des services de conseil et dépistage volontaires avec d'autres services de santé reproductive (Inde).
 - > Une étude sud-africaine qui a indiqué qu'une rentabilité accrue a été obtenue lorsque le personnel clinique avait suffisamment de temps pour offrir le dépistage du VIH à tous les clients. Homan R, Mullick S, Nduna M et Khoza D. 2006. Coût de l'introduction de deux modèles différents d'intégration de CDV pour le VIH dans les cliniques de planification familiale en Afrique du Sud. Présentation à la Conférence sur Linking Reproductive Health, Family Planning, and HIV/AIDS in Africa, Addis Abbeba, 9-10 octobre.
 - > Une étude kényane qui a suggéré que le fait d'ajouter le dépistage du VIH aux services de planification familiale n'accroissait les coûts que de façon marginale; les coûts combinés revenaient à moins de la moitié des coûts estimés pour un site de conseil et dépistage volontaire indépendant. Population Council, 2008. Faisabilité, acceptabilité, effet et coût de l'intégration du conseil et du dépistage du VIH dans des services de planification familiale au Kenya.
 - Deux études ont souligné l'importance de la disponibilité du personnel avant que l'intégration des services ne commence, si l'on veut obtenir une rentabilité ou une productivité améliorées après l'ajout de nouveaux services. Janowitz B, Johnson L, Thompson A, et al. 2002. Capacité excédentaire et coût de l'ajout d'autres services dans les centres de planification familiale au Zimbabwe. *International Family Planning Perspectives.* 28(2):58-66. Population Council, 2006. Dépistage systématique: une stratégie pour déterminer et répondre aux besoins de santé reproductive des clients.
 - Voir aussi Church K et Mayhew SH. 2009. Integration of STI and HIV Prevention, Care, and Treatment into Family Planning Services: a Review of the Literature. *Studies in Family Planning.* 40(3):171-186 in Thematic Segment: Sexual and Reproductive Health (SRH) services with HIV interventions in practice. Background Paper, UNAIDS/PCB(26). 26th Meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board, Geneva, Switzerland, 22-24 June 2010. www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/SRH_background_paper.pdf
136. Santé sexuelle et de la reproduction et VIH - Liens : examen des preuves et recommandations. IPPF, UCSF, ONUSIDA, UNFPA, OMS, 2009. http://data.unaids.org/pub/Agenda/2009/2009_linkages_evidence_review_en.pdf

13

RÉFÉRENCES POUR LES ENSEMBLES DES SERVICES ESSENTIELS ET LES STRATÉGIES ET ACTIONS CLÉS

1. A Global Action Framework for Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV. IATT, 2011.
2. Une vue d'ensemble: coûts et avantages des services de contraception. UNFPA, Guttmacher, 2009. www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/adding_it_up_report.pdf
3. Addressing Gender-based Violence: UNFPA Strategy and Framework for Action. UNFPA, 2009. www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/2009_add_gen_vio.pdf
4. Faire progresser les droits humains et de santé sexuelle et reproductive des consommateurs de drogues injectables vivant avec le VIH. GNP+, INPUD, 2010. www.gnpplus.net/en/resources/sexual-and-reproductive-health-and-rights/item/76-advancing-the-sexual-and-reproductive-health-and-human-rights-of-injecting-drug-users-living-with-hiv
5. Faire progresser les droits humains et de santé sexuelle et reproductive des migrants vivant avec le VIH. GNP+, 2010. www.gnpplus.net/en/resources/sexual-and-reproductive-health-and-rights/item/72-advancing-the-sexual-and-reproductive-health-and-human-rights-of-migrants-living-with-hiv
6. Faire progresser les droits humains et de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH GNP+, ICW, Young Positives, EngenderHealth, IPPF, ONUSIDA, 2009. www.gnpplus.net/images/stories/SRHR/090811_srh_of_plhiv_guidance_package_en.pdf
7. Faire progresser les droits humains et de santé sexuelle et reproductive des professionnel(le)s du sexe vivant avec le VIH. GNP+, NSWP, 2010. www.gnpplus.net/en/resources/sexual-and-reproductive-health-and-rights/item/75-advancing-the-sexual-and-reproductive-health-and-human-rights-of-sex-workers-living-with-hiv
8. Agenda for Accelerated Country Action for Women, Girls, Gender Equality and HIV. Operational plan for the UNAIDS action framework: addressing women, girls, gender equality and HIV. UNAIDS, 2010. www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2010/20100226_jc1794_agenda_for_accelerated_country_action_en.pdf
9. Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent : recommandations pour une approche de santé publique. Mise à jour 2010. OMS, 2010. www.who.int/hiv/pub/arv/adult2010/en/index.html
10. Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez le nourrisson et l'enfant : Recommandations pour une approche de santé publique. Mise à jour 2010. OMS, 2010. www.who.int/hiv/pub/paediatric/infants2010/en/index.html
11. Médicaments antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez l'enfant : Vers un accès universel. Recommandations pour une approche de santé publique (version 2010). OMS, 2010. www.who.int/hiv/pub/mtct/antiretroviral2010/en/index.html
12. Condom Programming for HIV Prevention: A Manual for Service Providers. UNFPA, 2004. www.unfpa.org/public/global/pid/1291
13. Condom Programming for HIV Prevention: An Operations Manual for Programme Managers. UNFPA, 2004. www.unfpa.org/public/global/pid/1292
14. Community Systems Strengthening Framework. Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2010. www.theglobalfund.org/documents/civilsociety/CSS_Framework.pdf
15. La lutte contre le cancer du col de l'utérus : Guide des pratiques essentielles. OMS, 2006. www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9241547006/en/index.html
16. Compte à rebours jusqu'à zéro. Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie. ONUSIDA, 2011. www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en.pdf
17. Rendre les résultats d'un test VIH, communiquer les messages pour refaire le test et fournir un conseil à l'adulte. OMS, 2010. www.who.int/hiv/pub/vct/hiv_re_testing/en/index.html
18. Developing sexual health programmes. A framework for action. WHO 2010. http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10_22_eng.pdf
19. Ending Violence against Women. Programming for Prevention, Protection and Care. UNFPA, 2007. www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2007/endingva.pdf
20. Engaging Men and Boys in Changing Gender-Based Inequity in Health: Evidence from programme interventions. WHO, 2007. www.who.int/gender/documents/Engaging_men_boys.pdf
21. Implication des hommes et des garçons dans l'égalité de genre et de santé : une boîte à outils pour l'action. UNFPA, 2010. www.unfpa.org/public/site/global/pid/6815
22. Essential Prevention and Care Interventions for Adults and Adolescents Living with HIV in Resource-Limited Settings. WHO, 2008. www.who.int/hiv/pub/plhiv/plhiv_treatment_care.pdf
23. Gender-based Violence and HIV. Program on International Health and Human Rights Harvard School of Public Health, Inter-agency working group on Gender-based Violence and HIV, à paraître.
24. Notes d'information : actions VIH en faveur globales des jeunes. UNAIDS, Groupe de travail inter-agences (IATT) sur le VIH et les jeunes, 2008.
 - Aperçu des interventions sur le VIH à l'intention des jeunes
 - Interventions sur le VIH à l'intention des jeunes les plus exposés au risque de contamination
 - Interventions sur le VIH à l'intention des jeunes en situation de crise humanitaire

- Interventions sur le VIH s'appuyant sur les communautés à l'intention des jeunes
 - Interventions sur le VIH à l'intention des jeunes dans le secteur de l'éducation
 - Interventions sur le VIH à l'intention des jeunes dans le secteur de la santé
 - Interventions sur le VIH à l'intention des jeunes sur le lieu de travail
www.unfpa.org/public/home/publications/pid/2850
25. L'élimination mondiale de la syphilis congénitale : raison d'être et stratégie. OMS, 2007.
www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241595858/en/index.html
 26. Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles : 2006 -2015. OMS, 2007.
www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/en/
 27. Glion Consultation on Strengthening the Linkages between Reproductive Health and HIV/AIDS. UNFPA, WHO, 2006.
www.who.int/hiv/pub/advocacymaterials/glionconsultationsummary_DF.pdf
 28. Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé. OMS, ONUSIDA, 2007.
www.who.int/hiv/pub/vct/pitc2007/en/
 29. Guidance on testing and counselling for HIV in settings attended by people who inject drugs: improving access to treatment, care and prevention. UNODC Regional Centre for Asia and the Pacific and WHO WPRO and SEARO, 2009.
www.who.int/hiv/pub/idu/searo_wpro_tc/en/index.html
 30. Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles. OMS, à paraître.
 31. Guide pour la mise à l'échelle au plan mondial de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH : Vers un accès universel pour les femmes, les nourrissons et les jeunes enfants et pour l'élimination du VIH et du SIDA. IATT, 2007.
www.unicef.org/aids/files/PMTCT_enWEBNov26.pdf
 32. Guidelines on HIV and infant feeding. Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence. WHO, 2010.
www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241599535/en/index.html
 33. HIV/AIDS and injecting drug users: WHO Evidence for Action series. Technical guidance and policy briefs.
www.who.int/hiv/pub/idu/evidence_for_action/en/index.html
 34. HIV/AIDS prevention and care for female injecting drug users. UNODC, 2006.
www.unodc.org/pdf/HIV-AIDS_femaleIDUs_Aug06.pdf
 35. HIV Prevention in Maternal Health Services: Programming Guide. UNFPA, EngenderHealth, 2004.
www.engenderhealth.org/files/pubs/hiv-aids-stis/hiv_prev_program_gde.pdf
 36. HIV Prevention in Maternal Health Services: Training Guide. UNFPA, EngenderHealth, 2004.
www.unfpa.org/public/publications/pid/2032
 37. Information package on male circumcision and HIV prevention: Insert 5: Implications for women. WHO, 2007.
www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/infopack_en_5.pdf
 38. IMAI/IMPAC PMTCT clinical course. WHO, The Institutional Office for HIV & AIDS (IOHA), University of Johannesburg, 2010.
www.uj.ac.za/EN/CorporateServices/ioha/Research/OperationalTools/IMAIIMCI%20training%20materials/Pages/PMTCTclinicalcourses.aspx
 39. IMAI one-day orientation on adolescents living with HIV. Participants manual and facilitator guide. WHO, 2010.
www.who.int/child_adolescent_health/documents/fch_cah_9789241598972/en/index.html
 40. Intensifying HIV Prevention: UNAIDS Policy Position Paper. UNAIDS, 2005.
http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc1165-intensif_hiv-newstyle_en.pdf
 41. Linking Sexual and Reproductive Health and Gender Programs and Services with Prevention of HIV/STI. PAHO, 2008.
 42. Linking Sexual and Reproductive Health and HIV/AIDS: Gateways to Integration. WHO, UNFPA, UNAIDS, IPPF.
 - Serbia (2009) http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/93019_eng.pdf
 - Kenya (2008) www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2008/hiv_integration_kenya.pdf
 - Haiti (2008) www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/linkages_haiti_en.pdf
 43. Making the case for interventions linking sexual and reproductive health and HIV in proposals to the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. WHO, 2010.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_10,02_eng.pdf
 44. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. Quatrième édition. OMS, 2009.
www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/en/index.html
Voir aussi Programmatic and research considerations for hormonal contraception for women at risk of HIV and women living with HIV. WHO, 2012.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_RHR_12.09_eng.pdf
 45. Myths, Misperceptions, and Fears: Addressing Condom Use Barriers. UNFPA, IPPF, 2007.
www.unfpa.org/public/publications/pid/387
 46. Notes d'information : actions VIH en faveur globales des jeunes. UNAIDS, Groupe de travail inter-agences (IATT) sur le VIH et les jeunes. UNFPA, 2007.
www.unfpa.org/hiv/iatt/docs/overview.pdf
 47. Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion Care, Maternal, Newborn and Child Health. WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank, 2010.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_FCH_10,06_eng.pdf
 48. Partnering With Men To End Gender-Based Violence. Practices that work from Eastern Europe and Central Asia. UNFPA, 2009.
www.unfpa.org/public/cache/offonce/home/publications/pid/4412
 49. People Living with HIV Stigma Index. GNP+, ICW, UNAIDS, IPPF, 2007.
www.stigmaindex.org/
 50. Policy approaches to engaging men and boys in achieving gender equality and health equity. WHO, 2010.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500128_eng.pdf
 51. Position Statement on Condoms and HIV Prevention. UNFPA/UNAIDS/WHO 2004. Actualisation 2009.
www.unaids.org/en/Resources/PressCentre/Featurestories/2009/March/20090319preventionposition/
 52. Santé Positive, Dignité et Prévention : un cadre d'action. ONUSIDA, GNP+, 2011.
www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110701_PHDP.pdf
 53. Des résultats d'essai sans précédent confirment qu'un traitement anti-VIH empêche la transmission du virus. Press Release. ONUSIDA, OMS, 12 May 2011.
www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2011may/20110512pstrialresults
Voir aussi : Initiation of Antiretroviral Treatment Protects Uninfected Sexual Partners from HIV Infection (HPTN Study 052). PRNewswire-USNewswire, 12 May 2011.
www.prnewswire.com/news-releases/initiation-of-antiretroviral-treatment-protects-uninfected-sexual-partners-from-hiv-infection-hptn-study-052-121706358.html
Programmatic Update. Antiretroviral Treatment as Prevention (TasP) of HIV and TB: 2012 update. WHO, 2012.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_HIV_2012.12_eng.pdf
En outre, du fait que le traitement comme prévention se

- concentrera sur des populations spécifiques chez qui on s'attend à ce que l'impact de la prévention soit le plus important (par exemple, les couples sérodiscordants, les femmes enceintes, les populations clés); dans le courant de 2012, l'OMS a publié des mises à jour et des conseils pour ces populations, et travaille avec les pays pour relever les défis programmatiques et opérationnels qui se présentent en vue d'étayer les lignes directrices unifiées qui seront publiées à la mi-2013.
54. More positive living: strengthening the health sector response to young people living with HIV. UNICEF, WHO, 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597098_eng.pdf
 55. Directives pratiques pour l'intensification de la prévention du VIH. ONUSIDA, 2007. www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2007/20070306_prevention_guidelines_towards_universal_access_en.pdf
 56. Développement Positif. GNP+, 1998. www.gnpplus.net/en/programmes/empowerment/positive-development
 57. Preventing HIV/AIDS in young people: Evidence from developing countries on what works. LSHTM, UNICEF, UNAIDS, UNFPA, WHO, 2006. www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2006/preventing_hiv_young.pdf
 58. Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes. Intervenir et produire des données. OMS, LSHTM, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564007_eng.pdf
 59. Priority interventions: HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector (version 2010). WHO, 2010. www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241500234/en/index.html
 60. Programming to Address Violence against Women. Ten Case Studies. UNFPA, 2007. www.unfpa.org/public/global/pid/386
 61. Programming to Address Violence against Women. 8 Case Studies Volume 2. UNFPA, 2009. http://europe.unfpa.org/public/europe_pubs/pid/2041
 62. Programs: Comprehensive Peer Educator Training Curriculum and Implementation Manual. Wafaa El-Sadr, David Hoos, Robin Flam et al. International Center for AIDS Care and Treatment Programs (ICAP), 2009. www.columbia-icap.org/resources/peresources/Trainer%20Manual/Manual%20Feb%202010/TM%20Complete-Updated%20Oct2010%20Nov10%20SjL%20as.pdf
 63. Outil d'évaluation rapide des liens établis entre la santé sexuelle et de la reproduction et le VIH : Guide générique. IPPF, UNFPA, OMS, ONUSIDA, GNP+, ICW et Young Positives, 2009. www.unfpa.org/public/publications/pid/1350
 64. Rapid Condom Needs Assessment Tool for Condom Programming. UNFPA et Population Council, 2003. www.unfpa.org/public/site/global/lang/en/pid/2484
 65. Reducing HIV Stigma and Discrimination: a critical part of national AIDS programmes: A resource for national stakeholders in the HIV response. UNAIDS, 2007. http://data.unaids.org/pub/Report/2008/jc1521_stigmatisation_en.pdf
 66. Reproductive choices and family planning for people living with HIV: counselling tool. WHO, 2007. www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9241595132/en/index.html
 67. Wilcher R et Cates W. 2009. Reproductive choices for women with HIV. Bulletin of the World Health Organization. 87:833-839. doi: 10.2471/BLT.08.059360 www.who.int/bulletin/volumes/87/11/08-059360/en/
 68. La santé sexuelle et reproductive et le VIH/SIDA : Un cadre de liens prioritaires. OMS, UNFPA, ONUSIDA, IPPF, 2005. www.who.int/reproductivehealth/publications/linkages/HIV_05_5/en/index.html
 69. Santé sexuelle et de la reproduction et VIH - Liens : examen des preuves et recommandations. IPPF, UCSF, ONUSIDA, UNFPA, OMS, 2009. http://data.unaids.org/pub/Agenda/2009/2009_linkages_evidence_review_en.pdf
 70. Sexual and reproductive health core competencies in primary care: Attitudes, knowledge, ethics, human rights, leadership, management, teamwork, community work, education, counselling, clinical settings, service provision. WHO, 2011. www.who.int/reproductivehealth/publications/health_systems/9789241501002/en/index.html
 71. Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS: guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings. WHO, 2006. www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/924159425X/en/index.html
 72. Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur. Guide de pratiques essentielles. OMS, FHI, Population Council, 2005. www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/reports/RTIS_GEP_FINALI.pdf
 73. Strategic Considerations for Strengthening the Linkages between Family Planning and HIV/AIDS Policies, Programs, and Services. WHO, USAID, FHI, 2009. www.hivandsrh.org/newsletter/Strategic_Considerations.pdf
 74. Stepping Stones Plus: New exercises and Sessions for Use with the Original STEPPING STONES Training Manual. Welbourn A et al, Strategies for Hope Trust, Plan, DIFAEM, UNICEF, 2008. www.salamandertrust.net/resources/SSPlusContentsforweb.pdf
 75. Toolkit on HIV Related Stigma Reduction in Health Care Settings. EngenderHealth, GNP+, International HIV/AIDS Alliance, International Center for Research on Women, ICW, International Confederation of Midwives, International Council of Nurses, International Labor Organization, International Planned Parenthood Federation, International Treatment Preparedness Coalition, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Development Programme, World Health Organization, World Medical Association, 2011. www.stigmaactionnetwork.org
 76. Modules de formation pour la prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles. OMS, 2007. www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241593407/index/en/index.html
 77. UNAIDS Action Framework: Addressing Women, Girls, Gender Equality and HIV. UNAIDS, 2009. www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/unaids_action_framework.pdf
 78. UNAIDS Expanded Business Case: Enhancing Social Protection. UNAIDS, 2010. http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2010/jc1879_social_protection_business_case_en.pdf
 79. UNAIDS Guidance Note on HIV and Sex Work. UNAIDS, 2009. www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/basedocument/2009/jc1696_guidance_note_hiv_and_sexwork_en.pdf
 80. UNAIDS Outcome Framework: Business Case Preventing Mother-to-Child Transmission of HIV. UNAIDS, 2011.
 81. UNAIDS Policy Brief. The Greater Involvement of People Living with HIV. UNAIDS, 2007. http://data.unaids.org/pub/BriefingNote/2007/jc1299_policy_brief_gipa.pdf
 82. Valued Voices: GIPA Toolkit: A manual for the Greater Involvement of People Living with HIV/AIDS. Asia-Pacific Council of AIDS Service Organisations (APCASO) and Asia-Pacific Network of People Living with HIV/AIDS (APN+), 2005. www.gnpplus.net/cms-downloads/files/2005%20Valued%20Voices%20-%20A%20GIPA%20Toolkit.pdf

83. Conclusions sur un virus : santé publique, droits de l'homme et droit pénal, IPPF, GNP+, ICW, 2008.
www.ippf.org/en/Resources/Guides-toolkits/Verdict+on+a+virus.htm
84. Voir 93 ci-dessous.
85. WHO strategic approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programmes. WHO, 2007.
www.who.int/reproductivehealth/publications/general/HRP_RHR_07_7/en/index.html
86. de Bruyn M. 2006. Women, Reproductive Rights, and HIV/AIDS: Issues on which research and interventions are still needed. *J Health Popul Nutr.* 24 (4):41 3-425.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17591338
87. Guidance for the Prevention and Treatment of HIV and other Sexually Transmitted Infections for Sex Workers and their Clients in Low and Middle-income Countries. WHO (à paraître).
88. Men's Reproductive Health Curriculum. EngenderHealth, 2008.
www.engenderhealth.org/pubs/gender/mens-rh-curriculum.php
89. Ramirez Ferrero E. 2011. Moving Towards Gender Transformative Programming: Male Involvement in the Prevention of Mother-To-Child Transmission of HIV. Background Paper (draft).
90. Involving Men in Promoting Gender Equality and Women's Reproductive Health. UNFPA, 2007.
www.unfpa.org/gender/men.htm
91. HIV, Health and Your Community: A Guide for Action. Granich R and Mermin J. 2006.
www.womenchildrenhiv.org/wchiv?page=cw-06-en
92. Programmatic Update. Antiretroviral Treatment as Prevention (TasP) of HIV and TB: 2012 update. WHO, 2012.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_HIV_2012.12_eng.pdf
93. Guidance on couples HIV testing and counselling, including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples. Recommendations for a public health approach. WHO, 2012.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241501972_eng.pdf
94. Utilisation des antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez le nourrisson. Mise à jour programmatique. OMS, 2012.
www.who.int/hiv/PMTCT_update.pdf

14

ANNEXES

ANNEXE 1 : INITIATIVES MONDIALES SUR LA SANTÉ DES FEMMES, DES NOUVEAUX-NÉS ET DES ENFANTS

INITIATIVE MONDIALE	DÉSCRIPTION
Objectifs du millénaire pour le développement:	Domaines multiples de chevauchement avec les OMD 3 (égalité des sexes), 4 (santé infantile), 5 (santé maternelle) et 6 (combattre le VIH/sida). ¹
Sommet de Londres sur la planification familiale:	Initiative organisée par le Gouvernement britannique et la Fondation Bill et Melinda Gates avec le FNUAP et d'autres partenaires, visant à donner à plus de 120 millions de femmes dans les pays en développement l'accès à la planification familiale volontaire d'ici 2020. Pour atteindre cet objectif, le Sommet visait à mobiliser la volonté politique et les ressources supplémentaires nécessaires pour accroître la demande et le soutien concernant la planification familiale. Lors du Sommet, les participants se sont engagés à apporter un financement à hauteur de près de 4,6 milliards \$ pour la planification familiale, dont 2 milliards \$ provenant des pays en développement et de 2,6 milliards \$ provenant de gouvernements donateurs et d'autres partenaires. ^{1a}
La stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant du Secrétaire général des Nations Unies	Un engagement en collaboration pour améliorer la santé des femmes et des enfants dans les pays aux revenus les plus faibles. Les éléments clés de la stratégie visent à soutenir conjointement les plans de santé pilotés par les pays, un ensemble intégré et complet d'interventions et de services essentiels, les soins intégrés, le renforcement des systèmes de santé et le renforcement des effectifs de santé. ²
H4+:	Le H4+ (UNFPA, UNICEF, OMS, Banque mondiale et ONUSIDA) est un mécanisme de coordination pour travailler ensemble dans le domaine de la santé maternelle et néonatale dans 25 pays sélectionnés présentant le fardeau de mortalité maternelle le plus élevé. Le champ d'intervention des partenaires H4+ est axé sur les sept composantes du programme suivantes: i) appuyer les évaluations des besoins pour identifier les contraintes au niveau de l'amélioration de la santé reproductive, maternelle et néonatale dans les pays; ii) élaborer et budgétiser les plans nationaux; iii) intensifier les services de santé de qualité; iv) répondre aux besoins urgents en matière d'agents de santé qualifiés; v) lever les barrières financières à l'accès; vi) s'attaquer aux causes profondes de la mortalité et de la morbidité maternelles; vii) renforcer les systèmes de suivi et évaluation. Essentiellement, le H4+ soutient la première phase impliquant 25 pays ³ pour la conduite de leurs activités en vue de répondre à leurs engagements et aidera également 24 autres pays à articuler leurs engagements par rapport à la stratégie mondiale. ⁴
Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme:	Étudie actuellement comment financer des interventions plus larges au profit des femmes et des enfants. ⁵
L'Initiative Muskoka sur la santé maternelle, néonatale et infantile, un engagement du G8 à réaliser les OMD 4 et 5:	Est une initiative de financement annoncée lors du 36ème Sommet du G8 qui engage les nations membres à dépenser collectivement une somme supplémentaire de 5 milliards de dollars US entre 2010 et 2015 en vue d'accélérer les progrès vers la réalisation des OMD 4 et 5, la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile dans les pays en développement. ⁶
L'Initiative du gouvernement américain pour la santé mondiale (GHI):	GHI vise à réaliser des améliorations importantes en matière de santé et à susciter des programmes de santé publique durables efficaces, efficaces et pilotés par les pays, offrant des soins de santé essentiels. Pour obtenir un impact maximum, GHI insiste particulièrement sur l'amélioration de la santé des femmes, des nouveau-nés et des enfants en combattant les maladies infectieuses, en fournissant de l'eau potable et en mettant l'accent sur la nutrition et la santé maternelle, néonatale et infantile. ⁷
Élimination mondiale de la syphilis congénitale:	La campagne mondiale basée sur le renforcement de la plateforme sous-jacente de la santé maternelle a été lancée en 2007 et a été mise en œuvre comme une double élimination, avec la TME du VIH dans les Amériques et les régions de l'Asie Pacifique. ⁸

INITIATIVE MONDIALE	DÉSCRIPTION
Partenariat STOP TB:	Le Partenariat comprend un réseau d'organisations internationales, de pays, de donateurs des secteurs public et privé, d'organisations gouvernementales et non gouvernementales qui œuvrent ensemble à réaliser l'objectif de l'élimination de la tuberculose comme problème de santé publique. La tuberculose peut entraîner la stérilité et contribue à d'autres mauvais résultats de santé reproductive, en particulier pour les personnes vivant avec le VIH. ⁹
Élimination du tétanos néonatal:	Composante clé d'un ensemble global de santé reproductive et de SMNI. ¹⁰
Lutte contre le paludisme et élimination au plan mondial:	Il s'agit d'une initiative majeure qui met l'accent sur la même population de femmes enceintes et d'enfants en bas âge et qui reconnaît l'importance du renforcement des systèmes reproductifs et de la SMNI. ¹¹

ANNEXE 2 : BIBLIOGRAPHIE ANNOTÉE DES DIRECTIVES DE SOUTIEN DES POLITIQUES ET DES PROGRAMMES

Élimination de la transmission de la mère à l'enfant: documents déterminants

Compte à rebours jusqu'à zéro. Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie. ONUSIDA, 2011.

www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en.pdf

Il existe un consensus mondial sur le fait que l'élimination virtuelle des nouvelles infections à VIH chez les enfants partout dans le monde peut être réalisée d'ici 2015. Ce plan met l'accent sur le fait de toucher les femmes enceintes séropositives et leurs enfants depuis le moment de la grossesse de la mère jusqu'à l'arrêt de l'allaitement maternel. Ceci pourra se faire dans le cadre du continuum existant des programmes intégrés, en vue de fournir aux hommes, aux femmes et aux enfants un accès à la prévention, au traitement, aux soins et soutien du VIH.

A global action framework for elimination of mother-to-child transmission of HIV. IATT, 2011.

Le présent cadre d'action mondial a été élaboré en réponse à un besoin pressant en vue de fournir une plateforme pour une action concertée qui synthétise un large éventail des engagements récents aux niveaux mondial, régional et au niveau des pays en une réponse cohérente pour une réalisation efficace de l'engagement collectif à l'eTME. Le cadre propose une position commune et bien coordonnée pour soutenir les efforts des pays en matière d'eTME dans le cadre élargi de la santé mondiale. Son but est de galvaniser et d'harmoniser le soutien à la mise en œuvre de l'agenda de l'eTME au niveau des gouvernements nationaux, des partenaires au développement et à la mise en œuvre et au niveau de la société civile.

Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant., Secrétaire général de l'ONU, 2010.

www.un.org/sg/hf/Global_StrategyEN.pdf

Cette feuille de route, dirigée par le Secrétaire général des Nations Unies identifie les changements nécessaires en matière de finances et de politiques ainsi que les interventions essentielles qui peuvent améliorer (et améliorent en effet) la santé et sauver des vies. La stratégie mondiale propose une approche pour une collaboration mondiale, multisectorielle.

Interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé: prévention, traitement et soins (version 2010). OMS, 2010.

www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241500234/en/index.html

Les interventions prioritaires décrites dans ce document sont l'ensemble complet des interventions recommandées par l'OMS pour développer une riposte efficace et globale du secteur de la santé au VIH et au sida. Le document vise à :

- décrire les interventions prioritaires du secteur de la santé nécessaires pour réaliser l'accès universel à la prévention, au traitement et à la prise en charge du VIH;
- résumer les recommandations politiques et techniques clés élaborées par l'OMS et ses partenaires et associées à chacune des interventions prioritaires du secteur de la santé;
- orienter la sélection et la priorisation des interventions pour la prévention, le traitement et la prise en charge du VIH.

- fournir des liens vers les ressources et les références clés de l'OMS contenant les informations les plus disponibles sur la riposte globale du secteur de la santé au VIH et au sida et sur les interventions prioritaires du secteur de la santé en vue de promouvoir et d'appuyer une prise de décision rationnelle dans la conception et la prestation de services liés au VIH.

Réduire les injustices : garantir un accès universel au planning familial comme élément essentiel de la santé sexuelle et reproductive. UNFPA, 2009.

www.unfpa.org/public/site/global/lang/en/pid/4770

Cette brochure reflète le point de vue consensuel de 40 experts internationaux qui se sont réunis à New York à l'occasion du 15ème anniversaire de la Conférence internationale sur la population et le développement. Ils ont passé ensemble en revue les éléments probants et élaboré des recommandations sur la manière de réduire les inégalités dans l'accès à la planification familiale et aux autres services de santé sexuelle et reproductive, en particulier pour les populations défavorisées. Ces actions sont urgemment requises pour accélérer les progrès vers la réalisation des OMD d'ici à 2015.

Outil d'évaluation rapide des liens établis entre la santé sexuelle et de la reproduction et le VIH : Guide générique.

IPPF, UNFPA, OMS, ONUSIDA, GNP+, ICW et Young Positives, 2009. .

www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/91825/en/index.html

L'objectif de cet outil adaptable est d'évaluer les liens bidirectionnels entre le VIH et la SSR au niveau des politiques, des systèmes et de la prestation de services. Il vise également à identifier les lacunes et, en fin de compte, contribuer à l'élaboration de plans d'actions spécifiques aux pays en vue de forger et renforcer ces liens. Cet outil met principalement l'accent sur le secteur de la santé mais il peut également s'adapter à d'autres secteurs comme l'éducation, les services sociaux et le milieu du travail.

Guide pour la mise à l'échelle au plan mondial de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH: Vers un accès universel pour les femmes, les nourrissons et les jeunes enfants et pour l'élimination du VIH et du SIDA.

UNICEF/OMS/Equipe interinstitutions sur la prévention de l'infection à VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs enfants (IATT), 2007.

www.who.int/hiv/pub/mtct/pmtct_scaleup2007/en/index.html

Cette directive mondiale a été élaborée en réaction à la lenteur des progrès globaux de l'intensification de la PTME dans les milieux limités en ressources. Elle offre un cadre pour les partenariats concertés et des orientations aux pays sur des actions spécifiques à entreprendre pour l'accélération de l'intensification de la PTME.

Practical guidelines for intensifying HIV prevention: Towards universal Access. UNAIDS, 2007.

www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2007/20070306_prevention_guidelines_towards_universal_access_en.pdf

Ces directives visent à fournir aux décideurs et aux planificateurs des orientations pratiques pour adapter leur riposte nationale de prévention du VIH à la dynamique de l'épidémie et au contexte social du pays et des populations qui demeurent les plus vulnérables et exposées au risque de l'infection à VIH. Ces

directives encouragent les pays à « connaître leur épidémie et leur riposte actuelle », permettant ainsi aux pays « d'adapter et de prioriser leur riposte », en identifiant, sélectionnant et finançant ces mesures de prévention du VIH qui sont les plus appropriées et les plus efficaces par rapport à leur scénario épidémique et leur cadre spécifique. Ceci permet aux pays de « fixer des objectifs de prévention ambitieux, réalistes et mesurables ». Par ailleurs, ces directives proposent une synthèse des mesures de prévention essentielles requises pour permettre aux pays de « personnaliser leurs plans de prévention » par rapport aux scénarios épidémiques. Enfin, pour être efficaces, les programmes doivent continuellement recueillir et utiliser des informations stratégiques pour suivre et rendre compte des progrès et assurer la recevabilité en vérifiant l'allocation, l'utilisation et l'impact des dépenses relatives au sida. Ainsi, ces directives offrent des composantes de base visant à aider les pays à prioriser et à ordonner leurs investissements afin d'intensifier de manière efficace leur riposte nationale en matière de prévention du VIH.

Volet 1 de la PTME : Prévention primaire du VIH chez les femmes en âge de procréer

Programmatic Update. Antiretroviral Treatment as Prevention (TasP) of HIV and TB: 2012 update. WHO, 2012. http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_HIV_2012.12_eng.pdf

Le traitement antirétroviral présente des avantages considérables, aussi bien en tant que traitement que comme prévention du VIH et de la tuberculose. Le traitement comme prévention nécessite d'être perçu comme étant un élément clé de la prévention combinée du VIH et comme partie essentielle de la solution visant à l'éradication de l'épidémie de VIH. À court et moyen termes, alors que les pays concentrent leurs efforts sur l'application à plus large échelle du traitement selon les critères d'admissibilité recommandés par l'OMS, on s'attend à ce que, dans le même temps, ils identifient des moyens en vue d'optimiser le recours au TAR à des fins de prévention. L'accent portera sur des populations spécifiques chez qui on s'attend à ce que ce travail prévention ait le plus d'impact (par exemple, les couples sérodiscordants, les femmes enceintes, les populations-clés). En 2012, l'OMS a publié des mises à jour et des conseils pour ces populations, et travaille avec les pays pour relever les défis programmatiques et opérationnels qui se présentent en vue d'étayer l'élaboration de lignes directrices unifiées destinées à être publiées à la mi-2013.

Guidance on couples HIV testing and counselling, including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples. Recommendations for a public health approach. WHO, 2012. http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241501972_eng.pdf

De nouvelles lignes directrices de l'OMS recommandent d'offrir aux couples un service de dépistage du VIH et de counselling, où que ces services soient disponibles, y compris au sein d'établissements de santé prénatale. Pour les couples où un seul partenaire est séropositif, les lignes directrices recommandent d'offrir un traitement antirétroviral au partenaire séropositif, quel que soit son propre état immunitaire (taux de CD4), afin de réduire le risque de transmission du VIH au partenaire séronégatif.

Un service de dépistage du VIH et de counselling offre aux couples la possibilité de se faire dépister, de recevoir leurs résultats et de se divulguer mutuellement leur éventuel statut séropositif dans un environnement où du soutien est assuré par un conseiller / agent de santé. Tout un éventail d'options de prévention, de traitement et de soutien peuvent alors être discutées et décidées ensemble, en fonction du statut de chaque partenaire.

Prévention du VIH et des grossesses non désirées : cadre stratégique 2011–2015. En appui au plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie. IATT, 2011. www.unfpa.org/public/home/publications/pid/10575

Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les personnes transgenres. Recommandations pour une approche de santé publique 2011. OMS, 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501750_eng.pdf

Les directives mettent l'accent sur la prévention et le traitement du VIH et des autres IST chez les HSH et les transgenres. Elles comprennent des recommandations étayées par des éléments probants, le résumé et la classification des éléments probants, les questions de mise en œuvre et les principales lacunes en matière de recherche. Bien que l'accent de ce guide porte sur les pays à revenus faible et intermédiaire, l'OMS recommande que ce guide soit également mis à la disposition des HSH et des transgenres des pays à revenu élevé. Le document présente des recommandations de bonnes pratiques qui mettent l'accent sur l'offre d'un environnement favorable pour la reconnaissance et la protection des droits humains des HSH et des transgenres. Sans ces conditions, la mise en œuvre des recommandations techniques plus spécifiques pose problème.

Rendre les résultats d'un test VIH, communiquer les messages pour refaire le test et fournir un conseil à l'adulte. OMS, 2010. www.who.int/hiv/pub/vct/hiv_re_testing/en/index.html

Cette publication de l'OMS explique quand le renouvellement du test du VIH devrait être recommandé et quand il ne devrait pas l'être. La publication vise à servir de complément au guide de l'OMS/ONUSIDA sur le conseil et dépistage du VIH proposé par le prestataire dans les établissements de santé. Le document vise à aider les décideurs du VIH, les directeurs de programmes et de sites, les formateurs et les prestataires de dépistage et de conseil dans tous les cadres, à détecter le VIH de manière plus précoce chez les personnes ayant été récemment exposés à l'infection à VIH ou présentant un risque continu par rapport à cette infection, et à promouvoir une référence plus précoce des personnes séropositives vers les services de prévention, de traitement et de soins du VIH, notamment la PTME.

UNAIDS guidance note on HIV and sex work. UNAIDS, 2009. www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/basedocument/2009/jc1696_guidance_note_hiv_and_sexwork_en.pdf

Cette note d'orientation a été élaborée pour fournir aux coparrainants et au Secrétariat de l'ONUSIDA une approche basée sur les droits coordonnée pour la promotion de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et soutien du VIH, dans le cadre du commerce sexuel chez les adultes. Elle propose une clarification et une orientation concernant les approches appliquées par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida pour réduire le risque et la vulnérabilité par rapport au VIH dans le cadre du commerce du sexe, en offrant un axe politique et programmatique reposant sur trois piliers interdépendants :

- l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et soutien du VIH pour tous les professionnel(le)s du sexe et leurs clients ;
- des environnements et des partenariats favorables qui facilitent l'accès universel aux services requis, notamment

les choix de vie et d'autres options professionnelles par rapport au commerce du sexe pour les personnes qui voudraient abandonner ce commerce;

- une action pour prendre en compte les questions structurelles liées au VIH et au commerce du sexe.

Guidance on testing and counselling for HIV in settings attended by people who inject drugs: improving access to treatment, care and prevention. UNODC Regional Centre for Asia and the Pacific and WHO WPRO and SEARO, 2009.

www.who.int/hiv/pub/idu/searo_wpro_tc/en/index.html

Se référer au Volet 2.

Operational guidance for scaling up male circumcision services for HIV prevention. WHO and UNAIDS, 2009.

www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/op_guidance/en/index.html

Ce document peut être utilisé dans les pays ou les régions se trouvant à différents stades de l'intensification, depuis ceux qui envisagent comment passer à l'intensification jusqu'à ceux qui sont déjà dans le processus de l'intensification. Il vise à offrir un guide opérationnel et programmatique aux décideurs, aux gestionnaires de programmes et aux agences d'assistance technique et pourrait également offrir une orientation utile aux financiers. C'est un document pertinent pour l'intensification des programmes tant dans le secteur public que dans le secteur privé. Pour d'autres orientations techniques sur la circoncision masculine, se référer à : www.who.int/hiv/topics/malecircumcision/technical/en/index.html

Déclaration de position: Les préservatifs et la prévention du VIH. UNFPA, ONUSIDA, OMS, 2004. Actualisé en 2009.

www.who.int/hiv/pub/condoms/20090318_position_condoms.pdf

L'UNFPA, l'OMS et l'ONUSIDA ont publié cette déclaration de position révisée sur les préservatifs et la prévention du VIH.

Notes d'information: actions VIH en faveur globales des jeunes. Groupe de travail interagences de l'ONUSIDA sur les jeunes, 2008.

www.unfpa.org/public/home/publications/pid/2850

Une série de sept notes d'orientation ont été élaborées par l'équipe de travail. Ces notes visent à aider les décideurs (notamment, les praticiens du développement, les gouvernements, les donateurs et les OSC) à comprendre ce qu'il faut faire, à partir des éléments probants mondiaux les plus récents sur les interventions efficaces pour les jeunes.

- Aperçu des interventions sur le VIH à l'intention des jeunes
- Interventions sur le VIH à l'intention des jeunes les plus exposés au risque de contamination
- Interventions sur le VIH à l'intention des jeunes en situation de crise humanitaire
- Interventions sur le VIH s'appuyant sur les communautés à l'intention des jeunes
- Interventions sur le VIH à l'intention des jeunes dans le secteur de l'éducation
- Interventions sur le VIH à l'intention des jeunes dans le secteur de la santé
- Interventions sur le VIH à l'intention des jeunes sur le lieu de travail

Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé. ONUSIDA, OMS, 2007.

www.who.int/hiv/pub/vct/pitc/en/index.html

Le guide OMS/ONUSIDA a été préparé à la lumière du

faisceau croissant d'éléments probants démontrant que le conseil et dépistage proposé par le prestataire peut accroître l'acceptation du dépistage du VIH, améliorer l'accès aux services de santé pour les personnes vivant avec le VIH et créer de nouvelles opportunités pour la prévention du VIH. Le conseil et dépistage du VIH proposé par le prestataire implique que le prestataire de soins de santé recommande de manière spécifique un test du VIH aux patients en consultation dans les établissements de santé. Dans ces circonstances, une fois les informations spécifiques pré-test fournies, le test du VIH devrait normalement se faire, sauf si le patient refuse le test.

Practical guidelines for intensifying HIV prevention: Towards universal Access. UNAIDS, 2007.

http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306_prevention_guidelines_towards_universal_access_en.pdf

Ces directives s'appuient sur *Intensifying HIV prevention: UNAIDS policy position paper* and the *UNAIDS action plan on intensifying HIV prevention*. Les directives visent à aider les décideurs et les planificateurs au niveau des pays, à renforcer la riposte nationale en matière de prévention au VIH. Les directives appellent les autorités nationales pour la lutte contre le Sida – dans l'esprit des Trois principes – à assurer la direction de la coordination et du renforcement de leurs efforts nationaux en matière de prévention du VIH. Pour renforcer les efforts nationaux, les pays sont encouragés à « connaître leur épidémie » en identifiant les comportements et les conditions sociales les plus associés à la transmission du VIH, qui sapent la capacité des personnes les plus vulnérables à l'infection à VIH à accéder et à utiliser les informations et les services relatifs au VIH. Connaître leur épidémie fournit aux pays la base de la connaissance de leur riposte, en reconnaissant les organisations et les communautés qui contribuent ou pourraient contribuer à la riposte et en évaluant de manière critique le niveau de satisfaction des besoins des personnes les plus vulnérables à l'infection à VIH par la riposte existante.

HIV/AIDS and injecting drug users: WHO Evidence for Action series – technical guidance and policy briefs.

www.who.int/hiv/pub/idu/evidence_for_action/en/index.html

L'OMS a examiné les preuves scientifiques de l'efficacité des composantes clés de l'ensemble global des interventions dans la série Evidence for Action, qui comprend deux types de documents : des dossiers techniques et des fiches politiques.

- Les dossiers techniques de Evidence for Action résument les données probantes de manière plus détaillée et seront utiles aux prestataires de services et aux planificateurs.
- Les fiches politiques de Evidence for Action peuvent être utilisées à des fins de plaidoyer pour les décideurs concernant l'importance de ces interventions.

Les sujets couvrent les services de collaboration pour la tuberculose et le VIH, la thérapie antirétrovirale, la sensibilisation à base communautaire, l'efficacité des programmes de seringues et aiguilles stériles et le traitement de la dépendance à la drogue.

HIV/AIDS prevention and care for female injecting drug users. UNODC, 2006.

www.unodc.org/pdf/HIV-AIDS_femaleIDUs_Aug06.pdf

L'interaction de la consommation à risque de drogues injectables et des pratiques sexuelles à risque est un facteur important du risque accru de l'infection à VIH chez les femmes consommatrices de drogues injectables. Le document examine les vulnérabilités, notamment celles des femmes consommatrices de drogues séropositives, les barrières et les actions requises, soulignant l'impératif de l'autonomisation.

Preventing HIV/AIDS in young people: Evidence from developing countries on what works. LSHTM, UNICEF, UNAIDS, UNFPA, WHO, 2006.

www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2006/preventing_hiv_young.pdf

Une revue systématique de 80 études a été entreprise pour évaluer l'efficacité de différentes interventions de prévention du VIH pour les jeunes offertes dans les établissements scolaires, les services de santé, les médias et les communautés. Le rapport propose des recommandations étayées par des données probantes pour les décideurs, les gestionnaires de programmes et les chercheurs afin de guider les efforts vers la réalisation des objectifs des Nations Unies sur le VIH/Sida et les jeunes. Les interventions ont été classées dans l'une des quatre catégories selon que les données sont suffisamment probantes pour être recommandées :

- «GO!» Passer dès maintenant à l'intensification de l'intervention, avec un suivi de la couverture et de la qualité
- «Ready» : Mettre en œuvre l'intervention à grande échelle tout en l'évaluant avec soin
- «Steady» : Il est nécessaire de procéder à d'autres recherches et d'élaborer davantage l'intervention bien que celle-ci montre des promesses d'efficacité potentielle
- «Do not go» : Les données probantes vont à l'encontre de la mise en œuvre de l'intervention.

Intensifying HIV prevention: UNAIDS policy position paper. UNAIDS, 2005.

http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc1165-intensif_hiv-newstyle_en.pdf

Ce document d'orientation politique de l'ONUSIDA destiné aux personnes qui jouent un rôle de premier rang dans la prévention, le traitement et la prise en charge du VIH souligne la nécessité de renforcer la prévention du VIH, les actions clés pour une riposte efficace et les principes clés sous-tendant ces actions. Il identifie également la manière dont les partenaires nationaux peuvent intensifier la prévention du VIH au niveau des pays et la manière dont l'ONUSIDA soutiendra ce processus.

Condom programming for HIV prevention: A manual for service providers. UNFPA, 2004.

www.unfpa.org/public/global/pid/1291

Ce manuel est destiné aux agents de soins de santé, aux pairs-éducateurs et à d'autres travailleurs de proximité qui conseillent les clients sur la prévention du VIH/IST et l'utilisation des préservatifs, d'autres qui vendent les préservatifs dans le cadre de leur travail et aux propriétaires, gérants de magasins et aux personnels de clinique qui gèrent des points de vente de préservatifs. Il offre des conseils pratiques et détaillés sur la manière d'accroître la demande et l'offre de préservatifs en suivant un processus en cinq étapes.

Condom programming for HIV prevention: An operations manual for programme managers. UNFPA, 2004.

www.unfpa.org/public/global/pid/1292

Ce manuel présente un processus en sept étapes pour l'amélioration de l'efficacité des programmes relatifs aux préservatifs existants ou pour créer un nouveau programme relatif aux préservatifs. Il est conçu pour offrir aux gestionnaires des conseils pratiques et spécifiques sur les programmes relatifs aux préservatifs.

Rapid condom needs assessment tool for condom programming. UNFPA and Population Council, 2003.

www.unfpa.org/public/cache/offence/publications/pid/2484;jsessionid=58F6F4134FE5E331EEC1E662592CC028

Ce document a été élaboré pour concevoir et tester un outil d'évaluation rapide des besoins et de collecte de données pour améliorer les programmes de préservatifs au niveau des pays pour la prévention du VIH, pour lesquels la distribution, la promotion et l'utilisation du préservatif sont des éléments importants.

L'OMS est actuellement en train d'élaborer un guide pour le secteur de la santé pour la prévention, le traitement et la prise en charge des professionnel(le)s du sexe ainsi qu'un guide sur le conseil et dépistage du VIH pour les couples.

Volet 2 de la PTME : Prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH

Prévention du VIH et des grossesses non désirées: cadre stratégique 2011–2015. En appui au plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie. IATT, 2011. Se référer au Volet 1.

Preventing unintended pregnancies and HIV. FHI 360, PEPFAR, USAID, UNFPA, UNAIDS, GNP+, ICW, Measure Evaluation. IPPF, 2012.

Santé Positive, Dignité et Prévention: un cadre d'action. ONUSIDA, GNP+, 2011.

www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110701_PHDP.pdf

Le Cadre recommande neuf domaines d'action (plaidoyer, constitution de données probantes, diffusion, dialogue politique, plaidoyer, mise en œuvre, intégration, S&E et adaptation et amélioration) pour faire progresser l'élaboration des directives opérationnelles pour la Santé Positive, Dignité et Prévention, en indiquant des rôles et responsabilités spécifiques pour GNP+, les autres réseaux de personnes vivant avec le VIH, la société civile, les secteurs publics et privés, le Secrétariat de l'ONUSIDA et les co-parrainants ainsi que les organismes donateurs.

Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les personnes transgenres. Recommandations pour une approche de santé publique 2011. OMS, 2011.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501750_eng.pdf

Se référer au Volet 1.

IMAI one-day orientation on adolescents living with HIV. Participants manual and facilitator guide. WHO, 2010.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241598972_eng.pdf

Les objectifs de ce cours sont d'assurer l'orientation d'une variété d'agents de santé, notamment les médecins et les infirmiers/infirmières, par rapport aux caractéristiques particulières de l'adolescence et d'identifier et de mettre en pratique les manières appropriées d'aborder les questions importantes pour les adolescents vivant avec le VIH.

Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent: recommandations pour une approche de santé publique. Mise à jour 2010. OMS, 2010.

www.who.int/hiv/pub/arv/adult2010/en/index.html

Se référer au Volet 4.

Reproductive choices for women with HIV. Rose Wilcher and Willard Gates. Bulletin of the World Health Organization 2009;87:833-839. doi: 10.2471/BLT.08.059360
www.who.int/bulletin/volumes/87/11/08-059360/en/

Ce document comprend un diagramme sur les décisions sexuelles et reproductives auxquelles font face les femmes vivant avec le VIH, notamment le désir de grossesse, les pratiques contraceptives, les choix relatifs à une grossesse non désirée et les options prénatales et post-natales pour la réduction de la transmission périnatale du VIH.

Faire progresser les droits humains et de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH. GNP+, ICW, Young Positives, EngenderHealth, IPPF, UNAIDS, 2009.
http://data.unaids.org/pub/Manual/2009/20090730_srh_of_plhiv_guidance_package_en.pdf

Le guide d'orientation présente ce que peuvent faire les parties prenantes dans les domaines de la santé, des politiques et des législations et du plaidoyer pour soutenir et faire progresser la SSR des personnes vivant avec le VIH. Le guide d'orientation comporte un axe sur les systèmes de santé et les services requis pour répondre aux besoins spécifiques de SSR des personnes vivant avec le VIH, tels que le diagnostic, la prise en charge et le traitement du VIH et d'autres IST; l'éducation et l'information sexuelles, le soutien psychosocial pour faire face à la vie avec le VIH; la planification familiale, l'avortement sans risque et/ou les soins post-avortement; les services d'assistance à la conception; les services prénataux, ceux liés à l'accouchement et les services postnataux; le diagnostic et le traitement du cancer; les services de lutte contre la violence sexuelle et sur la sexualité, le conseil et le traitement pour la prise en charge des troubles sexuels ainsi que les services d'information, les produits et le soutien social pour la prévention du VIH. L'on y trouvera également des informations sur les ressources et les outils utiles en matière de droits de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH. Se référer également à:

- **Faire progresser les droits humains et de santé sexuelle et reproductive des consommateurs de drogues injectables vivant avec le VIH.** GNP+, INPUD, 2010.
www.gnpplus.net/en/resources/sexual-and-reproductive-health-and-rights/item/76-advancing-the-sexual-and-reproductive-health-and-human-rights-of-injecting-drug-users-living-with-hiv
- **Faire progresser les droits humains et de santé sexuelle et reproductive des professionnel(le)s du sexe vivant avec le VIH.** GNP+, NSW, 2010.
www.gnpplus.net/en/resources/sexual-and-reproductive-health-and-rights/item/75-advancing-the-sexual-and-reproductive-health-and-human-rights-of-sex-workers-living-with-hiv
- **Faire progresser les droits humains et de santé sexuelle et reproductive des migrants vivant avec le VIH.** GNP+, 2010.
www.gnpplus.net/en/resources/sexual-and-reproductive-health-and-rights/item/72-advancing-the-sexual-and-reproductive-health-and-human-rights-of-migrants-living-with-hiv

Guidance on testing and counselling for HIV in settings attended by people who inject drugs: improving access to treatment, care and prevention. UNODC Regional Centre for Asia and the Pacific and WHO WPRO and SEARO, 2009.
www.who.int/hiv/pub/idu/searo_wpro_tc/en/index.html

Ce document offre des orientations opérationnelles fondamentales sur le conseil et dépistage dans les milieux fréquentés par les personnes consommatrices de drogues

injectables, notamment les informations pré-test pour les femmes qui sont enceintes ou pourraient tomber enceintes, le conseil post-test pour une femme enceinte et le renouvellement du test ainsi que les informations sur les normes de soins pour les femmes enceintes diagnostiquées séropositives grâce au conseil et dépistage du VIH dans des milieux fréquentés par les personnes consommatrices de drogues injectables.

Déclaration de position: Les préservatifs et la prévention du VIH. UNFPA/ONUSIDA/OMS, 2004. Updated in 2009.
www.who.int/hiv/pub/condoms/20090318_position_condoms.pdf

Se référer au Volet 1.

Essential prevention and care interventions for adults and adolescents living with HIV in resource-limited settings. WHO, 2008.

www.who.int/hiv/pub/plhiv/interventions/en/index.html

Ce document est le résultat d'un panel d'experts réunis en juin 2006 pour passer en revue les données probantes et développer des recommandations pour les interventions en vue de réduire la maladie associée à l'infection à VIH et de prévenir la transmission du VIH. Les recommandations ont été formulées pour treize domaines d'intervention considérés comme de faible coût et particulièrement importants pour les personnes vivant avec le VIH. Il s'agit, notamment, des éléments suivants: conseil et soutien psychosocial; divulgation; annonce au partenaire et conseil et dépistage; prophylaxie à base de cotrimoxazole; tuberculose, prévention des infections fongiques; infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur; prévention du paludisme; certaines maladies pouvant être prévenues par des vaccins (le vaccin contre l'hépatite B, le vaccin anti-pneumococcique, les vaccins contre la grippe et la fièvre jaune); nutrition; planification familiale; prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant; programmes de seringues et aiguilles et thérapie de substitution aux opiacées; et eau, assainissement et hygiène.

Notes d'information: actions VIH en faveur globales des jeunes. Groupe de travail interagences de l'ONUSIDA sur les jeunes, 2008.

www.unfpa.org/public/home/publications/pid/2850

Sept documents d'orientation. Se référer au Volet 1.

Choix en matière de procréation et planification familiale pour les personnes vivant avec le VIH. Outil de conseil. OMS, 2007.

www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9241595132/en/index.html

Cet outil est destiné à aider les agents de santé à conseiller les personnes vivant avec le VIH en matière de choix sexuels et reproductifs et de planification familiale; il fait partie du matériel de l'OMS sur la prise en charge intégrée de la maladie de l'adolescent et de l'adulte (IMAI). Il vise également à aider les personnes vivant avec le VIH à prendre et à mettre en œuvre des informations éclairées, saines et appropriées relativement à leur vie sexuelle et reproductive.

Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS: guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings. WHO, 2006.

www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/924159425X/en/index.html

Cette publication offre des orientations sur l'adaptation des services de santé en vue de répondre aux besoins de SSR des femmes vivant avec le VIH et l'intégration de ces activités dans le système de santé. Elle inclut des recommandations pour les

interventions de conseil, de soins et autres interventions étayées par les meilleures preuves scientifiques disponibles, l'expérience accumulée au niveau des programmes et le point de vue d'experts là où l'on manque de données probantes ou lorsque celles-ci ne sont pas décisives.

Preventing HIV/AIDS in young people: Evidence from developing countries on what works. LSHTM, UNICEF, UNAIDS, UNFPA, WHO, 2006.

www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2006/preventing_hiv_young.pdf

Se référer au Volet 1.

Intensifying HIV prevention: UNAIDS policy position paper. UNAIDS, 2005.

http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc1165-intensif_hiv-newstyle_en.pdf

Se référer au Volet 1.

Condom programming for HIV prevention: A manual for service providers. UNFPA, 2004.

www.unfpa.org/public/global/pid/1291

Se référer au Volet 1.

Condom programming for HIV prevention: An operations manual for programme managers. UNFPA, 2004.

www.unfpa.org/public/global/pid/1292

Se référer au Volet 1.

Rapid condom needs assessment tool for condom programming. UNFPA and Population Council, 2003.

www.unfpa.org/public/cache/offence/publications/pid/2484;jsessionid=58F6F4134FE5E331EEC1E662592CC028

Se référer au Volet 1.

L'OMS développe actuellement des orientations pour le secteur de la santé en matière de prévention, de traitement et de prise en charge des professionnel(le)s du sexe ainsi que des orientations sur le conseil et dépistage du VIH pour les couples et la TAR pour la prévention.

Volet 3 de la PTME: Prévention de la transmission du VIH d'une femme vivant avec le VIH à son enfant

Mise à jour programmatique: utilisation des antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez le nourrisson : résumé analytique. OMS, 2012.

www.who.int/hiv/PMTCT_update.pdf

Les développements récents suggèrent que de très nets avantages cliniques et programmatiques peuvent découler de l'adoption d'un schéma thérapeutique unique universel, à la fois pour traiter les infections à VIH chez les femmes enceintes et pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Une nouvelle troisième option (option B+) propose, non seulement de fournir la même trithérapie aux antirétroviraux à toutes les femmes enceintes séropositives à partir du cadre de consultation prénatale, mais de poursuivre également cette thérapie pour toutes ces femmes pour la vie. Parmi les autres avantages importants de l'option B+, il faut retenir: la simplification accrue du schéma thérapeutique et de la prestation de service et l'harmonisation avec les programmes de traitement antirétroviral, la protection contre la transmission de la mère à l'enfant lors de grossesses futures, la poursuite de l'avantage de prévention contre la transmission sexuelle à des partenaires sérodiscordants, et le fait d'éviter les arrêts et reprises intempestifs de médicaments de traitement antirétroviral. Bien qu'il faille évaluer ces avantages dans le cadre du programme, et qu'il convienne d'étudier

soigneusement les systèmes et les besoins de soutien, il s'agit là d'un moment opportun pour que les pays se mettent à faire le point sur leur situation et leur expérience en vue d'optimiser les choix programmatiques qu'ils arrêtent.

Use of efavirenz during pregnancy: A public health perspective. Technical update on treatment optimization. WHO, 2012.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70920/1/9789241503792_eng.pdf

Cette mise à jour technique passe en revue les éléments de preuve concernant l'innocuité, la tolérabilité et l'efficacité de l'éfavirenz, ainsi que les conséquences cliniques et programmatiques d'algorithmes multiples en raison de l'incertitude concernant le risque de tératogénicité issu de la prise de l'éfavirenz pendant la grossesse. L'examen des données disponibles et de l'expérience programmatique confirme de manière rassurante que l'exposition à l'éfavirenz en début de grossesse n'a pas abouti à une augmentation des malformations congénitales ni d'autres toxicités importantes.

Médicaments antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez l'enfant: Vers un accès universel. Recommandations pour une approche de santé publique (version 2010). OMS, 2010.

www.who.int/hiv/pub/mtct/antiretroviral2010/en/index.html

Depuis que l'OMS a publié des directives révisées en 2006, de nouvelles données probantes importantes sont apparues sur l'utilisation de la prophylaxie des ARV pour prévenir la TME, notamment pendant l'allaitement, sur le moment optimal pour commencer la TAR chez les personnes ayant besoin de traitement et sur les pratiques d'alimentation sans risque pour les bébés exposés au VIH. Ces données probantes constituent la base des nouvelles recommandations, principalement développées pour les milieux à revenus faibles et intermédiaires et les directives comportent des informations permettant aux pays d'adapter les recommandations à leur environnement local.

Guidelines on HIV and infant feeding. Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence. WHO, 2010.

www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241599535/en/index.html

Ces recommandations sont généralement en harmonie avec le guide précédent, elles reconnaissent l'impact important des ARV pendant la période de l'allaitement et recommandent aux autorités nationales dans chaque pays de décider de la pratique d'alimentation des bébés (c'est-à-dire l'allaitement maternel avec une intervention d'ARV pour réduire la transmission ou le fait d'éviter totalement l'allaitement maternel) qui devrait être promu et soutenue par les services de santé maternelle et infantile.

Là où les autorités nationales préconisent l'allaitement maternel et les ARV, il est maintenant recommandé aux mères dont l'on sait qu'elles sont infectées par le VIH d'allaiter leurs nourrissons jusqu'à l'âge de 12 mois au moins. La recommandation selon laquelle l'alimentation de substitution ne devrait pas être utilisée à moins qu'elle ne soit acceptable, réalisable, abordable, durable et sûre (AFASS) demeure, mais l'acronyme est remplacé par un langage et des termes plus courants et usuels. Reconnaisant que les ARV ne pourront pas être mis en œuvre partout immédiatement, des directives indiquent ce qu'il faut faire en leur absence.

Essential prevention and care interventions for adults and adolescents living with HIV in resource-limited settings. WHO, 2008.

Volet 4 de la PTME : Offre de traitement, de soins et soutien appropriés aux femmes, aux enfants vivant avec le VIH et leurs familles

Mise à jour programmatique : utilisation des antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez le nourrisson : résumé analytique. OMS, 2012.

www.who.int/hiv/PMTCT_update.pdf

Voir Volet 3.

Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent : recommandations pour une approche de santé publique. Mise à jour 2010. OMS, 2010.

www.who.int/hiv/pub/arv/adult2010/en/index.html

Les directives identifient les régimes de traitement de première intention, de deuxième intention et ultérieurs les plus puissants, efficaces et réalisables, applicables à la majorité des populations, le moment optimal du démarrage de la TAR et les critères améliorés pour le changement de TAR et introduisent le concept des régimes antirétroviraux de troisième intention. Les publics primaires sont les conseils consultatifs nationaux pour le traitement, les partenaires de mise en œuvre des soins et traitement du VIH et les organisations qui offrent un appui technique et financier aux programmes de soins et de traitement du VIH dans les milieux à ressources limitées.

Médicaments antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez l'enfant : Vers un accès universel. Recommandations pour une approche de santé publique (version 2010). OMS, 2010.

www.who.int/hiv/pub/paediatric/infants2010/en/index.html

Les nouvelles directives visent à combler les lacunes observées dans le traitement pédiatrique en faisant une série de recommandations audacieuses qui mettent l'accent sur le développement de l'accès au dépistage, l'augmentation du nombre de nourrissons et d'enfants éligibles au traitement et l'amélioration de la prise en charge des enfants qui ont le VIH. Par ailleurs, les enfants exposés naissent de mères séropositives et un grand nombre de ces femmes auront des partenaires séropositifs et/ou d'autres enfants séropositifs. Ainsi, le nourrisson est un cas de référence qui permet d'identifier une famille vivant avec le VIH, ce qui pourrait être une voie importante pour étendre la portée du dépistage, du traitement et de la prise en charge du VIH.

Ces directives relatives au traitement servent de cadre pour le choix des régimes de TAR de première intention et de deuxième intention les plus puissants et réalisables pour la prise en charge des bébés et des enfants infectés par le VIH, notamment en prenant en compte le diagnostic de l'infection à VIH et la possibilité d'utiliser la TAR dans différentes situations, notamment : les cas où les nourrissons et les enfants sont co-infectés par le VIH et la tuberculose ou ont été exposés aux ARV, soit dans le cadre de la PTME, soit par le biais de l'allaitement. En outre, les besoins nutritionnels et la malnutrition chez les enfants séropositifs ainsi que les questions liées à la TAR telles que la malnutrition, l'observance et la résistance, sont abordés. Une section sur la TAR chez les adolescents présente brièvement les questions clés liées au traitement et à la prise en compte de cette tranche d'âge.

Ces directives sont destinées en premier lieu aux conseils consultatifs pour le traitement, aux gestionnaires de programmes nationaux de lutte contre le sida et à d'autres décideurs de haut niveau impliqués dans la planification des

stratégies nationales et internationales de prise en charge du VIH pour les nourrissons et les enfants dans les pays limités en ressources. Certains éléments des directives, tels que la directive pour le dosage simplifié (Annex E: Simplified dosing guidance), sont également conçus pour une mise en œuvre clinique sur le terrain.

Plus tous les documents que l'on trouvera dans le cadre du Volet 2.

OMD 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

Ces interventions sous-tendent la mise en œuvre et l'intensification réussies de chacun des quatre Volets de la PTME.

Mettre fin à la violence sexiste

Prévenir la violence exercée par des partenaires intimes et la violence sexuelle contre les femmes. Intervenir et produire des données. OMS et LSHTM, 2010.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564007_eng.pdf

Cet outil à l'intention des chercheurs, des praticiens et des défenseurs de la prévention de la violence offre un cadre de planification pour l'élaboration de politiques et de programmes pour la prévention de la violence entre partenaires intimes et de la violence sexuelle. Ce guide souligne la nature, la magnitude, les risques et les conséquences de la violence entre partenaires et de la violence sexuelle ainsi que les stratégies permettant de prévenir ces formes de violence à l'endroit des femmes et décrit comment ces stratégies peuvent être adaptées aux besoins, aux capacités et aux ressources des milieux particuliers. Le manuel décrit des interventions à l'efficacité avérée, celles étayées par de nouvelles données probantes et celles qui pourraient être efficaces, mais n'ont pas encore été suffisamment évaluées relativement à leur impact. Ce guide souligne également l'importance de l'intégration de l'évaluation scientifique dans toutes les activités de prévention afin d'étendre les connaissances actuelles sur ce qui fonctionne bien.

Addressing gender-based violence: UNFPA strategy and framework for action. UNFPA, 2009.

www.unfpa.org/public/publications/pid/1565

Cette publication identifie les domaines prioritaires pour une action intensifiée sur la violence sexiste : les cadres de politique, la collecte et l'analyse des données, l'accent sur la SSR, les réponses humanitaires, les adolescents et les jeunes, les hommes et les garçons, les réseaux confessionnels et les populations vulnérables et marginalisées. Elle entend fournir une plateforme commune et un guide technique pour l'UNFPA au niveau des pays, au niveau régional et au niveau mondial et orienter efficacement les initiatives de développement des capacités, les ressources et les partenariats.

Partnering with men to end gender-based violence. Practices that work from Eastern Europe and Central Asia. UNFPA, 2009.

www.unfpa.org/public/cache/offence/home/publications/pid/4412

Ce rapport documente les bonnes pratiques dans la prévention et la lutte contre la violence sexiste. Les cinq études de cas présentées par le rapport documentent les initiatives en Arménie, en Roumanie, en Turquie et en Ukraine qui ont été mises en œuvre par les gouvernements et d'autres partenaires avec le soutien de l'UNFPA. Bien que les rapports mettent l'accent sur les initiatives en Europe de l'Est et en Asie centrale, les pratiques et les leçons apprises peuvent s'appliquer au monde entier.

Ending violence against women. Programming for prevention, protection and care. UNFPA, 2007.

www.unfpa.org/public/global/pid/399

Ce guide, principalement destiné aux praticiens du développement, propose des points concrets à prendre en compte pour la conception et la mise en œuvre de projets traitant de la violence envers les femmes. C'est un recueil de bonnes pratiques tirées de dix études de cas décrites dans un volume complémentaire intitulé *Programming to Address Violence Against Women*. Les approches sont basées sur une appréciation de la culture et du rôle qu'elle joue dans cette question.

Programming to Address Violence against women

- Ten Case Studies. UNFPA, 2007.

<http://europe.unfpa.org/webdav/site/europe/shared/Publications/PDF%20files/Violence1.pdf>

Ce volume documente l'expérience de l'UNFPA dans la lutte contre les nombreuses formes de violence à l'égard des femmes. Prévu au départ pour les praticiens du développement et les autres personnes cherchant à changer les attitudes et les pratiques, il offre des leçons qui peuvent aider à intensifier les réponses. Des projets mis en œuvre au Bangladesh, en Colombie, au Ghana, au Kenya, en Mauritanie, au Mexique, au Maroc, en Roumanie, en Sierra Leone et en Turquie y sont présentés.

- 8 Case Studies Volume 2. UNFPA, 2009.

http://europe.unfpa.org/public/europe_pubs/pid/2041

Ce volume documente les meilleures pratiques dans la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes. Ces huit études de cas présentent des initiatives issues d'Algérie, du Guatemala, du Honduras, de l'Inde, de l'Indonésie, du Népal, du Sri Lanka et du Zimbabwe, mises en œuvre par les gouvernements et d'autres partenaires avec le soutien de l'UNFPA.

Soutenir les droits reproductifs des femmes

UNAIDS Action Framework: Addressing women, Girls, Gender Equality and HIV. UNAIDS, 2009.

www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/unaid_s_action_framework.pdf

Ce cadre d'action a été élaboré par les co-parrainants de l'ONUSIDA, le Secrétariat de l'ONUSIDA et UNIFEM afin de donner un pouvoir plus efficace et plus durable aux femmes et aux filles et de promouvoir l'égalité des sexes dans le cadre de leur riposte collective au sida. Le cadre s'appuie sur les actions et les réalisations passées mais adopte une approche plus stratégique et priorisée avec une plus grande coordination des politiques et des programmes et un accent sur l'orientation focalisée et spécifique au contexte pour permettre d'accélérer et de développer une action réussie au niveau des pays.

Agenda for accelerated country action for women, girls, gender equality and HIV. Operational plan for the UNAIDS action framework: addressing women, girls, gender equality and HIV. UNAIDS, 2010.

www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2010/20100226_jc1794_agenda_for_accelerated_country_action_en.pdf

L'Agenda pour l'action accélérée au niveau des pays est structuré autour de trois questions :

1. savoir, comprendre et lutter contre les effets particuliers et variés de l'épidémie du VIH sur les femmes et les filles ;
2. traduire les engagements politiques en action intensifiée pour prendre en compte les droits et les besoins des femmes et des filles dans le contexte du VIH ;

3. forger un environnement favorable pour la réalisation des droits humains des femmes et des filles et leur autonomisation, dans le cadre du VIH.

Chaque question est accompagnée d'une recommandation, d'un ensemble de résultats et d'actions appropriées ainsi que des parties qui doivent être tenues comptables des résultats. Les 26 actions concrètes et réalisables visent à être de nature catalytique, générant des synergies entre les ripostes au VIH et à œuvrer sur les droits humains des femmes et des filles et l'égalité des sexes et tirer parti de la richesse, l'expertise et la diversité du mouvement des femmes.

Accroître l'accès aux informations et aux services de la santé sexuelle et reproductive

Strategic considerations for strengthening the linkages between family planning and HIV/AIDS policies, programs, and services. WHO, United States Agency for International Development, Family Health International, 2009.

www.who.int/reproductivehealth/publications/linkages/fp_hiv_strategic_considerations.pdf

Ce document vise à fournir aux planificateurs, aux responsables de mise en œuvre et aux gestionnaires de programmes (notamment les officiels du MdS et les autres parties prenantes au niveau des pays) des considérations stratégiques à prendre en compte pour la mise en œuvre ou le renforcement des services intégrés de PF/VIH. Le document ne prend pas en compte d'autres questions de santé reproductive qui sont également essentielles à des approches liées telles que la violence sexuelle et la prise en charge des IST. L'accent ici est plutôt mis de manière spécifique sur l'interaction de la PF et du VIH ; le document devrait donc être utilisé dans le cadre des efforts élargis pour assurer l'accès universel aux services de SR et aux programmes de prévention, soins, traitement et soutien du VIH.

Santé sexuelle et de la reproduction et VIH - Liens : examen des preuves et recommandations IPPF, University of California, San Francisco, ONUSIDA, UNFPA, OMS, 2009.

www.who.int/reproductivehealth/publications/linkages/hiv_2009/en/index.html

En vue d'obtenir une compréhension plus claire de l'efficacité, des circonstances optimales et des meilleures pratiques pour le renforcement des liens entre la SSR et le VIH, une revue documentaire systématique a été réalisée. Les conclusions corroborent les nombreux avantages obtenus du développement de liens entre les politiques, les systèmes et les services de SSR et de VIH.

Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health. WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank, 2010.

www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/fch_10_06/en/index.html

Ce document décrit les interventions efficaces clés organisées en ensembles dans le cadre du continuum de soins, depuis la période précédant la grossesse, la grossesse, l'accouchement, le post-partum, jusqu'aux soins des nouveaux-nés et jusqu'aux soins de l'enfant. Les ensembles sont définis pour des niveaux communautaires et/ou d'établissements dans les pays en développement et offrent des orientations sur les composantes essentielles nécessaires pour assurer l'adéquation et la qualité des soins.

Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. Quatrième édition, OMS, 2009.

www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/en/index.html

Ce document examine les critères de recevabilité médicale pour l'emploi de contraceptifs, offrant des orientations sur la sécurité de l'utilisation de différentes méthodes pour les femmes et les hommes, avec les caractéristiques spécifiques ou les conditions médicales connues. Les recommandations sont basées sur un examen systématique de la recherche clinique et épidémiologique disponible. C'est un guide qui accompagne le *Selected practice recommendations for contraceptive use*. Ensemble, ces deux documents sont destinés à être utilisés par les décideurs, les gestionnaires de programmes et la communauté scientifique en vue de soutenir les programmes nationaux dans la préparation des directives pour la prestation de services.

L'élimination mondiale de la syphilis congénitale : raison d'être et stratégie. OMS, 2007.

www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241595858/en/index.html

Le but global déterminant de la présente stratégie est l'élimination de la syphilis congénitale en tant que problème de santé publique. Ceci pourrait se faire par la réduction de la prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes et par la prévention de la transmission de la syphilis de la mère à l'enfant. La stratégie s'appuie sur quatre piliers : i) assurer un engagement politique et un plaidoyer soutenus ; ii) accroître l'accès aux services de santé maternelle et néonatale et la qualité de ces services ; iii) dépister et traiter les femmes enceintes et leurs partenaires et iv) mettre en place des systèmes de surveillance et de suivi et évaluation.

La lutte contre le cancer du col de l'utérus : guide des pratiques essentielles. OMS, 2006.

www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9241547006/en/index.html

Ce guide porte sur les connaissances et les compétences requises par les prestataires de soins de santé à différents niveaux de soins pour offrir des services de qualité pour la prévention, le dépistage, le traitement et les soins palliatifs du cancer du col de l'utérus. Il présente des recommandations actualisées étayées par des données probantes couvrant tout le continuum des soins. Les quatre niveaux de soins auxquels il est fait référence tout au long du guide sont : la communauté, le niveau du centre de santé ou des soins primaires ; le niveau de l'hôpital de district ou des soins secondaires et le niveau central ou d'hôpital de référence ou de soins tertiaires. Le guide ne couvre pas la gestion des programmes, la mobilisation des ressources ou les activités politiques, juridiques et liées aux politiques associées à la lutte contre le cancer du col de l'utérus.

Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles. OMS, à paraître.

Faire participer les partenaires masculins

Implication des hommes et des garçons dans l'égalité de genre et de santé : une boîte à outils pour l'action. UNFPA, 2010.

<http://unfpa.org/public/home/publications/pid/6815>

Ce guide présente des informations conceptuelles et pratiques sur l'implication des hommes et des garçons dans la promotion de l'égalité des sexes et de la santé. Des sujets spécifiques portent notamment sur la santé sexuelle et reproductive, la santé maternelle, néonatale et infantile, le statut de père, la prévention du VIH et du sida, les soins et soutien et la prévention de la violence sexiste. Outre la proposition d'exemples de programmes qui ont relevé ces défis avec efficacité, le guide offre des orientations sur le plaidoyer,

l'évaluation de besoins, le suivi et évaluation lié aux efforts pour impliquer les hommes et les garçons.

Policy approaches to engaging men and boys in achieving gender equality and health equity. WHO, 2010.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500128_eng.pdf

Cette orientation politique :

- présente la justification pour l'utilisation d'approches politiques en vue d'impliquer les hommes dans la réalisation de l'égalité des sexes, la réduction des inégalités au niveau de la santé et l'amélioration de la santé des femmes et des hommes ;
- offre un cadre pour l'intégration des hommes dans les politiques qui visent à réduire l'inégalité des sexes et les inégalités en matière de santé ;
- souligne quelques initiatives politiques réussies prenant en compte les hommes, qui ont fait progresser l'égalité des sexes et réduit les inégalités en matière de santé en générant des changements positifs dans les comportements des hommes et les relations avec les femmes et d'autres hommes, notamment par l'accroissement de l'implication des hommes dans la prise en charge des enfants, les interventions à l'intention des hommes qui utilisent la violence contre les femmes, la circoncision masculine, la réduction de la consommation excessive d'alcool par les hommes.

Men's reproductive health curriculum. EngenderHealth, 2008.

www.EngenderHealth.org/pubs/gender/mens-rh-curriculum.php

Ce programme d'enseignement en trois parties est conçu pour offrir à une grande variété d'agents de soins de santé les compétences et la sensibilité requises pour travailler avec des clients de sexe masculin et assurer des services de santé reproductive aux hommes. Le programme comprend :

1. l'introduction aux services de santé reproductive des hommes (édition révisée) conçue pour aider les sites et les agents de soins de santé à lever les barrières au niveau des organisations et des attitudes qui peuvent exister dans l'initiation, l'offre ou l'extension d'un programme de services de santé reproductive des hommes ;
2. le conseil et la communication avec les hommes, portant sur le renforcement de la capacité des prestataires de services à interagir, communiquer avec et conseiller les hommes – avec ou sans leurs partenaires – sur les questions de santé reproductive ;
3. la prise en charge des problèmes de santé reproductive des hommes, offrant des informations aux cliniciens et autres prestataires de services pour le diagnostic et la prise en charge des troubles de santé reproductive chez les hommes.

Involving men in promoting gender equality and women's reproductive health. UNFPA, 2007.

www.unfpa.org/gender/men.htm

Résumé du travail et des constatations de l'UNFPA.

Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: Evidence from programme interventions. WHO, 2007.

www.who.int/gender/documents/Engaging_men_boys.pdf

Ce document évalue l'efficacité des interventions programmatiques visant à impliquer les hommes et les garçons dans la réalisation de l'égalité des sexes et de l'équité en matière de santé.

ANNEXE 3 : DISCUSSION SUPPLÉMENTAIRE SUR LES PRINCIPES DIRECTEURS

Droits humains¹²

Ces principes visent à guider une politique et une programmation coordonnées et cohérentes des gouvernements afin que ceux-ci puissent respecter leurs engagements internationaux. Ce faisant, des interventions de PTME intégrées aux programmes de santé maternelle, néonatale et infantile et les programmes de SSR doivent être conçues, mises en œuvre, suivies et évaluées de manière transparente et participative, avec une diffusion régulière des résultats au public. L'ancrage des programmes de santé reproductive dans un cadre des droits humains clarifie les obligations et les responsabilités des gouvernements pour la protection, la promotion et la garantie des droits de reproduction. Malgré l'existence de conditions de réalisation progressive et de contraintes liées aux ressources, certaines obligations ont un effet immédiat. Par exemple, l'État a le devoir de respecter les libertés d'un individu à contrôler sa santé et son corps. L'État a donc obligation immédiate de ne pas s'inscrire dans des pratiques de stérilisation forcée ou des pratiques discriminatoires, car cela n'est nullement conditionné par une réalisation progressive ou par la disponibilité de ressources.

En gardant à l'esprit les principes des droits humains que sont l'universalité, l'inaliénabilité, l'indivisibilité, l'interdépendance et l'interrelation, ceux-ci renforcent les programmes de PTME/SMNI/SSR en soulignant les interactions entre les droits relatifs à la reproduction et les autres droits humains tels que le droit à l'éducation, à l'information, au respect de la vie privée, à l'alimentation, à l'abri, ainsi de suite. Ces intersections nécessitent que les programmes de PTME/SMNI/SSR soient fondés sur des partenariats multisectoriels et que l'expertise et les ressources des divers groupes et ministères soient combinées en vue de créer des programmes intégrés de PTME/SMNI/SSR véritablement globaux.

Égalité des sexes et autonomisation

Un certain nombre de défis posés par l'intensification de la prévention primaire du VIH dans le cadre de la PTME ont été identifiés, notamment des obstacles importants au maintien du statut des femmes enceintes séronégatives, dont un grand nombre sont liés au genre.¹³ Les femmes vivant avec le VIH rencontrent d'autres barrières pour accéder aux services, notamment :

- les attitudes des prestataires, en particulier leurs attitudes stigmatisantes et discriminatoires ;
- la perception continue que les programmes accordent moins de valeur à la santé et aux droits de la mère qu'à ceux de l'enfant ;¹⁴
- un manque de respect pour les droits de reproduction et les désirs de fertilité des femmes vivant avec le VIH, notamment l'avortement ou la stérilisation forcé(e) ou rendu(e) obligatoire ;
- la perception d'un manque de conseil de qualité pour les femmes vivant avec le VIH lorsqu'elles ne veulent pas tomber enceintes ;¹⁵
- le manque de prise en charge pour la période antérieure à la conception et de sensibilisation à la planification familiale chez les femmes (en particulier les jeunes femmes) et leur partenaires et les prestataires de santé ;¹⁶
- l'absence d'offre de conseil et de services dans la confidentialité, sans critique et discrimination ;
- le manque d'offre d'informations exactes et d'accès à l'ensemble des options de planification familiale ;

- l'absence de respect de la décision d'une personne d'annoncer son statut sérologique de manière volontaire, même aux prestataires de soins de santé.

Pour faire de l'eTME une réalité, il est essentiel de mettre l'accent sur l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (voir l'Encadré A : Risques et vulnérabilité). Cette focalisation permettra de créer un environnement propice à la réalisation de programmes globaux et efficaces intensifiés de PTME/SMNI/SSR. 17 Par ailleurs, dans le cadre du principe directeur général des « Droits humains et genre », le besoin de lutter contre la violence sexiste est essentiel car il existe des liens nets entre la violence sexiste et les mauvais résultats de santé pour la mère et l'enfant résultant d'un traumatisme physique et mental. Les personnes vivant avec le VIH ont signalé un niveau élevé de violence sexiste. En outre, il existe peu de programmes de prévention et d'atténuation de l'impact accessibles pour la lutte contre la violence sexiste.¹⁸

Ces dimensions du genre ne peuvent être ignorées dans la programmation et influencent les services qui sont offerts et la manière dont ils sont offerts. En reconnaissance de l'importance qu'il y a à s'attaquer aux dimensions du genre de l'épidémie du sida, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a élaboré des stratégies de programmes et des plans opérationnels qui reconnaissent que la dynamique du genre affecte la vulnérabilité des femmes au VIH et son impact.¹⁹

Faire participer de manière significative les personnes vivant avec le VIH²⁰

Les personnes vivant avec le VIH ont une connaissance, une expérience et une idée fondamentales des questions qui sont importantes pour elles et qui leur permettent de riposter efficacement à l'épidémie (voir la Section 9 : Stratégies et actions clés, Stratégie 4). La participation des personnes vivant avec le VIH, des jeunes et des populations clés plus exposées aux risques d'infection apporte la garantie que les produits, les informations et les services de santé sexuelle et reproductive répondent aux besoins de ces groupes, c'est-à-dire qu'ils sont disponibles²¹, accessibles²² et acceptables²³ ainsi que scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité.

Lorsque le présent cadre est appliqué au programme de PTME/SMNI/SSR, il est clair que les éléments clés de la disponibilité, l'accessibilité, etc. sont souvent absents. Par exemple, dans de nombreux pays, les informations sur la PTME/SMNI/SSR ne sont pas facilement disponibles et, lorsqu'elles le sont, elles ne sont pas accessibles à tous, en particulier aux

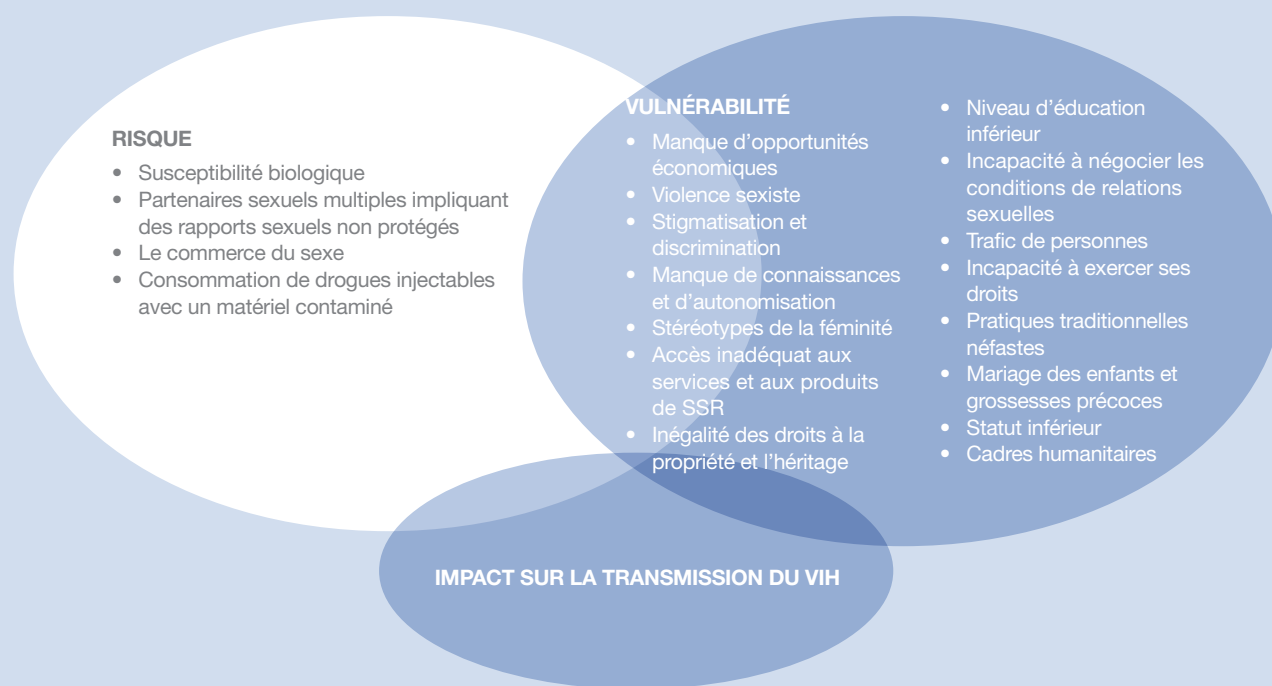
i. Gender Equality Strategy. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2009.
www.theglobalfund.org/documents/strategy/TheGenderEqualityStrategy_en.pdf
The Global Fund Strategy in Relation to Sexual Orientation and Gender Identities. Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, 2009.
www.theglobalfund.org/documents/publications/other/SOGI/SOGI_Strategy.pdf
UNAIDS Action Framework: Addressing Women, Girls, Gender Equality and HIV. UNAIDS, août 2009.
www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/unaidss_action_framework.pdf
Agenda for Accelerated Country Action for Women, Girls, Gender Equality and HIV. Operational plan for the UNAIDS action framework: addressing women, girls, gender equality and HIV.
www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2010/20100226_jc1794_agenda_for_accelerated_country_action_en.pdf

ENCADRÉ A : RISQUE ET VULNÉRABILITÉ

L'infection à VIH est associée à des risques spécifiques, notamment les comportements tels que les rapports sexuels non protégés ou la consommation de drogues injectables avec un matériel d'injection contaminé et des situations comme les rapports sexuels forcés ou faisant l'objet de contrainte. La vulnérabilité a trait à l'inégalité des chances, à l'exclusion sociale, au chômage ou à l'emploi précaire et à d'autres facteurs sociaux, culturels, politiques et économiques qui exposent davantage une personne à l'infection à VIH et au développement du sida. La Figure A présente les facteurs de risque et de vulnérabilité spécifiques auxquels font face les femmes et les filles et illustre la relation entre le risque et la vulnérabilité et l'impact de la transmission du VIH dans le cadre de la PTME.

En outre, les normes néfastes associées au genre – notamment celles qui renforcent le rôle de soumission des femmes, le sexe transgénérationnel, les partenariats parallèles et la violence sexiste – sont des déterminants clés de l'épidémie du VIH.²⁴ La peur de la violence peut empêcher les femmes d'accéder à des services de conseil et de dépistage volontaires, de planification familiale ou de PTME ou d'annoncer leur statut à leurs partenaires. Dans de nombreux cas, les femmes dont le test au VIH est positif choisissent de ne pas informer leurs partenaires de leur résultat pour des raisons de crainte, de blâme ou d'abandon. Les femmes qui craignent la violence sont également moins capables d'exercer un contrôle sur leur fertilité, de négocier des rapports sexuels sans risque ou l'utilisation du préservatif ou d'affronter l'infidélité. Par ailleurs, la discrimination économique, éducative, juridique et politique rencontrée par les femmes et les filles contribue à leur vulnérabilité.²⁵

FIGURE A : LA VULNÉRABILITÉ ET LE RISQUE DES FEMMES ET DES FILLES ET L'IMPACT SUR LA TRANSMISSION DU VIH DANS LE CADRE DE LA PTME



femmes et aux adolescents, notamment ceux vivant avec le VIH ou issus de populations clés plus exposées aux risques d'infection. Les services de PTME/SMNI/SSR sont souvent géographiquement inaccessibles aux communautés vivant en zone rurale. Ces services, parfois, ne sont pas offerts sous une forme culturellement acceptable ou spécifique à l'âge. Enfin les services et les déterminants de la santé sous-jacents correspondants, tels que l'éducation, sont souvent d'une qualité inférieure à la norme.

Engagement des communautés²⁶

La valeur de l'implication des communautés pour l'amélioration de la santé a été reconnue il y a plus de 30 ans.²⁷ Depuis lors, l'implication des communautés est considérée comme un continuum (selon le degré de contrôle et de prise de décisions des membres de la communauté) allant d'une représentation

symbolique sans aucun rôle ni aucun pouvoir dans la prise de décisions à la participation des communautés dans laquelle les populations locales initient l'action, établissent l'agenda et travaillent vers un objectif d'engagement des communautés défini en commun. Un tel engagement rassemble les personnes vivant avec le VIH, les acteurs communautaires et les prestataires de santé pour l'élaboration de partenariats, la réponse aux lacunes et aux défis et le soutien aux familles et aux individus, créant une réponse communautaire globale. Lorsque les communautés ne sont pas susceptibles de mettre en question leurs propres présupposés – sur les normes du genre, par exemple – sans qu'on ne les pousse à le faire, les programmes communautaires réussissent à catalyser le changement en aidant les communautés à réfléchir sur les traditions, les normes et les valeurs qui constituent une entrave à leur santé et leur survie (voir la *Section 9 : Stratégies et actions clés, Stratégie 2*).

Stigmatisation et discrimination

La législation internationale des droits humains proscrit la discrimination dans l'accès aux soins de santé et aux déterminants de santé sous-jacents ainsi qu'aux moyens de leur obtention sur la base de la race, la couleur, du sexe, de la langue, la religion, l'opinion politique ou autre, l'origine nationale ou sociale, la propriété, la naissance, du handicap physique ou mental, de l'état de santé (y compris le VIH), l'orientation sexuelle et la situation civile, politique, sociale ou autre qui a l'intention ou l'effet d'annuler ou d'entraver la jouissance ou l'exercice égal(e) du droit à la santé. Toutefois, la discrimination et la stigmatisation continuent à faire peser une menace sérieuse sur la santé sexuelle et reproductive de nombreuses populations clés et groupes vulnérables, notamment les femmes, les minorités sexuelles, les réfugiés, les personnes handicapées, les communautés rurales, les personnes autochtones, les personnes vivant avec le VIH, les professionnel(le)s du sexe et les personnes incarcérées. Certains individus souffrent de discrimination sur plusieurs plans comme le genre, la race, la pauvreté et l'état de santé²⁸ (voir la Section 9: Stratégies et actions clés, Stratégie 5).

L'on a besoin de lois protectrices qui garantissent la non-discrimination, réduisent la stigmatisation, assurent l'accès à la justice et changent les normes néfastes de genre pour s'attaquer aux causes sous-jacentes de l'infection primaire des femmes et à la prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH. Tout aussi importants sont les programmes qui promeuvent l'éducation et créent les conditions permettant aux personnes vivant avec le VIH et leurs partenaires d'être libres de faire des choix éclairés concernant leur santé sexuelle et reproductive notamment l'opportunité ou non d'être sexuellement actifs et satisfaits et la manière de réaliser cela ainsi que l'opportunité de concevoir et d'avoir une famille.²⁹

Le caractère central de la sexualité³⁰

Le principe de la reconnaissance du caractère central de la sexualité met l'accent sur « l'approche axée sur le cycle de vie » de la santé sexuelle et reproductive, qui implique d'aider les pays à : répondre aux besoins de SSR des adolescents et des jeunes, notamment ceux vivant avec le VIH, prévenir la mortalité et la morbidité maternelles et offrir aux femmes et aux hommes (y compris les femmes et les hommes plus âgés) les informations, les produits et les services de SSR dont ils ont besoin. Cette approche implique que les programmes répondent aux besoins particuliers de SSR des adolescents et des jeunes, soutiennent la prévention de la mortalité et de la morbidité maternelles et aident les gouvernements à offrir aux femmes et aux hommes (y compris les femmes et les hommes plus âgés) les informations, les produits et les services de santé sexuelle et reproductive dont ils ont besoin, en fonction de leur âge.

ANNEXE 4 : ENSEMBLE DES SERVICES ESSENTIELS POUR DES SOINS MATERNELS DE HAUTE QUALITÉ³¹

Ensemble de services essentiels pour les soins maternels de haute qualité pour toutes les femmes, indépendamment de leur statut sérologique

1. Éducation à la santé, informations sur la prévention et la prise en charge du VIH et des infections sexuellement transmissibles, notamment les pratiques sexuelles à moindre risque, la grossesse, notamment les soins prénataux, la planification des naissances et l'assistance à l'accouchement, la prévention du paludisme, l'alimentation optimale des bébés, le conseil pour la planification familiale et les services associés.
2. Le conseil et dépistage du VIH proposé par le prestataire, notamment le conseil et dépistage du VIH pour les femmes dont le statut n'est pas connu au moment du travail et de l'accouchement ou du post-partum.
3. Le conseil et dépistage du VIH pour les couples et les partenaires, notamment le soutien pour l'annonce.
4. La promotion et la fourniture de préservatifs masculins et féminins.
5. Le repérage des cas de violence sexiste liée au VIH.
6. Les soins obstétriques, notamment l'anamnèse et l'examen physique.
7. L'appui nutritionnel maternel.
8. Le conseil sur l'alimentation des bébés.
9. Le soutien psychosocial.
10. La planification des naissances, la préparation des naissances (notamment les signes de danger pendant la grossesse et le post-partum), notamment la présence d'accoucheuses qualifiées.
11. Le vaccin du tétanos.
12. L'apport de suppléments en fer et en acide folique.
13. Le dépistage de la syphilis et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles.
14. Les interventions de réduction du risque pour les personnes consommatrices de drogues.
15. Le dépistage de l'hépatite B et la vaccination des bébés.³²

Ensemble de services pour les femmes vivant avec le VIH

1. Conseil et soutien supplémentaires pour encourager le dépistage du partenaire, l'adoption de la réduction du risque et l'annonce.
2. Évaluation clinique, notamment la détermination des stades cliniques de la maladie du VIH.
3. L'évaluation immunologique (numération des cellules CD4) lorsque cela est possible.
4. La thérapie antirétrovirale lorsqu'elle est indiquée.
5. Le conseil et soutien pour l'alimentation des bébés basé sur la connaissance du statut sérologique.
6. La prophylaxie antirétrovirale pour la PTME assurée pendant les périodes antepartum, intrapartum et postpartum.
7. La prophylaxie à base de cotrimoxazole lorsqu'elle est indiquée.
8. Le conseil et la prestation de services supplémentaires le cas échéant, pour prévenir les grossesses non désirées.
9. Les soins de soutien, notamment l'appui à l'observance.
10. Le conseil et la prestation de services supplémentaires le cas échéant, pour prévenir les grossesses non désirées.
11. Le dépistage et le traitement de la tuberculose quand cela est indiqué, la thérapie préventive (prophylaxie à l'isoniazide) lorsque cela est approprié.
12. Les conseils et le soutien pour d'autres interventions de prévention, comme la distribution d'eau potable.
13. Les soins de soutien, notamment l'appui à l'observance et les soins palliatifs et la prise en charge des symptômes.

Ensemble supplémentaire de services pour toutes les femmes indépendamment de leur statut sérologique, dans des cadres spécifiques

1. Prévention et traitement du paludisme.
2. Conseil, soutien psychosocial et référence pour les femmes exposées au risque de violence ou qui ont été victimes de violence.
3. Conseil et référence pour les femmes ayant des antécédents de consommation néfaste d'alcool ou de drogue.
4. Déparasitage.
5. Songer à renouveler le test plus tard au cours de la grossesse, si possible, dans les épidémies généralisées.

ANNEXE 5 : TERMES CLÉS

Les besoins non satisfaits de planification familiale représentent la proportion de femmes qui n'utilisent pas la contraception chez les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans), soit qui sont mariées, soit qui vivent en union et sont fécondes et sexuellement actives, mais ne veulent plus d'enfants ou aimeraient retarder la naissance de leur prochain enfant de deux ans au moins. Cet indicateur reflète si les femmes qui veulent retarder ou éviter une grossesse ont accès ou non aux services et informations de planification familiale et les utilisent ou non à un moment donné.³³

Bidirectionnalité : renvoie au lien à la fois entre la SSR et les politiques et programmes de VIH et entre le VIH et les politiques et les programmes de SSR.³⁴

La communauté est un terme largement utilisé qui n'a pas de définition unique ou fixe. Généralement, les communautés sont constituées de personnes qui sont connectées les unes aux autres de manières distinctes et variées. Les communautés sont diverses et dynamiques et une personne peut appartenir à plus d'une communauté à la fois. Les membres de la communauté peuvent être liés par le fait de vivre dans la même zone ou de partager des expériences, des problèmes de santé et autres, des situations de vie, une culture, une religion, une identité ou des valeurs.³⁵

La contraception se définit comme la prévention intentionnelle de la conception par le biais de différentes méthodes. Les méthodes contraceptives sont classées soit comme modernes, soit comme traditionnelles. Les méthodes modernes de contraception comprennent la stérilisation féminine et masculine, les pilules hormonales orales, le dispositif intra-utérin (DIU), le préservatif masculin, les injectables, l'implant (notamment Norplant), les méthodes de barrières vaginales, le préservatif féminin et la contraception d'urgence. Les méthodes traditionnelles de la contraception comprennent le rythme (abstinence périodique), le retrait, l'abstinence prolongée, l'allaitement maternel, la douche vaginale, la méthode de l'aménorrhée due à la lactation (MAMA) et les méthodes dites « de bonne femme ».³⁶

La double protection : De nombreuses personnes sexuellement actives ont besoin d'une double protection : une protection contre les grossesses non désirées et contre les IST, y compris le VIH. Ces contraceptifs qui offrent la meilleure prévention contre la grossesse ne protègent pas des IST. Aussi, l'utilisation simultanée de préservatifs contre les maladies est-elle recommandée. Les préservatifs utilisés seuls peuvent aussi prévenir à la fois les IST et la grossesse s'ils sont utilisés correctement et de manière constante, mais ils sont associés à des taux plus élevés de grossesse que les préservatifs utilisés en même temps qu'une autre méthode contraceptive.³⁷

Élimination de la transmission de VIH de la mère à l'enfant (eTME) : Voir *Note sur la terminologie* (page i) et pour obtenir des exemples de termes utilisés actuellement.⁴²⁻⁴⁶

Les groupes vulnérables : les populations qui sont soumises à des pressions sociales ou à des circonstances sociales qui peuvent les rendre plus vulnérables à l'exposition aux infections, notamment le VIH, comme les populations vivant en situation de crise humanitaire, les réfugiés, les personnes déplacées au niveau interne et

les migrants, les travailleurs des économies informelles, les victimes de la faim, de mauvaise nutrition et d'insécurité alimentaire ainsi que les enfants orphelins et vulnérables.⁴³

L'intégration : renvoie à différents types de services ou de programmes opérationnels de SSR et de VIH qui peuvent être regroupés pour assurer et, éventuellement, maximiser des résultats collectifs. Ceci inclurait, par exemple, les références d'un service à un autre. L'intégration est basée sur le besoin d'offrir des services globaux et intégrés.⁴⁴ Cela renvoie, en termes de fourniture de services, à l'organisation et la gestion des services de santé, de sorte que les personnes obtiennent les soins dont elles ont besoin, quand elles en ont besoin, d'une manière conviviale et permettant d'atteindre les résultats souhaités et d'assurer l'optimisation des ressources.⁴⁵

Les liens : les synergies bidirectionnelles au niveau des politiques, des programmes, des services et du plaidoyer entre la SSR et le VIH. Cela renvoie à une approche plus large basée sur les droits humains, dont l'intégration des services est un sous-ensemble.⁴⁶

La mortalité maternelle renvoie au décès d'une femme pendant sa grossesse ou pendant les 42 jours suivant l'interruption de grossesse, indépendamment de la durée et du lieu de la grossesse, dû à n'importe quelle cause liée ou aggravée par la grossesse ou à sa prise en charge, mais non dû à des causes accidentelles ou incidentes.⁴⁷

La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) : Certains pays, organisations et individus préfèrent utiliser le terme prévention de la transmission du VIH du parent à l'enfant (PTPE) afin d'éviter de « culpabiliser » indûment la mère et de mieux impliquer le partenaire masculin dans la prévention du VIH. Dans le présent document, le terme « prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) » est utilisé sans aucune connotation de culpabilisation ou de stigmatisation pour la femme qui donne naissance à un enfant séropositif. Il ne suggère nullement une transmission délibérée par la mère, qui ignore souvent son propre statut sérologique et le risque de transmission du VIH au bébé. Voir aussi *Note sur la terminologie* (page i).

Prévention primaire : la prévention primaire au VIH renvoie aux activités menées pour protéger, en premier lieu, une personne contre la contraction du VIH.⁴⁸

Les organisations à base communautaire (OBC) : sont généralement ces organisations qui sont apparues dans une communauté, en réponse à des besoins ou des défis particuliers et qui sont localement organisées par des membres de la communauté. Les organisations non gouvernementales (ONG) sont généralement des entités juridiques, enregistrées par exemple auprès d'autorités locales ou nationales ; elles peuvent fonctionner uniquement au niveau communautaire ou peuvent également fonctionner ou faire partie d'une ONG plus importante aux niveaux national, régional et international. Certains groupes qui démarrent comme des OBC deviennent des ONG lorsque leurs programmes se développent et qu'ils ont besoin de

mobiliser des ressources de partenaires qui ne financent que des organisations ayant un statut juridique.⁴⁹

Organisations et acteurs communautaires: ce sont tous ceux qui agissent au niveau communautaire pour offrir des services et des activités à base communautaire et promouvoir de meilleures pratiques et politiques. Il s'agit, notamment, de nombreuses organisations de la société civile, de groupes et de personnes individuelles qui travaillent avec les communautés, en particulier les organisations à base communautaire (OBC), les organisations non gouvernementales (ONG) et les organisations confessionnelles (OC) et les réseaux ou organisations de personnes vivant avec le VIH ou de populations clés. Il s'agit également de ces acteurs des secteurs public ou privé qui travaillent en partenariat avec la société civile pour soutenir la prestation de services à base communautaire, par exemple les collectivités locales, les entrepreneurs communautaires et les coopératives.⁵⁰

La planification familiale permet aux individus et aux couples d'anticiper et d'atteindre le nombre souhaité d'enfants, s'ils en souhaitent, ainsi que l'espacement et le choix du moment de leur naissance. Cela se fait par l'utilisation des méthodes contraceptives et du traitement de l'infertilité involontaire. La capacité d'une femme à espacer ses grossesses et à en limiter le nombre a un impact direct sur sa santé et son bien-être ainsi que sur le résultat de chaque grossesse.⁵¹

Les populations clés ou les populations plus exposées aux risques d'infection: les populations clés ou les populations clés plus exposées aux risques d'infection sont des groupes de personnes qui sont plus susceptibles d'être exposés au VIH ou de le transmettre et dont l'engagement est essentiel pour une riposte réussie au VIH. Dans tous les pays, les populations clés incluent les personnes vivant avec le VIH. Dans la plupart des milieux, les hommes ayant des rapports avec des hommes, les transgenres, les consommateurs de drogues et les professionnel(le)s du sexe et leurs clients sont plus exposés au risque d'infection par le VIH que les autres groupes. Toutefois, chaque pays devrait définir les populations spécifiques qui sont des populations clés pour l'épidémie et la riposte sur la base du contexte épidémiologique et social.⁵²

Le Principe de la participation accrue des personnes vivant avec le VIH (GIPA): GIPA n'est pas un projet ou un programme. C'est un principe qui vise à mettre en pratique les droits et les responsabilités des personnes vivant avec le VIH, notamment leur droit à l'auto-détermination et à la participation à la prise des décisions qui affectent leur vie. Dans le cadre de ces efforts, GIPA vise également à renforcer la qualité et l'efficacité de la riposte au sida.⁵³

La réduction du risque: renvoie aux politiques, aux programmes et aux approches qui visent à réduire les conséquences sanitaires, sociales et économiques néfastes associées à la consommation de substances psycho-actives. C'est un ensemble global de neuf éléments comprenant: les programmes de seringues et aiguilles; la thérapie de substitution aux opiacés et autres traitements de la dépendance à la drogue; le conseil et dépistage du VIH; la thérapie antirétrovirale; la prévention et le traitement des maladies sexuellement transmissibles; les programmes de préservatifs pour

les personnes consommatrices de drogues injectables et leurs partenaires sexuels; l'information, l'éducation et la communication ciblées pour les personnes consommatrices de drogues injectables et leurs partenaires sexuels; la vaccination, le diagnostic et le traitement de l'hépatite virale et la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose.⁵⁴

Le renforcement des systèmes communautaires (RSC)

est une approche qui promeut le développement de communautés et d'organisations, de groupes et de structures à base communautaire éclairés, compétents et coordonnés. Le RSC implique une grande variété d'acteurs communautaires, leur permettant de contribuer en partenaires égaux, auprès d'autres acteurs, aux interventions durables en matière de santé et autres, au niveau communautaire, notamment un environnement réceptif et propice à l'efficacité de ces contributions. Le RSC vise à obtenir de meilleurs résultats en matière de santé en développant le rôle des populations, des communautés et des organisations à base communautaire clés affectées dans la conception, la prestation et le suivi et évaluation des services et activités liés à la prévention, au traitement, aux soins et soutien des personnes affectées par le VIH, la tuberculose, le paludisme et autres défis sanitaires majeurs.⁵⁵

Le risque se définit comme le risque d'exposition au VIH ou la probabilité qu'une personne soit infectée par le VIH. Certains comportements créent, accroissent ou perpétuent le risque. Les comportements et non l'appartenance à un groupe placent les individus dans les situations dans lesquelles ils peuvent être exposés au VIH.⁵⁶

La santé positive, dignité et prévention

- Une plus grande accessibilité et compréhension des politiques et programmes de santé publique basés sur les droits humains, éclairés par des données probantes, qui soutiennent les individus vivant avec le VIH dans des choix répondant à leurs besoins et leur permettant de vivre sainement;
- L'intensification et le soutien de programmes de dépistage, de soins, de soutien, de traitement et de prévention du VIH initiés et dirigés par la communauté;
- l'identification et le soutien de programmes de compréhension de la santé, du traitement et de la prévention garantissant la promotion et la mise en œuvre des droits humains et la connaissance des textes juridiques;
- S'assurer de l'inclusion des personnes vivant avec le VIH qui ont été diagnostiquées ou non, ainsi que de leurs partenaires et leurs communautés dans les programmes de prévention du VIH qui mettent en exergue la responsabilité partagée, indépendamment du statut sérologique connu ou perçu et proposent des options plutôt que des restrictions pour l'autonomisation permettant à ces personnes de se protéger et de protéger leur(s) partenaire(s);
- L'intensification et le soutien des programmes de capital social qui mettent l'accent sur des ripostes au VIH durables et pilotées par les communautés, en investissant dans le développement communautaire, l'établissement de réseaux, le renforcement des capacités et les ressources pour les organisations et les réseaux de personnes vivant avec le VIH.⁵⁷

Société civile : comprend non seulement les organisations et les acteurs communautaires, mais également les autres organisations non gouvernementales, non commerciales, telles que celles qui travaillent sur les politiques publiques, les processus et la mobilisation de ressources aux niveaux national, régional ou mondial. Les organisations de la société civile (OSC), quel que soit le niveau auquel elles interviennent, comprennent les organisations à base communautaire (OBC), les organisations non gouvernementales (ONG), les organisations confessionnelles (OC) et les réseaux ou organisations de personnes vivant avec le VIH ou de populations clés.⁵⁸

Les systèmes communautaires sont des structures et des mécanismes utilisés par les communautés à travers lesquels les membres des communautés et les organisations et les groupes à base communautaire échangent, coordonnent et exécutent leurs réponses aux défis et aux besoins affectant leurs communautés. De nombreux systèmes communautaires sont à petite échelle et/ou informels. D'autres sont plus importants – ils peuvent être établis en réseaux entre plusieurs organisations et impliquer différents sous-systèmes. Par exemple, un important système de prise en charge peut avoir des sous-systèmes distincts pour les soins intégrés à domicile, offrant un soutien nutritionnel, un conseil, un plaidoyer, un appui juridique et des références pour l'accès aux services et le suivi.⁵⁹

Traitement comme prévention est un terme utilisé pour décrire les méthodes de prévention du VIH qui utilisent un traitement antirétroviral chez les personnes séropositives afin de diminuer le risque de transmission du VIH, quel que soit le compte de CD4.^{57a}

La transmission verticale renvoie à la transmission du VIH de la mère à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement.⁶⁰

La violence à l'égard des femmes : ... « tout acte de violence sexiste qui entraîne ou est susceptible d'entraîner des préjudices ou des souffrances physiques, sexuels ou psychologiques pour les femmes, y compris les menaces de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire des libertés, soit en public, soit dans la sphère privée. ... La violence à l'égard des femmes sera entendue comme recouvrant, sans pour autant s'y limiter, les éléments suivants : a) la violence physique, sexuelle et psychologique qui survient dans la famille ; b) la violence physique, sexuelle et psychologique qui survient dans la communauté générale ; c) la violence physique, sexuelle et psychologique perpétrée ou tolérée par l'État, partout où elle se produit. Les types de violence qui tombent dans les catégories susmentionnées sont les suivants : les coups entre conjoints, l'abus sexuel, notamment des enfants de sexe féminin, la violence liée à la dot, le viol, notamment le viol entre époux, les mutilations/ coupures génitales féminines et autres pratiques néfastes pour les femmes, la violence autre qu'entre époux, la violence sexuelle liée à l'exploitation, le harcèlement et l'intimidation sexuels sur le lieu de travail, dans les établissements scolaires et partout ailleurs, le trafic des femmes et la prostitution forcée.⁶¹

Volet : Il existe quatre volets de programmes (également connu sous le nom d'éléments ou de composantes) des programmes globaux de PTME.

Volet 1 : Prévention primaire du VIH chez les femmes en âge de procréer (dans le présent cadre, avec un accent particulier sur les femmes enceintes et celles qui allaitent – voir la *Section 2 : Volet 1*).

Volet 2 : Prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH (dans le cadre de la santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH basée sur les droits) (voir la *Section 3 : Volet 2*).

La vulnérabilité renvoie à l'inégalité des chances, à l'exclusion sociale, au chômage, à l'emploi précaire et à d'autres facteurs sociaux, culturels, politiques et économiques qui exposent davantage une personne à l'infection à VIH et au développement du sida. Les facteurs sous-tendant la vulnérabilité peuvent réduire la capacité des individus et des communautés à éviter le risque du VIH et peuvent échapper au contrôle des individus. Ces facteurs sont notamment : le manque de connaissances et de compétences requises pour se protéger soi-même et protéger les autres, l'accessibilité, la qualité et la couverture des services et les facteurs sociaux tels que les violations des droits humains ou les normes sociales et culturelles. Ces normes peuvent inclure des pratiques, des croyances et des lois qui stigmatisent et affaiblissent certaines populations, limitant leur capacité à accéder aux services et produits de prévention, de traitement, de soins et soutien du VIH ou leur utilisation. Ces facteurs, seuls ou combinés, peuvent créer ou exacerber la vulnérabilité individuelle et collective au VIH.⁶²

1. www.un.org/millenniumgoals/
- 1a. FNUAP (11 Juillet 2012). World Population Day Marked with Renewed Push to Expand Family Planning Access Around the Globe. Communiqué de presse
<http://www.unfpa.org/public/home/news/pid/11465>
2. Global Strategy for Women's and Children's Health. UN Secretary-General, 2010.
www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/201009_globalstrategy_6lang/en/index.html
3. 25 pays prioritaires pour l'engagement dans la stratégie mondiale (AFRO: 18, EMRO: 2, SEARO: 3, WPRO: 1, AMRO: 1): Afghanistan, Bangladesh, Bénin, Burkina Faso, Cambodge, RDC, Éthiopie, Ghana; Haïti; Inde; Kenya; Liberia; Malawi; Mali; Mozambique; Népal; Niger; Nigeria; Pakistan; Rwanda; Sierra Leone; Tanzanie; Ouganda; Zambie; Zimbabwe.
4. www.who.int/pmnch/about/steering_committee/091207_item1c_h4workplan_rev.pdf
5. Gender Equality Strategy. The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2009.
www.theglobalfund.org/documents/strategy/TheGenderEqualityStrategy_en.pdf
Annexe 2 f. Inclut des programmes qui donnent aux femmes et aux filles la capacité de se protéger elles-mêmes en ayant accès aux soins de santé sexuelle et reproductive, accès aux mesures de prévention contrôlées par les femmes (préservatif féminin, négociation de l'utilisation du préservatif, etc.) et accès à l'éducation. Dans ce cadre, le Fonds mondial soutiendra des activités qui renforcent l'intégration des services de santé sexuelle et reproductive et de VIH/sida.
6. G8 Muskoka Declaration Recovery And New Beginnings. Muskoka, Canada, 25-26 June 2010.
http://canadainternational.gc.ca/g8/assets/pdfs/2010-declaration_eng.pdf
7. www.ghi.gov
8. www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/syphilis/en/index.html
9. www.stoptb.org
10. www.who.int/immunization_monitoring/diseases/MNTE_initiative/en/index.html
11. www.rollbackmalaria.org/gmap/2-1.html
12. Session 4: Reproductive Health. PowerPoint presentation in A Human Rights-Based Approach to Programming: Practical Information and Training Materials. UNFPA and Harvard School of Public Health, Program on International Health and Human Rights. 2010. www.unfpa.org/public/publications/pid/4919
13. Il s'agit notamment des éléments suivants:
 - une faible perception du risque de l'infection à VIH par les femmes et leurs partenaires;
 - le manque de sensibilisation à la possibilité de la transmission verticale;
- la séroconversion pendant la grossesse liée à des pratiques socioculturelles, comme l'abstinence pendant la grossesse, qui peuvent contribuer à la pratique de rapports sexuels à risque par les partenaires en dehors de la relation, puis leur transmission du VIH à leurs partenaires enceintes ou qui allaitent;
- les difficultés à promouvoir et/ou pratiquer le sexe à moindre risque, notamment l'utilisation du préservatif pour les couples mariés et non mariés, en particulier pendant la grossesse;
- la violence ou même la peur de la violence, qui peut empêcher les femmes d'annoncer leur statut à leurs partenaires, d'avoir accès au conseil et dépistage volontaire, à la planification familiale et à d'autres services sanitaires sociaux et juridiques; et
- la peur de la stigmatisation et de la discrimination et, plus récemment, de la criminalisation de la transmission périnatale, qui peut affecter la décision d'une personne concernant l'opportunité ou non de faire le dépistage du VIH.
14. Voix vitales: Recommandations issues des consultations avec des personnes vivant avec le VIH sur le Cadre stratégique de l'ETII pour les Volets 1 et 2 de la PTME. ICW et GNP+, 2011.
www.gnpplus.net/images/stories/Empowerment/consultations/ICW_GNP_Recommendations_PMTCT_Framework_Final.pdf
15. Selon l'enquête en ligne de ICW/GNP+, sur 591 répondants, 41 % ont jugé moyenne la qualité globale du conseil que reçoivent les femmes séropositives. Un nombre important (19 %) ont jugé mauvaise la qualité du conseil et 9 %, très mauvaise.
Voix vitales: Recommandations issues des consultations avec des personnes vivant avec le VIH sur le Cadre stratégique de l'ETII pour les Volets 1 et 2 de la PTME. ICW et GNP+, 2011.
www.gnpplus.net/images/stories/Empowerment/consultations/ICW_GNP_Recommendations_PMTCT_Framework_Final.pdf
16. Dans l'enquête en ligne de ICW/GNP+, 58 % des répondants pensent que les femmes séropositives et les couples ne reçoivent pas suffisamment de soutien pour une conception sans risque. La majorité des répondants ont mentionné les attitudes des agents de santé empreintes de jugement comme étant le problème majeur affectant une conception sans risque.
Voix vitales: Recommandations issues des consultations avec des personnes vivant avec le VIH sur le Cadre stratégique de l'ETII pour les Volets 1 et 2 de la PTME. ICW et GNP+, 2011.
www.gnpplus.net/images/stories/Empowerment/consultations/ICW_GNP_Recommendations_PMTCT_Framework_Final.pdf
17. Session 4: Reproductive Health. PowerPoint presentation in A Human Rights-Based Approach to Programming: Practical Information and Training Materials. UNFPA and Harvard School of Public Health, Program on International Health and Human Rights. 2010. www.unfpa.org/public/publications/pid/4919
18. Voix vitales: Recommandations issues des consultations avec des personnes vivant avec le VIH sur le Cadre stratégique de l'ETII pour les Volets 1 et 2 de la PTME. ICW et GNP+, 2011.
www.gnpplus.net/images/stories/Empowerment/consultations/ICW_GNP_Recommendations_PMTCT_Framework_Final.pdf
19. Gender Equality Strategy. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2009.
www.theglobalfund.org/documents/strategy/TheGenderEqualityStrategy_en.pdf

20. Basé sur Session 4: Reproductive Health. PowerPoint presentation in A Human Rights-Based Approach to Programming: Practical Information and Training Materials. UNFPA and Harvard School of Public Health, Program on International Health and Human Rights. 2010. www.unfpa.org/public/publications/pid/4919
21. Les programmes nationaux de sida et de SSR devraient viser à rendre disponibles et suffisamment nombreux les établissements, les produits et services et les programmes fonctionnels de soins du VIH et de santé sexuelle et reproductive, au sein des pays.
22. Les établissements, les produits et services de PTME et de SSR doivent être non discriminatoires ainsi que physiquement et économiquement accessibles, permettant de rechercher, de recevoir et de donner des informations en toute confidentialité.
23. Tous les établissements, les produits et services de santé sexuelle et reproductive doivent être respectueux de l'éthique médicale et culturellement appropriés, c'est-à-dire respectueux de la culture des individus, des minorités, des personnes et des communautés, sensibles au genre et aux besoins relatifs au cycle de vie ainsi que conçus de sorte à respecter la confidentialité et améliorer l'état de santé des personnes concernées.
24. Gender Equality Strategy. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2009. www.theglobalfund.org/documents/strategy/TheGenderEqualityStrategy_en.pdf
25. Voix vitales: Recommandations issues des consultations avec des personnes vivant avec le VIH sur le Cadre stratégique de l'ETII pour les Volets 1 et 2 de la PTME. ICW et GNP+, 2011. www.gnpplus.net/images/stories/Empowerment/consultations/ICW_GNP_Recommendations_PMTCT_Framework_Final.pdf
26. Basé sur Global Guidance Briefs: Community-based HIV interventions for Young People. UNAIDS Inter-agency Task Team on HIV and Young People, 2008. www.unfpa.org/hiv/iatt/docs/unicef.pdf
27. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
28. The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Report of the Special Rapporteur, Paul Hunt, submitted in accordance with Commission on Human Rights resolution 2002/31. E/CN.4/2003/58, para. 62. www.un.org/womenwatch/ods/E-CN.4-2003-58-E.pdf in The Rights to Sexual and Reproductive Health. Human Rights Centre, University of Essex. Hunt P and Bueno de Mesquita J, 2007. www.essex.ac.uk/human_rights_centre/research/rth/docs/TheRightsToSexualHealth.pdf
29. Voix vitales: Recommandations issues des consultations avec des personnes vivant avec le VIH sur le Cadre stratégique de l'ETII pour les Volets 1 et 2 de la PTME. ICW et GNP+, 2011. www.gnpplus.net/images/stories/Empowerment/consultations/ICW_GNP_Recommendations_PMTCT_Framework_Final.pdf
30. Session 4: Reproductive Health. PowerPoint presentation in A Human Rights-Based Approach to Programming: Practical Information and Training Materials. UNFPA and Harvard School of Public Health, Program on International Health and Human Rights. 2010. www.unfpa.org/public/publications/pid/4919
31. Guide pour la mise à l'échelle au plan mondial de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH: Vers un accès universel pour les femmes, les nourrissons et les jeunes enfants et pour l'élimination du VIH et du SIDA. IATT, 2007, at Annex 1, page 30. www.unicef.org/aids/files/PMTCT_enWEBNov26.pdf
32. N'a pas été inclus dans Guide pour la mise à l'échelle au plan mondial de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. A été inclus dans le cadre de:
 - Hépatite B vaccins: WHO position paper. WHO. Weekly epidemiological record. 2 October 2009, No. 40, 2009, 84, 405–420. www.who.int/wer/2009/wer8440.pdf
 - Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent: recommandations pour une approche de santé publique. Mise à jour 2010. OMS, 2010. www.who.int/hiv/pub/arv/adult2010/en/index.html
33. How Universal is Access to Reproductive Health? A Review of the Evidence. UNFPA, 2010. www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/universal_rh.pdf
34. Outil d'évaluation rapide des liens établis entre la santé sexuelle et de la reproduction et le VIH: Guide générique. IPPF, UNFPA, OMS, ONUSIDA, GNP+, ICW et Young Positives, 2009. www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/91825/en/index.html
35. Community Systems Strengthening Framework. Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2010. www.theglobalfund.org/documents/civilsociety/CSS_Framework.pdf
36. www.un.org/esa/population/publications/wcu2010/Metadata/CPR.html
37. La santé sexuelle et reproductive et le VIH/SIDA: Un cadre de liens prioritaires. OMS, UNFPA, ONUSIDA, IPPF, 2005. www.who.int/reproductivehealth/publications/linkages/HIV_05_5/en/index.html
38. A Global Action Framework for Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV. IATT, 2011.
39. Compte à rebours jusqu'à zéro. Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie. ONUSIDA, 2011.
40. Global Monitoring Framework and Strategy for the Elimination of New Paediatric HIV Infections by 2015. Draft Version. May 2011.
41. Report from the Technical Consultation on the Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV. 9–11 November 2010, Geneva, Switzerland. UNAIDS, UNFPA, UNICEF, WHO, 2011. A Global Action Framework for Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV. IATT, 2011.
42. Voix vitales: Recommandations issues des consultations avec des personnes vivant avec le VIH sur le Cadre stratégique de l'ETII pour les Volets 1 et 2 de la PTME. ICW et GNP+, 2011. www.gnpplus.net/images/stories/Empowerment/consultations/ICW_GNP_Recommendations_PMTCT_Framework_Final.pdf
43. UNAIDS Terminology Guidelines 2011. UNAIDS, 2011. http://data.unaids.org/pub/Manual/2008/jc1336_unaids_terminology_guide_en.pdf
- UNAIDS 2011–2015 Strategy: Getting to Zero. UNAIDS, 2010, endnote. www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_en.pdf
44. Outil d'évaluation rapide des liens établis entre la santé sexuelle et de la reproduction et le VIH: Guide générique. IPPF, UNFPA, OMS, ONUSIDA, GNP+, ICW et Young Positives, 2009. www.unfpa.org/public/publications/pid/1350
45. Integrated Health Services – What And Why. Technical Brief No.1, WHO, 2008. www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf
46. Outil d'évaluation rapide des liens établis entre la santé sexuelle et de la reproduction et le VIH: Guide générique. IPPF, UNFPA, OMS, ONUSIDA, GNP+, ICW et Young Positives, 2009. www.unfpa.org/public/publications/pid/1350
47. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, 1992 (ICD-10), WHO.
48. Prevention of HIV transmission from mother to child: Strategic options. UNAIDS, 1999.
49. Community Systems Strengthening Framework. Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2010. www.theglobalfund.org/documents/civilsociety/CSS_Framework.pdf

50. Community Systems Strengthening Framework. Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2010.
www.theglobalfund.org/documents/civilsociety/CSS_Framework.pdf
51. www.who.int/topics/family_planning/en/
52. UNAIDS 2011–2015 Strategy: Getting to Zero. UNAIDS, 2010, endnote 41.
www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_en.pdf
53. The Greater Involvement of People Living with HIV (GIPA): Policy Brief. UNAIDS, 2007.
http://data.unaids.org/pub/BriefingNote/2007/jc1299_policy_brief_gipa.pdf
54. UNAIDS Terminology Guidelines 2011. UNAIDS, 2011.
http://data.unaids.org/pub/Manual/2008/jc1336_unaids_terminology_guide_en.pdf
UNAIDS 2011–2015 Strategy: Getting to Zero. UNAIDS, 2010 endnote 38.
www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_en.pdf
55. Community Systems Strengthening Framework. Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2010.
www.theglobalfund.org/documents/civilsociety/CSS_Framework.pdf
56. UNAIDS Terminology Guidelines 2011. UNAIDS, 2011.
http://data.unaids.org/pub/Manual/2008/jc1336_unaids_terminology_guide_en.pdf
57. Santé Positive, Dignité et Prévention: un cadre d'action. ONUSIDA, GNP+, 2011.
- 57a. Programmatic Update. Antiretroviral Treatment as Prevention (TasP) of HIV and TB: 2012 update. WHO, 2012. http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_HIV_2012.12_eng.pdf
58. Community Systems Strengthening Framework. Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2010.
www.theglobalfund.org/documents/civilsociety/CSS_Framework.pdf
59. Community Systems Strengthening Framework. Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2010.
www.theglobalfund.org/documents/civilsociety/CSS_Framework.pdf
60. UNAIDS 2011–2015 Strategy: Getting to Zero. UNAIDS, 2010, endnote 19.
www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_en.pdf
61. United Nations Declaration on the Elimination of Violence against Women (1993), Articles 1 and 2.
www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm
62. UNAIDS Terminology Guidelines 2011. UNAIDS, 2011
http://data.unaids.org/pub/Manual/2008/jc1336_unaids_terminology_guide_en.pdf

Photos par : Première de couverture (de gauche à droite) : IPPF/Chloe Hall/ Bulgarie/2006, SafeHands for Mothers/Nancy Durrell McKenna/Swaziland/2011, IPPF/Chloe Hall/ Indonésie/2006. Deuxième de couverture (de gauche à droite) : IPPF/Peter Caton/Inde/2006, IPPF/ Chloe Hall/Ethiopie/2005, SafeHands for Mothers/Nancy Durrell McKenna/ Swaziland/2011. Quatrième de couverture (de gauche à droite) : IPPF/Peter Caton/Bangladesh/2009, SafeHands for Mothers/ Nancy Durrell McKenna/Swaziland/2011, IPPF/Veronica Gardenia/ Soudan/2006. Troisième de couverture (de gauche à droite) : IPPF/Chloe Hall/Ethiopie/2005, IPPF/ Jon Spaul/Colombie/2006. IPPF/Veronica Gardenia/Soudan/2006. Inside pages: IPPF/Chloe Hall/Ethiopia/2005, pg. ii, 4, 12. IPPF/Chloe Hall/Bulgarie/2006, pg. 3, 62. IPPF/Chloe Hall/Indonesia/2006, pg.10. SafeHands for Mothers/Nancy Durrell McKenna/Swaziland/2011, pg. 16, 40. IPPF/Peter Caton/Uganda/2009, pg.18. IPPF/ Jon Spaul/Columbia/2006, pg. 26. IPPF/Phillip Wolmuth/Dominica/2001, pg. 35. IPPF/Neil Thomas/Cameroon/2008, pg. 51. IPPF/Chloe Hall/Bolivia/2009, pg. 52. IPPF/Peter Caton/Bangladesh/2009, pg. 56. IPPF/Jenny Mathews/Nicaragua/2009, pg. 58. IPPF/Neil Thomas/Uganda/2008, pg. 60.

Les photographies utilisées dans cette publication ne le sont qu'à titre illustratif; elles n'impliquent aucune attitude, aucune action, aucun comportement particuliers de la part des personnes apparaissant sur les photographies.

2ème édition © 2012

Conception par : www.janeshelper.com



