

NOTE D'INFORMATION

Combattre les inégalités chez les enfants et les adolescents pour mettre fin au sida d'ici à 2030

Clause de non-responsabilité

Les études de cas présentées dans les encadrés de cette note d'information ont été résumées, mais sont par ailleurs présentées telles qu'elles ont été soumises. Elles n'expriment ni ne suggèrent, implicitement ou non, l'approbation, une relation ou un soutien de l'ONUSIDA et de son mandat et/ou de ses coparrainants, des États membres et de la société civile. Le contenu des études de cas n'a pas fait l'objet d'une vérification indépendante. L'ONUSIDA ne prétend pas, ne promet pas et ne garantit pas l'exhaustivité et l'exactitude du contenu des études de cas et décline expressément toute responsabilité en cas d'erreurs ou d'omissions dans le contenu. Les termes employés et la présentation des études de cas ne reflètent en aucun cas l'expression d'une opinion, quelle qu'elle soit, de l'ONUSIDA concernant le statut légal d'un pays, territoire, d'une ville ou zone ou celui de ses autorités, ou concernant la délimitation de ses frontières ou limites. Le contenu des études de cas ne représente pas non plus nécessairement les opinions des États membres, de la société civile, du Secrétariat de l'ONUSIDA ou des Coparrainants de l'ONUSIDA.

Table des matières

Résumé analytique	4
Introduction	7
Épidémiologie et contexte de la santé mondiale	8
Progrès vers les objectifs mondiaux.....	12
Les inégalités empêchent de progresser dans la lutte contre le VIH chez les enfants et les adolescents	14
Lacunes, besoins et défis	17
Systèmes de santé	17
Inégalités structurelles.....	19
Leadership et ressources	20
Ce qui fonctionne dans la réponse au VIH pour les enfants et les adolescents	21
Systèmes et services de santé.....	21
Inégalités structurelles.....	26
Leadership et ressources	29
Recommandations.....	33
Références.....	35

Résumé analytique

1. Il s'agit d'une opportunité à saisir. La disponibilité généralisée d'options thérapeutiques contre le VIH sûres pour les mères vivant avec le VIH a entraîné une réduction spectaculaire des nouvelles infections par le VIH et des décès liés au sida chez les enfants et les adolescents depuis 2010. Nous disposons désormais d'un traitement antirétroviral très efficace à base de dolutégravir pour traiter le VIH chez les enfants, qui est abordable, bien toléré et de plus en plus disponible dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. De nouvelles technologies et stratégies de dépistage ont été mises au point pour le diagnostic précoce des nourrissons et le dépistage des enfants. Les antirétroviraux injectables à longue durée d'action offrent la possibilité d'améliorer la rétention dans les soins une fois qu'ils seront plus largement disponibles. En outre, les données recueillies pour les enfants de différents groupes d'âge montrent où se situent les défis restants.¹
2. Toutefois, ces progrès se sont interrompus ces dernières années. Nous ne sommes pas sur la bonne voie pour atteindre l'objectif de mettre fin au sida chez les enfants d'ici 2030. Les enfants et les adolescents sont à la traîne par rapport aux adultes et les inégalités se creusent. Beaucoup de ces enfants sont confrontés à des désavantages économiques et à la marginalisation.
3. Bien que les enfants (0-14 ans) représentent environ 3 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH en 2023, ils représentent au moins 12 % de l'ensemble des décès estimés liés au sida. Près de 600 000 enfants vivant avec le VIH n'étaient pas sous traitement. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, l'une des plus grandes lacunes est l'identification des enfants plus âgés vivant avec le VIH et leur mise sous traitement : la plupart des enfants survivants vivant avec le VIH et ne suivant pas de traitement ont plus de cinq ans.²
4. À l'échelle mondiale, environ 77 % des personnes âgées de 15 ans ou plus et vivant avec le VIH suivaient une thérapie antirétrovirale vitale en 2023, contre 57 % des enfants (de 0 à 14 ans). Alors que 73 % des personnes âgées de 15 ans ou plus vivant avec le VIH avaient atteint la suppression de la charge virale, ce n'était le cas que de 48 % des enfants.³ Le manque de données plus détaillées, ventilées par âge, empêche également de mieux comprendre la situation des différents groupes d'âge d'enfants et d'adolescents vivant avec le VIH.
5. Un grand nombre d'adolescents et de jeunes adultes vivant actuellement avec le VIH ont contracté le virus dans la petite enfance ; au cours de la prochaine décennie, de nombreux enfants vivant avec le VIH passeront à l'adolescence et à l'âge adulte. Les adolescents sont confrontés à des problèmes d'observance spécifiques. Étant donné que la collecte de données parmi les personnes vivant avec le VIH ne fait pas systématiquement la distinction entre la transmission horizontale et verticale du VIH, on n'en sait pas assez sur les résultats à long terme des personnes ayant contracté le VIH pendant la période périnatale par rapport à celles qui l'ont contracté plus tard dans la vie. Toutefois, les recherches disponibles indiquent que les taux de mortalité liés au sida sont plus élevés chez les adolescents ayant contracté le VIH par transmission horizontale que chez ceux l'ayant contracté par transmission verticale.⁴
6. Les adolescents âgés de 15 à 19 ans représentent 12 % des nouvelles infections chez les personnes âgées de plus de 15 ans. En Afrique au sud du Sahara, en 2023, les adolescentes nouvellement infectées par le VIH seront presque six fois plus nombreuses que les adolescents (âgés de 15 à 19 ans). Les inégalités entre les genres, l'âge et l'économie, les rapports de force inégaux et la violence entre

partenaires intimes sont quelques-uns des facteurs qui contribuent à l'augmentation des taux d'infection par le VIH chez les filles. Dans d'autres régions cependant, les garçons ont tendance à être plus exposés au risque d'infection par le VIH. Cela reflète les différences dans les schémas et la dynamique de l'épidémie de sida, qui, en dehors de l'Afrique au sud du Sahara, tendent à faire courir le plus grand risque aux populations clés et à leurs partenaires sexuels.⁵ En Asie et dans le Pacifique, par exemple, on estime que les populations clés et leurs partenaires sexuels sont à l'origine de 99 % des nouvelles infections chez les jeunes (âgés de 15 à 24 ans). La stigmatisation, l'exclusion et les lois et politiques hostiles les rendent plus vulnérables.⁶

7. La prévention de la transmission verticale du VIH présente encore de graves lacunes. De nombreuses femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH ne reçoivent pas de thérapie antirétrovirale ou ne bénéficient pas d'un soutien suffisant en matière d'observance. Le VIH se transmet encore pendant la grossesse et l'allaitement. Le diagnostic précoce chez le nourrisson et la prévention de la transmission verticale font particulièrement défaut dans les régions à faible prévalence où les taux de transmission verticale sont plus élevés.⁷ En Afrique occidentale et centrale, la prévention de la transmission verticale et le diagnostic précoce chez le nourrisson présentent encore de grandes lacunes : en 2022, environ un nourrisson exposé au VIH sur cinq a contracté le virus.⁸
8. Nous savons comment prévenir et traiter le VIH chez les enfants, mais nous ne sommes pas en mesure d'atteindre les objectifs pour 2025 en matière de sida pour les enfants, ni l'objectif de mettre fin au sida chez les enfants d'ici 2030. Les systèmes de santé ne répondent pas suffisamment aux besoins des enfants, les inégalités structurelles qui les mettent en danger ne sont pas suffisamment prises en compte et les dirigeants n'ont pas relevé le défi.
9. Les professionnels de la santé ont énormément contribué à la lutte contre le VIH et ont sauvé de nombreuses vies. Toutefois, les systèmes de santé ne sont pas toujours adaptés aux enfants et aux jeunes, et ne sont pas non plus suffisamment intégrés ou adaptés aux besoins des femmes enceintes et allaitantes, des enfants et des adolescents. La transition des adolescents vers les soins pour adultes n'est pas suffisamment coordonnée et soutenue. La coercition et la discrimination en matière de procréation se poursuivent à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et des populations clés. La crainte des membres des populations clés que les autorités ne leur retirent leurs enfants est également un obstacle à l'accès.⁹
10. Les inégalités structurelles alimentent la propagation du VIH et aggravent les conséquences de l'épidémie. La pauvreté, la stigmatisation, la discrimination et les violences liées au genre augmentent la probabilité de contracter le VIH et créent des obstacles à la prise en charge, en particulier pour les femmes, les filles, les populations clés et leurs enfants. La criminalisation des populations clés augmente le risque d'infection par le VIH et les lois exigeant le consentement des parents pour que les adolescents aient accès au dépistage et au traitement du VIH font qu'il est plus difficile pour les adolescents vivant avec le VIH de découvrir leur statut sérologique et de recevoir un traitement contre le VIH. La récente montée en puissance des politiques anti-droits, anti-sexe et anti-démocratie accentue les inégalités.¹⁰
11. Les violences liées au genre accroissent le risque d'infection par le VIH en limitant la capacité des personnes à entretenir des relations sexuelles saines, à refuser des rapports sexuels non désirés ou à négocier l'utilisation d'un préservatif. Elles dissuadent également les gens de chercher ou d'accéder au soutien et à l'aide.¹¹ La violence entre partenaires intimes est également liée à des taux plus élevés de

transmission verticale du VIH, en particulier chez les filles âgées de 15 à 19 ans, qui sont confrontées à un lourd fardeau de violence. Une modélisation récente dans 46 pays africains a révélé qu'un cas sur huit de transmission verticale pouvait être attribué à la violence du partenaire intime.¹²

12. La dette publique est un obstacle majeur en Afrique au sud du Sahara et explique en partie le sous-financement des programmes de lutte contre le VIH et d'autres programmes de santé.¹³ Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, le déficit de financement de la lutte contre le VIH chez les enfants et les adolescents s'élève à 1 milliard de dollars. Les déficits de financement les plus importants concernent le dépistage et le traitement des enfants plus âgés, le soutien social et économique et les programmes destinés aux enfants des populations clés.¹⁴
13. Pour accélérer et intensifier la lutte contre le VIH, les actions suivantes sont recommandées :
 - a. **Diagnostiquer et traiter les enfants vivant avec le VIH.** Identifier les enfants séropositifs non traités et leur fournir un traitement. Les efforts doivent porter sur les enfants plus âgés et les enfants qui ne sont pas en contact régulier avec les systèmes de santé. Il faut pour cela investir dans le dépistage communautaire, le diagnostic précoce chez le nourrisson, l'autodiagnostic, le dépistage au point de service, le dépistage index pour les enfants et les adolescents, et le dépistage du VIH à l'initiative du prestataire de soins dans les endroits où les enfants malades se font soigner, en particulier dans les régions où la charge de morbidité est élevée.
 - b. **Fournir des services de santé intégrés, décentralisés, adaptés, holistiques et respectueux des femmes enceintes et allaitantes, des enfants et des adolescents.** Les investissements devraient inclure des programmes de prévention primaire du VIH et des modèles différenciés pour relier les femmes enceintes et allaitantes, les enfants, les adolescents et les jeunes au dépistage, au traitement et aux soins, et pour les aider à rester dans le système de soins. Les personnes de tous âges, qu'elles appartiennent à la population générale ou aux populations clés, doivent être traitées avec gentillesse et respect et recevoir des informations précises et sans jugement sur l'ensemble des options disponibles.
 - c. **Soutenir les communautés pour qu'elles prennent les devants.** Il s'agit notamment d'organisations d'adolescentes et de jeunes femmes, de populations clés, de personnes vivant avec le VIH et d'autres groupes affectés. Renforcer leur représentation à tous les niveaux où les décisions de financement et de programmation sont prises - des gouvernements locaux aux bailleurs de fonds internationaux. Supprimer les obstacles juridiques et structurels qui empêchent les organisations non gouvernementales de servir et de défendre les enfants et les adolescents touchés par le VIH, y compris les organisations de populations clés. Soutenir directement les organisations non gouvernementales par un financement de base souple, prévisible, à long terme et versé au début de chaque cycle de subvention. S'allier aux organisations communautaires aux niveaux local, national, régional et international pour lutter contre les violences liées au genre et d'autres facteurs structurels qui augmentent la vulnérabilité des enfants et des adolescents au VIH, en particulier les jeunes des populations clés, les enfants des populations clés et les adolescentes.
 - d. **Augmenter les investissements ciblés.** Les gouvernements nationaux devraient augmenter les ressources allouées aux enfants et aux adolescents touchés par le VIH afin de permettre une réponse plus durable, plus stable et mieux planifiée, qui ne dépende pas des cycles des bailleurs de fonds. Le FMI, la Banque mondiale et

les bailleurs de fonds privés devraient alléger le fardeau de la dette des pays à faible revenu afin de faciliter ce réapprovisionnement. Les bailleurs de fonds internationaux doivent poursuivre leur soutien.

- e. **Comprendre l'épidémie de VIH chez les enfants, les adolescents et les femmes enceintes.** Renforcer les systèmes d'information sanitaire afin de collecter des données de cohorte permettant de suivre les paires mère-bébé et les enfants vivant avec le VIH, et utiliser ces données pour améliorer les programmes. Recueillir et communiquer des données ventilées par genre et par tranche d'âge de cinq ans, et qui mentionnent les groupes à haut risque tels que les enfants des populations clés et les parents adolescents. Renforcer les données sur la prévalence du VIH chez les femmes enceintes et sur le maintien du traitement chez les femmes enceintes et les femmes qui allaitent, de manière à ce que les analyses de type en « barres empilées » puissent identifier les causes des nouvelles infections par le VIH chez les nourrissons. Utiliser les données pour orienter la conception de programmes efficaces et durables et orienter les financements là où ils sont le plus nécessaires.

Introduction

14. Il s'agit d'une opportunité à saisir. La disponibilité généralisée d'options thérapeutiques sûres pour les mères vivant avec le VIH a entraîné une réduction spectaculaire des nouvelles infections par le VIH et des décès liés au sida chez les enfants et les adolescents depuis 2010. Nous disposons désormais d'un traitement antirétroviral (ARV) très efficace à base de dolutégravir pour traiter le VIH chez les enfants, qui est abordable, bien toléré et de plus en plus disponible dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. En juillet 2024, 86 pays avaient adopté ces nouveaux régimes, contre 35 en 2020.¹⁵
15. De nouvelles technologies et stratégies de dépistage du VIH sont utilisées, notamment des tests sur le lieu de soins pour un diagnostic précoce chez le nourrisson et des tests communautaires chez les enfants des cas index. Lorsqu'elles sont associées à l'instauration rapide d'un traitement, ces stratégies se sont révélées très efficaces dans les environnements à faibles ressources.¹⁶ Les ARV injectables à longue durée d'action offrent la possibilité d'améliorer la rétention dans les soins une fois qu'ils seront plus largement disponibles. D'autres données ventilées par âge sont en cours de collecte afin de déterminer les défis restants.
16. Toutefois, les progrès n'ont été ni assez rapides ni équitables entre les pays et à l'intérieur de ceux-ci. Nous ne sommes pas sur la bonne voie pour atteindre l'objectif de mettre fin au sida chez les enfants d'ici 2030. Les enfants et les adolescents sont à la traîne par rapport aux adultes et les inégalités se creusent. Un grand nombre des enfants touchés sont défavorisés et marginalisés sur le plan économique, notamment les adolescentes, les enfants de mères adolescentes et les populations clés. Nous savons comment prévenir et traiter le VIH chez les enfants, mais les systèmes de santé ne répondent pas suffisamment à leurs besoins, les inégalités structurelles auxquelles ils sont confrontés ne sont pas abordées de manière adéquate et les dirigeants n'ont pas relevé le défi.
17. Si des investissements suffisants sont réalisés aujourd'hui, les ressources nécessaires à l'avenir s'en trouveront réduites. Si les enfants plus âgés vivant avec le VIH peuvent être identifiés, si le diagnostic précoce chez le nourrisson peut être mis en œuvre de manière efficace pour tous les nourrissons exposés au VIH et si une couverture durable de la prévention efficace de la transmission verticale peut être atteinte, la nécessité d'une recherche intensive de cas diminuera. Si la transmission verticale est

éliminée, les ressources nécessaires au traitement et à la prise en charge des enfants séropositifs diminueront. L'Alliance mondiale pour mettre fin au sida chez les enfants,¹⁷ l'approche de la date butoir de 2025 pour la réalisation des objectifs en matière de VIH chez les enfants et la reconnaissance générale du fait que les systèmes de santé doivent être adaptés dans le cadre de la préparation et de la riposte à la pandémie sont autant d'éléments qui suscitent un élan politique. Il est temps d'investir pour mettre fin au sida chez les enfants d'ici à 2030.¹⁸

18. Cette note d'information aborde trois questions principales :

- Quels sont les inégalités, les lacunes et les obstacles à l'accès des enfants et des adolescents ?
- Qu'est-ce qui fonctionne pour combler les écarts aux niveaux national, régional et mondial et accélérer les progrès en vue d'atteindre les objectifs de 2030 ?
- Comment aider les pays à mettre en avant ces interventions et à les transposer à plus grande échelle pour un impact maximal ?

19. L'Alliance mondiale pour mettre fin au sida chez les enfants d'ici à 2030 travaille d'arrache-pied sur ces questions depuis son lancement en 2022. Elle s'appuie sur des collaborations antérieures telles que le Plan mondial, « Three Frees » et le « Double Dividend » pour impliquer les responsables de programmes nationaux, les décideurs politiques, les bailleurs de fonds et les partenaires internationaux de mise en œuvre dans la riposte au VIH pour les enfants et les adolescents.¹⁹ L'Alliance mondiale se concentre actuellement sur 12 pays : Afrique du Sud, Angola, Cameroun, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Kenya, Mozambique, Nigeria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.²⁰ Ensemble, ces pays représentent environ 66 % des nouvelles infections par le VIH et 64 % des décès liés au sida chez les enfants. La présente note d'information s'appuie sur ces initiatives et tire les enseignements qui en découlent.

Épidémiologie et contexte de la santé mondiale

20. la « pédiatrie » est un terme général qui englobe une gamme complexe de stades de la vie, chacun ayant des caractéristiques, des besoins et des potentiels qui lui sont propres. Certaines des hypothèses concernant les enfants séropositifs qui prévalaient au début de l'épidémie de sida ont été revues. Par exemple, on supposait souvent que les enfants vivant avec le VIH avaient contracté le virus en période périnatale et que les adolescents et les jeunes séropositifs l'avaient contracté lors de rapports sexuels non protégés. Cependant, grâce au succès de la thérapie antirétrovirale largement disponible, un nombre croissant d'enfants ayant contracté le VIH par transmission verticale vivent jusqu'à l'adolescence et l'âge adulte. Il est également clair aujourd'hui que de nombreux patients pédiatriques bénéficiant d'un traitement antirétroviral ont du mal à rester dans le système de soins tout au long de leur vie. Les personnes vivant avec le VIH qui se désengagent puis se réengagent dans les soins sont également de plus en plus connues, bien qu'une compréhension plus claire de ce phénomène nécessite de suivre l'historique des traitements et des soins de chaque patient au fil du temps.

21. Les données relatives à l'âge des enfants et des adolescents sont collectées et classées différemment selon les organismes. L'UNICEF et l'OMS ventilent généralement les données en deux groupes (enfants de 0 à 9 ans et adolescents de 10 à 19 ans), tandis que l'ONUSIDA ventile les données en trois groupes (moins de 15 ans, adolescents de 15 à 19 ans et jeunes de 15 à 24 ans). La définition standard des Nations unies pour les enfants est toute personne âgée de moins de 18 ans, tandis

qu'à des fins épidémiologiques, l'ONUSIDA désigne les enfants comme étant âgés de 0 à 14 ans, et les adultes comme étant âgés de 15 ans et plus.²¹ Cette note d'information utilise les définitions convenues figurant dans l'encadré ci-dessous et précise la tranche d'âge dont il est question. Elle utilise parfois des tranches d'âge qui se chevauchent pour fournir une image complète.

Tranche d'âge
<u>Nouveau-né/néonatal</u> : moins de 4 semaines
<u>Nourrisson</u> : moins de 12 mois (y compris les nouveau-nés)
<u>Adolescents</u> : 10 à 19 ans
<u>Adolescents plus jeunes</u> : 10 à 14 ans
<u>Adolescents plus âgés</u> : 15 à 19 ans
<u>Jeunes</u> : 15 à 24 ans

22. **Enfants de 0 à 14 ans.** En l'absence d'interventions efficaces, le taux de transmission verticale du VIH aux enfants pendant la période périnatale et l'allaitement varie de 14 à 48 %. En l'absence de traitement, plus de la moitié des bébés atteints du VIH en phase périnatale devraient mourir avant l'âge de deux ans. Toutefois, depuis 2010, les nouvelles infections par le VIH chez les enfants (âgés de 0 à 14 ans) ont diminué de 62 %. La diminution du nombre de nouvelles infections par le VIH chez les femmes et l'élargissement de l'accès aux traitements antirétroviraux pour les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH ont été les principaux facteurs de la baisse de la transmission verticale du VIH.²²
23. Les progrès se sont toutefois ralentis ces dernières années. Environ 120 000 enfants âgés de 0 à 14 ans ont contracté le VIH en 2023, dont plus de 80 % en Afrique au sud du Sahara. Plus d'un quart des enfants vivant avec le VIH dans le monde se trouvent en Afrique occidentale et centrale et près de 4 nouvelles infections sur 10 chez les enfants se produisent dans cette région.²³ Dans cette région, environ un nourrisson exposé au VIH sur cinq a contracté le virus en 2022 et il existe une lacune importante dans le diagnostic précoce chez les nourrissons.²⁴

Illustration 1. Estimation du nombre annuel d'enfants âgés de 0 à 14 ans ayant contracté le VIH, par région, 2010-2023

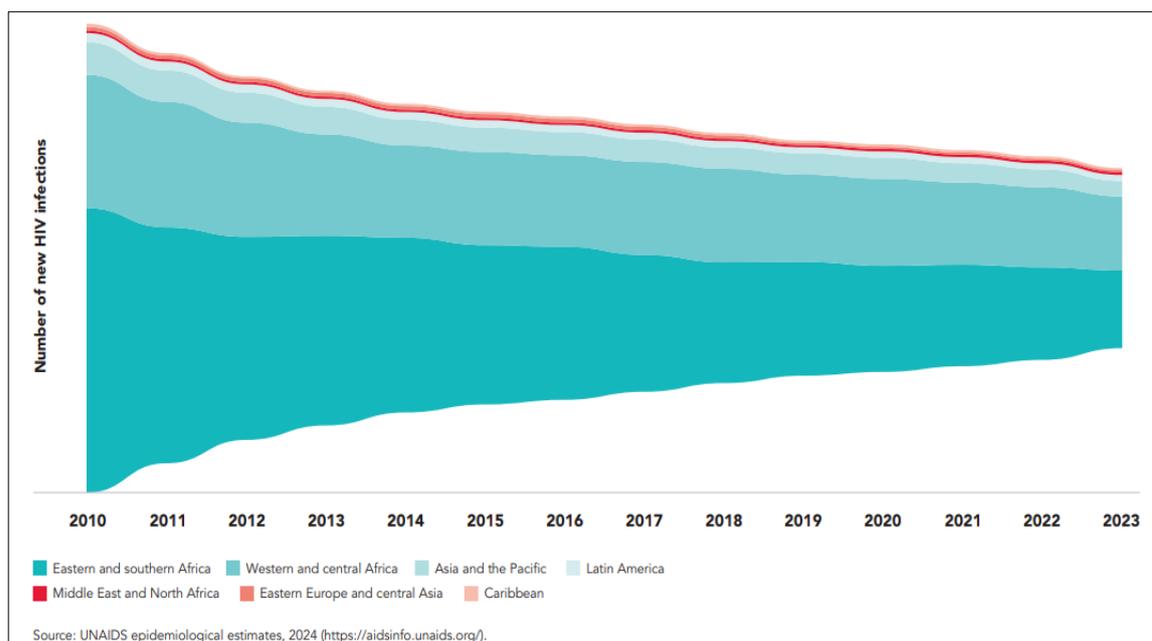
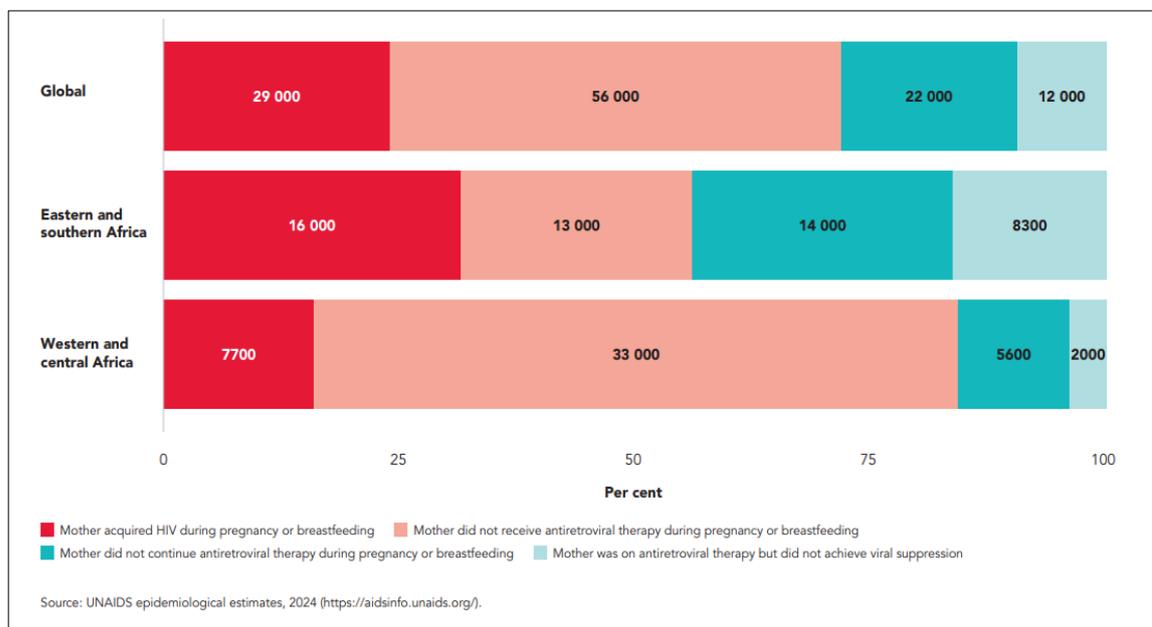


Illustration 2. Estimation du nombre et du pourcentage de nouvelles infections verticales par le VIH par cause de transmission, dans le monde et dans certaines régions, 2023

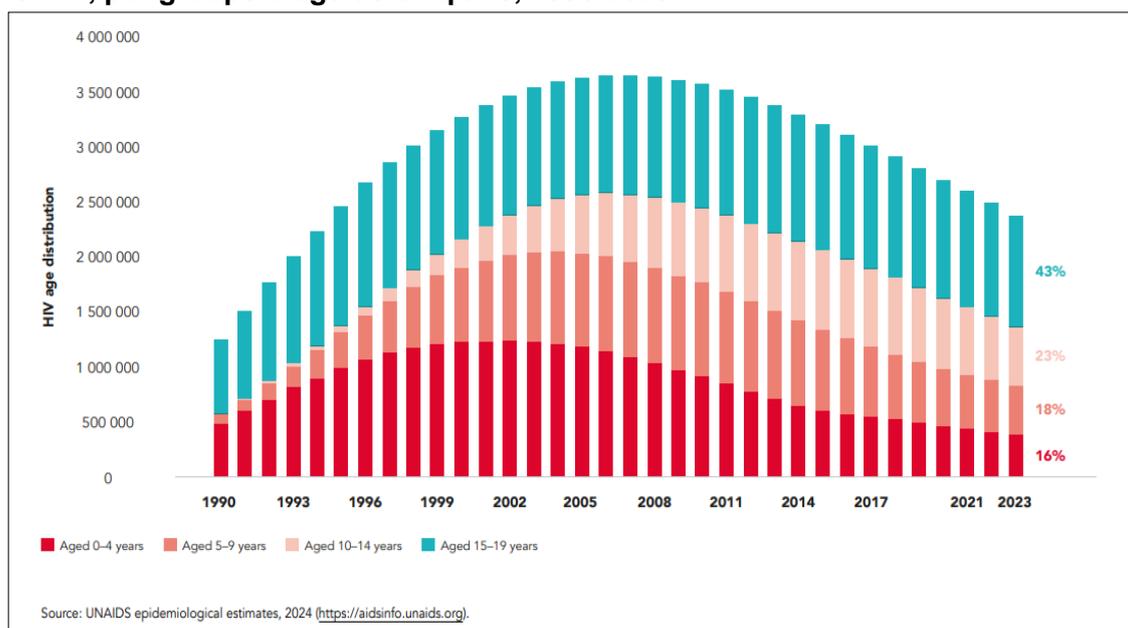


24. Au niveau mondial, bien que les enfants (0-14 ans) représentent environ 3 % de toutes les personnes vivant avec le VIH en 2023, ils représentent au moins 12 % de tous les décès estimés liés au sida. De nombreux enfants vivant avec le VIH continuent d'être laissés pour compte et les disparités entre les adultes et les enfants en matière de couverture et de résultats des traitements vitaux se sont accrues au fil du temps.²⁵ En 2023, la couverture du traitement du VIH était significativement plus élevée chez les

personnes âgées de 15 ans et plus (77 %) que chez les enfants âgés de 0 à 14 ans (57 %). Alors que 73 % des personnes âgées de plus de 15 ans vivant avec le VIH étaient parvenues à une suppression de la charge virale, ce n'était le cas que de 48 % des jeunes de moins de 15 ans. En raison du manque de données ventilées par âge, on n'en sait pas assez sur la situation des différents groupes d'âge au sein de ces populations d'enfants vivant avec le VIH.

25. **Adolescents de 15 à 19 ans.** L'incidence du VIH a diminué dans bon nombre des pays les plus gravement touchés grâce à des comportements sexuels plus sûrs chez les adolescents et les jeunes et au fait que davantage de jeunes vivant avec le VIH accèdent à un traitement et le poursuivent afin de réduire leur charge virale. En 2023, environ un million d'adolescents (15-19 ans) dans le monde vivaient avec le VIH. Un grand nombre d'adolescents et de jeunes adultes vivant aujourd'hui avec le VIH l'ont contracté dans la petite enfance et un grand nombre d'enfants vivant avec le VIH devraient passer à l'adolescence et à l'âge adulte au cours de la prochaine décennie. Environ 83 % des adolescents (15-19 ans) vivant avec le VIH se trouvent en Afrique au sud du Sahara. En dehors de l'Afrique au sud du Sahara, c'est en Asie et en Amérique latine que l'on trouve le plus grand nombre d'adolescents vivant avec le VIH (âgés de 15 à 19 ans). On estime qu'en 2023, 1,9 million d'adolescentes et de jeunes femmes (15-24 ans) vivaient avec le VIH dans le monde, contre 1,2 million d'adolescents et de jeunes hommes.²⁶
26. Les adolescents (15-19 ans) représentent une part croissante des personnes vivant avec le VIH dans le monde, soit environ 3 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH et environ 12 % des nouvelles infections par le VIH chez les personnes âgées de plus de 15 ans.²⁷ En Afrique au sud du Sahara, en 2023, les adolescentes nouvellement infectées par le VIH seront presque six fois plus nombreuses que les adolescents. En général, en Afrique orientale et australe, en Afrique occidentale et centrale, en Europe orientale et en Asie centrale, ainsi qu'au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, les filles sont plus nombreuses que les garçons à contracter le VIH pendant l'adolescence. En Asie de l'Est et dans le Pacifique, en Asie du Sud, en Amérique latine et dans les Caraïbes, c'est l'inverse. Cela reflète les différences dans la dynamique et les schémas des épidémies de VIH.²⁸ En 2020, en Asie et dans le Pacifique, on estime que 99 % des nouvelles infections concerneront des jeunes âgés de 15 à 24 ans et des membres de populations clés et leurs partenaires sexuels.²⁹ En Amérique latine, l'épidémie se concentre également dans les populations clés, en particulier chez les personnes transgenres, les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.³⁰

Illustration 3. Estimation du nombre mondial d'enfants (de 0 à 19 ans) vivant avec le VIH, par groupe d'âge de cinq ans, 1990-2023



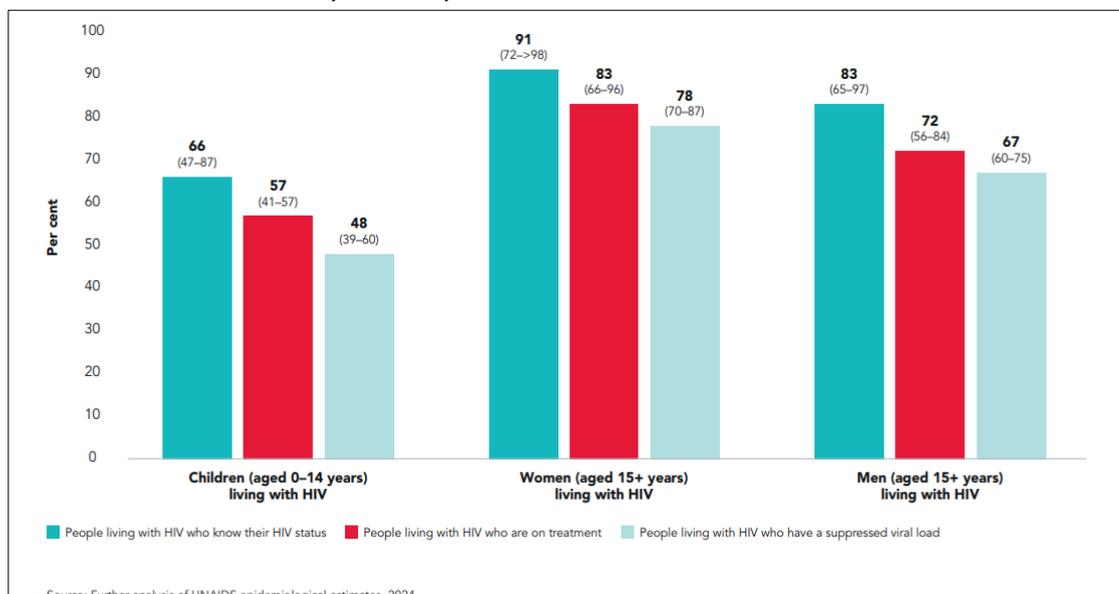
27. Le nombre d'enfants de moins de 5 ans vivant avec le VIH a diminué grâce à des programmes efficaces de prévention de la transmission verticale. Parallèlement, l'augmentation du nombre et de la proportion d'enfants de 5 à 9 ans et de 10 à 14 ans vivant avec le VIH reflète les taux de survie plus élevés des enfants qui ont contracté le VIH par transmission verticale et qui reçoivent et continuent de prendre des ARV. De même, le nombre d'adolescents plus âgés séropositifs reflète le fait que les enfants qui contractent le VIH par transmission verticale ont tendance à vivre plus longtemps, même si certains d'entre eux peuvent avoir contracté le VIH lors de rapports sexuels non protégés. La surveillance du VIH dans la population adulte ne fait pas systématiquement la distinction entre les personnes qui ont contracté le VIH par transmission verticale et celles qui l'ont contracté lors de rapports sexuels ou en partageant du matériel d'injection contaminé, ce qui rend difficile la distinction entre les résultats à long terme chez les personnes ayant contracté le VIH pendant la période périnatale et celles qui l'ont contracté plus tard dans la vie. Toutefois, les recherches disponibles indiquent que les taux de mortalité sont plus élevés chez les adolescents qui ont contracté le VIH « horizontalement » que chez ceux qui l'ont contracté par transmission verticale.³¹

Progrès vers les objectifs mondiaux

28. Les objectifs de prévention du VIH pour 2025 découlent de la déclaration politique sur le VIH et le sida de 2021, adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies en juin 2021. Ils sont étayés par la Stratégie mondiale de lutte contre le sida (2021-2026), qui définit les principes, les approches, les domaines d'action prioritaires et les objectifs programmatiques de la riposte mondiale au VIH. Les objectifs 95-95-95 sont les suivants : 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique ; 95 % des personnes qui connaissent leur statut sont sous ART ; et 95 % des personnes sous ART ont une charge virale supprimée.³²
29. **Enfants de 0 à 14 ans.** L'écart entre la situation actuelle et la réalisation des objectifs de 2025 est plus important pour les enfants que pour les personnes âgées de 15 ans et plus. Près de 600 000 enfants vivant avec le VIH n'étaient pas sous traitement en 2023

et seuls 48 % des enfants vivant avec le VIH avaient une charge virale supprimée (l'objectif pour 2025 est de 75 %).³³

Illustration 4. Cascade de dépistage et de traitement chez les enfants, les femmes et les hommes, monde, 2023



30. **Adolescents (10 à 19 ans).** Dans les régions pour lesquelles des données sont disponibles, la couverture du dépistage du VIH reste inférieure à 25 % pour les adolescents âgés de 15 à 19 ans. De nombreux adolescents et jeunes vivant avec le VIH ne connaissent donc pas leur statut sérologique ; les adolescents de sexe masculin sont systématiquement moins susceptibles d'avoir subi un test de dépistage du VIH que les adolescentes.³⁴ Sur les 1,5 million d'adolescents âgés de 10 à 19 ans vivant avec le VIH dans le monde, seuls 65 % (environ 1,1 million) recevaient un traitement antirétroviral en 2023. La couverture du traitement était la même, environ 65 %, pour les garçons et les filles de ce groupe d'âge - plus élevée que chez les enfants âgés de 0 à 14 ans, mais bien inférieure aux niveaux de couverture des personnes âgées de 15 ans et plus. C'est en Europe de l'Est et en Asie centrale, ainsi qu'en Asie de l'Est et dans le Pacifique, que la couverture ART est la plus faible (un peu plus de 40 %) et en Afrique de l'Est et en Afrique australe qu'elle est la plus élevée (71 %).³⁵ Il n'est pas encore clair si les niveaux de suppression virale diffèrent de manière significative entre les adolescents et les adolescentes. Mais les niveaux de suppression de la charge virale chez les adolescents semblent être bien inférieurs à ceux des adultes : des enquêtes récentes montrent un écart de 20 % entre les jeunes âgés de 15 à 24 ans et l'ensemble des personnes âgées de 15 ans et plus.^{36 37}

Tableau 1. Progrès vers les objectifs mondiaux de 2025 et impact de l'Alliance mondiale : au niveau mondial et dans les pays de l'Alliance mondiale, 2015, 2021 et 2023

PROGRESS TOWARDS 2030 MILESTONES		2015	2021	2023	2025 TARGET
Ensure that all pregnant and breastfeeding women living with HIV are receiving lifelong antiretroviral therapy					
Antiretroviral therapy coverage among pregnant and breastfeeding women	Global	81% [70% to >98%]	83% [70% to >98%]	84% [70% to >98%]	100%
	Global Alliance	86% [70% to >98%]	85% [70% to >98%]	85% [70% to >98%]	
Reduce the number of adolescent girls and young women acquiring HIV to less than 50 000 by 2025					
Adolescent girls and young women (15–24 years old) newly infected with HIV	Global	330 000 [220 000–450 000]	240 000 [150 000–320 000]	210 000 [130 000–280 000]	50 000
	Global Alliance	220 000 [140 000–300 000]	160 000 [97 000–210 000]	130 000 [81 000–170 000]	
Ensure that 90% of people living with HIV are accessing treatment					
Children living with HIV (0–14 years old) receiving treatment	Global	40% [28–52%]	54% [28–52%]	57% [28–52%]	90%
	Global Alliance	41% [28–52%]	54% [28–52%]	57% [28–52%]	
Ensure that 90% of people living with HIV are accessing treatment					
Adolescents (15–19 years old) who are on treatment	Global	30%	55%	64%	90%
	Global Alliance	32%	58%	68%	
Ensure that 75% of all children living with HIV have suppressed viral loads by 2023 and 86% by 2025					
Children living with HIV (0–14 years old) who have suppressed viral loads	Global	26% [22–33%]	43% [22–33%]	48% [22–33%]	86%
	Global Alliance	27% [22–33%]	43% [22–33%]	48% [22–33%]	

Source: UNAIDS epidemiological estimates, 2024 (<https://aidsinfo.unaids.org>).

Les inégalités empêchent de progresser dans la lutte contre le VIH chez les enfants et les adolescents

31. Les inégalités structurelles alimentent l'épidémie de sida et en aggravent les effets. Le lourd fardeau de la dette publique en Afrique au sud du Sahara et ailleurs rend très difficile le financement intégral des mesures de santé et de lutte contre le VIH, y compris pour les enfants et les adolescents.³⁸ La pauvreté et les inégalités entravent l'accès aux services existants. La criminalisation des populations clés et les lois exigeant le consentement des parents pour que les adolescents puissent bénéficier d'un dépistage et d'un traitement du VIH entravent encore davantage l'accès aux services. En 2023, seuls trois pays (la République bolivarienne du Venezuela, les Pays-Bas et l'Uruguay) n'ont pas de lois criminalisant le VIH ou l'une des quatre populations clés.³⁹
32. La stigmatisation, la discrimination, les inégalités entre les genres et la violence augmentent la probabilité de contracter le VIH et créent des obstacles à la prise en charge, en particulier pour les femmes et les filles, les populations clés et leurs enfants. En 2021, les États membres des Nations unies se sont engagés à atteindre les objectifs 10-10-10 d'ici à 2025 : moins de 10 % des pays disposent de cadres juridiques et politiques restrictifs qui conduisent au refus ou à la limitation de l'accès

aux services d'ici à 2025 ; moins de 10 % des personnes vivant avec le VIH et des personnes issues de populations clés déclarent être victimes de stigmatisation et de discrimination ; et moins de 10 % des femmes, des filles, des personnes vivant avec le VIH et des personnes issues de populations clés sont victimes d'inégalités et de violences liées au genre. Dans 30 pays pour lesquels des données sont disponibles sur une période donnée, 11 pays ont enregistré une baisse des attitudes discriminatoires suivie d'une hausse, et 7 pays ont enregistré une hausse. Nous ne sommes pas sur la bonne voie pour atteindre ces objectifs et une vague de politiques anti-droits, anti-genre et anti-démocratie nous empêche de progresser plus rapidement.⁴⁰

33. Dans l'ensemble, les enfants sont confrontés à des inégalités face au VIH. Les systèmes de santé ont tendance à traiter les adultes comme la norme et ne fournissent pas toujours des services adaptés aux besoins des enfants. Les innovations médicales sont lentes à atteindre les enfants : par exemple, des ARV efficaces et agréables au goût pour les enfants n'ont été mis au point que plusieurs années après que des formulations comparables pour les adultes aient été mises sur le marché. La section suivante aborde certaines des inégalités qui accroissent la vulnérabilité au VIH de populations spécifiques d'enfants et d'adolescents.
34. **Les filles.** Les filles sont touchées de manière disproportionnée par de multiples formes de violences liées au genre, notamment les abus sexuels, le viol et la violence entre partenaires intimes, les mariages précoces et les restrictions de l'autonomie corporelle. Elles peuvent abandonner l'école ou en être exclues en raison de leur grossesse. L'éducation des filles peut également être négligée en raison de mariages précoces ou de responsabilités non rémunérées au sein des ménages et des communautés. L'inégalité des dynamiques de pouvoir, la déresponsabilisation, les inégalités entre les genres, l'âge et l'économie, ainsi que la violence entre partenaires intimes, sont quelques-uns des facteurs qui contribuent à des taux élevés d'infection par le VIH.⁴¹ Les adolescentes enceintes ou allaitantes sont plus susceptibles que les femmes plus âgées de découvrir qu'elles sont séropositives uniquement lorsqu'elles font un test de dépistage du VIH pendant leur grossesse, et leur accès et leur adhésion au traitement antirétroviral sont généralement faibles.⁴² Cela est dû en grande partie aux obstacles économiques et sexospécifiques auxquels elles sont confrontées, ainsi qu'à l'absence de soins de santé holistiques et différenciés adaptés aux filles et aux jeunes. Dans certains pays, les adolescents sont confrontés à des restrictions légales qui empêchent ou limitent leur accès à certains services de santé, y compris les services liés au VIH et à la santé sexuelle et reproductive (SSR), sans le consentement des parents, et les soignants peuvent contrôler davantage les choix des filles en matière de sexualité et de reproduction.⁴³
35. **Les garçons.** Les garçons sont plus susceptibles que les filles d'être confrontés à des violences telles que des punitions physiques à l'école, ce qui entrave les effets positifs de l'éducation sur la santé et l'intégration sociale.⁴⁴ Les normes de genre relatives à la masculinité peuvent encourager les comportements à risque et décourager les comportements de recherche de santé et d'autosoins. La marginalisation des garçons et des jeunes hommes dans les services de santé sexuelle et reproductive et la stigmatisation des jeunes populations clés telles que les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes qui s'injectent des drogues (dont 85 % sont des hommes)⁴⁵ contribuent à la faible couverture du dépistage et du traitement du VIH chez les garçons.⁴⁶
36. **Orphelins.** Le nombre d'enfants qui perdent leurs parents pour des raisons liées au sida est en baisse grâce à l'élargissement de l'accès à des traitements antirétroviraux

efficaces. Cependant, la pandémie de sida a déjà rendu orphelins des millions d'enfants : d'ici 2023, environ 14,1 millions d'enfants de moins de 18 ans auront perdu l'un de leurs parents ou les deux pour des raisons liées au sida.⁴⁷ Ces enfants sont confrontés à des niveaux plus élevés de pauvreté, de malnutrition, d'éducation perturbée, d'exclusion sociale et de stigmatisation. Une grande partie de ces enfants vivent également avec le VIH et se heurtent à des obstacles en matière d'accès au traitement et d'observance. Les soignants et les parents adoptifs ou d'accueil jouent un rôle essentiel dans le soutien de leur résilience, mais ils ont également besoin de filets de sécurité sociale et de systèmes de protection pour améliorer leur bien-être.

37. **Populations adolescentes clés.** Le fait d'être un adolescent appartenant à une population clé présente des vulnérabilités spécifiques. Aux États-Unis d'Amérique, par exemple, on estime que les personnes identifiées comme LGBTQI représentent 20 à 40 % des plus de 1,6 million de jeunes sans-abri ; le rejet familial, la discrimination et la violence figurent parmi les raisons de leur absence de domicile.⁴⁸ En Inde, on estime que plus de 90 % des personnes transgenres quittent ou sont expulsées de leur foyer avant l'âge de 15 ans ; nombre d'entre elles doivent survivre dans la rue, sans argent ni éducation, et se livrent souvent au commerce du sexe.⁴⁹ Les jeunes qui vendent des services sexuels peuvent être plus vulnérables que leurs aînés, avoir moins de pouvoir pour négocier l'utilisation de préservatifs ou d'autres conditions de travail ou de relation, et être plus exposés à la violence. La consommation de drogue commence souvent pendant l'adolescence ou la jeunesse ; les jeunes peuvent être plus vulnérables et faire face à des risques plus importants liés à la consommation de drogue que leurs aînés, tandis que les services de réduction des risques peuvent leur être moins accessibles.⁵⁰
38. **Enfants de membres de populations clés.** Dans le monde, de nombreux travailleurs du sexe, toxicomanes, personnes transgenres, hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont des parents. Les populations clés continuent d'être confrontées à la stigmatisation et à la discrimination, notamment à la criminalisation, au jugement des prestataires de soins de santé, au refus d'accès aux programmes d'aide aux familles et au risque de voir leurs enfants retirés par les autorités.⁵¹ ⁵² En raison de ces réalités, les parents sont moins enclins à déclarer leurs enfants à la naissance ou à s'adresser aux services de santé et autres, et leurs enfants sont souvent victimes d'exclusion ou de brimades à l'école. Les organisations et les initiatives au service des populations clés, ainsi que les recherches et les collectes de données qui s'y rapportent, incluent rarement leurs enfants.⁵³

Mon enfant a été violé à l'âge de cinq ans. Lorsque j'ai dénoncé le coupable aux autorités locales, on m'a dit que, comme je suis une prostituée, je ne devrais pas me plaindre de ce qui est arrivé à mon enfant.

- Travailleuse du sexe, Ouganda

Je n'avais pas l'argent pour envoyer mon fils au lycée... Je me suis tourné vers le bureau du gouvernement qui offre des bourses aux enfants défavorisés... mais je ne pouvais pas dire que je fais des petits boulots comme travailleur du sexe et que je suis un homme... alors j'ai abandonné. Aujourd'hui, mon fils travaille dans de petites exploitations agricoles du village. Je le plains. Je suis en colère qu'il n'ait pas eu accès à l'enseignement secondaire.

- Travailleur du sexe, Kenya.

Je veux juste vivre et élever mes enfants, [être] un mari aimant et ne pas avoir peur de mourir ou d'aller en prison. Je pense que j'ai ce droit et je veux vraiment l'utiliser.

- Consommateur de drogues injectables, Fédération de Russie.

Les enseignants et les universitaires ne les comprennent pas. Ils les tyrannisent, les taquent et les considèrent comme anormaux... Cela a des conséquences majeures sur leur apprentissage quotidien et ne leur permet pas de bénéficier de l'éducation reçue par leurs pairs.

- Leigh Davids, experte indépendante sur les enfants de parents transgenres.

Source : Making the children of key populations a priority for equitable development. Coalition pour les enfants affectés par le sida ; 2017 (<https://childrenandhiv.org/wp-content/uploads/2017/06/Making-the-Children-of-Key-Populations-a-Priority-Advocacy-Briefing-FINAL.pdf>).

Lacunes, besoins et défis

Systèmes de santé

Transmission verticale

39. Au niveau mondial, le fait de ne pas identifier les femmes enceintes ou allaitantes séropositives et de ne pas leur fournir d'ARV est la principale raison de la transmission verticale du VIH. En Afrique orientale et australe, cependant, le plus grand nombre de transmissions verticales résulte du fait que les mères ont contracté le VIH pendant la grossesse ou l'allaitement mais n'ont pas été diagnostiquées, ou que les mères ont interrompu leur traitement antirétroviral pendant la période de grossesse ou d'allaitement.⁵⁴ Une étude menée en Afrique du Sud, par exemple, a révélé qu'un quart des femmes vivant avec le VIH s'étaient désengagées des soins dans l'année qui avait suivi l'accouchement.⁵⁵
40. De nombreuses raisons expliquent pourquoi les femmes interrompent leur traitement antirétroviral ou ne parviennent pas à une suppression virale, qu'il s'agisse de facteurs économiques et structurels ou de facteurs liés au système de santé, notamment des services irrespectueux, moralisateurs et coercitifs. L'analyse mondiale des pratiques coercitives en matière de santé sexuelle et reproductive réalisée par la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH a révélé que près de 20 % des femmes séropositives avaient été confrontées à de telles pratiques au cours de leur vie. Certains professionnels de la santé privilégient la prévention de la transmission verticale du VIH par rapport à l'autonomie corporelle et au consentement des femmes. Les femmes vivant avec le VIH peuvent également faire l'objet d'une surveillance,

d'une coercition et de sanctions accrues, en particulier si elles sont jeunes, si elles vendent des services sexuels, si elles consomment de la drogue, si elles sont handicapées ou si elles sont migrantes.⁵⁶

Lorsque je suis tombée enceinte, je me suis rendue à la maternité pour m'inscrire, mais c'est là, lors de l'examen, que j'ai appris que j'étais séropositive. Lorsque la médecin a découvert que j'étais séropositive, elle m'a emmenée dans une pièce séparée et m'a demandé de me déshabiller. J'ai demandé pourquoi. Elle a dit que puisque je vivais avec le VIH, pourquoi devrais-je donner naissance à un enfant malade ? Il valait mieux avorter et vivre le temps qu'il me reste. Lorsque j'ai refusé, elle m'a traitée de tous les noms et a crié. Je suis partie.

- Femme vivant avec le VIH, Tadjikistan

J'ai subi des pressions pour ne pas allaiter, car le VIH peut être transmis par l'allaitement, mais comme je n'avais aucun moyen de nourrir mon enfant, je lui ai donné le sein et aujourd'hui mon enfant est en bonne santé.

- Femme vivant avec le VIH, Cameroun

On m'a refusé certains tests de laboratoire visant à planifier une grossesse : Vous avez le VIH. Pourquoi rajouter ces problèmes et ces risques ?

- Jeune femme vivant avec le VIH, Argentine

On m'a dit qu'il fallait absolument qu'un partenaire ou un parent m'accompagne dans les services de santé sexuelle et reproductive, et les agents de santé leur ont demandé de donner leur avis et de prendre des décisions en mon nom.

- Jeune femme vivant avec le VIH, Cameroun

Source : Confronting coercion: A global scan of coercion, mistreatment and abuse experienced by women living with HIV in reproductive and sexual health services. Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH ; 2024 (https://www.wlhiv.org/_files/ugd/682db7_2fe9a24ef9454c6691e1cc06bee58165.pdf).

Nourrissons et enfants

41. Le modèle actuel de programmation du VIH, encore largement vertical, n'est pas suffisamment adapté aux enfants, ni différencié, ni intégré. L'expertise en pédiatrie reste limitée et centralisée, tandis que les prestataires adultes citent fréquemment le manque de confiance comme raison de la faible qualité des soins prodigués aux enfants vivant avec le VIH. La prévention de la transmission verticale et le diagnostic précoce chez les nourrissons font particulièrement défaut dans les régions où la prévalence du VIH est faible.⁵⁷
42. Dans les pays à revenus faibles et moyens, l'une des plus grandes lacunes de la riposte au VIH pour les enfants concerne les enfants plus âgés vivant avec le VIH.⁵⁸ Près de 600 000 enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH ne sont pas sous traitement.⁵⁹ Dans le monde, plus de 60 % des enfants vivant avec le VIH mais ne suivant pas de traitement sont âgés de 5 à 14 ans.⁶⁰ Seuls 65 % des besoins sont satisfaits pour le traitement antirétroviral des enfants plus âgés.⁶¹ Cela n'est pas seulement dû à des contraintes financières, mais aussi au fait que de nombreux enfants plus âgés vivant avec le VIH ne sont pas diagnostiqués ou ne sont pas pris en charge.⁶² Les enfants plus âgés doivent être identifiés. Les tests doivent être liés non seulement à l'initiation,

mais aussi à un suivi à plus long terme pour garantir le maintien dans les soins, sinon nous ne savons pas si nous testons les mêmes enfants de manière répétée.

Adolescents

43. Dans de nombreux contextes, les adultes peuvent facilement accéder aux tests, mais ce n'est pas le cas pour les enfants et les adolescents, car ils ont besoin d'un adulte pour les emmener ou donner leur consentement. Il en résulte d'importantes lacunes en matière de dépistage du VIH chez les adolescentes enceintes.⁶³
44. Les adolescents sont également confrontés à de nombreux problèmes d'observance du traitement. Cela va des expériences désorientantes de l'adolescence, de l'oubli et de la faible conscience du risque personnel à la stigmatisation liée au VIH, au manque de soutien social, aux obstacles juridiques, aux faiblesses du système de santé (par exemple, cliniques éloignées, longs délais d'attente, ruptures de stock de médicaments et attitudes hostiles du personnel de santé), aux normes inégales entre les hommes et les femmes et à la pauvreté. L'insuffisance des conseils est un autre facteur, les adolescents citant une connaissance incomplète du TAR et de ses effets secondaires possibles, ainsi qu'une confusion sur les dosages parmi les raisons d'interruption du traitement.⁶⁴ Ils ont besoin d'être soutenus, et non jugés, afin de pouvoir maintenir l'observance ou reprendre les soins.
45. La transition vers les soins pour adultes peut également présenter des difficultés si les services de soins pour les jeunes et les adultes ne sont pas bien connectés et si les jeunes ne sont pas préparés aux nouvelles exigences, procédures et protocoles des services.

Données

46. Les lacunes en matière de données incluent l'absence de suivi longitudinal des enfants vivant avec le VIH et de distinction entre le VIH acquis verticalement ou horizontalement. En outre, les données relatives au VIH sont souvent insuffisamment intégrées dans les systèmes de données sanitaires plus généraux. Les données sur les services de dépistage et de traitement du VIH sont rarement liées à d'autres informations relatives à la santé (par exemple, la situation professionnelle et d'autres indicateurs socio-économiques). Les enfants des populations clés sont rarement étudiés dans le cadre de la recherche. Des systèmes de données plus complets et une meilleure collecte et utilisation de données de qualité sont nécessaires pour identifier les lieux de transmission verticale et déterminer comment combler les lacunes restantes en matière de VIH pour les enfants, les adolescents, les femmes enceintes et celles qui allaitent.

Inégalités structurelles

47. Les crises économiques, les conflits et le changement climatique exacerbent la pauvreté, perturbent les services de santé, entraînent des fermetures d'écoles, aggravent les conditions de santé mentale et peuvent être associés à une augmentation des rapports sexuels transactionnels et des grossesses non planifiées. Tous ces impacts sont pertinents pour l'épidémie de sida et la riposte à celle-ci. Comme l'a expliqué une femme en Ouganda en 2020 : « Je ne suis même pas allée à une consultation prénatale à sept mois de grossesse, et pourtant je suis séropositive.

Je voudrais aller à l'hôpital, mais j'imagine qu'il n'est pas possible de marcher parce que l'établissement est loin et qu'utiliser mes économies pour aller à l'hôpital signifie que je n'aurai pas de nourriture pour mes enfants pendant deux jours et je ne peux pas prendre ce risque. Je ferai appel à une sage-femme traditionnelle. »⁶⁵

48. Les violences liées au genre accroissent l'impact du VIH en limitant la capacité des personnes à entretenir des relations sexuelles saines, à refuser des rapports sexuels, à négocier l'utilisation de préservatifs et à rechercher de l'aide et du soutien. La violence entre partenaires intimes est liée à des taux plus élevés de transmission verticale du VIH, en particulier chez les filles âgées de 15 à 19 ans, qui sont les plus touchées par la violence. Une modélisation récente dans 46 pays africains a révélé qu'un cas sur huit de transmission verticale pouvait être attribué à la violence du partenaire intime.⁶⁶
49. De nombreux pays conservent des lois qui exigent le consentement des parents pour que les adolescents aient accès aux services de santé et de droits en matière de santé sexuelle et reproductive, qui criminalisent l'activité sexuelle des adolescents ou qui obligent les prestataires de services à les dénoncer. La couverture du dépistage du VIH chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans dans les pays exigeant le consentement parental pour les personnes âgées de moins de 18 ans était, en moyenne, inférieure de 9 % pour les filles et les garçons, par rapport aux pays où l'âge requis pour le dépistage était fixé à 16 ans ou moins. La transmission du VIH est plus élevée dans les pays où les lois criminalisent les populations clés.⁶⁷
50. La criminalisation et la stigmatisation ont également un impact sur les enfants des populations clés. Leurs parents peuvent cacher leur profession ou leur consommation de drogue à leurs enfants, à un certain prix. Lors des entretiens, les travailleurs du sexe sud-africains ont souvent déclaré que leur plus grande crainte n'était pas qu'un client les viole ou qu'il y ait des violences policières, mais que leurs enfants découvrent ce qu'ils font. Cette crainte est liée à la criminalisation et à la stigmatisation du travail du sexe, ainsi qu'à la possibilité que les enfants soient retirés par les services sociaux. Les risques sanitaires et les décès évitables semblent élevés chez les enfants des membres des populations clés.⁶⁸
51. Au niveau mondial, près de 80 % des jeunes utilisent les Internets, contre un peu plus de 50 % en Afrique. En Asie du Sud-Est, plus de 99 % des jeunes utilisent les médias sociaux, les jeunes femmes passant plus de temps sur ces plateformes que les hommes.⁶⁹ À l'échelle mondiale, les médias sociaux sont la deuxième source d'information la plus populaire sur le corps, le sexe et les relations. Les plateformes de médias en ligne sont axées sur le profit et les algorithmes. Ils peuvent être des sources influentes de désinformation et d'éducation sexuelle précise et responsabilisante, et ils peuvent promouvoir le sectarisme tout en luttant contre la stigmatisation.⁷⁰

Leadership et ressources

52. Une analyse récente de la Coalition pour les enfants touchés par le sida sur les lacunes du financement mondial de la lutte contre le VIH pour les enfants et les adolescents a conclu que, dans les pays à revenu faible et intermédiaire, la riposte au VIH pour les enfants est sous-financée de 1 milliard de dollars et qu'il existe un déficit de financement de 90 % pour les enfants des populations clés (soit un déficit de 168 millions de dollars). D'autres lacunes importantes concernent le dépistage et le traitement des enfants plus âgés, ainsi que le soutien social et économique.⁷¹
53. Les dépenses consacrées à la lutte contre le VIH ont diminué depuis 2017 en Afrique occidentale et centrale, passant de 0,3 % du produit intérieur brut en 2017 à seulement

0,12 % en 2022. L'endettement constitue un obstacle important au financement national. Le service de la dette dépasse désormais 50 % des recettes publiques en Angola, au Kenya, au Malawi, au Rwanda, en Ouganda et en Zambie. Même après l'introduction de mesures d'allègement de la dette, la Zambie consacrerait deux tiers de son budget national au service de la dette entre 2024 et 2026.⁷²

54. Toutefois, le problème ne réside pas seulement dans le manque de ressources, mais aussi dans la volonté politique et le leadership. La santé des enfants et le sida pédiatrique sont négligés dans les débats mondiaux et régionaux. En outre, les mouvements anti-droits, anti-démocratie et anti-genre promeuvent des politiques qui menacent encore plus les personnes vivant avec le VIH et les populations clés et qui privent les enfants, les adolescents et les jeunes des connaissances et des services dont ils ont besoin pour vivre une vie saine et épanouie. Ces mouvements prétendent protéger les enfants alors qu'ils leur causent du tort.

Ce qui fonctionne dans la réponse au VIH pour les enfants et les adolescents

55. Qu'est-ce qui fonctionne pour combler les lacunes aux niveaux national, régional et mondial afin d'accélérer la réalisation des objectifs de 2030 ? Cette section aborde cette question au niveau des systèmes de santé, des défis structurels, du leadership et des ressources.

Systemes et services de santé

Intégration, décentralisation, soins de santé primaires et services gérés par la communauté

56. La réponse au VIH est plus efficace lorsque les systèmes sont intégrés aux services de santé maternelle et infantile, aux soins de santé primaires et aux soins de santé universels, et qu'ils favorisent la cohérence de la qualité des soins à tous les niveaux. Il existe différents modèles d'intégration et ce qui fonctionne le mieux dépend du contexte.⁷³ Des soins intégrés et coordonnés pour les couples mère-bébé ont contribué aux progrès réalisés par les pays de l'Alliance mondiale dans la réduction de la transmission verticale du VIH.⁷⁴ Il est particulièrement important d'intégrer les soins liés au VIH à ceux qui traitent les comorbidités telles que la tuberculose pour les jeunes enfants, qui sont exposés à des risques élevés de morbidité et de décès liés au sida.⁷⁵ Les adolescents, en particulier, bénéficient de l'intégration des services de lutte contre le VIH et de l'accès universel aux droits en matière de santé sexuelle et reproductive, ainsi que d'un soutien en matière de santé mentale. L'intégration peut produire des synergies positives pour les soins liés au VIH et à d'autres maladies, par exemple avec l'initiative « triple élimination » qui combine les efforts pour éliminer la transmission verticale du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B.
57. La décentralisation des soins et la mise à disposition de la prévention, du dépistage et du traitement du VIH dans les établissements de soins de santé primaires sont essentielles pour faciliter l'accès des enfants et des personnes qui s'occupent d'eux aux services.⁷⁶ Par exemple, le passage de tests centralisés en laboratoire à des tests au point de service pour les enfants a permis d'augmenter le nombre de tests et d'améliorer la communication des résultats aux soignants.⁷⁷
58. Pour les populations clés, les soins liés au VIH sont plus efficaces lorsqu'ils sont effectivement intégrés à des soins holistiques menés par la communauté et ciblant les besoins pertinents. Par exemple, il a été démontré que la coordination entre les programmes communautaires destinés aux travailleurs du sexe et les programmes de prévention de la transmission verticale mis en place dans les établissements de santé

facilitait l'accès des travailleuses du sexe enceintes aux services prénatals, ainsi qu'à des soins différenciés.⁷⁸ Les femmes enceintes qui consomment des drogues ont besoin d'une réduction globale des risques, de thérapies de substitution, d'un soutien en matière de santé mentale,⁷⁹ ainsi que de soins prénatals et liés au VIH afin d'optimiser les résultats pour leur bébé et pour elles-mêmes.⁸⁰ Les approches de réduction des risques orientées vers les jeunes et menées par des pairs peuvent favoriser des comportements plus sûrs chez les jeunes consommateurs de drogues.⁸¹

Prévention de la transmission verticale

59. Les pays de l'Alliance mondiale appliquent des innovations en matière de services et de technologies pour réduire le taux de transmission verticale, notamment des programmes de parrainage des mères et un dépistage plus fréquent de la charge virale chez les mères. Ils planifient également l'extension potentielle des médicaments ARV injectables à longue durée d'action afin d'améliorer la rétention dans les soins. Les stratégies mises en œuvre dans ces pays pour renforcer la prévention du VIH chez les adolescentes et les femmes enceintes et allaitantes comprennent le dépistage du partenaire, l'autodiagnostic du VIH, la prophylaxie pré-exposition (PrEP) et diverses interventions sociales, structurelles et comportementales.⁸²

Le suivi communautaire améliore l'accès aux soins prénatals en Afrique du Sud

NACOSA (Networking HIV and AIDS Community of Southern Africa), en partenariat avec une organisation communautaire, mène un programme de suivi communautaire dans le district de West Rand, près de Johannesburg en Afrique du Sud. Après que le pays a rejoint l'Alliance mondiale pour mettre fin au sida chez les enfants en février 2023, le NACOSA a commencé à suivre les indicateurs de transmission verticale afin de mieux comprendre les obstacles à l'accès aux soins prénatals précoces. Les entretiens avec les professionnels de la santé ont révélé qu'il était difficile de trouver et d'impliquer les femmes migrantes. Parmi les difficultés rencontrées, citons les barrières linguistiques, le manque de documents et la mobilité. En conséquence, de nombreuses femmes enceintes vivant avec le VIH ont été retardées dans l'obtention d'un traitement antirétroviral. Il était également difficile d'assurer le suivi des personnes sans papiers ou de celles qui utilisaient des documents d'identité empruntés, ce qui affectait leur prise en charge.

Le NACOSA a fait appel à des comités cliniques pour trouver des solutions. Ils ont davantage utilisé un système téléphonique pour retrouver les bénéficiaires de soins étrangers perdus par les services et ont travaillé avec les responsables des établissements pour documenter et classer les raisons des visites de soins prénatals tardives. Par la suite, les consultations prénatals précoces sont passées de 71 % à 75 % dans les six mois dans les sites faisant l'objet d'un suivi communautaire. Les femmes enceintes dans les sites faisant l'objet d'un suivi communautaire avaient deux fois plus de chances d'accoucher dans un établissement de santé que les femmes enceintes dans les sites ne faisant pas l'objet d'un suivi.

- Étude de cas soumise par NACOSA, Afrique du Sud.

60. Les programmes d'entraide et de mentorat destinés aux mères, aux soignants, aux enfants et aux adolescents ont un impact considérable. On a constaté que les taux de transmission verticale du VIH étaient trois fois moins élevés lorsque des programmes de tutorat maternel étaient mis en place.⁸³ L'organisation non gouvernementale africaine mothers2mothers a fourni des services de santé à plus de 700 000 personnes en 2023 dans 10 pays d'Afrique au sud du Sahara. Fondée en 2001, mothers2mothers utilise un modèle éprouvé de formation, d'emploi et de soutien des femmes vivant avec le VIH en tant qu'agents de santé communautaires (ou mères mentors). Sur l'ensemble des programmes mothers2mothers, seuls 0,45 % des clients séronégatifs au moment de l'inscription ont contracté le VIH en 2022.⁸⁴

Le « club des mères » Emak réduit la transmission verticale en Indonésie

En Indonésie, la couverture ARV pour les femmes enceintes séropositives n'est que de 17 %. Les accompagnatrices du club Emak (Mom's) du réseau indonésien des femmes séropositives, toutes des femmes vivant avec le VIH, fournissent des conseils individuels, animent des groupes de soutien par les pairs basés sur WhatsApp et s'attaquent à la stigmatisation. Après les avoir conseillés, les accompagnatrices orientent les clients vers les services de santé publique pour le traitement du VIH et mettent les victimes de violences en contact avec des services de soutien. Le club Emak aide également les mères à s'y retrouver dans le système national d'assurance maladie indonésien et à obtenir les certificats de naissance et les documents nécessaires pour que les bébés aient accès aux soins de santé. La réception de ces documents est souvent retardée en raison d'inefficacités bureaucratiques et de discriminations à l'encontre des mères séropositives, ce qui entrave l'accès aux soins pour les bébés au cours de leurs premières semaines de vie, qui sont cruciales. De 2018 à 2020, le club Emak a soutenu 455 femmes vivant avec le VIH, dont les bébés sont tous nés séronégatifs. Le club EMak s'est étendu à 28 districts dans cinq provinces.

- Étude de cas soumise par l'ONUSIDA Indonésie.

63. L'ensemble des choix de prévention - y compris les préservatifs, toutes les modalités de la prophylaxie pré-exposition (PrEP), la circoncision médicale masculine volontaire, l'anneau vaginal à la dapivirine - étayés par une programmation sexuellement positive⁸⁵ peuvent contribuer à prévenir la transmission verticale pendant la grossesse et l'allaitement. Les personnes vivant avec le VIH doivent être pleinement soutenues par des services de dépistage, de traitement, d'observance et de suppression virale, idéalement avant de concevoir des enfants.
64. Les gens sont plus enclins à faire un test de dépistage du VIH et à suivre un traitement lorsqu'ils sont traités avec gentillesse et respect, qu'ils ont accès à des conseils et des informations clairs et non moralisateurs et qu'ils bénéficient d'un soutien psychosocial et d'un soutien par les pairs.⁸⁶ La Communauté internationale des femmes (ICW) vivant avec le VIH en Afrique de l'Est a travaillé avec d'autres réseaux régionaux d'ICW pour renforcer les capacités des femmes et des filles vivant avec le VIH dans les 12 pays de l'Alliance mondiale, notamment en formant les femmes à l'accès et à l'analyse des données afin de contrôler les services et d'en améliorer la qualité.⁸⁷

Dépistage des bébés et des enfants et mise en place d'un traitement

65. En 2023, les pays de l'Alliance mondiale affichent une couverture du diagnostic précoce chez les nourrissons plus élevée (estimée à 71 %) que la moyenne mondiale (estimée à 67 %). Les tests effectués au point de service pour les nouveau-nés et dont les résultats sont rapidement disponibles fournissent les informations nécessaires aux stratégies de traitement. En outre, une surveillance continue des enfants avec des tests à 18 mois et après l'arrêt de l'allaitement maternel est nécessaire. Afin d'offrir aux nourrissons et aux enfants qui n'ont pas été identifiés lors du diagnostic précoce de routine des possibilités supplémentaires de dépistage du VIH, l'Afrique du Sud, un pays de l'Alliance mondiale, a mis en place une politique de dépistage universel du VIH chez les enfants à l'âge de 18 mois, indépendamment de l'exposition avérée au VIH. Les directives nationales en matière de tests pour les enfants et les adolescents doivent être harmonisées afin de minimiser les diagnostics manqués.⁸⁸
66. Des tests plus stratégiques peuvent permettre d'identifier des enfants plus âgés et non diagnostiqués vivant avec le VIH. Dans les régions où la charge de morbidité est élevée, le dépistage du VIH devrait être effectué à l'initiative du prestataire de soins chaque fois que les enfants malades se font soigner (par exemple, dans les dispensaires pour enfants et les services de soins primaires ambulatoires pour les enfants souffrant de malnutrition et de maladies infectieuses graves). D'autres

stratégies efficaces consistent à lier le dépistage aux programmes de vaccination, au dépistage familial (par exemple, pour les enfants de parents vivant avec le VIH), au dépistage scolaire et au dépistage dans le cadre d'autres services de santé infantile, comme c'est le cas au Mozambique, au Nigeria, en Ouganda et dans d'autres pays. Une collaboration plus étroite avec les systèmes communautaires peut également aider à mettre les enfants manqués en contact avec les services de prise en charge du VIH et les autres services dont ils ont besoin.

67. Il a été démontré que la divulgation précoce aux enfants et aux adolescents de leur statut sérologique avait des effets bénéfiques sur la santé et améliorait l'observance et l'estime de soi. La divulgation doit être pleinement soutenue par des services de conseil et de santé mentale. Les lignes directrices nationales varient quant à l'âge auquel le processus de divulgation doit commencer et à l'âge auquel la séropositivité des enfants doit leur être entièrement révélée. Certaines lignes directrices recommandent que le processus de divulgation commence dès l'âge de 5 ans ou lorsque les enfants commencent à poser des questions sur leur santé ou leurs médicaments et qu'ils sont capables de comprendre les informations qui leur sont communiquées.⁸⁹ L'OMS recommande la divulgation dès que les enfants atteignent l'âge scolaire, et en tout cas avant l'âge de 10 à 12 ans ; elle a élaboré des lignes directrices sur le conseil en matière de divulgation pour les enfants jusqu'à l'âge de 12 ans.⁹⁰

L'initiative nationale sur les résultats rapides vise à combler les lacunes en matière de dépistage et de traitement des enfants, des femmes enceintes et des mères allaitantes au Kenya

Les données du Kenya indiquent qu'en 2022, 98 % des femmes enceintes se sont rendues au moins une fois dans un établissement de santé pour recevoir des soins prénatals. Toutefois, un nombre important de mères et d'enfants n'ont pas bénéficié des services de prévention de la transmission verticale du VIH et des services destinés aux enfants et aux adolescents vivant avec le VIH.

En tant que membre de l'Alliance mondiale, le Kenya a lancé en 2023 l'initiative de résultats rapides pour le VIH, qui a été introduite dans 1 688 établissements de santé dans les 47 comtés du pays. Les audits de la qualité des services ont mis en évidence des ruptures de stock de produits au niveau des sites et des lacunes dans les capacités du personnel de santé, tandis que les audits de la qualité des données ont révélé l'utilisation d'outils de données anciens et improvisés. En outre, le suivi longitudinal de la paire mère-enfant était limité, et des occasions ont été manquées pour optimiser le traitement des enfants et supprimer les charges virales. Des mesures ont ensuite été prises pour combler les lacunes.

L'identification des enfants et des adolescents vivant avec le VIH est passée de 4 104 en 2022 à 4 283 en 2023. Un dépistage accéléré du statut d'exposition au VIH a été effectué lors de la visite pour le vaccin Pentavalent 1 à la sixième semaine de vie, contribuant à l'identification de 985 nourrissons séropositifs en 2023. L'appropriation par l'équipe nationale et l'utilisation de processus responsables ont été essentielles.

- Étude de cas soumise par le programme national de lutte contre le sida et les maladies sexuellement transmissibles du Kenya.

68. Pour répondre aux besoins des adolescents, il faut adopter une approche plus globale, qui englobe les services de santé sexuelle et reproductive liés au VIH et qui s'attaque aux mariages d'enfants et à l'abandon scolaire. Une coordination et d'autres formes de soutien sont également nécessaires pour aider les adolescents à passer aux services de santé pour adultes, notamment des évaluations de l'état de préparation à la transition et des protocoles de transition clairs.
69. Le soutien en matière de santé mentale est essentiel pour permettre un traitement efficace des adolescents nouvellement diagnostiqués avec le VIH et qui ont des difficultés à accepter leur diagnostic. Les services de santé mentale peuvent améliorer l'observance du traitement antirétroviral chez les jeunes, y compris chez ceux qui ont contracté le VIH de manière verticale et qui prenaient auparavant des ARV sous la supervision d'un soignant.
70. Les interventions menées par les pairs peuvent être efficaces. L'initiative « Resilient and Empowered Adolescents and Young People » (adolescents et jeunes gens résilients et autonomes), qui a permis d'améliorer les taux de dépistage et de diagnostic du VIH chez les jeunes, en est un exemple. Elle plaide également en faveur d'une modification des lois sur le consentement au dépistage du VIH dans plus de 39 pays.⁹¹ Il est essentiel de suivre les conseils des jeunes leaders dans ce domaine et d'écouter les besoins et les désirs des adolescents eux-mêmes.

Les champions de l'adolescence améliorent l'accès aux soins au Nigeria

Au Nigeria, en 2020, seuls 34 % des adolescents nouvellement diagnostiqués séropositifs ont été mis sous traitement antirétroviral. En réponse, l'initiative Clinton pour l'accès à la santé a aidé les ministères de la santé des États à mettre en place des services de lutte contre le VIH dirigés par des pairs pour les adolescents dans les États d'Akwa Ibom et d'Anambra. Un « champion des adolescents », généralement un leader de la communauté ou un pair, a été formé dans chaque établissement de santé. Les champions ont reçu des incitations basées sur les résultats pour les appels téléphoniques et les visites à domicile, et ont fourni des services d'accompagnement, des conseils par les pairs, un soutien à la divulgation et au suivi des rendez-vous.

Dans l'ensemble des établissements soutenus, les champions ont réussi à suivre et à ramener aux soins 85 % des clients (2 588 sur 3 045) qui avaient manqué des rendez-vous à la clinique et 81 % (1 946 sur 2 403) de ceux qui avaient manqué des rendez-vous pour la charge virale au cours de l'année 2021. L'initiative a réussi à transférer le soutien aux « champions adolescents » aux partenaires de mise en œuvre, en élargissant la couverture à Akwa Ibom et Anambra. Par la suite, 20 États ont déclaré avoir adopté un modèle similaire, qui a également été intégré à l'échelle nationale dans le Programme national de soins aux adolescents.

- Étude de cas soumise par la Clinton Health Access Initiative.

71. L'un des principaux défis de la couverture sanitaire universelle est de garantir que les services sont fiables, accessibles et appropriés pour les personnes issues de communautés marginalisées. Dans de nombreux pays, dont la Colombie, la Côte d'Ivoire, la Jamaïque et la Thaïlande, les investissements dans la lutte contre le VIH ont facilité la création de services fiables, dirigés par la communauté, qui fournissent des soins holistiques à des communautés souvent mal desservies par les établissements de santé traditionnels.⁹² Ces services peuvent être essentiels pour prévenir la transmission verticale parmi les populations clés et pour soutenir leurs enfants. Cependant, certaines organisations clés pour la population ne peuvent pas travailler avec les enfants en raison de la stigmatisation ou d'autres restrictions. Elles doivent être habilitées et soutenues pour offrir aux adolescents et aux jeunes des services adaptés à leur âge.

72. Des données et un suivi plus nombreux et de meilleure qualité, ventilés par âge et par sexe, peuvent orienter la conception de programmes efficaces et durables et attirer les financements là où ils sont le plus nécessaires. Les améliorations nécessaires comprennent le renforcement de la collecte de données sur la qualité globale des services et la disponibilité d'options de traitement spécifiques aux enfants, ainsi que la collecte de données sur la santé mentale, la stigmatisation et le soutien social afin de mieux répondre aux besoins des enfants séropositifs. En République-Unie de Tanzanie, par exemple, une meilleure documentation des enfants exposés au VIH a été obtenue en liant l'enregistrement à la première vaccination de chaque enfant. De 2022 à 2023, le pourcentage d'enfants exposés au VIH enregistrés dans le système national de suivi est passé de 7 % à 66 % et la proportion d'enfants exposés au VIH testés dans les deux premiers mois de leur vie est passée de 81 % à 92 %. L'enregistrement précoce des nourrissons exposés au VIH a également permis un accès rapide aux services. Les enfants des membres des populations clés devraient être identifiés dans ces exercices de collecte de données lorsque cela peut être fait en toute sécurité et dans le respect de l'éthique, en tenant compte des considérations d'anonymat et sans les mettre en danger.⁹³

Inégalités structurelles

73. Il est essentiel de s'attaquer aux obstacles structurels et de créer un environnement favorable pour que la riposte au VIH soit efficace. Il s'agit notamment de lutter contre la stigmatisation et la discrimination, de s'attaquer aux normes et pratiques sociales inégalitaires et aux obstacles structurels qui entravent l'accès aux services de prévention, de traitement et de soins du VIH. Cela peut se faire en permettant aux filles de continuer à aller à l'école, en favorisant l'engagement et le leadership des adolescents, en créant des environnements juridiques propices à la santé publique, en supprimant les lois exigeant le consentement des parents pour accéder aux services de santé sexuelle et reproductive, et en interdisant la violence domestique, le viol conjugal, le mariage des enfants, les mutilations génitales féminines et les châtiments corporels à l'école.

HIV Justice Network et International Community of Women Living with HIV-Argentina contestent la criminalisation de l'allaitement maternel

Le Réseau pour la justice en matière de VIH se décrit comme une « ONG communautaire qui met en place une réponse mondiale coordonnée et efficace aux lois et politiques punitives qui ont un impact sur les personnes vivant avec le VIH dans toutes leurs diversités ». ⁹⁴ L'OMS recommande l'allaitement aux femmes enceintes qui suivent un traitement antirétroviral et dont la charge virale est supprimée dans les quatre semaines suivant l'accouchement (ce qui les place dans une situation de risque très faible de transmission du VIH à leur enfant). ⁹⁵ Pourtant, les services de santé et les autorités ne sont souvent pas au fait de ces orientations. Au moins 14 femmes vivant avec le VIH ont été inculpées au pénal pour avoir prétendument allaité et beaucoup d'autres font l'objet d'une surveillance, d'une stigmatisation, d'abus ou d'interventions de protection de l'enfance.

En 2021, le Health Justice Network a lancé une nouvelle section de son HIV Justice Toolkit, la [Boîte à outils pour la défense de l'allaitement](#) qui fournit des documents pour aider les avocats et les défenseurs des personnes vivant avec le VIH qui font l'objet de poursuites pénales ou d'autres mesures punitives pour l'allaitement au sein et à la poitrine ou les soins de confort. En 2022, en Argentine, une affaire de criminalisation de l'allaitement a été rejetée en appel suite à l'intervention de l'ICW Argentine.

- Études de cas soumises au CCP de l'ONUSIDA par HIV Justice Network et ICW Argentine.

74. La lutte contre la pauvreté par des changements au niveau du système ainsi que par des transferts d'argent et d'autres formes de protection sociale et de soutien

économique est également essentielle pour mettre fin au VIH chez les enfants et les adolescents.⁹⁶

Soutien économique et sanitaire holistique aux familles du Honduras

Le programme Montana de Luz Healthy Family Honduras soutient les familles touchées par le VIH au moyen de microcrédits, de mentorat et de formation commerciale, d'un soutien en matière de santé mentale et d'un meilleur accès aux soins de santé, de cours d'alphabétisation et d'opportunités éducatives, et en luttant contre la stigmatisation et la désinformation qui entourent le VIH. Depuis le début du programme en juin 2018, il a permis de maintenir les familles ensemble, évitant ainsi à 38 enfants vivant avec le VIH d'entrer dans un orphelinat. Ils ont aidé plus de 200 personnes vivant avec le VIH à accéder au traitement, et 94 d'entre elles ont maintenant atteint la suppression virale. Des ateliers de lutte contre la stigmatisation et de promotion de la compréhension du VIH ont été organisés à l'intention de plus de 5 000 personnes, ce qui a permis un diagnostic plus précoce et de meilleurs résultats en matière de traitement. L'alphabétisation, l'autosuffisance et la résilience ont augmenté. Plus de 20 familles ont ouvert de petites entreprises. Les familles des populations clés et le reste de la population bénéficient d'un soutien.

- Étude de cas soumise par Montaña de Luz.

75. La prévention de la violence à l'égard des femmes, des violences liées au genre et de la violence entre partenaires intimes est le moyen le plus rentable et le plus durable de mettre fin à la violence. Pour ce faire, il faut se concentrer sur l'éducation précoce, les relations saines, le travail avec des personnes de tous les genres et la mobilisation des communautés. Les normes doivent changer à tous les niveaux. L'amélioration de l'accès des survivants aux services de santé et de justice fait également partie de la solution.⁹⁷ En 2021, le plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) et ONU Femmes ont annoncé un partenariat pour « investir dans le leadership et la voix des adolescentes et des jeunes femmes dans la lutte contre le VIH » en créant des coalitions entre les mouvements féministes et les mouvements de lutte contre le VIH en Afrique au sud du Sahara. L'initiative développe le leadership des adolescentes et des jeunes femmes par la formation, le mentorat et les dialogues intergénérationnels, tout en créant des opportunités d'accéder aux espaces de décision et de faire pression pour un changement de politique et de meilleurs services, y compris des services d'aide aux survivants de la violence.⁹⁸
76. Des programmes complets axés sur la famille et destinés aux populations clés permettent d'atténuer les obstacles à la prévention et aux soins.⁹⁹ La coordination entre les organisations communautaires et les services de santé peut contribuer à rendre ces services plus respectueux et plus réactifs et à mettre les populations clés et leurs enfants en contact avec la prévention et les soins.¹⁰⁰
77. L'organisation communautaire des populations clés et de leurs enfants peut remettre en cause la stigmatisation et les inégalités qui les rendent vulnérables au VIH. Mothers for the Future, un groupe de soutien pour les travailleurs du sexe ayant des enfants en Afrique du Sud, est un rare exemple d'organisation autour des enfants des membres des populations clés. Fondé au Cap en 2013, le groupe s'est étendu à cinq autres provinces du pays. Mothers for the Future s'attaque à la stigmatisation et offre des espaces sûrs où les mères peuvent se soutenir mutuellement. Ils organisent des formations sur la prévention de la transmission verticale, la santé sexuelle et reproductive, la sécurité des enfants, les compétences parentales et d'autres sujets pertinents. Les coordinateurs effectuent des visites à domicile et offrent un soutien direct aux mères et à leurs enfants. Ils aident à obtenir des certificats de naissance et des documents d'identité, à ramener les enfants à l'école, à accéder aux aides sociales, ainsi qu'à soutenir l'observance du traitement antirétroviral.

J'étais une travailleuse du sexe, une éducatrice pour les pairs et une mère. Une grande partie du travail que nous étions censés faire concernait l'éducation et la prévention du VIH. Mais nous avons tous ressenti la même chose : Le VIH et les rapports sexuels protégés n'étaient pas les seuls problèmes auxquels moi et d'autres mères étions confrontées. Nous nous préoccupions de l'éducation de nos enfants, de leur alimentation, de l'allaitement au travail, de la garde des enfants, de ce qu'il adviendrait d'eux si je mourais, de nos problèmes avec leurs pères. Nous nous sommes également inquiétées d'autres aspects de nos soins de santé, des frottis vaginaux, des avortements sans risque. Voilà pourquoi nous avons créé Mothers for the Future.

– Dudu Dlamini, fondatrice de Mothers for the Future, 2022¹⁰¹

78. L'éducation est une occasion importante de s'attaquer aux obstacles structurels. Rendre les écoles sûres, saines et heureuses pour tous les élèves et offrir une éducation sexuelle complète peuvent réduire la stigmatisation, les inégalités entre les genres et le risque d'infection par le VIH. Permettre aux filles de poursuivre leur scolarité peut contribuer à réduire la transmission du VIH chez les adolescentes. Permettre à chaque enfant d'aller à l'école et relier les services nécessaires aux écoles fait partie de la solution. Les programmes de santé et de nutrition à l'école peuvent améliorer la santé. Le renforcement des systèmes de santé scolaire et des liens entre les systèmes de santé, d'éducation et de protection sociale profite également aux enfants et aux adolescents.^{102 103}

Prévention de la violence sexiste en milieu scolaire au Botswana, en Eswatini, au Lesotho, au Malawi, en République-Unie de Tanzanie et en Zambie

Depuis 2018, l'UNESCO met en œuvre la boîte à outils « Connect with Respect », qui intègre l'égalité des genres et la prévention de la violence dans l'enseignement scolaire. Cet outil permet aux adolescents d'acquérir les connaissances et les compétences dont ils ont besoin pour favoriser des relations respectueuses et réduire la violence, qui est un facteur de risque connu pour le VIH. Le programme encourage la réflexion critique sur les normes de genre et développe les compétences nécessaires pour rechercher de l'aide et du soutien lorsque l'on est confronté à la violence. En outre, l'approche multisectorielle du programme renforce la collaboration entre l'éducation et d'autres secteurs afin de fournir aux adolescents un soutien intégré, y compris l'accès aux services de soutien contre la violence sexiste et le VIH.

Le projet pilote a permis d'améliorer les relations et de modifier les attitudes à l'égard de l'égalité des genres et de la prévention de la violence, 77 % des élèves déclarant avoir amélioré leurs compétences relationnelles à l'issue du programme. Il y a également eu moins d'incidents où des garçons ont fait des commentaires sexuels sur des filles. L'amélioration des politiques de sécurité dans les écoles et la confiance accrue des élèves dans l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive ont également été enregistrées.

- Étude de cas soumise par l'UNESCO.

79. Les médias sociaux et les autres technologies de l'information peuvent présenter des dangers, mais ils peuvent aussi être utilisés comme sources d'éducation sexuelle et pour lutter contre la stigmatisation liée au VIH, au handicap et à d'autres inégalités croisées.¹⁰⁴ Par exemple, certains jeunes vivant avec le VIH sont devenus des influenceurs sociaux contre la stigmatisation en déployant des plateformes telles que Tiktok et Instagram. Les plateformes numériques d'éducation sexuelle en ligne peuvent toucher un large public grâce à des contenus créés par les jeunes et attrayants. La violence en ligne doit être contrôlée, pas l'éducation sexuelle en ligne.

Leadership et ressources

80. L'appropriation par les pays et la participation des femmes vivant avec le VIH sont les clés du succès de l'Alliance mondiale, les ministères nationaux de la santé, plutôt que les partenaires de développement ou les agences des Nations unies, dirigeant l'élaboration des plans d'action et des rapports nationaux. Les progrès réalisés dans les pays de l'Alliance mondiale sont le résultat d'une intensification du leadership et de l'engagement nationaux, ainsi que de la collaboration de divers partenaires pour soutenir l'innovation et la généralisation d'outils et de stratégies éprouvés. La Déclaration de Dar es Salaam pour mettre fin au sida chez les enfants d'ici à 2030, signée par les pays de l'Alliance mondiale, les réseaux de personnes vivant avec le VIH, les Nations unies et d'autres partenaires, prend des engagements forts en faveur de la mobilisation des ressources et des actions nécessaires.
81. **Tirer parti de l'élan donné à la santé des enfants.** L'élan politique actuel autour de la santé infantile offre l'occasion de promouvoir un leadership mondial sur le sida pédiatrique comme l'un des moyens de faire progresser la santé infantile et l'équité en matière de santé. Le plaidoyer en faveur d'un leadership politique plus fort en matière de santé infantile peut trouver un écho dans les pays et accélérer la réponse au VIH, en particulier s'il met l'accent sur l'intégration du VIH dans les systèmes de santé maternelle et infantile, sur l'adoption d'une approche centrée sur la personne et sur l'adaptation des systèmes de santé aux besoins des enfants. La mobilisation de champions de la santé infantile parmi les personnes influentes dans divers contextes mondiaux (par exemple, les premières dames et les chefs religieux) peut encore accélérer les progrès.
82. **Augmenter les fonds et les utiliser plus efficacement.** Le PEPFAR fournit 47 %, le Fonds mondial 14 % et les gouvernements nationaux 33 % du financement de la réponse au VIH pour les enfants et les adolescents dans les pays à revenu faible et intermédiaire.¹⁰⁵ UNITAID joue un rôle clé, notamment en facilitant l'accès à l'ARV dolutegravir.¹⁰⁶ Pourtant, le déficit de financement est énorme. Des ressources supplémentaires sont nécessaires de la part des gouvernements nationaux (ce qui, dans de nombreux pays, nécessite un allègement de la dette) et des bailleurs de fonds internationaux. Cependant, l'augmentation des fonds n'est pas la seule solution. Nous pouvons faire plus avec les fonds dont nous disposons.

Trouver les ressources pour la riposte au VIH pour les enfants dans les pays à revenu faible et intermédiaire

Les personnes travaillant dans le domaine du VIH et du développement social et économique au sens large ont un besoin urgent d'informations sur les lacunes en matière de financement pour les enfants et le VIH, et sur la manière de collecter des fonds supplémentaires. En 2022-2024, la Coalition pour les enfants touchés par le sida a dirigé un partenariat analysant ces questions. Ils ont identifié un déficit de dépenses annuelles d'un milliard de dollars pour atteindre les objectifs en matière de VIH pour les enfants et les adolescents dans les pays à revenu faible et intermédiaire. La moitié de l'écart se situe en Afrique au sud du Sahara. Les lacunes les plus importantes concernent le dépistage et le traitement pédiatriques, le soutien économique, les membres des populations clés âgés de moins de 18 ans et les enfants des membres des populations clés. Toutefois, l'insuffisance du financement n'a pas été le seul facteur limitant la couverture des interventions clés. Parmi les autres facteurs, citons les contraintes du système de santé, les difficultés à trouver les nombreux enfants vivant avec le VIH qui n'ont pas été diagnostiqués, ainsi que les obstacles politiques et sociaux.

L'analyse a proposé plusieurs moyens de maximiser l'efficacité et d'obtenir le meilleur retour sur investissement, notamment en réorientant les fonds vers la fourniture de services communautaires, en donnant la priorité aux populations exclues, en plaçant les communautés au centre des décisions de financement et en améliorant la coordination entre les bailleurs de fonds. Il a également été demandé d'augmenter le financement national pour les programmes destinés aux enfants et aux adolescents, de réautoriser le PEPFAR en conservant la réserve de 10 % pour les orphelins et les enfants vulnérables et de mobiliser des fonds pour les services de lutte contre le VIH qui sont intégrés dans le système de santé général et dans d'autres secteurs. Les gouvernements, les bailleurs de fonds et l'ONUSIDA devraient publier chaque année des données ventilées sur les dépenses consacrées aux enfants et adolescents touchés par le VIH.

- Étude de cas soumise par la Coalition pour les enfants affectés par le sida.

83. **Le leadership des adolescents et des jeunes, leur appropriation et leur capacité à rendre compte de la réponse.** L'action des jeunes contribue à rendre la réponse au VIH plus pertinente, plus inclusive et plus efficace pour les adolescents et les jeunes. C'est particulièrement le cas pour les personnes à haut risque, notamment les parents adolescents et les enfants des membres des populations clés. Les groupes d'adolescents et leurs défenseurs, notamment les adolescentes et les jeunes femmes, ont été en première ligne de la réponse et leur travail essentiel doit être soutenu et pérennisé.
84. En octobre 2023, le Forum mondial des adolescents a lancé le « Programme d'action pour les adolescents », qui appelle à une action plus forte en faveur de la santé et du bien-être des adolescents. En Amérique latine, le réseau de jeunes Red Juvenil LAC relie le VIH et la santé sexuelle à d'autres priorités des jeunes telles que le chômage et le changement climatique.¹⁰⁷ Le fonds HER (HIV Epidemic Response) Voice Fund, mis en œuvre par le Réseau mondial des jeunes vivant avec le VIH (Y+ Global), a été lancé en 2019 pour aider les adolescentes et les jeunes femmes d'Afrique au sud du Sahara à faire entendre leur voix dans les décisions qui affectent leur vie. Il a aidé plus de 34 000 adolescentes et jeunes femmes touchées par le VIH.¹⁰⁸
85. **Répondre aux mouvements contre le genre, les droits et la démocratie.** Les mouvements contre les genres, les droits et la démocratie sont en plein essor. Ils prétendent protéger les enfants tout en promouvant des politiques néfastes qui menacent davantage les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et les jeunes, et qui mettent en péril l'accès des enfants et des adolescents à des

informations et des services de santé vitaux. Les organisations en première ligne de la lutte pour les droits des enfants, des femmes et des populations clés élaborent des stratégies pour y répondre, notamment la sensibilisation et le changement des normes, les actions de protestation, les réformes juridiques et les litiges stratégiques, ainsi que la défense des politiques, la création de coalitions, la fourniture de services et le renforcement des capacités. Différentes stratégies sont efficaces dans différents contextes. Cependant, nombre de ces organisations luttent pour survivre face à l'augmentation des risques et au manque de ressources. Le financement de base et le soutien à la gestion des risques peuvent contribuer à contrer les mouvements anti-genre. Les pays doivent respecter leurs engagements, conventions et cadres en matière de droits humains et adopter des approches fondées sur les droits humains pour les programmes, en particulier pour les enfants, les femmes et les populations clés.¹⁰⁹

Tableau 2. Résumé des besoins, des lacunes et des défis, ainsi que des mesures efficaces

	Besoins, lacunes et défis	Ce qui est efficace
Systèmes de santé	<p>Les frais d'utilisation sont un obstacle à l'accès</p> <p>Les services ne sont pas suffisamment conviviaux ou adaptés aux enfants, aux adolescents, aux femmes enceintes et allaitantes, ou aux personnes vivant avec le VIH. La centralisation des systèmes de santé pour les enfants. Les innovations en matière de prestation ne sont pas mises en œuvre pour les enfants.</p> <p>Les femmes enceintes et allaitantes ne recevant pas de traitement antirétroviral ou ne bénéficiant pas d'une aide à l'observance. Le VIH acquis pendant la grossesse et l'allaitement. Le diagnostic précoce inadéquat chez le nourrisson, en particulier dans les régions à faible prévalence.</p> <p>Les enfants plus âgés vivant avec le VIH ne sont pas identifiés.</p>	<p>Soins sanitaires universels</p> <p>Services différenciés, adaptés, intégrés et holistiques combinant le VIH et les services de santé sexuelle et reproductive, de santé mentale, de santé prénatale, de santé infantile et de soins primaires. Traiter les comorbidités (par exemple, la tuberculose, la malnutrition). Décentraliser les soins et transférer les tâches. Distribution plurimensuelle d'ARV aux enfants séropositifs si le traitement est stable.</p> <p>Dépistage avant la conception, pendant la grossesse et l'allaitement, et lien immédiat avec la vie entière ART pour les femmes vivant avec le VIH. Offrir une gamme complète d'options de prévention aux femmes séronégatives. Tester et traiter les partenaires. Introduire des programmes de mentorat. Fournir des tests au point de service pour les nouveau-nés et les bébés plus âgés.</p> <p>Les tests d'indexation et tests au point de service pour les enfants plus âgés. Le dépistage du VIH à l'initiative du prestataire dans tous les lieux où les enfants malades se font soigner, par exemple les dispensaires pour enfants et les services de soins primaires ambulatoires, en ciblant les enfants souffrant de malnutrition et de maladies infectieuses graves, en particulier dans les régions où la charge de morbidité est élevée. Le lien</p>

	<p>Les adolescents présentent des taux élevés d'infection par le VIH et sont confrontés à des problèmes d'observance spécifiques. Les transitions vers les soins pour adultes ne sont pas suffisamment coordonnées et soutenues.</p> <p>La coercition et la discrimination en matière de procréation à l'encontre des femmes, des personnes vivant avec le VIH et des populations clés, qui entraînent un manque de confiance dans les systèmes de santé. La crainte des populations clés que les autorités ne leur retirent leurs enfants entrave l'utilisation des services.</p> <p>Le manque de données sur le VIH ventilées par âge pour les enfants.</p>	<p>avec le traitement et suivi à plus long terme pour assurer le maintien dans les soins.</p> <p>Les services holistiques adaptés aux adolescents, intégrés à la santé mentale. Des transitions soutenues et coordonnées vers les soins pour adultes.</p> <p>Les droits et justice en matière de procréation. Le suivi des services par la communauté et services gérés par la communauté pour les populations clés et leurs enfants.</p> <p>Améliorer la collecte, le suivi et l'utilisation des données afin d'optimiser les programmes et les interventions ; inclure des données sur les enfants des populations clés.</p>
Structure	<p>Violence entre partenaires intimes, violences liées au genre, mariage d'enfants.</p> <p>Les violences liées au genre et la stigmatisation en ligne ne sont pas contrôlées ; l'éducation sexuelle en ligne est censurée.</p> <p>Exclusion scolaire ; stigmatisation et violence à l'école.</p> <p>Criminalisation des personnes séropositives et des populations clés ; stigmatisation de ces personnes et de leurs enfants.</p> <p>Des lois restrictives sur l'âge du consentement empêchent les adolescents d'accéder au dépistage du VIH et aux services de santé sexuelle et reproductive.</p> <p>Crises économiques, pauvreté, insécurité, conflits et changement climatique.</p>	<p>Mettre fin à la violence et aux normes sociales néfastes ; mettre fin aux mariages d'enfants ; renforcer l'autonomie des filles et des femmes.</p> <p>Déployer les médias sociaux et en ligne pour éduquer, responsabiliser, déstigmatiser et contrôler la violence en ligne.</p> <p>Des écoles sûres et inclusives ; des dispositions permettant aux filles de terminer leur scolarité ; une éducation sexuelle complète.</p> <p>Décriminaliser le VIH et les populations clés ; fournir des programmes complets axés sur la famille pour soutenir les enfants des populations clés.</p> <p>Réviser les lois sur l'âge du consentement ; mettre en œuvre des lois rendant illégaux les mariages d'enfants et les violences domestiques et sexuelles.</p> <p>Soutien économique et protection sociale, y compris l'autonomisation</p>

	Les soins non rémunérés affectent la capacité des adolescentes à s'engager dans l'éducation et l'emploi.	économique des adolescentes et des jeunes femmes.
Leadership et ressources	<p>Les budgets nationaux sont consacrés au remboursement de la dette plutôt qu'à la santé.</p> <p>Diminution des dépenses liées au VIH, y compris en Afrique occidentale et centrale.</p> <p>Un déficit de financement d'un milliard de dollars dans les pays à revenu faible et intermédiaire pour la lutte contre le VIH chez les enfants et les adolescents. Les déficits de financement les plus importants concernent le dépistage et le traitement des enfants plus âgés, le soutien social et économique, et les enfants des populations clés.</p> <p>Les mouvements anti-genre, anti-droits et anti-démocratiques qui promeuvent des politiques et des pratiques discriminatoires à l'égard des femmes et des filles, qui criminalisent les personnes vivant avec le VIH et les populations clés, et qui compromettent l'accès des enfants à l'information et aux services.</p>	<p>Les gouvernements, le FMI, la Banque mondiale et les bailleurs de fonds privés allègent le fardeau de la dette des pays à faible revenu.</p> <p>Des investissements accrus, ciblés et efficaces, y compris de la part des gouvernements nationaux.</p> <p>Appropriation par les pays de la riposte au VIH. Une meilleure coordination des bailleurs de fonds. Renforcer le leadership mondial en matière de santé infantile.</p> <p>Réorienter les fonds vers les services de proximité. Impliquer les communautés dans les décisions de financement, leur permettre de s'approprier les institutions et de leur demander des comptes aux niveaux local, national et international.</p> <p>Financement de base pour les organisations en première ligne des luttes pour les droits des enfants, des jeunes, des femmes et des populations clés. Mettre en œuvre les engagements pris pour protéger les droits de l'homme des enfants. Mettre en œuvre la déclaration de Dar-es-Salaam. Soutenir le leadership et l'engagement significatif des adolescentes et des jeunes femmes, y compris celles qui vivent avec le VIH.</p>

Recommandations

86. Nous disposons d'une quantité considérable de données sur ce qui fonctionne pour combler les écarts aux niveaux national, régional et mondial et accélérer les progrès en vue d'atteindre les objectifs de lutte contre le sida pour 2030. Comment aider les pays à mettre en avant les interventions et à les développer pour qu'elles aient un impact ? Les recommandations ci-dessous répondent à cette question.
- a. **Diagnostiquer et traiter les enfants.** Identifier les enfants séropositifs non traités et les mettre sous traitement. Ces efforts doivent viser les enfants plus âgés et les enfants qui ne sont pas en contact régulier avec les systèmes de santé. Il faut pour cela investir dans le dépistage communautaire, le diagnostic précoce chez le nourrisson, l'autodiagnostic, le dépistage au point de service, le dépistage index pour les enfants et les adolescents, et le dépistage du VIH à l'initiative du prestataire de soins dans les endroits où les enfants malades se font soigner, en particulier dans les régions où la charge de morbidité est élevée.
 - b. **Fournir des services de santé intégrés, décentralisés, adaptés, holistiques et respectueux des femmes enceintes et allaitantes, des enfants et des adolescents.** Les investissements devraient inclure des programmes de prévention

primaire du VIH et des modèles différenciés pour relier les femmes enceintes et allaitantes, les enfants, les adolescents et les jeunes au dépistage, au traitement et aux soins, et pour les aider à rester dans le système de soins. Les services doivent être intégrés de manière adaptée au contexte. Les efforts doivent être combinés pour éliminer la transmission verticale du VIH, de la syphilis et du virus de l'hépatite B. Les personnes de tous âges et de tous genres, qu'elles appartiennent à la population générale ou aux populations clés, doivent être traitées avec gentillesse et respect et recevoir des informations précises et sans jugement sur l'ensemble des options disponibles.

- c. **Soutenir les communautés pour qu'elles prennent les devants.** Il s'agit notamment d'organisations d'adolescentes et de jeunes femmes, de populations clés et de personnes vivant avec le VIH, ainsi que d'autres groupes touchés. Renforcer leur représentation à tous les niveaux où les décisions financières et de programmation sont prises - du gouvernement local aux bailleurs de fonds internationaux. Leur rendre accessibles les informations financières et stratégiques et renforcer leur capacité de participation. Supprimer les obstacles juridiques et structurels qui empêchent les ONG de servir et de défendre les enfants et les adolescents touchés par le VIH, y compris les organisations de populations clés. Soutenir directement les ONG, par un Plaidoyer et financement de base souple, prévisible, à long terme et versé au début de chaque cycle de subvention. Donner la priorité aux petites organisations communautaires qui sont à l'avant-garde de la fourniture de services intégrés aux populations exclues. S'allier aux organisations communautaires aux niveaux local, national, régional et international pour lutter contre les violences liées au genre et d'autres facteurs structurels qui augmentent la vulnérabilité des enfants et des adolescents au VIH, en particulier les jeunes des populations clés, les enfants des populations clés et les adolescentes.
- d. **Augmenter les investissements ciblés.** Les gouvernements nationaux devraient augmenter les ressources allouées aux enfants et aux adolescents touchés par le VIH afin de permettre une réponse plus durable, plus stable et mieux planifiée, qui ne dépende pas des cycles des bailleurs de fonds. Le FMI, la Banque mondiale et les bailleurs de fonds privés devraient alléger le fardeau de la dette des pays à faible revenu afin de faciliter ce réapprovisionnement. Les bailleurs de fonds internationaux doivent poursuivre leur soutien.
- e. **Comprendre l'épidémie de VIH chez les enfants, les adolescents et les femmes enceintes.** Renforcer les systèmes d'information sanitaire afin de collecter des données de cohorte permettant de suivre les paires mère-bébé et les enfants vivant avec le VIH, et utiliser régulièrement ces données pour améliorer les programmes. Présenter des données ventilées par tranches d'âge de cinq ans (ou plus finement si nécessaire) et par genre, et qui mentionnent les groupes à haut risque tels que les parents adolescents et les enfants des membres des populations clés, tout en veillant à la sécurité, à l'éthique et à l'anonymat dans les processus de collecte et de gestion des données. Renforcer les données sur la prévalence du VIH chez les femmes enceintes et la rétention du traitement chez les femmes enceintes et celles qui allaitent, afin de permettre des analyses de type « barres empilées » qui permettent d'identifier les causes des nouvelles infections par le VIH chez les nourrissons. Soutenir les communautés dans la collecte de données sur la stigmatisation, la discrimination et les mauvais traitements subis par les femmes vivant avec le VIH dans le cadre de la prévention de la transmission verticale et des services de santé. Utiliser les données pour orienter la conception de programmes efficaces et durables et orienter les financements là où ils sont le plus nécessaires.

Références

- ¹ Transformer la vision en réalité : Le rapport de progrès de l'Alliance mondiale 2024 pour mettre fin au sida chez les enfants d'ici à 2030. Genève : ONUSIDA ; 2024 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/transforming-vision-into-reality-summary_fr.pdf).
- ² Rapport mondial actualisé sur le sida 2024. L'urgence d'aujourd'hui : Le sida à la croisée des chemins. Genève : ONUSIDA ; 2024 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update-summary_fr.pdf).
- ³ Ibid.
- ⁴ Desmonde S, Ciaranello AL, Malateste K, et al. Age-specific mortality rate ratios in adolescents and youth aged 10–24 years living with perinatally versus non-perinatally acquired HIV. *AIDS*. 2021;35(4):625–632.
- ⁵ Rapport mondial actualisé sur le sida 2024. L'urgence d'aujourd'hui : Le sida à la croisée des chemins. Genève : ONUSIDA ; 2024 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update-summary_fr.pdf).
- ⁶ Priorité aux jeunes des populations clés : le VIH et les jeunes des populations clés dans la région Asie-Pacifique 2022 Bangkok : Bureau régional de l'ONUSIDA ; 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2022-HIV-young-people-key-populations-asia-pacific_en.pdf).
- ⁷ Declaration commits to ending AIDS in children. *The Lancet HIV*. 2023;10(4):e209.
- ⁸ 2023 snapshot on HIV and AIDS: West and central Africa. New York : UNICEF (https://www.unicef.org/wca/media/9636/file/231130-WCARO_Snapshot_HIV-FINAL.pdf).
- ⁹ Wheeler S. Fighting for mothers who do sex work: An interview with Dudu Dlamini. *Global Public Health*. 2022 ;17(10):2296–2299.
- ¹⁰ Rapport mondial actualisé sur le sida 2024. L'urgence d'aujourd'hui : Le sida à la croisée des chemins. Genève : ONUSIDA ; 2024 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update-summary_fr.pdf).
- ¹¹ HIV and gender-based violence: Preventing and responding to linked epidemics in Asia and the Pacific Region. New York : ONU Femmes ; 2016 ([https://asiapacific.unwomen.org/sites/default/files/Field Office ESEAsia/Docs/Publications/2016/11/FINAL_Publication_HIV-and-GBV_V2.pdf](https://asiapacific.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20ESEA/Docs/Publications/2016/11/FINAL_Publication_HIV-and-GBV_V2.pdf)).
- ¹² Kuchukhidze S, Walters MK, Panagiotoglou D, et al. The contribution of intimate partner violence to vertical HIV transmission: a modelling analysis of 46 African countries. *Lancet HIV*. 2024 ;11(8):e542–551.
- ¹³ Domestic revenues, debt relief and development aid: Transformative pathways for ending AIDS by 2030. **Erreur ! Référence de lien hypertexte non valide.** Genève : ONUSIDA ; 2024 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/domestic-revenues-debt-relief-development-aid-esa>).
- ¹⁴ Achieve equity: Improve financing for children and adolescents affected by HIV. Coalition pour les enfants touchés par le sida ; à venir.
- ¹⁵ HIV policy adoption and implementation status in countries. Genève : OMS ; 2024 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/j0482-who-ias-hiv_factsheet_v3-2.pdf?sfvrsn=20d9d0fb_1).
- ¹⁶ Mohamed Y, Htay H, Gare J, et al. The effect of the Xpert HIV-1 Qual test on early infant diagnosis of HIV in Myanmar and Papua New Guinea: a pragmatic, cluster-randomised, stepped-wedge, open-label trial. *The Lancet HIV*. 2023;10(4):e220–229.
- ¹⁷ Alliance mondiale pour mettre fin au sida chez les enfants d'ici 2030. Alliance mondiale ; 2024 (<https://www.childrenandaids.org/global-alliance>).
- ¹⁸ Transformer la vision en réalité : Le rapport de progrès de l'Alliance mondiale 2024 pour mettre fin au sida chez les enfants d'ici à 2030. Genève : ONUSIDA ; 2024 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/transforming-vision-into-reality-summary_fr.pdf).
- ¹⁹ Elimination of mother-to-child transmission. New York : UNICEF ; 2024 (<https://data.unicef.org/topic/hiv/aids/emtct/>).
- ²⁰ L'Alliance mondiale pour mettre fin au sida chez les enfants. Genève : ONUSIDA ; 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-alliance-end-AIDS-in-children_fr.pdf).
- ²¹ Ending the AIDS epidemic for adolescents, with adolescents. Genève : ONUSIDA ; 2016 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ending-AIDS-epidemic-adolescents_en.pdf).
- ²² Rapport mondial actualisé sur le sida 2024. L'urgence d'aujourd'hui : Le sida à la croisée des chemins. Genève : ONUSIDA ; 2024 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update-summary_fr.pdf).
- ²³ Ibid.
- ²⁴ 2023 snapshot on HIV and AIDS : West and central Africa. New York : UNICEF (https://www.unicef.org/wca/media/9636/file/231130-WCARO_Snapshot_HIV-FINAL.pdf).
- ²⁵ Transformer la vision en réalité : Le rapport de progrès de l'Alliance mondiale 2024 pour mettre fin au sida chez les enfants d'ici à 2030. Genève : ONUSIDA ; 2024 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/transforming-vision-into-reality-summary_fr.pdf).
- ²⁶ Adolescent HIV prevention. New York : UNICEF ; 2024 (<https://data.unicef.org/topic/hiv/aids/adolescents-young-people/>).
- ²⁷ Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2024 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

- ²⁸ Adolescent HIV prevention. New York : UNICEF ; 2024 (<https://data.unicef.org/topic/hivaids/adolescents-young-people/>).
- ²⁹ Priorité aux jeunes des populations clés : le VIH et les jeunes des populations clés dans la région Asie-Pacifique 2022 Bangkok : Bureau régional de l'ONUSIDA ; 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2022-HIV-young-people-key-populations-asia-pacific_en.pdf).
- ³⁰ Fiche d'information régionale sur l'Amérique latine. Genève : ONUSIDA ; 2023 (https://thepath.unaids.org/wp-content/themes/unaids2023/assets/files/regional_fs_latin_america.pdf).
- ³¹ Desmonde S, Ciaranello AL, Malateste K, et al. Age-specific mortality rate ratios in adolescents and youth aged 10–24 years living with perinatally versus nonperinatally acquired HIV. *AIDS*. 2021;35(4):625–632.
- ³² 2025 Genève : ONUSIDA ; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-AIDS-Targets_en.pdf).
- ³³ Rapport mondial actualisé sur le sida 2024. L'urgence d'aujourd'hui : Le sida à la croisée des chemins. Genève : ONUSIDA ; 2024 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update-summary_fr.pdf).
- ³⁴ Ibid.
- ³⁵ Traitement du VIH chez les adolescents. New York : UNICEF ; 2024 (<https://data.unicef.org/topic/hivaids/adolescent-hiv-treatment/>).
- ³⁶ Rapport mondial actualisé sur le sida 2024. L'urgence d'aujourd'hui : Le sida à la croisée des chemins. Genève : ONUSIDA ; 2024 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update-summary_fr.pdf).
- ³⁷ Enquête d'évaluation de l'impact du VIH sur la population. New York : Projet PHIA ; 2024.
- ³⁸ Domestic revenues, debt relief and development aid: Transformative pathways for ending AIDS by 2030. **Erreur ! Référence de lien hypertexte non valide.** Genève : ONUSIDA ; 2024 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/domestic-revenues-debt-relief-development-aid-esa>).
- ³⁹ Rapport mondial actualisé sur le sida 2024. L'urgence d'aujourd'hui : Le sida à la croisée des chemins. Genève : ONUSIDA ; 2024 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update-summary_fr.pdf).
- ⁴⁰ Rapport mondial actualisé sur le sida 2024. L'urgence d'aujourd'hui : Le sida à la croisée des chemins. Genève : ONUSIDA ; 2024 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update-summary_fr.pdf).
- ⁴¹ HIV and gender-based violence: Preventing and responding to linked epidemics in Asia and the Pacific Region. New York : ONU Femmes ; 2016 ([https://asiapacific.unwomen.org/sites/default/files/Field Office ESEAsia/Docs/Publications/2016/11/FINAL_Publication_HIV-and-GBV_V2.pdf](https://asiapacific.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20ESEA/Docs/Publications/2016/11/FINAL_Publication_HIV-and-GBV_V2.pdf)).
- ⁴² Toska E, Laurenzi CA, Roberts KJ, et al. Adolescent mothers affected by HIV and their children: A scoping review of evidence and experiences from sub-Saharan Africa. *Global Public Health*. 2020;15(11):1655–1673.
- ⁴³ Rosen JG, Stone EM, Mbizvo MT. Age-of-consent requirements and adolescent HIV testing in low-and middle-income countries: multinational insights from 51 population-based surveys. *Int J STD AIDS*. 2023;34(3):168–174.
- ⁴⁴ Note d'information pour le 50e volet thématique du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA : Apprentissage positif : exploiter le pouvoir de l'éducation pour mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH, autonomiser les jeunes et fournir une réponse globale au VIH. Genève : ONUSIDA ; 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/PCB50_thematic_segment_background_note_copyedited_FR.pdf).
- ⁴⁵ Rapport 2022 sur la drogue dans le monde. Vienne : ONUDC ; 2022 (https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22_Booklet_1.pdf).
- ⁴⁶ Note d'information pour le 51e volet thématique du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA : Le VIH et les hommes, dans toute leur diversité : comment remettre la riposte sur la bonne voie ? Genève : ONUSIDA ; 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/PCB%2051_Thematic_Segment_Background_Note_FR.pdf).
- ⁴⁷ Tendances mondiales et régionales. New York : UNICEF ; 2024 (<https://data.unicef.org/topic/hivaids/global-regional-trends/>).
- ⁴⁸ Housing and homelessness. Washington DC : National Center for Transgender Equality ; 2023 (<https://transequality.org/issues/housing-homelessness>).
- ⁴⁹ L'ONUSIDA lance la campagne Unbox Me pour défendre les droits des enfants transgenres. Genève : ONUSIDA ; 2022 (https://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2022/march/20220330_unbox-me).
- ⁵⁰ Technical brief : HIV and young people who inject drugs. Genève : OMS ; 2015 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_young_people_drugs_en.pdf).
- ⁵¹ Wagner K, Lee L. Commentary on Rosen *et al.* : Attending to the unique needs of pregnant and parenting women at risk for overdose. *Addiction*. 2023 ; 118(5):855–856.
- ⁵² Wheeler S. Fighting for mothers who do sex work: An interview with Dudu Dlamini. *Global Public Health*. 2022;17(10):2296–2299.

- ⁵³ Making the children of key populations a priority for equitable development. Coalition pour les enfants affectés par le sida ; 2017 (<https://childrenandhiv.org/wp-content/uploads/2017/06/Making-the-Children-of-Key-Populations-a-Priority-Advocacy-Briefing-FINAL.pdf>).
- ⁵⁴ Rapport mondial actualisé sur le sida 2024. L'urgence d'aujourd'hui : Le sida à la croisée des chemins. Genève : ONUSIDA ; 2024 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update-summary_fr.pdf).
- ⁵⁵ Phillips TK, Kassarjee R, Maxwell N, et al. ART history prior to conception: trends and association with postpartum disengagement from HIV care in Khayelitsha, South Africa (2013–2019): a retrospective cohort study. *J Int AIDS Soc.* 2024;27(4):e26236.
- ⁵⁶ Confronting coercion : A global scan of coercion, mistreatment and abuse experienced by women living with HIV in reproductive and sexual health services. Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH (ICW) ; 2024 (https://www.wihiv.org/_files/ugd/682db7_2fe9a24ef9454c6691e1cc06bee58165.pdf).
- ⁵⁷ Declaration commits to ending AIDS in children. *The Lancet HIV.* 2023;10(4):e209.
- ⁵⁸ Achieve Equity : Improve Financing for Children and Adolescents Affected by HIV. Coalition pour les enfants touchés par le sida ; à paraître en 2024.
- ⁵⁹ Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2024 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).
- ⁶⁰ Transformer la vision en réalité : Le rapport de progrès de l'Alliance mondiale 2024 pour mettre fin au sida chez les enfants d'ici à 2030. Genève : ONUSIDA ; 2024 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/transforming-vision-into-reality-summary_fr.pdf).
- ⁶¹ Achieve Equity : Improve Financing for Children and Adolescents Affected by HIV. Coalition pour les enfants touchés par le sida ; à paraître en 2024.
- ⁶² Ibid.
- ⁶³ Helleringer S. Understanding the adolescent gap in HIV testing among clients of antenatal care services in West and Central African countries. *AIDS Behav.* 2017;21(9):2760–2773.
- ⁶⁴ Rapport mondial actualisé sur le sida 2024. L'urgence d'aujourd'hui : Le sida à la croisée des chemins. Genève : ONUSIDA ; 2024 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update-summary_fr.pdf).
- ⁶⁵ Bell E, Hale F. Obstetric violence, respectful maternity care, and women and adolescent girls living with HIV. *Making Waves* ; 2020 (<https://makingwaves.network/2020/12/08/obstetric-violence-respectful-maternity-care-and-women-and-adolescent-girls-living-with-hiv-upholding-our-srhr-as-essential-during-covid-19-and-beyond/>).
- ⁶⁶ Kuchukhidze S, Walters MK, Panagiotoglou D, et al. The contribution of intimate partner violence to vertical HIV transmission: a modelling analysis of 46 African countries. *Lancet HIV.* 2024 ;11(8):e542–551.
- ⁶⁷ Note d'information pour le 52e volet thématique du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA : Les populations prioritaires et clés, notamment les personnes transgenres, et la voie vers les objectifs de 2025 : réduire les inégalités en matière de santé par des réponses adaptées et systémiques. Genève : ONUSIDA ; 2023 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/PCB52_Thematic_Segment_Background_Note.pdf).
- ⁶⁸ Macias-Konstantopoulos WL, Perttu E, Weerasinghe S, et al. Causes of preventable death among children of female sex worker mothers in low- and middle-income countries: A community knowledge approach investigation. *J Glob Health.* 2024;14:04052.
- ⁶⁹ The social media habits of young people in South-east Asia. Singapour : Data Reportal ; 2021 (<https://datareportal.com/reports/digital-youth-in-south-east-asia-2021#:~:text=Social%20media%20use%20by%20South,ahead%20of%20using%20search%20engines>).
- ⁷⁰ Sexuality education in a digital environment. Forum de partenariat mondial sur l'éducation sexuelle complète ; 2023 (https://healtheducationresources.unesco.org/sites/default/files/resources/GPF_Digital_Sex_Ed_Feb2023.pdf).
- ⁷¹ Achieve equity: improve financing for children and adolescents affected by HIV. Coalition pour les enfants touchés par le sida ; à paraître en 2024.
- ⁷² Domestic revenues, debt relief and development aid: Transformative pathways for ending AIDS by 2030. **Erreur ! Référence de lien hypertexte non valide.** Genève : ONUSIDA ; 2024 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/domestic-revenues-debt-relief-development-aid-esa>).
- ⁷³ Rapport mondial actualisé sur le sida 2024. L'urgence d'aujourd'hui : Le sida à la croisée des chemins. Genève : ONUSIDA ; 2024 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update-summary_fr.pdf).
- ⁷⁴ Transformer la vision en réalité : Le rapport de progrès de l'Alliance mondiale 2024 pour mettre fin au sida chez les enfants d'ici à 2030. Genève : ONUSIDA ; 2024 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/transforming-vision-into-reality-summary_fr.pdf).
- ⁷⁵ Frigati L, Ameyan W, Cotton M, et al. Chronic comorbidities in children and adolescents with perinatally acquired HIV infection in sub-Saharan Africa in the era of antiretroviral therapy. *The Lancet Child & Adolescent Health.* 2020;4(9):688–698.
- ⁷⁶ Fayorsey RN, Saito S, Carter RJ, et al. Decentralization of pediatric HIV care and treatment in five sub-Saharan African countries. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2013;62(5):e124–130.
- ⁷⁷ Mohamed Y, Htay H, Gare J, et al. The effect of the Xpert HIV-1 Qual test on early infant diagnosis of HIV in Myanmar and Papua New Guinea: a pragmatic, cluster-randomised, stepped-wedge, open-label trial. *The Lancet HIV.* 2023;10(4): e220–229.

- ⁷⁸ Hakim A, Callahan T, Benech I et al. Addressing vulnerable population needs in the last mile to the elimination of mother to child transmission of HIV: (Re)claiming the HIV Response for female sex workers and their children. *BMC Public Health*. 2020; 20(1015).
- ⁷⁹ Myers B, Jones H, Doherty I et al. Correlates of lifetime trauma exposure among pregnant women from Cape Town, South Africa. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2015;13(3)307–321.
- ⁸⁰ Illicit drug use in pregnancy : An appropriate response. Réseau international des personnes qui consomment des drogues ; 2014 (<https://inpud.net/illicit-drug-use-in-pregnancy-an-appropriate-response/>).
- ⁸¹ Canêdo J, Sedgemore K, Ebbert K, et al. Harm reduction calls to action from young people who use drugs on the streets of Vancouver and Lisbon. *Harm Reduct J* 2022;19(43).
- ⁸² Transformer la vision en réalité : Le rapport de progrès de l'Alliance mondiale 2024 pour mettre fin au sida chez les enfants d'ici à 2030. Genève : ONUSIDA ; 2024 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/transforming-vision-into-reality-summary_fr.pdf).
- ⁸³ Ligami C. Mentor mothers stopping vertical transmission in Kenya. *Lancet HIV*. 2023 ;10(7):e430–431.
- ⁸⁴ Transformer la vision en réalité : Le rapport de progrès de l'Alliance mondiale 2024 pour mettre fin au sida chez les enfants d'ici à 2030. Genève : ONUSIDA ; 2024 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/transforming-vision-into-reality-summary_fr.pdf).
- ⁸⁶ Confronting coercion : A global scan of coercion, mistreatment and abuse experienced by women living with HIV in reproductive and sexual health services. Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH (ICW) ; 2024 (https://www.wlhiv.org/files/ugd/682db7_2fe9a24ef9454c6691e1cc06bee58165.pdf).
- ⁸⁷ Transformer la vision en réalité : Le rapport de progrès de l'Alliance mondiale 2024 pour mettre fin au sida chez les enfants d'ici à 2030. Genève : ONUSIDA ; 2024 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/transforming-vision-into-reality-summary_fr.pdf).
- ⁸⁸ Transformer la vision en réalité : Le rapport de progrès de l'Alliance mondiale 2024 pour mettre fin au sida chez les enfants d'ici à 2030. Genève : ONUSIDA ; 2024 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/transforming-vision-into-reality-summary_fr.pdf).
- ⁸⁹ Boîte à outils pour la divulgation de la séropositivité chez l'enfant et l'adolescent. Washington, DC : Fondation Elizabeth Glaser pour la lutte contre le sida pédiatrique, 2018.
- ⁹⁰ Lignes directrices sur le conseil en matière de divulgation du VIH pour les enfants jusqu'à l'âge de 12 ans. Organisation mondiale de la Santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2011.
- ⁹¹ Position paper. Improving outcomes for adolescents and young adults living with HIV. *Journal of Adolescent Health*. 2023;73(3):605–609.
- ⁹² Rapport mondial actualisé sur le sida 2024. L'urgence d'aujourd'hui : Le sida à la croisée des chemins. Genève : ONUSIDA ; 2024 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update-summary_fr.pdf).
- ⁹³ Ibid.
- ⁹⁴ HIV Justice Network. Amsterdam : HIV Justice Network ; nd (<https://www.hivjustice.net/>).
- ⁹⁵ Le rôle de la suppression virale du VIH dans l'amélioration de la santé individuelle et la réduction de la transmission : note d'information. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2023.
- ⁹⁶ Bosma CB, Toromo JJ, Ayers MJ, et al. Effects of economic interventions on pediatric and adolescent HIV care outcomes: a systematic review. *AIDS Care*. 2024;36(1):1–16.
- ⁹⁷ Ending violence against women and girls. New York : ONU Femmes ; 2013 (https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2013/12/UN%20Women%20EVAW-ThemBrief_US-web-Rev9%20pdf.pdf).
- ⁹⁸ Investing in adolescent girls' and young women's leadership and voice in the HIV response case studies and experiences. New York : ONU Femmes ; 2022 (https://authoring.prod.unwomen.org/sites/default/files/2023-11/investing_in_young_womens_leadership_hiv.pdf).
- ⁹⁹ Casalini C, Yeiser S, Amanuel H, et al. Are children of key population individuals at higher risk of HIV than other children? Results from a multi-country analysis of routine program data. *PLoS ONE*. 2024;19(9)
- ¹⁰⁰ Hakim A, Callahan T, Benech I, et al. Addressing vulnerable population needs in the last mile to the elimination of mother to child transmission of HIV: (Re)claiming the HIV response for female sex workers and their children. *BMC Public Health*. 2020; 20(1015).
- ¹⁰¹ Wheeler S. Fighting for mothers who do sex work: An interview with Dudu Dlamini. *Global Public Health*. 2022 ;17(10):2296–2299.
- ¹⁰² L'initiative Education Plus (2021-2025) : Autonomisation des adolescentes et des jeunes femmes en Afrique au sud du Sahara Genève : ONUSIDA ; 2022 (<https://www.unaids.org/en/topics/educationplus>).
- ¹⁰³ Ready to learn and thrive: school health and nutrition around the world. Paris : UNESCO ; 2023 (<https://www.unesco.org/en/articles/ready-learn-and-thrive-school-health-and-nutrition-around-world>).
- ¹⁰⁴ Jolly S, Oosterhoff P, Faith B, et al. A review of the evidence: sexuality education for young people in digital spaces. Paris : UNESCO ; 2020 (<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373885>).
- ¹⁰⁵ Expenditures and resource needs to support children and adolescents affected by HIV and AIDS. Coalition pour les enfants affectés par le VIH ; 2024 (<https://www.youtube.com/watch?v=oKa1Mk8iddo>).
- ¹⁰⁶ VIH et co-infections. Genève : UNITAID ; 2023 (<https://unitaid.org/hiv-and-coinfections/#fr>).
- ¹⁰⁷ Rapport mondial actualisé sur le sida 2024. L'urgence d'aujourd'hui : Le sida à la croisée des chemins. Genève : ONUSIDA ; 2024 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update-summary_fr.pdf).

¹⁰⁸ ViiV Healthcare : Le fonds HER Voice. Global Health Progress ; 2024

(<https://globalhealthprogress.org/collaboration/viiv-healthcare-the-her-voice-fund/>)

¹⁰⁹ Rapid scoping review: Anti-rollback actors and strategies. Brighton : IDS ; 2024 à venir, rapport interne pour le Bureau des affaires étrangères, du Commonwealth et du développement du Royaume-Uni.