

SEGMENT THEMATIQUE
REDUCTION DE L'IMPACT DU
SIDA SUR LES ENFANTS ET LES
JEUNES

PROJECT DE NOTE
CONTEXTUELLE

DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ

Les études de cas exposées dans la présente note contextuelle ont été résumées, mais sont par ailleurs présentées telles que transmises. Elles n'expriment pas ou ne suggèrent pas, que ce soit de façon implicite ou autrement, une approbation, une entente avec ou un soutien de l'ONUSIDA et de sa mission et/ou de l'un 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 formule aucune déclaration, promesse ou garantie quant à l'exhaustivité et à l'exactitude du contenu des études de cas, et se décharge expressément de toute responsabilité en cas d'erreurs et d'omissions dans le contenu. Les appellations employées et la présentation des études de cas n'impliquent en aucun cas l'expression d'une opinion, quelle qu'elle soit, de la part de l'ONUSIDA quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Le contenu des études de cas n'est pas non plus nécessairement représentatif des opinions des États membres, de la société civile, du Secrétariat ou des Coparrainants de l'ONUSIDA.

Toutes les études de cas ont été compilées sous forme d'un document de conférence (UNAIDS/PCB (45)/CRP3) disponible sur le site Internet du Conseil de Coordination du Programme.

Principaux messages

Le monde n'est pas en bonne voie pour atteindre ses ambitieux objectifs de lutte contre le VIH chez les enfants et les jeunes. La réduction des nouvelles infections à VIH chez les enfants, les adolescents et les jeunes poursuit sa progression, mais à un rythme beaucoup trop lent. La couverture du traitement antirétroviral chez les femmes enceintes, les enfants et les jeunes a globalement cessé progresser.

Nourrissons et jeunes enfants (0 à 4 ans). Le nombre annuel de nouvelles infections à VIH chez les enfants (0-14 ans) diminue beaucoup trop lentement. En 2018, il a totalisé 160 000 – soit un chiffre quatre fois supérieur à l'objectif mondial de 40 000. La très grande majorité de ces enfants ont été contaminés par le VIH pendant les deux premières années de leur vie. Trois facteurs principaux expliquent la médiocrité des progrès de la réduction des nouvelles infections chez les enfants :

- l'inadéquation de la couverture des soins prénatals et des services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, avec une stagnation de la couverture du traitement antirétroviral chez les femmes enceintes ces dernières années,
- l'insuffisance de la rétention dans les services de santé, de nombreuses femmes enceintes mises sous traitement antirétroviral abandonnant le parcours de soins, et
- la contamination de mères par le VIH pendant la grossesse ou l'allaitement au sein.

Si les nourrissons qui ont contracté le VIH pendant la grossesse ou l'accouchement ne sont pas efficacement aiguillés vers un traitement et des soins, la moitié d'entre eux décéderont avant leur deuxième anniversaire. En 2018, le nombre estimé d'enfants (0-14 ans) sous traitement antirétroviral (937 000 [824 000-974 000]) était très inférieur à l'objectif mondial (1,6 million). Cette même année, on estimait que 530 000 [410 000-680 000] enfants (0-4 ans) vivaient avec le VIH et que, parmi ceux-ci, 250 000 ne recevaient pas de traitement contre le virus. L'une des raisons essentielles à l'origine d'une si mauvaise couverture du traitement tient à l'incapacité à diagnostiquer rapidement le VIH chez les enfants. Près de la moitié des enfants vivant avec le virus sont diagnostiqués dans le cadre des services de prévention de la transmission mère-enfant. Il existe relativement peu d'opportunités pour proposer un dépistage aux enfants 'oubliés' par ces services ou qui contractent le VIH pendant l'allaitement au sein plus de six mois après leur naissance.

Les mesures susceptibles de changer la donne pour les nourrissons et les jeunes enfants incluent :

- une identification urgente de la survenue de nouvelles infections parmi les enfants et une optimisation adaptée de la prévention de la transmission mère-enfant, de la fourniture de services de santé maternelle et infantile, et du diagnostic ;
- le lancement d'activités volontaristes et multidimensionnelles de détection des cas pour identifier les enfants qui vivent avec le VIH, y compris avec un renforcement du diagnostic précoce chez les nourrissons, un déploiement à grande échelle des technologies de dépistage sur le lieu de soins, de dépistage familial ou indicateur, et une intégration efficace du dépistage dans différents contextes de services sanitaires et sociaux ;
- une transition rapide vers des schémas thérapeutiques optimaux, à mesure qu'ils deviennent disponibles, parallèlement à un ensemble complet de soins pour ce groupe d'âge (ex : vaccinations, dépistage et prévention de la tuberculose, traitement au cotrimoxazole, interventions liées au développement des tout-petits, etc.), et
- une mise en œuvre de modèles de fourniture de services différenciés, décentralisés et centrés sur les communautés pour atteindre et retenir les enfants dans le parcours de soins.

Enfants d'âge scolaire (5-9 ans) : En 2018, on estimait à 590 000 [460 000-770 000] le nombre d'enfants de 5 à 9 ans vivant avec le VIH. Parmi ceux-ci, 210 000 – supposés non diagnostiqués – ne recevaient pas de traitement.

Les mesures susceptibles de changer la donne pour les enfants d'âge scolaire (5-9 ans) incluent :

- une mise en œuvre et un déploiement à grande échelle du dépistage familial ou indicateur ;
- un renforcement des services de traitement pour les enfants d'âge scolaire en garantissant des schémas thérapeutiques adaptés à l'âge, en intégrant un ensemble complet de soins (ex : vaccinations, dépistage et prévention de la tuberculose, interventions liées au développement des tout-petits) et un soutien familial différencié pour lutter contre les retards de croissance et de développement neurologique, et en favorisant une annonce à l'enfant de sa séropositivité qui soit adaptée à son âge, et
- une mise en œuvre de modèles de fourniture de services différenciés et centrés sur les communautés pour atteindre et retenir les enfants dans le parcours de soins.

Adolescents et jeunes (10-24 ans) : Ce groupe d'âge englobe les jeunes adolescents (10 à 14 ans), les adolescents plus âgés (15 à 19 ans) et les jeunes adultes (20 à 24 ans).

Les 10-14 ans. En 2018, on estimait que 610 000 [470 000-790 000] enfants de 10 à 14 ans vivaient avec le VIH et que 270 000 d'entre eux ne recevaient pas de traitement antirétroviral et n'étaient probablement pas diagnostiqués. Ces enfants doivent être identifiés et diagnostiqués de toute urgence. Les jeunes adolescents, dont la plupart sont sur le point de connaître leur première expérience sexuelle, ont aussi un besoin pressant d'éducation complète à la sexualité et de formation aux compétences psychosociales.

Les 15-19 ans. La fin de l'adolescence est une période où les jeunes commencent souvent à être sexuellement actifs, d'où l'importance d'une éducation complète à la sexualité adaptée à l'âge et d'un accès aux outils de prévention. En 2018, on estimait à un million [610 000-1 500 000] le nombre d'adolescents de 15 à 19 ans vivant avec le VIH. Les filles de ce groupe d'âge sont beaucoup plus susceptibles de vivre avec le virus (et sont plus exposées au risque d'infection à VIH) que les garçons du même âge. Comparés aux adultes, les adolescents séropositifs au VIH sont moins susceptibles de connaître leur statut sérologique, de recevoir un traitement antirétroviral et de réussir à supprimer leur charge virale du fait d'obstacles juridiques, socioéconomiques et psychosociaux. Les lois sur l'âge du consentement – qui imposent aux adolescents d'obtenir un accord parental pour avoir accès aux services de prise en charge du VIH – constituent un obstacle significatif.

Les 20-24 ans : Le début de la vie d'adulte est une période où le risque d'infection à VIH est substantiel, en particulier pour les femmes. C'est également un moment où beaucoup de femmes procréent, d'où la nécessité d'avoir un accès complet à des services exhaustifs de prévention, de planning familial et de santé. Chez les jeunes femmes vivant avec le VIH, la violence du partenaire intime peut avoir pour effet de réduire le recours au traitement et son observance. En 2018, on estimait à 2 400 000 [1 400 000-3 500 000] le nombre de jeunes adultes de 20 à 24 ans vivant avec le VIH.

Le nombre d'adolescentes et de jeunes femmes qui ont été infectées par le VIH en 2018 (estimé à 310 000 [190 000-460 000]) est plus de trois fois supérieur à l'objectif

mondial pour cette année-là. Les jeunes des populations clés représentent aussi une partie importante (20-40 %) des nouvelles infections à VIH.

Les mesures susceptibles de changer la donne pour les adolescents et les jeunes incluent :

- des investissements dans des approches de dépistage élargies et adaptées dans différents sites destinés aux adolescents et aux jeunes, y compris via des investissements ciblant les jeunes des populations clés ;
- une adaptation des services de prévention et de traitement du VIH ainsi que des services de santé plus larges aux besoins et aux préférences des adolescents et des jeunes, avec en complément des modèles régis par les pairs et une sensibilisation des travailleurs de santé afin de minimiser les facteurs susceptibles de dissuader les jeunes d'avoir recours aux services, notamment la stigmatisation et la discrimination ;
- une autonomisation des adolescents et des jeunes, y compris de ceux qui vivent avec le VIH, en accordant une attention particulière aux plus marginalisés, grâce à :
 - des investissements dans des organisations et des réseaux de jeunes,
 - la mise en œuvre de modèles de fourniture de services centrés sur les communautés qui autonomisent et soutiennent les jeunes,
 - la fourniture d'une éducation complète à la sexualité dans les écoles, et
 - Des efforts concertés pour lutter contre les facteurs structurels qui accroissent la vulnérabilité des jeunes, notamment des programmes de prévention et de lutte contre la violence sexiste, et des mesures de protection sociale ;
- une suppression des obstacles qui empêchent les adolescents et les jeunes d'avoir accès à l'information et aux services de santé (y compris les obligations d'obtention par les adolescents d'un consentement parental pour accéder aux services de prise en charge du VIH, à des services complets de santé sexuelle et reproductive, aux informations et aux contraceptifs), et lancement d'une action politique supplémentaire pour promouvoir la scolarisation, des environnements scolaires sains et des comportements plus équilibrés, et
- une promotion de l'adoption d'interventions comme le traitement préexposition et l'autotest du VIH pour les adolescents et les jeunes adultes exposés au risque d'infection à VIH.

Pour les enfants de tous âges – qu'ils soient séropositifs au VIH ou non – un facteur transversal susceptible de changer la donne consiste à relier la riposte au VIH aux efforts plus larges engagés pour atteindre les Objectifs de développement durable. En réduisant la pauvreté, en évitant la faim et la malnutrition, en prévenant la violence, en promouvant l'égalité des sexes et en ancrant les ripostes dans le respect des droits humains, nous parviendrons à réduire la vulnérabilité des enfants et des jeunes au VIH, à accroître leur accès aux services de santé essentiels et autres, et à atteindre de meilleurs résultats en matière de santé.

Introduction

1. Le monde n'est pas en bonne voie pour atteindre les ambitieux objectifs de lutte contre le VIH qu'il s'est fixé concernant les enfants et les jeunes. Les progrès de la prévention des nouvelles infections à VIH parmi les enfants, les adolescents et les jeunes restent trop lents et les progrès de l'accroissement de la couverture du traitement antirétroviral chez les femmes enceintes, les enfants et les jeunes ont stagné.

2. Les personnes de moins de 25 ans constituent un groupe diversifié dont les besoins diffèrent en fonction de leur stade de développement. Les efforts engagés pour répondre aux besoins des enfants et des jeunes en rapport avec le VIH doivent suivre une approche basée sur le cycle de vie qui tient compte à la fois de la situation unique des jeunes aux différents stades de leur développement et de l'importance de la famille et des soignants.
 - *Les nourrissons et les jeunes enfants (0-4 ans)* se situent à une période clé du développement humain, ont un besoin urgent de services de santé réguliers et sont totalement dépendants de ceux qui s'occupent d'eux (globalement appelés « les soignants »). La moitié des enfants qui contractent le VIH durant la grossesse ou l'accouchement décéderont avant leur deuxième anniversaire sauf s'ils sont mis sous traitement antirétroviral^{1 2}, et beaucoup d'entre eux décéderont dès leur deuxième ou troisième mois de vie³.
 - *Les enfants d'âge scolaire (5-9 ans)* se situent aussi à une phase charnière du développement humain. Outre le contexte familial, les écoles et les plateformes informelles d'apprentissage aident à façonner les normes sociales et sont aussi des lieux importants où des services peuvent être fournis. L'annonce, à un enfant, de son statut sérologique VIH a souvent lieu durant les premières années de sa scolarisation. Tragiquement, l'enfance est aussi une source de traumatismes et de violences pour un beaucoup trop grand nombre d'enfants. La moitié des enfants du monde – environ 1 milliard – sont victimes de violences⁴. Les expériences de violence durant l'enfance sont souvent associées à des premiers rapports sexuels, précoces et souvent contraints⁵, ainsi qu'à des prises de risques sexuels accrues ultérieurement⁶.
 - *Les adolescents et les jeunes adultes (10-24 ans)* relèvent un ensemble unique de défis lorsqu'ils cessent de dépendre des soignants ceux qui les ont élevés pour découvrir l'autonomie nouvelle que leur offre l'adolescence et, ensuite, leur vie de jeune adulte.
 - Les adolescents plus jeunes (10-14 ans) traversent une phase de maturation de leur développement sexuel et ont, de ce fait, besoin d'une éducation, d'une information et d'une formation aux compétences psychosociales. En outre, ce groupe d'âge inclut des enfants vivant avec le VIH qui n'ont pas encore été diagnostiqués.
 - Les adolescents plus âgés (15-19 ans) traversent habituellement une période d'intérêt accru pour la sexualité, l'âge médian du premier rapport sexuel chez les jeunes célibataires étant par exemple de 16 ans pour les filles et de 17 ans pour les garçons en Afrique subsaharienne⁷.
 - De nombreux adolescents et jeunes deviennent de jeunes parents. Selon les prévisions, 62 millions d'adolescentes (15-19 ans) et 195 millions de jeunes femmes (20-24 ans) donneront naissance à un enfant durant la période 2016-2020⁸. L'adolescence et la vie de jeune adulte est aussi une période durant laquelle les jeunes sont fréquemment exposés à des violences (y compris, mais pas seulement, la violence sexiste et la violence du partenaire intime) et des abus, à des déséquilibres des pouvoirs, et à la consommation d'alcools et de drogues. Les adolescents et les jeunes adultes représentent un pourcentage substantiel des populations clés, et les jeunes membres de ces populations connaissent une prévalence et une incidence du VIH supérieures à celles qui touchent la jeunesse considérée dans son ensemble⁹.
3. Pour chacun de ces groupes d'âge, des lacunes majeures entravent les efforts engagés pour répondre à leurs besoins en matière de prévention et de traitement contre le VIH. Dans tous les groupes, la stigmatisation, la violence et la

discrimination créent des obstacles significatifs qui empêchent une riposte plus efficace. En particulier, lorsque les enfants vivant avec le VIH deviennent des adolescents, la stigmatisation liée au virus qu'ils subissent va souvent de pair avec le racisme, la discrimination sexiste, l'homophobie, la transphobie, la discrimination à l'encontre des migrants et d'autres formes d'ostracisme.

4. L'un des autres thèmes transversaux commun à tous les âges de l'enfance, l'adolescence et la jeunesse concerne la relation étroite qui existe entre les programmes de lutte contre le VIH ciblant les enfants et les jeunes, et le Programme de développement durable à l'horizon 2030^{10 11}. Ce n'est qu'en s'attaquant aux facteurs sociaux et structurels qui accroissent la vulnérabilité des enfants et des jeunes, et qui réduisent leur capacité à accéder aux services essentiels, qu'il sera possible d'atteindre les objectifs mondiaux de la lutte contre le VIH fixés pour les enfants et les jeunes.
5. La pauvreté étant l'un des principaux moteurs de la vulnérabilité des enfants et des jeunes, les efforts visant à la réduire constituent un pilier central de l'action pour une réduction de la vulnérabilité et une amélioration du bien-être global des enfants et des jeunes qui vivent et sont affectés par le VIH. Il conviendrait de prioriser la mise en œuvre et le déploiement à grande échelle d'approches structurelles éprouvées pour réduire la violence contre les adolescentes et les jeunes femmes, et d'engager des efforts pour optimiser les synergies entre les programmes de lutte contre le VIH et les programmes plus larges de développement¹². Les initiatives de prévention de la violence familiale et communautaire à l'encontre des enfants – qui permettent d'éviter les grossesses non désirées, de réduire la consommation préjudiciable d'alcools et de drogues, de mettre en œuvre des programmes de développement de l'école maternelle et de former aux compétences psychosociales – sont des composantes essentielles de l'effort global pour réduire la vulnérabilité des enfants et des jeunes¹³.
6. Une attention particulière doit être consacrée à répondre aux besoins du nombre estimé de 14,9 millions [11,3-19,1 millions] d'enfants qui, à l'année 2018, avaient perdu l'un de leurs parents ou les deux du fait du sida¹⁴, dans la mesure où ces enfants sont confrontés à des difficultés considérables pour accéder aux services essentiels d'éducation et de nutrition. La protection sociale constitue une composante de base d'une stratégie efficace pour accélérer les progrès en direction des objectifs mondiaux de la lutte contre le VIH.
7. Lancé en 2016 par l'ONUSIDA et le PEPFAR (Programme d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida), le cadre « Start Free, Stay Free, AIDS Free » (ci-après désigné le cadre/l'initiative des « Trois Frees ») décrit un ensemble d'approches respectueuses des droits humains pour mettre fin au sida en tant que menace de santé publique parmi les enfants et les adolescents. Le cadre vise à catalyser une action nettement renforcée et ciblée dans 23 pays prioritaires* où le nombre d'enfants, d'adolescents et de jeunes vivant avec le VIH est élevé.
8. Bien que le cadre des « Trois Frees » ait considérablement aidé à accroître l'attention politique et programmatique consacrée à la lutte contre le VIH chez les enfants et les jeunes, les objectifs fixés pour 2018 n'ont pas été atteints. Certains

* Angola, Botswana, Burundi, Cameroun, Tchad, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Eswatini, Éthiopie, Ghana, Inde, Indonésie, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigéria, Afrique du Sud, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

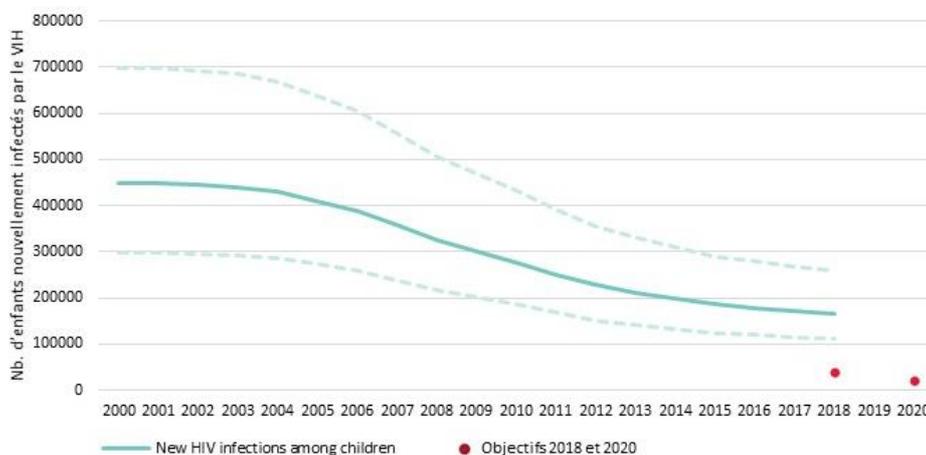
progrès sont visibles, mais les résultats globaux sont contrastés et les avancées demeurent beaucoup trop minces et inégales. Si la communauté mondiale espère se remettre sur la bonne voie pour éradiquer l'épidémie chez les enfants et les jeunes d'ici à 2020, il va être nécessaire d'améliorer de façon drastique l'accès à des services de prévention et de traitement complets et de bonne qualité.

9. Conscient de la nécessité de combler les lacunes de la riposte au VIH qui cible les enfants et les jeunes, le Conseil de Coordination du Programme (CCP) de l'ONUSIDA a décidé lors de sa 43^e réunion que le sujet du segment thématique de sa 45^e réunion s'intitulerait « Réduction de l'impact du sida sur les enfants et les jeunes ». La présente note contextuelle éclaire ce débat. Alors que cette note décrit les insuffisances qui persistent pour chaque groupe d'âge, elle identifie également des actions susceptibles de changer la donne qui pourraient remettre la communauté mondiale sur les rails en vue d'éradiquer l'épidémie de sida chez les enfants et les jeunes.

Très jeunes enfants (0-4 ans) : Difficultés, opportunités et actions susceptibles de changer la donne

10. Bien que la réduction des nouvelles infections à VIH chez les enfants soit l'une des plus importantes réalisations de la riposte au sida – avec, selon l'estimation, 200 000 infections évitées grâce aux programmes de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) pour la seule année 2018¹⁴ – le rythme actuel des progrès demeure beaucoup trop lent si nous voulons atteindre l'objectif mondial d'éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants (Figure 1).

Figure 1. Nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants dans le monde, 2000-2018



Note : La grande majorité des enfants âgés de 0 à 14 ans infectés par le VIH ont été contaminés pendant les deux premières années de leur vie.

11. Reconnaisant que chaque enfant mérite de commencer sa vie sans être porteur du VIH, l'initiative des « Trois Frees » avait pour objectif de réduire le nombre de nouvelles infections à VIH à moins de 40 000 par an en 2018 et à moins de 20 000 par an en 2020, et de fournir un traitement antirétroviral à 95 % des femmes enceintes. À ce jour, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a confirmé que la transmission verticale du VIH avait été éliminée dans 12 pays ou territoires, même si aucun n'est situé en Afrique subsaharienne où l'on

dénombrait 86 % de l'ensemble des enfants nouvellement infectés par le VIH en 2018¹⁴.

Antigua et Barbuda : Élimination de la transmission mère-enfant du VIH

L'OMS a certifié que la transmission mère-enfant du VIH et la syphilis ont été éliminées à Antigua et Barbuda en 2017.

Le pays a utilisé un modèle d'infirmieries communautaires pour garantir à toutes les femmes un accès aux soins prénatals et pour accroître la rétention dans ce parcours de soins. Il fournit aussi des services de santé aux migrants hispanophones en recourant à une structure de prestataires de santé hispanophones. En outre, une attention particulière est consacrée à garantir la confidentialité et à lutter contre la stigmatisation et la discrimination dans les milieux sanitaires.

UNAIDS/PCB (45)/CPR3

12. Le nombre annuel d'enfants (0-4 ans) qui ont contracté le VIH a diminué entre 2010 et 2018, mais pas dans des proportions suffisantes pour atteindre l'objectif fixé pour 2018. Cette année-là, 160 000 enfants ont été infectés par le VIH – soit un nombre quatre fois supérieur à l'objectif de l'initiative des « Trois Frees » établi pour 2018¹⁵. Bien que la prévalence du VIH diminue chez les très jeunes enfants grâce au succès continu des pratiques d'évitement des nouvelles infections, cette contraction n'intervient pas suffisamment rapidement du fait d'un taux intolérablement élevé de transmissions de la mère à l'enfant (12,7 % [10,6-16,0 %] dans le monde et 11,8 % [9,8-15,2 %] dans les pays prioritaires en 2018)¹⁵. Onze pays qui disposent de données (Botswana, Cambodge, Malawi, Malaisie, Namibie, Nicaragua, Portugal, Rwanda, Thaïlande, Ouganda et Zimbabwe) ont connu une diminution d'au moins 65 % des nouvelles infections à VIH chez les enfants entre 2010 et 2018¹⁵. Les progrès ont toutefois déçu dans des pays tels que l'Angola, l'Indonésie, Madagascar et le Pakistan où le nombre annuel d'enfants nouvellement infectés par le VIH a augmenté depuis 2010¹⁵. Les facteurs liés à des diminutions plus modestes des nouvelles infections varient selon les pays. Au Pakistan, par exemple, une flambée récente d'infections nosocomiales s'est produite du fait de pratiques d'injection non respectueuses de l'hygiène¹⁶. Les augmentations de nouvelles infections chez les enfants observées en Angola et en Indonésie peuvent être liées à une très faible couverture du traitement antirétroviral chez les femmes enceintes vivant avec le VIH (15 % et 3 %, respectivement, en 2018)¹⁴.
13. La disparité des efforts engagés pour éviter les nouvelles infections chez les enfants est évidente lorsque l'on compare la riposte en Afrique orientale et australe (où la couverture du traitement antirétroviral chez les femmes enceintes vivant avec le VIH était de 92 % en 2018 et augmentait) et la riposte au Nigéria (où le traitement des femmes enceintes ne couvrait que 44 % d'entre elles en 2018 et avait diminué les deux années précédentes)¹⁴.
14. Dans la mesure où une proportion importante des nouvelles infections à VIH chez les enfants concerne un petit nombre de pays, la mise en œuvre d'actions ciblées et efficaces dans ceux-ci peut générer des progrès majeurs. Au plan mondial, sept pays (République démocratique du Congo, Kenya, Mozambique, Nigéria, Afrique du Sud, Ouganda et République-unie de Tanzanie) représentent un peu plus de la moitié de l'ensemble des enfants qui ont été infectés par le VIH en 2018¹⁵.

15. Pour les 530 000 [410 000-680 000] enfants de moins de cinq ans qui vivent avec le VIH[†], les progrès au niveau de leur aiguillage vers un traitement antirétroviral vital demeurent insuffisants. Il faut également privilégier de toute urgence la nécessité de dépister les infections à VIH chez tous les enfants exposés au virus le plus tôt possible et d'aiguiller rapidement ceux qui se révèlent séropositifs au VIH vers des traitements de bonne qualité dans le cadre d'une prise en charge complète et centrée sur les enfants.

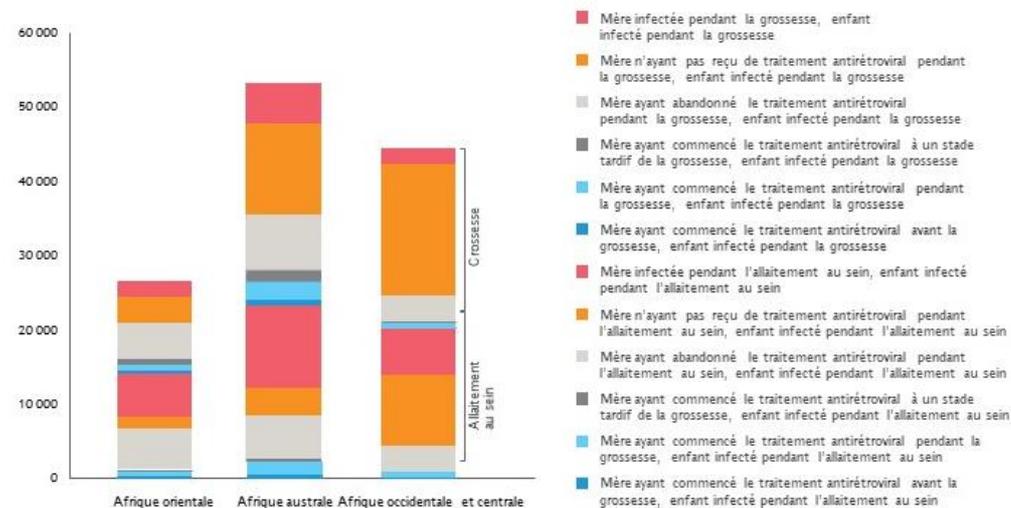
Élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants

16. L'ONUSIDA a élaboré un outil d'analyse qui permet aux pays d'acquérir des connaissances plus précises et détaillées des lacunes programmatiques qui contribuent aux nouvelles infections à VIH chez les enfants. La Figure 2 présente un exemple de ces données. Elles mettent en évidence les principaux déterminants des nouvelles infections à VIH chez les enfants comme, par exemple, le manque d'accès des femmes enceintes et qui allaitent au sein aux services de PTME, le manque de rétention dans le parcours de soins des femmes qui commencent un traitement antirétroviral et la contamination par le VIH durant la grossesse ou l'allaitement au sein.
17. Parmi ces lacunes programmatiques, différents facteurs sociaux et structurels – dont la stigmatisation et la pauvreté – jouent des rôles déterminants. La contribution comparée de ces facteurs aux nouvelles infections varie en fonction des lieux. Par exemple, une analyse des pays prioritaires de l'initiative « Trois Frees » a révélé que dans les pays d'Afrique occidentale et centrale, le principal moteur des nouvelles infections chez les enfants était l'incapacité à fournir un traitement antirétroviral aux femmes enceintes vivant avec le VIH. Parallèlement, dans les pays prioritaires d'Afrique australe, 17 000 des 53 000 nouvelles infections chez les enfants étaient liées à une contamination récente par le VIH durant la grossesse ou l'allaitement au sein¹⁵. Les analyses à l'échelon des pays qui identifient le moment et la raison de la transmission verticale fournissent des informations essentielles pour permettre aux décideurs et aux maîtres d'œuvre des programmes de combler les principales lacunes des services grâce à des interventions qui ont fait leurs preuves.

[†] Estimations ONUSIDA 2019.

Figure 2. Les lacunes dans les services de prévention et de traitement expliquent les causes des nouvelles infections à VIH chez les enfants, par région

Répartition des nouvelles infections à VIH chez les enfants, par service de prévention de la transmission verticale du VIH, par région, dans 21 pays africains prioritaires, 2018



Afrique orientale : Éthiopie, Kenya, Ouganda, République-Unie de Tanzanie
 Afrique australe : Angola, Botswana, Eswatini, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Afrique du Sud, Zambie, Zimbabwe,
 Afrique occidentale et centrale : Burundi, Cameroun, Tchad, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Ghana, Nigéria.

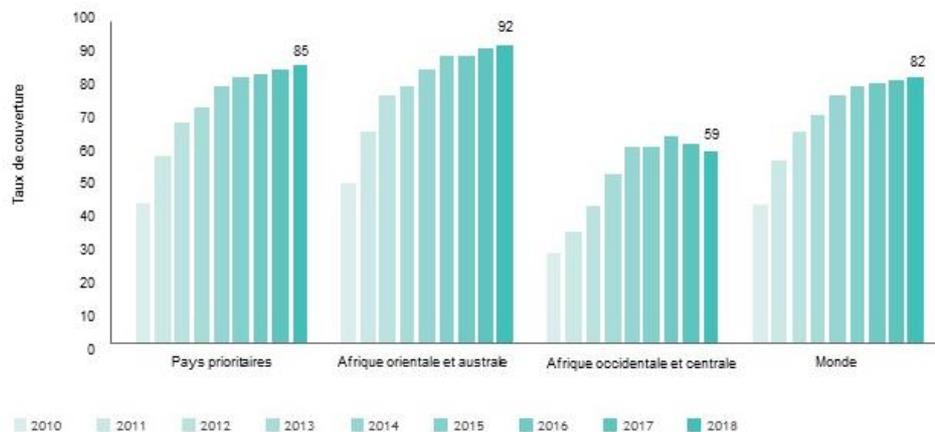
Source : Estimations ONUSIDA 2019.

18. Bien qu'essentielle pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants, une prévention primaire efficace et massive du VIH pour les femmes demeure encore une priorité secondaire. Par conséquent, le nombre annuel d'infections à VIH chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans) reste élevé ; il était d'environ 700 000 [540 000-930 000] en 2018 chez les femmes de 15 à 49 ans.
19. En Afrique subsaharienne, le pourcentage de femmes déclarant avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque allait de 5 % à Madagascar et 6,8 % en Sierra Leone à 67 % au Zimbabwe¹⁴. Des conseils et un accès efficaces à la prévention sont particulièrement importants pour les femmes qui sont enceintes ou qui allaitent au sein compte tenu des données probantes de plus en plus nombreuses qui révèlent leur vulnérabilité accrue à l'infection à VIH pendant ces périodes¹⁵. La contamination des femmes par le VIH pendant les périodes de grossesse et d'allaitement au sein constitue un autre facteur important, et pas moins de 30 % de l'ensemble des nouvelles infections d'enfants sont imputables dans certains contextes à la contamination des mères par le VIH pendant ces deux périodes¹⁵.
20. Outre l'inadéquation de l'accès des femmes aux services primaires de prévention du VIH, celles-ci disposent par ailleurs souvent d'un accès insuffisant aux services de contraception et de planning familial. Une récente étude menée dans un centre de prise en charge et de traitement du VIH d'Addis-Abeba, Éthiopie, a par exemple permis de découvrir qu'une femme sur quatre fréquentant le dispensaire avait des besoins non satisfaits de contraception¹⁷. L'essai ECHO récemment achevé dans quatre pays d'Afrique orientale et australe (Eswatini, Kenya, Afrique du Sud et Zambie) a non seulement documenté une demande forte de services de contraception, mais aussi de larges variations au niveau de l'accès aux contraceptifs dans les milieux couverts par l'étude¹⁸.
21. Un accès inadéquat à des soins prénatals peut aussi empêcher les femmes enceintes vivant avec le VIH de recourir à des services de prévention. Au niveau

mondial, 60 % environ des femmes enceintes reçoivent le niveau recommandé de services de soins prénatals¹⁹, et bon nombre d'entre elles n'entament une prise en charge prénatale que tardivement. Les cadres juridiques et politiques – comme la facturation de frais d'utilisation pour les services de santé – constituent des obstacles supplémentaires à l'accès aux soins de santé auxquels les femmes enceintes sont souvent confrontées. Par exemple, dans des pays d'Afrique occidentale et centrale qui facturent des frais d'utilisation des services de soins prénatals (Cameroun, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Mali et Nigéria), 49 % des femmes enceintes recevaient un traitement antirétroviral en 2018, contre 74 % dans des pays de cette même région mais qui ne facturaient pas de frais d'utilisation¹⁵. L'accent mis par la minimisation des frais à la charge des patients, dans le cadre du mouvement en faveur d'une couverture de santé universelle, offre une solution potentielle pour abaisser les obstacles financiers à l'utilisation des services. Lorsque les femmes enceintes accèdent aux soins prénatals, elles ont besoin de conseils centrés sur les personnes pour leur permettre de prendre des décisions éclairées concernant le traitement, les méthodes d'accouchement et l'allaitement au sein.

22. Le taux de couverture du traitement antirétroviral chez les femmes enceintes a globalement progressé de 44 % [33-54 %] en 2010 à 82 % [62->95 %] en 2018²⁰. Bien qu'impressionnante, cette amélioration n'a pas permis à la communauté mondiale d'atteindre l'objectif de couverture de 95 % fixé pour 2018. En outre, les progrès se sont ralentis ces dernières années et la couverture du traitement antirétroviral chez les femmes enceintes n'a progressé que de 80 % en 2015 à 82 % en 2017 avant de rester stable en 2018 (Figure 3)¹⁴.
23. Bien que des pays d'Afrique orientale et australe aient presque atteint l'objectif mondial fixé pour 2018 (en fournissant un traitement antirétroviral à 92 % [69->95 %] des femmes enceintes), la couverture de ce traitement était beaucoup moins élevée dans certaines autres parties du monde, notamment la région Moyen-Orient/Afrique du Nord (28 % [16-46 %]), la région Asie/Pacifique (56 % [47-71 %]) et la région Afrique occidentale et centrale (59 % [42-78 %])¹⁴.
24. Les tendances sont particulièrement préoccupantes en Afrique occidentale et centrale, la couverture du traitement chez les femmes enceintes s'étant en réalité réduite dans la région depuis 2014, date à laquelle 61 % [43-80 %] des femmes enceintes bénéficiaient d'un traitement antirétroviral¹⁴. Les facteurs qui contribuent à cette tendance inquiétante incluent la fragilité des systèmes de santé, une dépendance excessive vis-à-vis des services basés dans les établissements de santé, l'inadéquation de la décentralisation et de la différenciation des services, la stigmatisation et la discrimination, et une dépendance vis-à-vis des frais d'utilisation dans de nombreux pays – ce qui dissuade les patients de recourir aux services^{21 15}. La diminution du nombre de femmes enceintes qui bénéficient de services de prévention au Nigéria apparaît particulièrement alarmante, le nombre de femmes recevant un traitement contre le VIH ayant reculé de 62 000 en 2014 à 44 000 en 2018¹⁵.
25. Les adolescentes enceintes rencontrent des obstacles spécifiques à l'accès aux services. Les adolescentes vivant avec le VIH sont moins susceptibles que les femmes séropositives plus âgées d'avoir été diagnostiquées, et aussi moins susceptibles d'être mises sous traitement antirétroviral²².

Figure 3. Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant des médicaments antirétroviraux dans 23 pays prioritaires de l'initiative des « Trois Fives », en Afrique orientale et australe, en Afrique occidentale et centrale, et dans le monde, 2010–2018



Source : Estimations ONUSIDA 2019.

26. Bon nombre de femmes enceintes qui entament un traitement antirétroviral, que ce soit avant ou pendant la grossesse ou l'allaitement au sein, ne restent pas dans le parcours de soins du VIH. Selon une récente analyse, une femme enceinte sur cinq qui a commencé un traitement pendant la grossesse l'a interrompu dans les 12 mois suivants, et une femme sur quatre qui a commencé un traitement avant d'être enceinte ne prenait plus de médicaments antirétroviraux neuf mois plus tard²³.
27. Parmi les pays prioritaire d'Afrique orientale, l'incapacité à maintenir les femmes sous traitement tout le long de la grossesse et de l'allaitement au sein était à l'origine d'un chiffre estimé de 10 000 sur les 26 000 nouvelles infections à VIH chez les enfants en 2018¹⁵. Beaucoup des obstacles à la rétention dans le parcours de soins auxquels les femmes enceintes vivant avec le VIH sont confrontées découlent de facteurs sociaux, économiques et structurels – y compris des problèmes au niveau des dispensaires (ex : longs délais d'attente, attitudes discriminatoires des prestataires, horaires peu pratiques des dispensaires)²⁴, la stigmatisation²⁵, les coûts ou les problèmes de transport²⁵, et le manque de nourriture ou d'argent²⁶. L'amélioration des résultats des traitements est donc aussi étroitement liée aux progrès du programme plus large en faveur du développement durable.
28. En plus d'observer le traitement antirétroviral, les femmes qui allaitent au sein peuvent prendre d'autres mesures pour réduire les risques de transmission verticale. S'agissant des mères vivant avec le VIH, l'OMS recommande d'allaiter exclusivement au sein pendant les six premiers mois de la vie et de poursuivre l'allaitement au sein, en ajoutant une alimentation complémentaire, pendant au moins 12 mois.

Le programme de traitement pédiatrique du VIH

29. Dans la Déclaration politique de 2016 sur la fin du sida, les pays se sont engagés à fournir un traitement antirétroviral à 1,6 million d'enfants vivant avec le VIH (de zéro à 14 ans) à l'horizon 2018. Cependant, le nombre estimé d'enfants

bénéficiant d'un traitement antirétroviral en 2018 (937 000 [830 000-980 000]) s'est révélé substantiellement inférieur à l'objectif mondial¹⁵.

30. Au lieu de s'accélérer, les progrès se ralentissent. Bien que la couverture du traitement pédiatrique des enfants de zéro à 14 ans ait plus que doublé dans le monde en passant de 20 % à 54 % entre 2010 et 2018, la progression n'a été que modeste récemment. En 2017-2018, la couverture du traitement s'est accrue de 52 % à 54 %.
31. Dans les pays prioritaires de l'initiative « Trois Frees », l'écart de couverture du traitement entre les enfants et les femmes enceintes dépasse 50 % au Botswana, au Cameroun et au Ghana¹⁵. La couverture du traitement pédiatrique constitue une préoccupation particulièrement significative en Afrique occidentale et centrale où, en 2018, seulement 28 % [18-39 %] des enfants recevaient un traitement antirétroviral – soit la moitié globalement du taux mondial de couverture¹⁵. Comme l'Eswatini, la Namibie, la Zambie et le Zimbabwe l'ont démontré, il est possible d'atteindre un taux de couverture beaucoup plus élevé dans les pays où la charge de morbidité est importante. En effet, chacun de ces pays avait fourni un traitement à plus de 75 % des enfants vivant avec le VIH en 2018¹⁵.
32. Un diagnostic rapide est la clé pour une prise en charge et un traitement efficaces du VIH, mais actuellement beaucoup trop peu d'enfants vivant avec le VIH sont diagnostiqués en temps voulu. En 2018, alors que 80 % [67-92 %] des adultes vivant avec le VIH connaissaient leur statut sérologique²⁰, 52 % [43-70 %] seulement des nourrissons exposés au VIH avaient bénéficié de services de dépistage du VIH durant les deux premiers mois de leur vie¹⁵. Les approches actuelles de dépistage 'oublie' près de 50 % des enfants exposés au VIH. Ainsi, en 2018, 47 % du nombre estimé de 530 000 jeunes enfants vivant avec le VIH (0-4 ans) n'ont pas reçu de traitement contre le virus, principalement parce qu'ils n'avaient pas été diagnostiqués.
33. Aujourd'hui, la principale stratégie utilisée pour soumettre les enfants au dépistage du VIH repose sur la cascade de services proposés pour la PTME qui s'achève par un diagnostic des enfants exposés au VIH. Cependant, bon nombre d'enfants exposés au virus sont 'oubliés' par les services de diagnostic précoce chez les nourrissons. En fait, seule la moitié environ des nourrissons nés de mères séropositives au VIH ont fait l'objet d'un test de dépistage durant les deux premiers mois de leur vie en 2018¹⁵.
34. Les enfants qui sont 'oubliés' par les services de diagnostic précoce chez les nourrissons ou ceux qui sont infectés pendant la période d'allaitement au sein ont souvent peu d'autres occasions d'accéder à des services de dépistage du VIH. Bien qu'il existe clairement de nombreux points d'entrée pour ces services (ex : dispensaires de vaccination, dispensaires et salles pour enfants malades, services de traitement antirétroviral pour adultes, services de santé scolaire et autres centres comparables), les services de dépistage ne sont pas régulièrement mis en œuvre dans des milieux susceptibles d'être particulièrement propices. En outre, pour les enfants qui sont identifiés en dehors de la cascade de services de la PTME (comme dans les centres de soins primaires), il n'existe souvent pas de systèmes pour les aiguiller efficacement vers le traitement antirétroviral. Il peut s'avérer particulièrement difficile de fournir des soins et un traitement efficaces pour les enfants vivant avec le VIH dans des milieux fragiles et touchés par un conflit en raison, notamment, des risques de

violences et d'abus sexuels, de l'inadéquation de l'accès aux soins et d'une interruption d'un accès aux médicaments.

35. Même les enfants identifiés en temps voulu sont confrontés à des obstacles importants aux soins et au traitement. Dans de nombreux contextes, les prestataires de services disposent de connaissances et de capacités inadéquates pour répondre aux besoins des enfants vivant avec le VIH²⁷. Alors que le transfert des tâches a profondément transformé la fourniture de services de traitement pour les adultes, cette approche est moins fréquemment utilisée par les services de traitement pédiatrique du VIH.
36. Une fois le VIH diagnostiqué chez les enfants, leurs résultats de santé ont tendance à être plus mauvais que ceux obtenus chez les adultes. Alors qu'environ 86 % [72-92 %] de l'ensemble des adultes recevant un traitement antirétroviral ont connu une suppression de leur charge virale en 2018²⁰, les taux de suppression étaient nettement inférieurs chez les enfants (75 % [57-84 %] au niveau mondial)¹⁵. Dans 10 pays à charge de morbidité élevée[‡] dans lesquels des enquêtes PHIA ont été récemment réalisées, 37 % seulement des enfants vivant avec le VIH ont connu une suppression de leur charge virale, contre 57 % des adultes vivant avec le virus²⁸. Différentes raisons expliquent la faiblesse de ces taux de suppression de la charge virale, notamment le caractère sous-optimal des schémas médicamenteux qui conduit à un faible taux d'observance du traitement, l'inadéquation des prescriptions, un manque de soutien des soignants pour gérer le traitement chez les jeunes enfants et des ruptures de stock de traitements pédiatriques, y compris pour les solutions de traitement de deuxième et de troisième intention.
37. Une stricte observance du traitement chez les jeunes enfants requiert l'implication des soignants, ce qui souligne l'importance des mécanismes de soutien des parents ou des tuteurs d'enfants vivant avec le VIH.
38. Bien que les décès liés au sida aient globalement diminué, le sida continue de rendre des nombres élevés d'enfants orphelins. En Afrique du Sud et au Mozambique, par exemple, on estime que 1,2 million et 1,1 million d'enfants, respectivement, ont perdu l'un de leurs parents ou les deux à cause du sida¹⁴. Le fait d'être d'orphelin constitue l'un des nombreux facteurs de risque qui touchent les enfants – qui doit être pris en compte parallèlement à d'autres facteurs de risque, comme le statut VIH des parents et la pauvreté, lorsque l'on conçoit des programmes nationaux de soutien destinés aux enfants²⁹.

Eswatini et Kenya : Fourniture d'une protection sociale aux enfants orphelins et vulnérables

En Eswatini, le Programme alimentaire mondial a travaillé avec le MTAD (Ministry of Tinkhundla Administration and Development) du Gouvernement d'Eswatini pour fournir des repas nutritifs et des services sociaux de base, comme une éducation préscolaire, un soutien psychosocial et des services sanitaires de base aux enfants orphelins et vulnérables d'âge préscolaire fréquentant des garderies communautaires. Le projet a amélioré la sécurité alimentaire et atténué la pauvreté dans le pays, tout en fournissant une protection aux enfants que l'épidémie de sida a rendus orphelins ou vulnérables.

[‡] Cameroun, Éthiopie, Lesotho, Malawi, Namibie, Swaziland, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

Au Kenya, le Programme 'Cash Transfer for Orphans and Vulnerable Children' (soutien monétaire des enfants orphelins et vulnérables) associe des virements de numéraire à un ensemble de services qui inclut une communication pour promouvoir les changements de comportement, un accès à la santé et à l'éducation ainsi qu'un mentorat axé sur une parentalité accomplie et des connaissances financières de base pour aider les foyers qui prennent soin d'enfants orphelins et vulnérables.

UNAIDS/PCB (45)/CPR3

39. Par rapport aux adultes séropositifs au VIH, les enfants vivant avec le virus ont à leur disposition un éventail plus restreint de traitements antirétroviraux, et cela est particulièrement vrai pour les jeunes enfants. Un enfant nouvellement diagnostiqué séropositif au VIH sur deux présente une résistance prétraitement aux inhibiteurs non-nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI)³⁰. Cette situation souligne la nécessité de mettre en œuvre de toute urgence les recommandations de l'OMS de passer de traitements basés sur les INNTI à des traitements basés sur le dolutégravir comme solution de traitement de première intention³¹. Les données probantes qui montrent que les enfants dont les soignants séropositifs au VIH ont toujours une charge virale détectable sont aussi plus susceptibles de ne pas connaître de suppression de leur charge virale soulignent également l'importance des interventions destinées à soutenir les foyers et les communautés³². Cependant, de nombreux pays sont lents à abandonner les traitements basés sur les INNTI pour les nourrissons. Une proportion substantielle des enfants qui commencent un traitement antirétroviral abandonnent le parcours de soins, ce qui contribue à détériorer des taux déjà sous-optimaux de suppression de la charge virale^{33 34}.

Action susceptible de changer la donne : Utiliser des données stratégiques pour identifier et remédier aux lacunes programmatiques pour éliminer les nouvelles infections chez les nourrissons

40. Il conviendrait que les pays exploitent pleinement les systèmes existants de suivi et d'évaluation et les nouveaux outils d'analyse pour déterminer les lieux où surviennent les nouvelles infections à VIH chez les enfants et les raisons de leur survenue, et qu'ils s'attaquent de toute urgence aux lacunes des programmes. Il conviendrait que les partenaires internationaux intensifient leur soutien aux pays pour les aider dans ces analyses.

41. L'analyse en diagramme à barres présenté dans la Figure 2 devrait largement servir à guider des améliorations de la stratégie. Par exemple, dans des milieux où la contamination par le VIH durant l'allaitement au sein représente une partie disproportionnée des nouvelles infections chez les enfants, il conviendrait que les ripostes privilégient la rétention dans le parcours de soins après la naissance pour les mères sous traitement antirétroviral, parallèlement à des systèmes de suivi et de soutien pour engager les mères dans les parcours de soins après l'accouchement. Autrement, si l'infection d'un enfant résulte d'une contamination nouvelle par le VIH pendant la période de grossesse ou celle d'allaitement au sein, des approches susceptibles de changer la donne pourraient inclure un dépistage des partenaires (y compris en utilisant l'autotest), le traitement pour le partenaire séropositif au VIH combiné à un traitement PrEP pour la femme séronégative au VIH, et un renouvellement du dépistage du VIH à l'approche de l'accouchement ou pendant l'allaitement pour les mères précédemment séronégatives au VIH.

Action susceptible de changer la donne : Engager des efforts volontaristes et multidimensionnels de détection des cas pour identifier les enfants vivant avec le VIH

42. L'approche actuelle de diagnostic précoce chez les nourrissons s'appuie principalement sur les programmes de PTME et intègre relativement peu de mesures pour identifier les enfants qui sont 'oubliés' dans la cascade de services de la PTME. Ce qui nous manque en plus, c'est d'une approche beaucoup plus personnalisée, intensive et reposant sur diverses composantes qui soit capable d'identifier les enfants vivant avec le VIH précédemment non diagnostiqués. Le diagnostic chez les nourrissons doit aussi être considéré comme un processus itératif plutôt que comme une intervention unique, en particulier pour les nourrissons allaités au sein.
43. Pour identifier à la fois les nouveau-nés et les enfants plus âgés susceptibles de vivre avec le VIH, des efforts beaucoup plus intensifs et volontaristes sont nécessaires. Une première étape clé consiste à renforcer les programmes traditionnels de diagnostic précoce chez les nourrissons qui utilisent des laboratoires centralisés pour tester des échantillons de sang séché provenant d'enfants exposés au VIH dans des centres de santé périphériques.
44. L'OMS recommande que chaque nourrisson exposé au VIH fasse l'objet d'un test à six semaines après sa naissance ou le plus tôt possible ultérieurement³⁵. Actuellement, le diagnostic précoce chez les nourrissons est caractérisé par des délais élevés de retour des résultats des tests, une incapacité quasi généralisée à délivrer aux soignants les résultats des tests et l'inadéquation des mécanismes pour garantir une mise sous traitement antirétroviral des nourrissons diagnostiqués séropositifs au VIH^{36 37 38}.
45. Des mesures sont nécessaires de toute urgence pour renforcer les capacités de laboratoire et les systèmes afin de permettre un traitement rapide des échantillons de sang séché, d'améliorer les systèmes de transport des échantillons et d'optimiser le suivi des paires mère-nourrisson pour garantir la réception des résultats des tests et la mise sous traitement contre le VIH³⁹. En utilisant les messageries SMS et d'autres innovations, la Zambie a montré qu'il était possible d'améliorer les résultats du diagnostic précoce chez les nourrissons – les enfants nés en 2015 étaient plus de quatre fois plus susceptibles que ceux nés en 2006 de faire l'objet d'un test de dépistage dans les deux premiers mois de leur vie, et le délai moyen entre le diagnostic et la mise sous traitement a chuté de 220 à 9 jours⁴⁰. En Zambie, le pourcentage d'enfants exposés au VIH testés pendant les deux premiers mois de leur vie était de 71 % en 2018, soit un niveau très supérieur au taux de couverture moyen de 52 % observé pour les pays prioritaires de l'initiative « Trois Frees »¹⁵.
46. Des efforts doivent être engagés sans délai pour accélérer le déploiement à grande échelle du test de diagnostic précoce chez les nourrissons sur le lieu de soins – lequel est apparu comme une alternative importante aux méthodes traditionnelles de diagnostic précoce chez les nourrissons. Les soignants et les prestataires de soins préfèrent les plateformes de lieu de soins⁴¹, qui présentent des avantages substantiels par rapport au diagnostic précoce chez les nourrissons réalisé en laboratoire.
47. Une étude menée dans huit pays d'Afrique subsaharienne a par exemple montré que 98 % des résultats des tests faits sur le lieu de soins étaient communiqués aux soignants (contre 19 % pour les résultats des tests réalisés en laboratoire)⁴². Alors que le délai médian entre la collecte d'échantillons et le retour des résultats

aux soignants était de 55 jours pour le diagnostic précoce chez les nourrissons traditionnel réalisé en laboratoire, les résultats du test effectué sur le lieu de soins étaient reçus le jour même⁴². Les nourrissons diagnostiqués grâce à des technologies sur le lieu de soins étaient plus de deux fois plus susceptibles d'être mis sous traitement dans les 60 jours suivant la collecte de l'échantillon que les nourrissons diagnostiqués par un test de laboratoire, le dépistage sur le lieu de soins permettant une mise sous traitement le jour même où le sang a été prélevé pour le dépistage du VIH⁴².

Diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons sur le lieu de soins

Depuis 2015, Unitaid a engagé plus de 150 millions de dollars pour promouvoir l'introduction et l'intégration de technologies financièrement abordables de diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson sur le lieu de soins dans les programmes nationaux de diagnostic. En collaboration avec des partenaires de mise en œuvre – l'African Society for Laboratory Medicine (ASLM), la Clinton Health Access Initiative (CHAI), l'Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation (EGPAF) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) – le diagnostic précoce chez les nourrissons sur le lieu de soins est mis en place et déployé à grande échelle dans 15 pays utilisateurs précoces.

Les premières études sur les expérimentations et les mises en œuvre ont déjà donné des résultats remarquables. Les données de l'EGPAF sur la mise en œuvre du diagnostic précoce chez les nourrissons sur le lieu de soins venant de huit pays (Cameroun, Côte d'Ivoire, Kenya, Lesotho, Mozambique, Rwanda, Eswatini, Zimbabwe) ont révélé une réduction considérable des délais d'obtention des résultats des tests à un niveau médian de zéro jours d'attente et une amélioration significative des taux de mise sous traitement antirétroviral (92 %). Au Mozambique, le diagnostic précoce chez les nourrissons sur le lieu de soins a permis de multiplier par sept le pourcentage de nourrissons mis sous traitement antirétroviral dans les deux mois⁴³. Au Malawi, l'obtention des résultats le jour même s'est traduite par une augmentation du taux des mises sous traitement à 91 %⁴⁴.

48. Bien que le recours aux plateformes de lieu de soins pour le diagnostic précoce chez les nourrissons ait augmenté, les technologies sur ce lieu ne représentent qu'environ 5 % seulement des tests de diagnostic précoce – ce qui est en partie dû aux coûts associés à la plateforme. Néanmoins, plusieurs pays à charge de morbidité élevée travaillent pour déployer à grande échelle le diagnostic précoce chez les nourrissons sur le lieu de soins. Au Rwanda, par exemple, 141 établissements de santé se sont engagés dans le programme national pour un diagnostic précoce chez les nourrissons sur le lieu de soins, et les travailleurs de santé ont été formés à l'utilisation de ces plateformes. Dans les établissements de soins utilisant ces plateformes, 98 % des nourrissons infectés par le VIH ont été mis sous traitement antirétroviral dans un délai médian de deux jours suivant la collecte de l'échantillon de sang⁴⁵.
49. Le dépistage familial ou indicateur[§] – qui consiste à tester la famille et les membres du foyer d'un adulte ou d'un enfant vivant avec le VIH – s'est révélé être efficace pour identifier des enfants vivant avec le VIH non diagnostiqués.

[§] Le dépistage indicateur désigne le dépistage de tous les enfants biologiques d'une personne vivant avec le VIH, alors que le dépistage familial implique le dépistage de toute personne présente dans le foyer d'une personne vivant avec le VIH, y compris les enfants biologiques (mais pas exclusivement eux).

- Au Malawi, près de la moitié des personnes vivant avec le VIH avaient des membres de leur foyer qui n'avaient jamais fait de test de dépistage du VIH, y compris de nombreux enfants et jeunes⁴⁶.
- En Ouganda, la mise en œuvre d'un modèle centré sur la famille a été associé à une multiplication par 40 du nombre d'enfants engagés dans un parcours de soins contre le VIH en sept ans⁴⁷.
- En République démocratique du Congo, le dépistage indicateur systématique a multiplié par quatre le taux auquel les enfants vivant avec le VIH préalablement non diagnostiqués ont été identifiés en six mois⁴⁸.
- Au Cameroun, le dépistage chez des enfants d'adultes séropositifs au VIH a été reconnu comme le moyen le plus efficace pour identifier les enfants vivant avec le virus⁴⁹.

République centrafricaine, Côte d'Ivoire, Ghana, Kenya, Sierra Leone : Identifier les enfants 'oubliés' par le biais du dépistage indicateur et du dépistage familial

Des opérations de dépistage indicateur et de dépistage familial ont été mises en œuvre dans plusieurs pays d'Afrique dans le cadre de partenariats entre les pouvoirs publics nationaux, des organisations de la société civile, des agences des Nations Unies et des communautés.

En République centrafricaine, le ministère de la Santé publique et la Commission nationale de lutte contre le sida ont lancé une campagne de dépistage familial dans la capitale, Bangui, en 2017. En 2018, la Première Dame a lancé une campagne nationale. Plus de 17 300 enfants dont le statut sérologique VIH était inconnu ont été recensés, dont 74 % ont fait l'objet d'un dépistage du VIH. Parmi les enfants testés, 1,6 % étaient séropositifs au VIH (dont 60 % avaient plus de 10 ans) et 87 % d'entre eux ont été mis sous traitement antirétroviral.

En Côte d'Ivoire, une identification active et un dépistage des enfants nés de mères séropositives au VIH ont accru la mise sous traitement d'enfants de zéro à 14 ans. Parmi les enfants testés, 5,6 % ont été diagnostiqués séropositifs au VIH et 73 % d'entre eux mis sous traitement.

Au Ghana, le dépistage indicateur des partenaires et enfants d'une personne déjà diagnostiquée séropositive au VIH a été réalisé dans des zones où la prévalence du virus est élevée. Cela a conduit à l'identification d'un plus grand nombre d'enfants et de partenaires de femmes enceintes qui vivaient avec le VIH, et à une augmentation des mises sous traitement.

Au Kenya, des personnes décédées connues pour être infectées par le VIH (ou suspectées de l'être) ont été identifiées comme des cibles pour le dépistage indicateur. Les travailleurs de santé ont contacté les membres de leur famille pour leur proposer un dépistage à domicile. Cette approche s'est révélée particulièrement efficace pour diagnostiquer des enfants de cinq à 14 ans qui sont souvent 'oubliés' par les services de PTME proposés dans les établissements de soins et par les services de santé de la petite enfance.

En Sierra Leone, un dépistage du VIH au niveau communautaire a été proposé aux enfants et adolescents qui avaient été 'oubliés' par le système de dépistage en établissement de soins du fait, souvent, d'une stigmatisation et d'une discrimination liées au VIH élevées. Les travailleurs de santé communautaires ont contacté 20 413 membres de familles, dont 93 % avaient moins de 19 ans. Tous les enfants et adolescents diagnostiqués séropositifs au VIH ont été aiguillés vers un traitement, des soins et un appui.

50. Une autre approche susceptible de changer la donne consiste à rechercher activement des enfants exposés au VIH dans différents centres sanitaires et sociaux⁵⁰. Au Togo, un programme de conseil et de dépistage à l'initiative du prestataire de soins qui utilisait de nombreux points d'entrée pour tester les enfants s'est soldé par une multiplication par trois des dépistages du VIH chez les enfants. Les tests dans des dispensaires de soins de la tuberculose, des services de soins ambulatoires, des salles d'hospitalisation et des services de vaccination ont représenté près de la moitié de l'ensemble des tests chez les enfants⁵¹. Une prévalence élevée du VIH a également été détectée parmi les enfants fréquentant des unités de soins contre la malnutrition, ce qui fait de celles-ci un autre point d'entrée possible pour les services de dépistage du VIH⁵². Il conviendrait également de privilégier le soutien des soignants pour les encourager à promouvoir le dépistage parmi les enfants.

Action susceptible de changer la donne : Optimiser les traitements antirétroviraux pour les enfants

51. De nombreuses actions sont nécessaires pour s'assurer que les enfants diagnostiqués séropositifs au VIH reçoivent en temps voulu des services de traitement et de soins de qualité élevée et centrés sur le client. Les schémas thérapeutiques contre le VIH destinés aux enfants demeurant encore limités, il est nécessaire d'engager des efforts supplémentaires pour faciliter le développement d'options de traitement antirétroviral supplémentaires pour les enfants. Le marché du traitement pédiatrique contre le VIH est cependant beaucoup plus restreint que celui du traitement pour adultes et devrait se rétrécir dans les prochaines années. De ce fait, des approches innovantes sont nécessaires pour encourager le secteur privé, les agences de recherche du secteur public et d'autres parties prenantes à élaborer et à mettre à disposition des traitements qui répondront aux besoins des enfants vivant avec le VIH. Des initiatives comme 'Global Accelerator for Paediatric Formulations' et 'ARV Procurement Working Group' travaillent actuellement pour catalyser un développement accéléré et efficace de meilleures formulations pédiatriques et pour garantir des tarifs concurrentiels et un renforcement de la demande portant sur ces formulations.

52. Des mesures immédiates doivent être prises pour garantir sans attendre une mise en place de meilleures formulations et une transition vers des traitements optimaux pour les enfants, en accordant une attention particulière à une transition rapide vers les traitements au dolutégravir pour les enfants pesant 20 kg ou plus comme traitement de première ou de deuxième intention, et vers les traitements au lopinavir pour les enfants de moins de 20 kg⁵³.

53. En décembre 2018, 43 % des enfants qui recevaient un traitement antirétroviral étaient toujours sous névirapine malgré des niveaux élevés de résistance à celle-ci⁵⁴. Pour passer rapidement à de meilleurs traitements, il faudra une accélération de l'enregistrement et de la distribution de médicaments plus indiqués, une prévision précise de la demande ainsi qu'une formation, un mentorat et un soutien pour les travailleurs de santé. Alors que les pays s'efforcent de mettre en œuvre les dernières recommandations de l'OMS en matière de transition vers des traitements plus efficaces, des mesures doivent aussi être prises pour renforcer leurs systèmes de suivi et d'évaluation afin de surveiller cette transition et l'abandon des traitements à la névirapine.

Ouganda : Optimisation du traitement antirétroviral pédiatrique

En Ouganda, bien que le taux de couverture du traitement antirétroviral pour les enfants vivant avec le VIH ait augmenté à 64 % à la mi-2019, 36 % des nourrissons nouvellement diagnostiqués présentent une résistance prétraitement aux inhibiteurs non-nucléosidiques de la transcriptase inverse. Conformément aux lignes directrices de l'OMS, une décision politique a été prise de faire immédiatement passer tous les enfants dont la charge virale n'a pas été supprimée recevant de la névirapine ou de l'éfavirenz comme traitement antirétroviral de première intention à un traitement antirétroviral de deuxième intention (traitement contenant du lopinavir et du ritonavir ou du dolutégravir), après discussion avec le soignant et avec des conseils continus pour intensifier l'observance des traitements. Des directives nationales ont été élaborées, ainsi que des matériels de formation et des outils. Une formation a été dispensée aux prestataires de soins de santé pour identifier les enfants vivant avec le VIH ayant besoin d'une optimisation de leur traitement. Une initiative de collaboration nationale pour l'amélioration de la qualité a été mise en œuvre pour renforcer la suppression de la charge virale, la rétention dans le parcours de soins, le traitement préventif de la tuberculose et le soutien psychosocial.

Les enseignements tirés incluent :

- Un soutien continu des travailleurs de santé est nécessaire pour mettre en œuvre les changements prévus dans les directives.
- Il est essentiel que les soignants aient des connaissances en matière de traitement antirétroviral et d'administration des médicaments si l'on veut obtenir de bons résultats de santé pour les enfants.
- Les ruptures de stock de médicaments entravent la mise en œuvre des directives révisées, mais peuvent être évitées grâce à une gestion attentive des stocks durant le processus d'optimisation et avec un suivi des stocks à l'échelon des établissements, et
- Il est possible de mettre en œuvre un programme national décentralisé de traitement antirétroviral de troisième intention, mais il est essentiel de renforcer les capacités de façon continue.

UNAIDS/PCB (45)/CPR3

Action susceptible de changer la donne : Repenser la stratégie de fourniture de services de traitement pour les enfants

54. Des modèles différenciés de fourniture de services centrés sur les familles peuvent aider à atteindre les enfants qui ne sont actuellement pas engagés dans un parcours de soins du VIH et améliorer leur rétention dans ce parcours. Les innovations utiles incluent une coordination des visites des membres d'une même famille au dispensaire afin de réduire les frais de déplacement et les délais d'attente, et l'utilisation d'un modèle de guichet unique pour les renouvellements de médicaments, le suivi du traitement, les vaccinations etc.
55. Les soignants peuvent aussi être formés à l'identification des symptômes des infections opportunistes, et à la prise de mesures rapides et appropriées. Il conviendrait d'accorder la priorité à l'engagement et à la participation de la communauté et de la société civile à la fourniture de services. Par exemple, la délivrance de médicaments au niveau communautaire a montré qu'elle permettrait de réduire les charges associées au traitement pédiatrique contre le

VIH et d'obtenir de bons résultats de traitement^{55 56 57}. Les prescriptions par un infirmier devraient être autorisées dans le cadre d'un renforcement de la délégation des tâches, des formations et du mentorat.

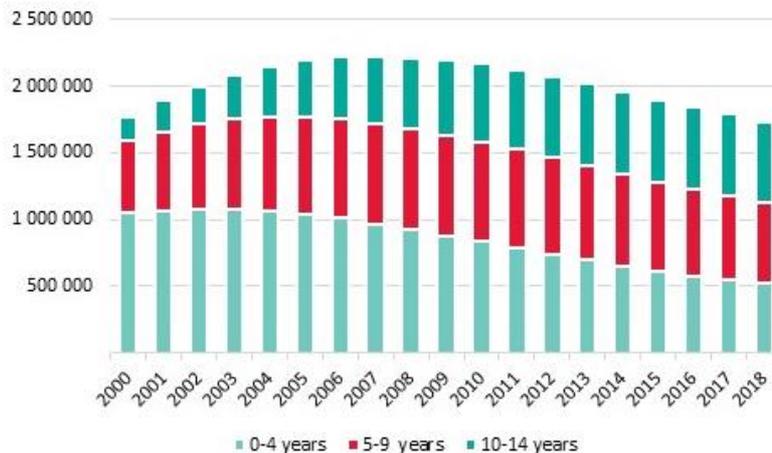
56. Il conviendrait que les protocoles accélèrent la prise en charge des enfants dont la charge virale est élevée, y compris via des conseils adaptés à l'âge, individualisés et promouvant l'observance du traitement, et un soutien ciblé pour donner aux soignants les moyens de garantir une stricte observance du traitement. Il conviendrait d'étudier le développement d'une gestion active de cas pour les enfants, en particulier ceux dont la charge virale n'a pas été supprimée. Il faudrait aussi mettre en œuvre des protocoles de « réponse rapide » pour accélérer les évaluations de l'amélioration de l'observance des traitements et fournir un soutien à la famille pour aider à passer à des traitements appropriés pour les enfants dont le traitement en cours reste sans effet.
57. Les services de soins et de traitement destinés aux enfants devraient être complets et inclure des interventions pour le développement de la petite enfance, des vaccinations, un dépistage et une prévention des infections opportunistes, notamment offrir un accès à un ensemble amélioré de soins du VIH pour réduire la morbidité et la mortalité. Il conviendrait d'exploiter les mouvements en faveur d'une couverture de santé universelle pour garantir la disponibilité d'ensembles complets de services pour les enfants.
58. Les systèmes de données devront être renforcés pour permettre un suivi volontaire des patients dans le but de minimiser le nombre de perdus de vue. Des systèmes de données plus solides, plus complètes et ventilées par âge, y compris l'utilisation d'identifiants uniques acceptables pour les communautés, peuvent aider à promouvoir la continuité du traitement lorsque des familles déménagent. Ils peuvent aussi améliorer la rétention des mères dans le parcours de soins et aider à s'assurer que les nourrissons exposés au VIH soient identifiés, testés et, le cas échéant, aiguillés vers des soins.
59. Comme avec la PTME, il conviendrait de supprimer les obstacles à l'accès aux autres services de santé. Les pays devraient par exemple s'engager à supprimer les coûts directs et indirects associés à l'utilisation des services de santé. Certains pays se sont engagés à supprimer les frais d'utilisation associés à la fourniture de services de prise en charge du VIH (voir plus haut). Un suivi sera nécessaire pour veiller à ce que tous ceux qui ont besoin des services bénéficient de ces engagements.

Enfants d'âge scolaire (5-9 ans) : Difficultés, opportunités et actions susceptibles de changer la donne

60. Une évolution démographique majeure se produit au niveau de la population d'enfants touchés par le VIH. La population des enfants de zéro à quatre ans qui ont besoin d'un traitement contre le VIH diminue. Parallèlement, le nombre d'enfants de cinq à 14 ans séropositifs au VIH représente désormais une proportion plus importante de l'ensemble des enfants vivant avec le virus (Figure 3).
61. En 2018, on estimait à 590 000 [460 000-770 000] le nombre d'enfants âgés de cinq à neuf ans vivant avec le VIH. Le fait qu'un si grand nombre d'entre eux ne soient pas diagnostiqués constitue un défi majeur pour ces enfants. On estime que 210 000 enfants âgés de cinq à neuf ans et vivant avec le VIH ne recevaient pas de traitement en 2018, très probablement parce qu'ils n'avaient pas été

diagnostiqués. Si ces enfants séropositifs non diagnostiqués ne bénéficient de services de dépistage et ne sont pas aiguillés vers des soins, ils connaîtront des taux élevés de morbidité et de mortalité à mesure qu'ils grandiront jusqu'à l'adolescence et au-delà.

Figure 4. Nombre d'enfants vivant avec le VIH, par groupe d'âge, dans le monde 2000-2018



62. La stigmatisation et la discrimination demeurent, tout comme la violence, des obstacles majeurs pour les enfants d'âge scolaire. Selon les rapports, des écoles continuent d'expulser des enfants vivant avec le VIH et, selon les enquêtes, de nombreuses personnes ne veulent pas que leurs enfants aillent à l'école avec des enfants séropositifs au VIH. Pour prévenir la violence à l'encontre des enfants, il conviendrait que les efforts soient axés sur des interventions visant à réduire le risque de violence dans les foyers et les communautés. Les approches incluent une prévention des grossesses non désirées, une réduction de la consommation nocive d'alcool et de drogue, et une formation pour accroître les compétences parentales en matière de stratégies non-violentes de discipline et d'éducation des enfants¹³. La prévention de la violence au niveau communautaire inclut une formation aux compétences psychosociales, un maintien des adolescents à l'école et une prévention de la consommation nocive d'alcool et de drogue^{58 13}.

Action susceptible de changer la donne : Mettre en œuvre et déployer à grande échelle des approches diverses et volontaristes de dépistage

63. Comme indiqué plus haut, le dépistage de tous les membres des foyers dans lesquels une personne est séropositive au VIH aide à identifier les personnes non diagnostiquées auparavant et à les aiguiller vers des services de soins et de traitement du VIH. Il conviendrait de compléter cette approche par d'autres méthodes proactives, telles que l'intégration du dépistage du VIH dans les programmes d'alimentation scolaire et d'autres activités qui touchent les enfants d'âge scolaire. Il a été démontré, dans des milieux où la charge de morbidité est élevée, que des programmes intensifs de dépistage multi-maladies atteignent les personnes non diagnostiquées de tous âges, y compris les enfants d'âge scolaire⁵⁹.

Action susceptible de changer la donne : Renforcer la fourniture de services de traitement pour les enfants vivant avec le VIH, en particulier dans les dispensaires de soins primaires

64. Les lignes directrices actualisées de l'OMS publiées en 2019 clarifient les dernières données scientifiques disponibles sur les traitements antirétroviraux optimaux pour les enfants vivant avec le VIH⁵³. Les orientations préconisent une transition rapide vers des schémas thérapeutiques plus appropriés et à doses fixes dans des formulations adaptées à l'âge des enfants à mesure qu'ils grandissent. Elles identifient des régimes optimaux pour l'ensemble du spectre des âges et poids⁵³. Des services de traitement efficaces pendant l'enfance peuvent favoriser une observance du traitement tout au long de l'existence, comme une règle de vie personnelle.
65. Il conviendrait que les services de traitement pour les enfants soient holistiques et incluent le dépistage et la prise en charge des handicaps liés au VIH et des retards de croissance. Le VIH dans l'enfance étant souvent associé à des déficits du développement neurocognitif⁶⁰, il conviendrait que la surveillance neurocognitive et le soutien des pairs soient également intégrés dans les services de traitement destinés aux enfants. Le dépistage et le traitement des infections associées au VIH demeurent très importants, y compris le traitement au cotrimoxazole et le traitement préventif contre la tuberculose.
66. Les enfants devraient bénéficier de la mise en œuvre de modèles différenciés de prestation de services. Il conviendrait que ces approches soient intégrées à la fourniture de services de santé maternelle et infantile plus larges, et axées sur la famille et le client. Les dispensaires devraient offrir des espaces accueillants pour les enfants et des horaires d'ouverture adaptés aux besoins des enfants scolarisés. Il conviendrait de renforcer les liens entre l'école et la communauté.
67. Il est recommandé de divulguer aux enfants leur séropositivité à un âge adapté, idéalement avant qu'ils aient 10 ans⁶¹. Comme la stigmatisation entrave souvent une fréquentation régulière des dispensaires et l'observance du traitement^{62 63}, il conviendrait que les services de traitement pour enfants incluent un soutien psychosocial portant sur l'annonce du statut sérologique, la résilience, l'observance et l'adaptation aux aspects sociaux de la vie avec le VIH pendant l'enfance. Les écoles devraient participer au soutien prodigué aux enfants affectés par le VIH en tant que partenaires. Les efforts de réduction de la stigmatisation au niveau de la communauté et de l'école sont des compléments essentiels à des programmes efficaces de soins et de traitement pour les enfants.

Adolescents et jeunes (10-24 ans) : Difficultés, opportunités et actions susceptibles de changer la donne

68. Dans le monde, on estime que 3,5 millions [2,0-5,0 millions] de jeunes âgés de 15 à 24 ans vivent avec le VIH, dont 1,6 million [1,1-1,3 million] sont des adolescents de 10 à 19 ans. Le nombre d'adolescents vivant avec le VIH a augmenté de 4 % entre 2010 et 2018, soit à un rythme deux fois supérieur à celui de la croissance de la population totale des 10-19 ans. On prévoit toutefois que le nombre d'adolescents vivant avec le VIH diminuera dans les années à venir. Environ 70 % des adolescents âgés de 10 à 19 ans vivant avec le VIH ont contracté le virus dans le cadre d'une transmission de la mère à l'enfant, mais cette proportion devrait diminuer grâce aux programmes de PTME.
69. Les adolescents et les jeunes sont divers et font face à des défis spécifiques en matière de développement et de problèmes liés au VIH à mesure qu'ils grandissent.

- Les adolescents plus jeunes (10-14 ans) mûrissent sexuellement et un nombre considérable d'entre eux ont des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans⁶⁴ (jusqu'à deux tiers des adolescents interrogés au Nigeria, par exemple)⁶⁵. La première expérience sexuelle d'un grand nombre de jeunes adolescents est le résultat de rapports sexuels contraints⁶⁶.
 - En raison des lois sur l'âge du consentement, les jeunes adolescents ne peuvent généralement pas accéder en toute indépendance aux services de santé et sont tributaires de leurs parents ou tuteurs pour recevoir les services dont ils ont besoin⁶⁷. En 2018, 610 000 [470 000-790 000] enfants âgés de 10 à 14 ans vivaient avec le VIH. On estime que 270 000 enfants de ce groupe d'âge ne recevaient pas de traitement contre le VIH et n'avaient donc probablement pas été diagnostiqués.
 - Les premiers rapports sexuels ont généralement lieu pendant l'adolescence (15-19 ans)⁷, ce qui souligne l'importance de l'accès à une prévention primaire combinée du VIH, y compris au traitement préexposition pour les adolescents exposés à un risque élevé d'infection à VIH⁶⁴. Dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, d'importantes proportions de femmes accouchent avant leur 20^{ème} anniversaire.
 - Les jeunes adultes (20 à 24 ans) s'engagent souvent dans des relations à long terme (y compris le mariage) et ont des enfants. Pour les femmes, les risques d'infection par le VIH sont souvent plus élevés à l'âge adulte, ce qui souligne l'importance d'avoir accès à des options de prévention efficaces, notamment le traitement préexposition. Chez les jeunes femmes vivant avec le VIH, la violence du partenaire intime peut avoir pour effet de réduire le recours au traitement et son observance.
 - Dans tous ces groupes d'âge, le dépistage et le traitement du VIH sont prioritaires, chaque groupe pouvant comprendre un grand nombre de personnes vivant avec le VIH.
70. Il est important de garder à l'esprit que, bien que les enfants et les jeunes de ces différents groupes d'âge soient confrontés à de nombreux défis distincts, ils doivent également faire face à de nombreux problèmes communs. Par exemple, bien que les premiers rapports sexuels surviennent généralement vers la fin de l'adolescence (15-19 ans), jusqu'à un adolescent sur quatre a sa première expérience sexuelle avant l'âge de 15 ans, souvent dans le cadre de rapports sexuels forcés ou sous la contrainte⁶⁴. De même, la conception et l'accouchement se produisent dans toutes les classes d'âge du groupe plus large de population des 10-24 ans.

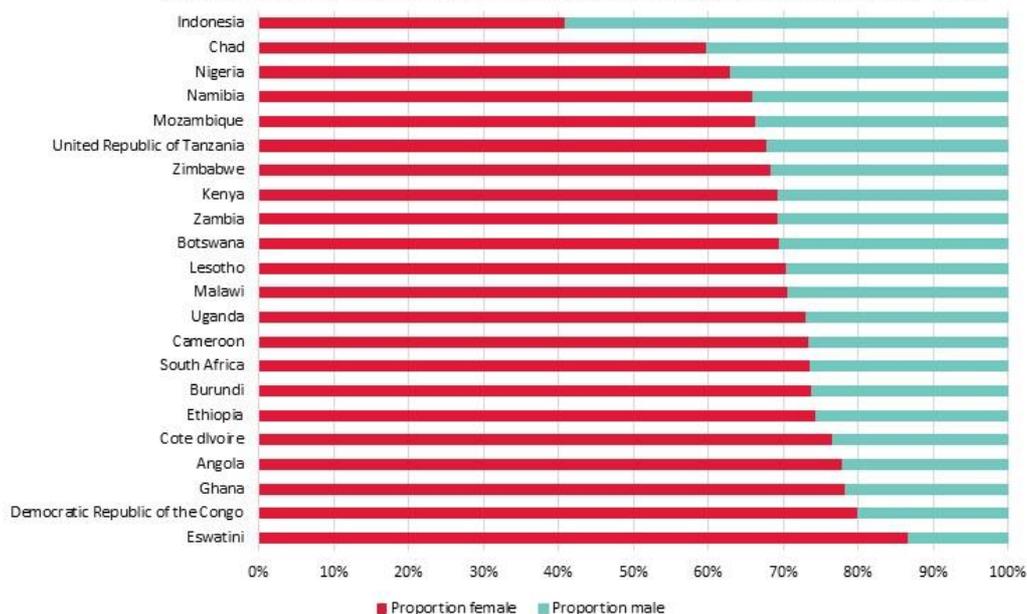
Prévention du VIH chez les adolescents et les jeunes adultes

71. Conformément à l'approche fondée sur le cycle de vie, les besoins de prévention du VIH chez les 10-24 ans diffèrent selon l'âge. Étant donné que la grande majorité des jeunes de 10 à 14 ans n'ont pas encore commencé leur vie sexuelle, cette période offre une occasion importante de fournir aux jeunes les connaissances, les compétences et la motivation dont ils ont besoin pour se protéger lorsqu'ils deviendront sexuellement actifs.
72. Les premiers rapports sexuels survenant généralement entre 15 et 19 ans, la fin de l'adolescence est une période critique pour inculquer des normes sexuelles plus sûres et pour assurer l'accès aux préservatifs et à d'autres outils de prévention essentiels. En plus d'avoir besoin d'un accès facile aux outils et aux messages de prévention, de nombreux jeunes (mais pas tous) âgés de 20 à 24 ans conçoivent et ont des enfants, ce qui souligne l'importance d'un accès

facile aux services de planning familial, aux soins prénatals et aux services de PTME.

73. En 2018, 310 000 [59 000-380 000] adolescentes et jeunes femmes (15-24 ans) ont contracté le VIH, soit une baisse de 21 % depuis 2010, mais ce chiffre reste plus de trois fois supérieur à l'objectif mondial de 100 000 nouvelles infections à l'horizon 2020¹⁴. Dans les 23 pays prioritaires de l'initiative « Trois Frees », où un chiffre estimé de 270 000 [150 000-400 000] adolescentes et jeunes femmes ont contracté le VIH en 2018, une diminution de 26 % a été observée depuis 2010¹⁵.
74. Les progrès réalisés dans plusieurs pays – dont l'Afrique du Sud (baisse de 43 % sur la période 2010-2018), le Lesotho et le Botswana (baisse de 41 %) – mettent en évidence notre capacité à réduire sensiblement le nombre de nouvelles infections à VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes. En revanche, des réductions décevantes des nouvelles infections ont été signalées dans des pays comme le Mozambique (aucune baisse pendant la période 2010-20018), le Tchad (2 %), le Ghana (4 %) et la Zambie (10 %)¹⁵. Le nombre d'adolescentes et de jeunes femmes nouvellement infectées par le VIH a augmenté en Angola (de 8 % au cours de la même période) et de 7 % au Nigeria¹⁴. L'une des priorités mondiales consiste à traduire de toute urgence les bonnes pratiques et les enseignements tirés dans les pays les plus performants en des gains concrets pour les jeunes du monde entier.

Figure 5. Dans les pays prioritaires d'Afrique, les femmes sont face à un risque plus élevé d'être nouvellement infectées par le VIH alors qu'en Indonésie, ce risque est plus élevé chez les jeunes hommes
Répartition des nouvelles infections à VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans, par sexe, 22 pays prioritaires, 2018



75. Les adolescents et les jeunes des populations clés sont également exposés à des risques importants d'infection par le VIH auxquels on ne s'attaque pas suffisamment. En 2018, les populations clés (hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, consommateurs de drogues injectables, professionnel(le)s du sexe et femmes transgenres) et leurs partenaires sexuels représentaient environ 54 % des nouvelles infections à VIH au niveau mondial²⁰. Une analyse récente de l'ONUSIDA, de l'UNICEF et de l'OMS indique que les jeunes (15-24 ans) représentent une part non négligeable (20-40 %) de ces populations clés dans les différentes régions du monde**.
76. Les jeunes des populations clés se heurtent à des obstacles considérables, notamment la stigmatisation, l'exclusion sociale, la violence et les abus, et la couverture des programmes de prévention est très faible dans de nombreux contextes²⁰. Bien que le nombre de pays criminalisant les relations sexuelles entre personnes du même sexe ait diminué au cours des dernières décennies, une majorité des pays d'Asie, d'Afrique et des Caraïbes conservent de telles lois, et les cadres politiques nationaux continuent de faire preuve de discrimination à l'égard des personnes aux identités sexuelles diverses²⁰. Les problèmes persistants qu'ont les personnes qui consomment des drogues injectables^{††} pour avoir accès aux services de réduction des risques sont souvent confortés par les cadres juridiques et politiques nationaux et par la criminalisation continue de l'usage et de la détention de drogues à des fins personnelles. Ces problèmes entravent les efforts qui visent à prévenir de nouvelles infections à VIH dans cette population²⁰. Les jeunes qui s'adonnent au commerce du sexe continuent d'être confrontés à la stigmatisation et à la discrimination ainsi qu'à des niveaux élevés de violence – comportements qui sont tous exacerbés par la criminalisation du commerce du sexe.
77. Il est important de prévenir les infections à VIH chez les jeunes hommes pour rompre le cycle de la transmission du virus et ainsi empêcher également les adolescentes et les jeunes femmes de contracter une infection à VIH⁶⁸.
78. La communauté mondiale s'est engagée à permettre à 25 millions d'hommes supplémentaires d'avoir recours à la circoncision médicale volontaire pour prévenir le VIH d'ici à 2020, en mettant l'accent sur les garçons et les jeunes hommes âgés de 10 à 29 ans. L'intensification de la pratique volontaire de la circoncision masculine médicale semble bénéficier d'une dynamique favorable, même si les progrès sont inégaux et si le rythme est trop lent pour atteindre l'objectif mondial. Il conviendrait de privilégier la réalisation d'un taux de couverture élevé (le taux de saturation est de 80 %) dans les milieux où l'incidence du VIH reste élevée.

** Analyse de l'ONUSIDA des données disponibles publiées.

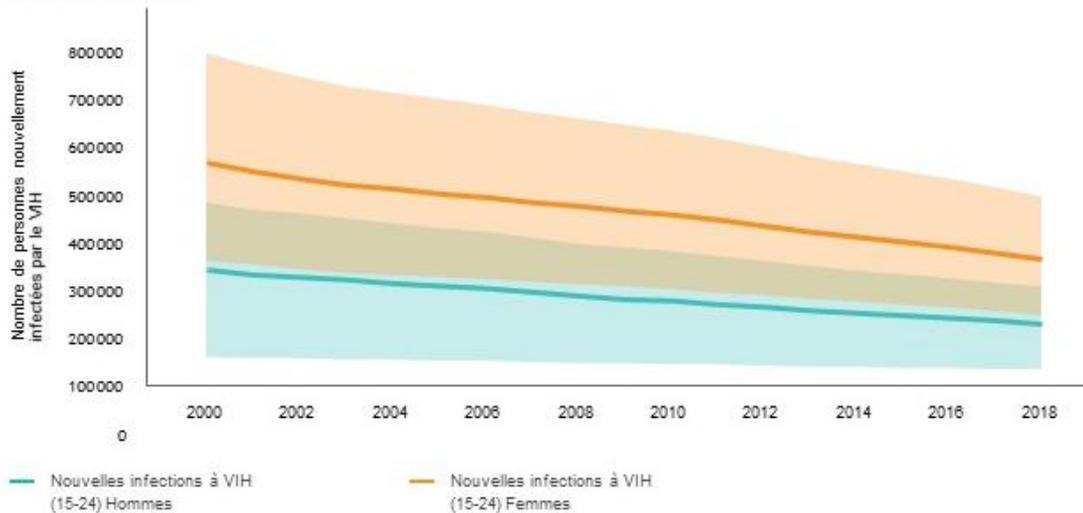
†† Une approche globale du VIH et d'autres méfaits associés à la consommation de drogues consiste en des activités dont les preuves scientifiques appuient leur efficacité et leur rentabilité, notamment: (1) des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, (2) le traitement de la dépendance aux médicaments, y compris la thérapie de substitution aux opioïdes, (3) le conseil et le dépistage du VIH, (4) le traitement antirétroviral, (5) la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles, (6) les programmes de distribution de préservatifs ciblant les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels, (7) une information, une éducation et une communication ciblées pour les personnes qui consomment des drogues injectables et leurs partenaires sexuels, (8) la vaccination, le diagnostic et le traitement de l'hépatite virale, et (9) la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose. L'OMS a aussi recommandé la gestion des surdoses d'opioïdes avec distribution communautaire de naloxone pour la prévention des surdoses. La PPrE devrait être disponible.

79. En 2018, 4,1 millions de circoncisions masculines médicales volontaires ont été pratiquées (tous âges confondus), soit le chiffre annuel le plus élevé à ce jour et en augmentation de 1,3 million par rapport à 2015 et 2016¹⁵. Dans 12 pays d'Afrique orientale et australe qui disposent de données ventilées par âge sur le recours à la circoncision médicale volontaire, 44 % des interventions ont été pratiquées sur des adolescents de 10 à 14 ans, ce qui leur assure une protection précieuse lorsqu'ils grandissent et deviennent sexuellement actifs. Ces données suggèrent toutefois que les programmes peuvent 'oublier' des hommes âgés de plus de 15 ans¹⁵.
80. Pour permettre à la communauté mondiale d'être sur la bonne voie pour atteindre l'objectif mondial de circoncision masculine médicale volontaire, des efforts plus rapides seront nécessaires dans les situations où l'intensification de cette pratique est actuellement en retard. Selon des enquêtes démographiques menées entre 2013 et 2016, moins d'un tiers des hommes adultes du Botswana, d'Eswatini, du Rwanda, de Zambie et du Zimbabwe étaient circoncis¹⁵. Des études récentes indiquent que le recours aux services de santé pour pratiquer une circoncision (par opposition aux dispensaires mobiles), l'éloignement géographique des services de circoncision et le manque de connaissance du statut sérologique VIH sont autant de facteurs susceptibles de contribuer à une utilisation sous-optimale des services de circoncision dans les communautés où cette n'est pas traditionnelle⁶⁹. Les pays atteignant le taux de saturation de la couverture de la circoncision masculine médicale volontaire, il va devenir essentiel de maintenir un taux d'utilisation élevé chez les adolescents pour pérenniser les progrès de cette pratique.
81. Une prévention efficace du VIH chez les adolescents et les jeunes adultes nécessite une approche combinée qui aborde les questions biomédicales, comportementales et structurelles^{70 11}. Elle promeut des comportements sexuels sains, grâce à un accès universel à :
- une éducation sexuelle complète et inclusive qui intègre une composante visant à transformer en profondeur les rapports hommes-femmes,
 - une utilisation innovante des technologies numériques,
 - une programmation du préservatif adaptée aux jeunes,
 - un accès aux préservatifs et au traitement préexposition,
 - des mesures appropriées d'incitation en numéraire,
 - des interventions pour prévenir la violence sexiste, et
 - une disponibilité immédiate de centres d'accueil de jeunes et d'autres service de santé accueillants pour la jeunesse qui intègrent une participation des pairs, notamment un accès à des services de santé sexuelle et reproductive.
82. Peu de ces approches ont été déployées à grande échelle. Selon des enquêtes démographiques et sanitaires nationales, l'utilisation du préservatif chez les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire non marital et non cohabitant a diminué au Bénin, en Éthiopie, au Ghana et à Madagascar, par exemple. Parmi les pays ayant communiqué des données à l'ONUSIDA, 40 % ne disposaient pas de politique pour orienter la fourniture d'une éducation sur le VIH et la sexualité basée sur les compétences dans les écoles primaires, tandis que 16 % ont déclaré ne pas en avoir dans les écoles secondaires²⁰. Bien que la plupart des pays prioritaires de l'initiative des « Trois Frees » déclarent être dotés de politiques qui soutiennent l'éducation des jeunes aux compétences psychosociales, moins de la moitié des jeunes de l'un ou des deux sexes disposaient de connaissances précises et complètes sur la

prévention du VIH dans l'ensemble de ces 23 pays – à l'exception de trois d'entre eux (Burundi, Kenya et Namibie)¹⁵.

Figure 6. Le nombre de jeunes qui contractent le VIH diminue, mais lentement.

Nouvelles infections à VIH chez les jeunes hommes et femmes (15-24 ans) dans 23 pays prioritaires, 2010-2018



Chine : Améliorer l'utilisation des services et la rétention dans ceux-ci grâce à des mesures innovantes complètes dans les collèges et les universités

En Chine, une collaboration a été mise en place entre différents secteurs, notamment la santé, l'éducation, la finance, les affaires civiles et la société civile, afin de lutter contre le VIH chez les jeunes. Plusieurs mesures innovantes ont été adoptées dans les collèges et les universités. La ville de Guangzhou, par exemple, qui abrite 14,9 millions d'habitants a adopté des modèles innovants et travaillé avec des organisations à assise communautaire pour étendre une éducation par les pairs régie par les étudiants.

Des étudiants et des associations d'étudiants ont participé à la médiatisation et à l'éducation sur le sida, des éducateurs pour les pairs ont été formés, des cours et des films éducatifs adaptés sur le VIH ont été conçus, et des groupes de soutien et de conseil par les pairs ont été constitués pour fournir des services de conseil et de dépistage du VIH aux étudiants.

UNAIDS/PCB (45)/CPR3

Partenariat DREAM : Prévention combinée du VIH pour les adolescentes et les jeunes femmes

Afin de contrôler l'épidémie chez les adolescentes et les jeunes femmes, le PEPFAR s'est associé en 2014 à la Fondation Bill & Melinda Gates, Girl Effect, Johnson & Johnson, Gilead Sciences, et ViiV Healthcare pour lancer le partenariat public-privé DREAMS.

DREAMS est un programme de prévention complet destiné à s'attaquer aux circonstances multidimensionnelles qui exposent les jeunes femmes à un risque accru de contracter le VIH. DREAMS entend réduire les nouvelles infections à VIH chez les

adolescentes et les jeunes femmes dans les zones géographiques les plus touchées par le virus de 15 pays.

Pour répondre aux réalités de la vie des adolescentes et des jeunes femmes, le partenariat DREAMS exige une réponse intégrée multidimensionnelle de la part des secteurs de la santé et de l'éducation, psychosociale, économique, de la société civile et communautaire. Outre la réduction des nouvelles infections à VIH, DREAMS entend atténuer d'autres vulnérabilités critiques telles que l'abandon scolaire, les grossesses précoces et la violence sexiste.

Le dispositif de base⁷¹ de DREAMS inclut des interventions pour :

- * autonomiser les adolescentes et les jeunes femmes, et réduire leurs risques (renforcement économique, espaces sûrs et services de santé liés au VIH tels que les services de dépistage du virus, les préservatifs, le traitement préexposition et le planning familial volontaire),
- * renforcer les familles des adolescentes et des jeunes femmes (programmes de soutien aux parents/soignants),
- * mobiliser les communautés pour le changement (programmes pour mobiliser les communautés et faire changer les normes, prévention du VIH et de la violence au niveau scolaire et communautaire), et
- * réduire le risque chez les hommes qui sont susceptibles d'être des partenaires sexuels masculins d'adolescentes et de jeunes femmes (liens avec les services de dépistage du VIH et de circoncision masculine médicale volontaire).

DREAMS intervient dans 15 pays : Botswana, Côte d'Ivoire, Eswatini, Haïti, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Rwanda, Afrique du Sud, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

UNAIDS/PCB (45)/CPR3

83. L'adolescence et le début de l'âge adulte sont des périodes où de nombreuses femmes conçoivent ou commencent à planifier leur grossesse. Cependant, les inquiétudes relatives aux liens signalés entre l'utilisation de contraceptifs à action prolongée et le risque de contamination par le VIH font qu'il est plus compliqué pour les femmes de prendre des décisions et pour les prestataires de soins d'orienter leurs efforts pour fournir des informations cliniques utiles à leurs patientes.
84. L'étude à grande échelle récemment achevée par ECHO, à laquelle ont participé 7 800 femmes âgées de 15 à 35 ans qui souhaitaient éviter une grossesse, n'a révélé aucune différence importante au niveau du risque d'acquisition du VIH en fonction du type de méthode contraceptive utilisée (exemple : acétate de médorogestérone intramusculaire en dépôt, dispositif intra-utérin en cuivre ou implant de lévonogestrel)¹⁸. Bien que les résultats de l'étude puissent faciliter la prise de décision concernant l'utilisation de contraceptifs, ils étaient néanmoins inquiétants : la population étudiée a connu une incidence annualisée du VIH de 3,8 % et l'accès à la contraception variait considérablement à l'extérieur des sites couverts par l'étude.

Traitement et soutien pour les adolescents et les jeunes adultes

85. Le cadre des « Trois Frees » visait à fournir un traitement antirétroviral à 1,2 million d'adolescents (âgés de 15 à 19 ans) dans le monde en 2018.

Toutefois, très peu de pays communiquent des données sur la couverture de ce traitement dans ce groupe d'âge.

86. Comparativement aux adultes, les adolescents (10-19 ans) et les jeunes adultes (20-24 ans) vivant avec le VIH sont moins susceptibles de connaître leur statut sérologique, plus susceptibles d'entreprendre un traitement antirétroviral tardivement après avoir été infecté et moins susceptibles de parvenir à une suppression de leur charge virale^{72 73 74}. Des études indiquent qu'une observance sous-optimale et une non-divulgation de la séropositivité sont souvent les obstacles les plus importants à l'efficacité des soins et des traitements pour les adolescents vivant avec le VIH⁷⁵. Les jeunes adultes vivant avec le virus éprouvent aussi souvent des difficultés d'observance⁷⁶.
87. Parmi les autres obstacles à des soins ou à un traitement efficaces des adolescents et des jeunes adultes vivant avec le VIH, la stigmatisation intersectionnelle, les attitudes de jugement et le traitement discriminatoire de la part des travailleurs de santé, les lois sur l'âge du consentement et d'autres lois et politiques dissuadent de recourir aux services^{20 77}. En 2018, 106 des 142 pays qui communiquent des données à l'ONUSIDA étaient dotés de lois exigeant le consentement parental pour que les adolescents aient accès au dépistage du VIH⁷⁸. La plupart des adolescents ne fréquentent pas régulièrement les services de santé, et relativement peu de ces services sont conçus en fonction des besoins des adolescents⁷⁹.
88. L'élimination des obstacles sociaux et structurels peut améliorer l'observance du traitement et la rétention des adolescents dans le parcours de soins. La violence psychologique et physique à l'égard des adolescents étant associée à une non-observance du traitement^{80 81}, les stratégies qui visent à protéger les adolescents contre de tels abus peuvent par exemple améliorer leurs résultats thérapeutiques. Le soutien aux soignants peut également accroître l'observance du traitement par les adolescents, en améliorant les compétences parentales et en veillant à ce que les jeunes aient suffisamment de nourriture et d'argent pour se rendre au dispensaire^{82 83}.
89. Les adolescents plus âgés et les jeunes adultes rencontrent des difficultés lorsqu'ils passent des soins pédiatriques contre le VIH aux soins auto-administrés pour adultes, et vont parfois même jusqu'à abandonner totalement les soins⁸⁴. Un récent examen systématique de la documentation scientifique a révélé que les obstacles à une transition réussie vers les soins auto-administrés pour adultes englobent des problèmes émotionnels et interpersonnels (comme, par exemple, un sentiment de 'perte' lié à l'abandon de sa 'routine' de traitement pédiatrique du VIH), des difficultés logistiques et systémiques pour se frayer un chemin dans les centres de traitement des adultes, et des craintes concernant la divulgation involontaire ou accidentelle de sa séropositivité dans les milieux adultes⁸⁵. Les facteurs qui contribuent à une transition réussie comprennent un soutien social, une préparation à la transition pour le jeune et l'équipe de traitement adulte, une approche multidisciplinaire de la fourniture des services et une coordination ciblée de la transition⁸⁵.
90. Pour être efficaces, les services de santé destinés aux adolescents doivent tenir compte du fait que nombre d'entre eux sont sexuellement actifs. Il faut aussi que ces services reconnaissent et prennent également en compte les expériences de rapports sexuels forcés précoces (qui sont trop fréquentes, en particulier chez les adolescentes)⁵⁸. Enfin, ces services doivent aussi offrir aux adolescents des choix appropriés pour prévenir le VIH et d'autres infections sexuellement

transmissibles – comme le traitement pré et post-exposition et les préservatifs, ainsi que la contraception pour prévenir les grossesses non désirées.

91. On estime à 16 millions le nombre d'adolescentes qui accouchent chaque année, dont 95 % dans les pays à revenu faible ou intermédiaire⁸⁶. Dans les milieux où les ressources sont limitées, les complications de la grossesse et de l'accouchement sont l'une des principales causes de mortalité chez les filles âgées de 15 à 19 ans⁸⁶. Comme indiqué précédemment, la prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH est un élément important de la prévention des nouvelles infections chez les enfants. L'interconnexion entre la prise en charge du VIH et la santé sexuelle et reproductive souligne une fois de plus les liens étroits qui existent entre la lutte contre le VIH et le programme plus large pour le développement durable.

Action susceptible de changer la donne : Investir dans des approches de dépistage élargies et adaptées pour les adolescents et les jeunes (y compris des investissements ciblés pour les jeunes des populations clés).

92. Pour combler les lacunes en matière de dépistage du VIH chez les adolescents, les services de dépistage volontaire et de prévention doivent être optimisés et pleinement intégrés dans les lieux qui proposent des services aux adolescents, notamment les centres communautaires, les écoles et les services de santé (tels que le planning familial, les soins prénatals, les services de lutte contre la tuberculose, les dispensaires de soins contre les infections sexuellement transmissibles, les services de prise en charge des survivantes de violences sexistes et les services de nutrition). Il faut aussi les intégrer dans les services de proximité de zones où l'incidence du VIH est élevée. Il conviendrait de proposer des services intégrés pour adolescents dans les lieux de services communautaires, par exemple dans les clubs d'adolescents ou dans des espaces sûrs spécialement conçus pour ces derniers. Le dépistage indicateur devrait être intensifié et des efforts engagés pour simplifier le processus d'apprentissage de sa séropositivité, notamment via la promotion et la disponibilité immédiate de l'autotest du VIH⁸⁷.
93. Il conviendrait d'exploiter et de soutenir pleinement les réseaux communautaires pour toucher les adolescents et les jeunes difficiles à atteindre, y compris les jeunes des populations clés. L'accent devrait être mis sur une utilisation accrue des technologies numériques pour donner la priorité aux populations parmi lesquelles l'incidence est élevée, ainsi qu'aux efforts engagés en partenariat avec le secteur privé pour améliorer l'accès aux services et la rétention dans le parcours de soins. La superposition d'interventions multiples peut améliorer les résultats sanitaires contre le VIH et autres, et le bien-être des adolescents et des jeunes⁸². Les adolescents et les jeunes doivent participer à la planification, à la mise en œuvre, à la prestation et à la surveillance des services de dépistage axés sur les jeunes en tant que champions du changement et que partenaires.

Indonésie : Liens vers la prise en charge des jeunes des populations clés

LOLIPOP (Linkage of Quality Care for Young Key Population) est un programme conçu pour accroître le dépistage, le traitement et l'observance, et prévenir de nouvelles infections à VIH parmi les jeunes des populations clés en Indonésie. Le programme se concentre sur quatre domaines : un environnement juridique et politique porteur, la fourniture de services, de produits et de travailleurs de santé axés sur la prise en charge du VIH, l'augmentation de la demande grâce à des stratégies de communication

qui plaisent aux jeunes, et la production d'informations scientifiques stratégiques pour éclairer les prises de décisions.

Le programme a réuni des structures gouvernementales, des agences des Nations Unies, des universitaires, des travailleurs de santé et des jeunes des populations clés afin que le plan national de lutte contre le sida de l'Indonésie accorde la priorité aux besoins de ces populations. Une boîte à outils a été mise au point et peut être utilisée pour développer le programme à grande échelle.

UNAIDS/PCB (45)/CPR3

94. Les jeunes des populations clés ont besoin d'initiatives ciblées en matière de dépistage. Des enquêtes ont montré que l'autotest du VIH est largement acceptable parmi les populations clés⁸⁸, et le suivi effectué par l'OMS a révélé que le recours à l'autotest du VIH est important dans ces populations⁸⁹. Étant donné la stigmatisation sociale et la vulnérabilité disproportionnée des jeunes des populations clés, les services des partenaires destinés à ces jeunes doivent être fournis avec une sensibilité particulière⁸⁹. Les jeunes des populations clés étant souvent de grands utilisateurs des médias sociaux et de communications numériques, les nouveaux médias peuvent être utiles pour accroître la demande de tests et pour aiguiller les jeunes des populations clés vers diverses options de dépistage et de prévention⁹⁰.

Action susceptible de changer la donne : Adapter les services de santé aux besoins et aux préférences des adolescents (en accordant une attention particulière aux besoins des adolescents vivant avec le VIH).

95. Les adolescents sont confrontés à des obstacles uniques à l'accès aux soins de santé. Cette situation justifie des efforts ciblés pour fournir un soutien financier, technique et humain à des services accueillants pour les adolescents et adaptés à leur situation et à leurs besoins. Les services sont jugés accueillants pour les adolescents s'ils sont équitables (c'est-à-dire ouverts à tous les adolescents), accessibles, acceptables (c'est-à-dire fournis de manière à répondre aux attentes des adolescents), appropriés (c'est-à-dire répondant aux besoins des adolescents) et efficaces (c'est-à-dire contribuant de manière positive à la santé des adolescents)⁹¹.
96. Une étude systématique a révélé que les jeunes qui reçoivent des services dans des sites accueillants pour les adolescents étaient beaucoup plus susceptibles de recourir aux services de santé, d'avoir de bons résultats sur le plan de la santé (avec, par exemple, des taux de grossesse plus faibles), d'être au courant des questions de santé et de réduire les risques pour leur santé sexuelle⁹². Il conviendrait que les efforts visant à assurer un accès facile à des services de santé accueillants pour les adolescents s'étendent au-delà des établissements de santé existants. Cela pourrait se faire en créant une gamme d'options différenciées de fourniture de services qui inclurait notamment des solutions centrées sur les communautés, ne reposerait pas sur les établissements de santé et répondrait aux divers besoins et préférences des adolescents.
97. Pour que les services soient accueillants pour les adolescents, ils doivent répondre à leurs besoins et à leurs préférences⁹³, et être conçus avec un soutien significatif des jeunes. Il peut par exemple être nécessaire d'organiser les visites au dispensaire de sorte à ce qu'elles soient alignées sur le calendrier scolaire/universitaire ou sur les horaires de travail des jeunes. Des services accueillants pour les adolescents devraient, dans la mesure du possible, être

fournis à proximité de leur domicile ou dans un environnement sûr et exempt de discrimination. Il conviendrait d'intégrer un soutien psychosocial dans tous les services de santé.

98. L'une des priorités est de sensibiliser les travailleurs de santé à la fourniture, aux adolescents, de services de qualité élevée et sans jugement (en particulier aux adolescents des populations clés). En 2016-2018, CHIVA South Africa a sensibilisé les travailleurs de santé de 30 établissements de soins de la province du KwaZulu-Natal à la fourniture de services de santé accueillants pour les adolescents, notamment en encourageant la coopération entre le personnel des établissements, les adolescents et les jeunes vivant avec le VIH, et la société civile⁹⁴.
99. Il conviendrait que les services de traitement du VIH pour les adolescents vivant avec le VIH garantissent la mise à disposition des options de traitement les plus efficaces, du dolutégravir, pour remédier au caractère insuffisant de la suppression de leur charge virale et prévenir la pharmacorésistance due à une mauvaise observance du traitement⁹⁵. Le dépistage et la prise en charge des handicaps liés au VIH et des retards de croissance devraient également être inclus, de même que le dépistage et le traitement des infections associées au VIH, y compris le traitement au cotrimoxazole et le traitement préventif contre la tuberculose⁹⁶.
100. Un éventail croissant de modèles de programmes montre qu'il est possible d'adapter les services de santé pour améliorer les résultats de la lutte contre le VIH chez les adolescents :
- Au Zimbabwe, le modèle Zvandiri est un modèle de fourniture de services différenciés pour les adolescents qui intègre des partisans du traitement communautaire des adolescents. Il s'est avéré qu'il améliorerait significativement les taux de suppression de la charge virale chez les adolescents vivant avec le VIH, par rapport à un groupe témoin ne participant pas au programme⁹⁷ (voir l'encadré ci-dessous).
 - Au Lesotho, des réunions mensuelles de clubs d'adolescents proposent des conseils, un développement du leadership et des compétences, une éducation par les pairs et un mentorat pour autonomiser les jeunes vivant avec le VIH.
 - En République-Unie de Tanzanie, les clubs Ariel Adherence donnent la priorité à l'intégration des services intensifs de soutien psychosocial dans les soins du VIH. Ils ont atteint des taux de suppression de la charge virale chez les enfants et les adolescents participants qui sont considérablement plus élevés que ceux des sites cliniques ne participant pas au programme⁹⁸ (voir l'encadré ci-dessous).
 - En Équateur, les autorités locales de la capitale, Quito, ont mis en œuvre des programmes multiservices de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents, qui couvrent notamment une prise en charge du VIH.

Tanzanie et Zimbabwe : Modèles de fourniture de services adaptés pour les enfants et les jeunes

En Tanzanie, les Ariel Adherence Clubs (AAC) fournissent un soutien psychosocial aux enfants et aux adolescents âgés de cinq à 19 ans vivant avec le VIH. Les AAC assurent la fourniture de services cliniques intégrés, d'un soutien psychosocial et d'une éducation à la santé par les pairs/de groupe dans des espaces sûrs. Ils dispensent par ailleurs des conseils aux soignants.

Au Zimbabwe, Zvandiri (ce qui signifie « Tel que je suis ») est un modèle de dispositif de fourniture différenciée de services pour les enfants, les adolescents et les jeunes. Des promoteurs communautaires du traitement pour les adolescents (ou « CATS » selon les initiales de leur appellation en anglais) identifient et aiguillent des enfants, des adolescents et des jeunes non diagnostiqués grâce au dépistage indicateur, et soutiennent des services de conseil et d'annonce de son statut sérologique avant et après le dépistage. Les CATS sont des adolescents et des jeunes de 18 à 24 ans qui vivent avec le VIH, sont formés et encadrés par le ministère de la Santé, Child Care et Africaid. Ils promeuvent l'aiguillage des clients séronégatifs au VIH vers des services de prévention du virus, alors que ceux qui dont la séropositivité au VIH est confirmée sont enregistrés auprès du dispositif Zvandiri.

Le dispositif Zvandiri et les AAC ont permis d'améliorer considérablement l'observance du traitement et les taux de suppression de la charge virale chez les adolescents vivant avec le VIH, par rapport aux groupes de contrôle d'adolescents recevant des soins standard.

UNAIDS/PCB (45)/CPR3

101. Des services simplifiés et rationalisés peuvent améliorer les résultats de la lutte contre le VIH chez les adolescents vivant avec le virus. Au Kenya, le Programme Red Carpet, une approche accélérée et conçue par les pairs des services de traitement contre le VIH pour les personnes nouvellement diagnostiquées, a permis de faire passer de 57 % à 97 % l'aiguillage des adolescents et des jeunes vers les soins et de faire passer de 66 % à 90 % leur taux de rétention dans le parcours de soins⁹⁹.
102. Dans le cadre de divers programmes, un récent projet de recherche à composantes multiples (qui comprenait une étude documentaire et la participation de 87 parties prenantes) a révélé que les interventions de groupe basées sur la participation des pairs amélioreraient les taux de rétention dans le parcours de traitement et les taux de suppression de la charge virale chez les adolescents, surtout lorsqu'elles étaient associées à des services antirétroviraux et cliniques. Toutefois, il a également constaté que de telles approches n'avaient pas encore été déployées à grande échelle dans la plupart des contextes. La même analyse a montré que les services à assise communautaire (par exemple les clubs communautaires pour promouvoir l'observance du traitement chez les jeunes), la protection sociale et les investissements dans l'engagement et le plaidoyer des jeunes ont également amélioré les résultats de la lutte contre le VIH chez les adolescents.
103. Il conviendrait que les services destinés aux adolescents soient complets et englobent notamment une prise en charge du VIH et des IST, des services de santé sexuelle et reproductive, des services de santé mentale et un soutien psychosocial. Les soins de santé mentale sont par exemple une priorité non seulement pour la santé et le bien-être des adolescents en général, mais aussi pour optimiser l'impact du traitement antirétroviral (puisque'il a été démontré que la dépression réduisait l'observance thérapeutique chez les adolescents vivant avec le VIH)¹⁰⁰. Des programmes de développement des connaissances des traitements adaptés à l'âge devraient être proposés pour faciliter une transition harmonieuse et efficace des traitements pédiatriques aux traitements auto-administrés à l'âge adulte. Pour obtenir de bons résultats thérapeutiques, il faut investir dans des mécanismes, programmes et interventions de protection sociale qui prennent en compte la question du VIH.

Pays-Bas : Dispensaire multidisciplinaire de transition pour adolescents vivant avec le VIH

La transition des soins pédiatriques du VIH aux soins pour adultes peut être difficile pour les adolescents et les jeunes adultes, et parfois entraîner une perte de suivi et des problèmes d'observance. Une étude réalisée aux Pays-Bas en 2016 sur les résultats virologiques d'adolescents et de jeunes adultes infectés en période périnatale a montré qu'ils étaient vulnérables à l'échec virologique dû à une non-observance du traitement pendant la période de transition. Le protocole de transition a ensuite été révisé et un dispensaire de transition multidisciplinaire pour adolescents devenus séropositifs pendant la période périnatale a été établi à Amsterdam. Ce dispensaire comprend des prestataires pour les soins pédiatriques et pour les soins adultes (médecins traitant le VIH chez les enfants et chez les adultes, personnels infirmiers spécialistes du VIH, psychologues et travailleurs sociaux). Les adolescents âgés de 16 à 18 ans se réunissent tous les trois à six mois avec toute l'équipe multidisciplinaire de transition. Les principaux objectifs sont d'offrir des soins médicaux, sociaux et psychologiques, de détecter précocement les difficultés psychologiques et d'améliorer les résultats cliniques et le maintien dans le parcours de soins.

UNAIDS/PCB (45)/CPR3

Action susceptible de changer la donne : Autonomiser les adolescents et les jeunes, y compris ceux qui vivent avec le VIH et ceux des populations clés

104. Des mesures doivent être prises pour renforcer les communautés d'adolescents et de jeunes, y compris ceux qui vivent avec le VIH et ceux qui sont exposés à un risque élevé d'infection à VIH. Il conviendrait que les adolescents, les jeunes adultes et leurs alliés autonomisés plaident en faveur d'un accès significatif à une prévention, un traitement et des soins optimaux à tous les niveaux de la riposte au VIH. Il faudrait que les jeunes participent et soient associés à la conception, à l'élaboration, à la mise en œuvre, à la collecte de fonds, à la planification, à l'exécution, au suivi et à l'évaluation des politiques, programmes et services.
105. De nouveaux investissements sont nécessaires pour renforcer les capacités des réseaux et des organisations de jeunes vivant avec le VIH. Il conviendrait en outre que toutes les parties prenantes de la riposte au VIH donnent la priorité à une participation active et complète des jeunes en tant que partenaires clés dans la riposte, en particulier en ce qui concerne leurs propres besoins. Il faudrait que ces investissements s'efforcent spécifiquement de mettre en œuvre les recommandations du rapport de l'ONUSIDA de 2019 sur la participation des jeunes aux ripostes communautaires au VIH¹⁰¹.
106. Des réseaux d'adolescents et de jeunes bien organisés et disposant de ressources suffisantes peuvent accroître la demande de services de prévention, soutenir l'observance du traitement préexposition et d'autres interventions de prévention, plaider en faveur d'une attention aux facteurs sociaux et structurels plus larges qui augmentent la vulnérabilité des adolescents et des jeunes au VIH, et plaider pour des espaces sûrs où un soutien et des interventions par les pairs peuvent être dispensés.
107. Il existe des modèles d'autonomisation et fondés sur les pairs pour améliorer les résultats de la lutte contre le VIH chez les adolescents et les jeunes vivant avec le virus. Le modèle de l'Opération Triple Zéro au Kenya repose par exemple sur la participation des adolescents et des jeunes. Il leur propose un programme

de développement des connaissances sur les traitements pour les inciter à ne manquer aucun rendez-vous, à ne manquer aucune dose de médicament et à réduire leur charge virale à zéro. La participation à l'Opération Triple Zéro est associée à des améliorations substantielles de l'observance auto-déclarée et de la suppression de la charge virale¹⁰². Il conviendrait de fournir un soutien aux adolescents et aux jeunes pour les aider à divulguer leur statut sérologique, en impliquant les parents ou les prestataires de soins primaires, les travailleurs de santé et les pairs adolescents.

108. Le tableau de bord #UPROOT régi par les jeunes illustre un processus de suivi et de plaidoyer communautaire dirigé par des jeunes pour tenir les pouvoirs publics responsables vis-à-vis de leurs engagements pris en matière de droits à la santé sexuelle et reproductive, de lutte contre le VIH et d'égalité des sexes. Le tableau de bord piloté par les jeunes a été développé par eux et pour eux. Il comprend des sections pour évaluer les progrès réalisés par les pays dans la création d'un environnement habilitant, y compris des lois et politiques protectrices qui garantissent aux jeunes l'accès à des services de prise en charge du VIH et à des services de santé sexuelle et reproductive.
109. Il est prioritaire de soutenir les adolescentes et les jeunes femmes enceintes qui vivent avec le VIH pour qu'elles restent dans le parcours de soins et parviennent à supprimer leur charge virale et à la maintenir à un niveau nul. Au Kenya, le programme AIDSFree Jielimische Uzazi na Afya emploie des équipes de visite à domicile qui se composent d'un pair faisant office de mentor, d'un superviseur et d'un facilitateur familial pour rencontrer et conseiller les adolescentes enceintes et les jeunes mères. Toutes les femmes enceintes et qui allaitent au sein ayant participé au programme ont bénéficié d'un dépistage du VIH, 94 % des participantes ont donné naissance à leur bébé avec l'aide d'une accoucheuse qualifiée (taux beaucoup plus élevé que la moyenne nationale de 61 %) et toutes les femmes enceintes diagnostiquées séropositives au VIH ont été aiguillées vers un traitement antirétroviral²⁰.
110. Pour être significative, l'autonomisation des adolescents impose également des changements appropriés des lois et politiques qui lui font obstacle. Les lois sur l'âge du consentement et les autres politiques qui limitent l'accès des adolescents aux services de prévention, de dépistage et de traitement doivent être supprimées. De même, l'abrogation des lois qui criminalisent ou qui pèsent autrement sur les jeunes membres des populations clés est également essentielle si l'on veut autonomiser efficacement les adolescents pour qu'ils servent d'agents du changement au sein de la riposte au VIH.

Angola, Madagascar, Mozambique, Zambie et Zimbabwe : Renforcer les environnements juridiques et politiques pour réduire les risques d'infection à VIH et améliorer la santé sexuelle et reproductive des jeunes des populations clés

L'initiative 'Linking Policy to Programmes' (*relier les politiques aux programmes*) a pour objectif d'améliorer les résultats de la santé sexuelle et reproductive chez les jeunes des populations clés en renforçant leurs droits liés dans les lois, politiques et stratégies dans cinq pays de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC).

Le projet soutient les capacités des gouvernements nationaux, des organisations de la société civile et de la SADC à plaider pour des environnements politiques et juridiques renforcés dans les domaines de la lutte contre le VIH et de la santé sexuelle et reproductive, et à les mettre en place. Ces environnements doivent être respectueux des droits des jeunes des populations clés et améliorer les services qui leur sont

destinés. Le projet entend aussi renforcer des indicateurs et des processus de suivi et d'évaluation appropriés pour responsabiliser les parties engagées.

Le projet est le premier à ouvrir des espaces pour que les jeunes des populations clés fassent entendre leurs préoccupations. L'une des réalisations majeures a été l'élaboration de la Stratégie de la SADC pour les populations clés – qui a été approuvée par les ministres de la Santé des États-membres en novembre 2017. En Angola, les jeunes des populations clés ont participé au projet et contribué aux discussions qui ont conduit à une dépénalisation des relations sexuelles entre personnes de même sexe. Au Zimbabwe, les jeunes des populations clés interagissent avec les parlementaires sur la question de la révision de l'âge du consentement pour le mariage et l'accès aux services de santé.

UNAIDS/PCB (45)/CPR3

Conclusion : Les moyens d'avancer

111. Bien que des progrès substantiels aient été enregistrés dans la réduction du tribut payé par les enfants et les jeunes à l'épidémie de sida, la communauté mondiale est loin d'atteindre les objectifs mondiaux de lutte contre le VIH et d'avoir posé les fondations suffisantes pour mettre un terme à l'épidémie parmi les enfants et les jeunes.
112. Le maintien du *statu quo* est la garantie d'un échec. Nous devons nous efforcer de mettre rapidement et efficacement en œuvre des solutions susceptibles de changer la donne qui permettent d'atteindre des résultats concrets pour les enfants, les adolescents et les jeunes affectés par le VIH et qui remettent le monde sur la bonne voie pour éradiquer l'épidémie. Les pays doivent mettre en œuvre et déployer à grande échelle un ensemble d'actions prioritaires qui :
- a. identifient de toute urgence les causes des nouvelles infections à VIH chez les nourrissons et utilisent des interventions basées sur le concret pour optimiser la fourniture de services de PTME et de santé maternelle et infantile. Il conviendrait que les pays se servent des outils d'analyse, comme le modèle Spectrum promu par l'ONUSIDA qui leur permet d'identifier avec une précision accrue les lacunes des programmes de PTME et d'analyser si les nouvelles infections à VIH chez les nourrissons se produisent du fait de :
 - la contamination d'une mère par le VIH durant la grossesse ou l'allaitement au sein, laquelle transmet ultérieurement cette infection au bébé,
 - le manque d'accès des femmes enceintes et qui allaitent au sein aux services prénatals et de PTME, la mère vivant avec le VIH ne recevant pas de traitement antirétroviral pendant la grossesse et l'allaitement au sein, et
 - l'abandon par les mères du traitement contre le VIH pendant la grossesse ou l'allaitement au sein ;
 - b. introduisent et déploient efficacement à grande échelle le diagnostic précoce chez les nourrissons sur le lieu de soins afin de lutter contre l'insuffisance des dépistages chez les nourrissons et de rechercher activement les enfants 'oubliés' dans la cascade d'interventions de la PTME grâce à un déploiement à grande échelle du dépistage familial et indicateur ainsi que du dépistage ciblé du VIH dans des points d'entrée particulièrement propices

(ex : services de traitement antirétroviral, de traitement de la tuberculose, de prise en charge de la malnutrition, services d'hospitalisation, programmes ciblant les adolescents, lieux de prise en charge des IST, du planning familial et de soins ambulatoires pour les enfants bien portants) ;

- c. adoptent des schémas thérapeutiques améliorés proposés dans des formulations appropriées contre le VIH et les infections liées au VIH tout le long du cycle de vie, en garantissant un accès équitable des enfants, adolescents et jeunes à un suivi approprié du traitement et à un soutien à l'observance de leur traitement ;
- d. introduisent des modèles différenciés pour identifier et aiguiller les enfants, les adolescents et les jeunes (y compris ceux des populations clés) vers les services de prévention, de traitement et de soins, et les maintenir dans le parcours de soins – en renforçant les aiguillages vers les établissements communautaires, en investissant dans des solutions numériques et en garantissant l'accès des jeunes à un ensemble complet de services pour leur santé et leur bien-être ;
- e. investissent dans des solutions de prévention primaire du VIH, avec un mix optimal d'interventions soutenues biomédicales, comportementales et structurelles. Il conviendrait que ces interventions incluent une éducation complète à la sexualité, un maintien des filles dans les écoles tout le long du cycle secondaire, une autonomisation économique des adolescentes et des jeunes femmes, une circoncision masculine médicale volontaire pour les garçons adolescents et les jeunes hommes, une programmation du préservatif, un traitement préexposition, une utilisation efficace de communications stratégiques, une élimination de la stigmatisation et la discrimination, et un ciblage efficace des groupes exposés au risque d'infection, et
- f. s'attaquent aux facteurs structurels qui accroissent la vulnérabilité au VIH des jeunes des populations clés ainsi que des adolescentes et des jeunes femmes (ex : inégalités hommes-femmes, mariage précoce, violence sexiste, lois sur l'âge du consentement, criminalisation des populations clés et obstacles juridiques à l'accès aux stratégies de réduction des risques).

RÉFÉRENCES

1. Marston M, Becquet R, Zaba B, al. e. Net survival of perinatally and postnatally HIV-infected children: a pooled analysis of individual data from sub-Saharan Africa. *Int J Epidemiol.* 2011;40:385-96.
2. Newell M, Coovadia H, Cortina-Borja M, al. e. Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis. *Lancet.* 2004;364:1236-43.
3. Bourne D, Thompson M, Brody L, al. e. Emergency of a peak in early infant mortality due to HIV/AIDS in South Africa. *AIDS.* 2009;23:101-6.
4. CDC. Violence against Children Surveys: Towards a Violence-Free Generation Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2017 [Available from: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/vacs/index.html>].
5. Swedo E, Sumner S, Msungama W, Massetti G, Kalanda M, Saul J, et al. Childhood Violence Is Associated with Forced Sexual Initiation Among Girls and Young Women in Malawi: A Cross-Sectional Survey. *J Pediatrics.* 2019;208:265-72.
6. VandeEnde K, Chiang L, Mercy J, Shawa M, Hamela J, Maksud N, et al. Adverse childhood experiences and HIV sexual risk-taking behaviours among young adults in Malawi. *Journal of Interpersonal Violence.* 2018;33(11):1710-30.
7. Amo-Adjiel J, Tuoyire D. Timing of sexual debut among unmarried youths aged 15-24 years in sub-Saharan Africa. *J Biosoc Sci.* 2018;50(2):161-77.
8. World Population Prospects 2019, Online Edition. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2019.
9. Baggaley R, Armstrong A, Dodd Z, Ngoksin E, Krug A. Young key populations and HIV: a special emphasis and consideration in the new WHO Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations. *J Int AIDS Soc.* 2015;18((Suppl. 1)):19438.
10. Cluver L, Orkin R, Campeau L, Toska E, Webb D, Carlqvist A, et al. Improving lives by accelerating progress towards the UN Sustainable Development Goals for adolescents living with HIV: a prospective study. *Lancet Child & Adolescent Health.* 2019;3(4):245-54.
11. Webb D, Cluver L, Luo C. Evolution of extinction? Paediatric and adolescent HIV responses in the Agenda 2030 era. *J Int AIDS Soc.* 2018;21(51):e25071.
12. STRIVE. Addressing the structural drivers of HIV: A STRIVE synthesis. London: London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2019.
13. WHO. How can violence against children be prevented? Geneva: World Health Organization; 2013.
14. UNAIDS. AIDSinfo. Geneva: United Nations Programme on HIV/AIDS; 2019.
15. UNAIDS. Start Free Stay Free AIDS Free: 2019 report. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2019.
16. WHO. HIV cases -- Pakistan. Geneva: World Health Organization; 2019.
17. Abubeker F, Fanta M, Dalton V. Unmet Need for Contraception among HIV-Positive Women Attending HIV Care and Treatment Service at Saint Paul's Hospital Millennium Medical College, Addis Ababa, Ethiopia. *Int J Reproduct Health.* 2019:3276780.
18. Ahmed K, Baeten J, Beksinka M, Bekker L, Bukusi E, Donnell D, et al. HIV incidence among women using intramuscular depot medroxyprogesterone acetate, a copper intrauterine device, or a levonorgestrel implant for contraception: a randomised, multicentre, open-label trial. *Lancet.* 2019;394(10195):303-13.
19. UNICEF. Antenatal care New York: UNICEF; 2019 [Available from: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/>].
20. UNAIDS. Community at the Centre: Defending rights, breaking barriers, reaching people -- 2019 Global AIDS update. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2019.

21. UNAIDS. The western and central Africa catch-up plan: Putting HIV treatment on the fast-track by 2018. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2016.
22. Musarandega R, Machezano R, Chideme M, Muchuchuti C, Mushavi A, AMahomva A, et al. PMTCT Service Uptake Among Adolescents and Adult Women Attending Antenatal Care in Selected Health Facilities in Zimbabwe. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2017;75(2):148-55.
23. Paediatric estimates. Bern: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Predictions; 2019.
24. Okoli J, Lansdown G. Barriers to successful implementation of prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) of HIV programmes in Malawi and Nigeria a critical literature study. *Pan Afr Med J*. 2014;19:154.
25. Omonaiye O, Kuslijc S, Nicholson P, Manias E. Medication adherence in pregnant women with human immunodeficiency virus receiving antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMC Public Health*. 2018;18:805.
26. Musumari P, Feldman M, Techasrivichien T, Wouters E, Ono-Kihara M, Kihara M. "If I have nothing to eat, I get angry and push the pills bottle away from me": A qualitative study of patient determinants of adherence to antiretroviral therapy in the Democratic Republic of Congo. *AIDS Care*. 2013;25(10):1271-7.
27. Penda C, Ndongo F, Bissek A, Tejiokem M, Sofeu C, Ebombou E, et al. Practices of Care to HIV-Infected Children: Current Situation in Cameroon. *Clin Med Insights: Pediatrics*. 2019.
28. Saito S, editor Population HIV Impact Assessments: What We Can Learn About Paediatric HIV. 10th IAS Conference on HIV Science (International Workshop on HIV Paediatrics); 2019; Mexico City.
29. Akwara P, Noubary B, Lim Ah Ken P, Johnson K, Yates R, Winfrey W, et al. Who is the vulnerable child? Using survey data to identify children at risk in the era of HIV and AIDS. *AIDS Care*. 2010;22(9):1066-85.
30. Bertagnolio S, editor The role of pre-treatment NNRTI drug resistance and DTG use -- evidence from the 2019 Global Report on HIVDR. 10th IAS Conference on HIV Science; 2019; Mexico City.
31. Shiferaw M, Endelamaw D, Hussien M, Agegne M, Amare D, Estifanos F, et al. Viral suppression rate among children tested for HIV viral load at the Amhara Public Health institute, Bahir Dar, Ethiopia. *BMC Infect Dis*. 2019;19:419.
32. JM; H, Genberg B, Keter A, Musick B, Apondi E, Gardner A, et al. Viral suppression among children and their caregivers living with HIV in western Kenya. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(4):e25272.
33. Mutgana J, Mutembo S, Ezeamama A, Song X, Fubisha R, Mutesu-Kapembwa K, et al. Predictors of loss to follow-up among children among long-term antiretroviral therapy in Zambia (2003-2015). *BMC Public Health*. 2019;19(1):1120.
34. Fox M, Rosen S. Systematic review of retention of pediatric patients on HIV treatment in low and middle-income countries 2008-2013. *AIDS Behav*. 2015;29(4):493-502.
35. WHO. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treatment and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach Geneva: World Health Organization; 2016.
36. Chatterjee A, Tripathi S, Gass R, Humunime N, Panha S, Kiyaga C, et al. Implementing services for Early Infant Diagnosis (EID) of HIV: a comparative descriptive analysis of national programs in four countries. *BMC Public Health*. 2011;11:553.
37. Wexler C, Cheng A, Gautney B, Finocchiaro-Kessler S, Goggin K, Khamadi S. Evaluating turnaround times for early infant diagnosis samples in Kenya from 2011-2014: a retrospective analysis of HITSytem program data. *PLoS ONE*. 2017;12(8):e0181005.

38. Motswere-Chirwa C, Voetsch A, Lu L, Letsholathebe V, Lekone P, Machakaire E, et al. Follow-Up of Infants Diagnosed with HIV -- Early Infant Diagnosis Program, Francistown, Botswana, 2005-2012. *MMWR*. 2014;63(7):158-60.
39. Pati R, Alemnji G, Sullivan D. Viral Load and Early Infant Diagnosis (VL/EID) Implementation Subject Matter Experts (ISMEs) Reference Manual. PEPFAR VL/EID ISME Community of Practice; 2019.
40. Singh J, Filteau S, Todd J, Gumede-Moyo S. Progress in the performance of HIV early infant diagnosis services in Zambia using routinely collected data from 2006 to 2016. *BMC Public Health*. 2018;18:1297.
41. Spooner E, Govender K, Reddy T, Ramjee G, Mbadi N, Singh S, et al. Point-of-care HIV testing best practice for early infant diagnosis: an implementation study. *BMC Public Health*. 2019;19:731.
42. Bianchi F, Cohn J, Dunning L, Sackes E, Walkensky R, Mukherjee S, et al. Evaluation of a routine point-of-care intervention for early infant diagnosis of HIV: an observational study in eight African countries. *Lancet HIV*. 2019;6(6):e373-e81.
43. Jani IV, Meggi B, Loquiha O, Tobaiwa O, Mudenyanga C, Zitha A, et al. Effect of point-of-care early infant diagnosis on antiretroviral therapy initiation and retention of patients. *AIDS*. 2018;32(11):1453-63.
44. Mwenda R, Fong Y, Magombo T, Saka E, Midiani D, Mwase C, et al. Significant Patient Impact Observed Upon Implementation of Point-of-Care Early Infant Diagnosis Technologies in an Observational Study in Malawi. *Clinical Infectious Diseases*. 2018;67(5):701-7.
45. EGPAF. Point-of-Care early Infant Diagnostis in Rwanda. Elizabeth Glazer Paediatric AIDS Foundation; Unitaidd; Republic of Rwanda Ministry of Health; Rwanda Biomedical Center; 2019.
46. Ahmed S, Sabelli R, Simon K, Rosenberg N, Kavulta E, Harawa M, et al. Index case finding facilitates identification and linkage to care of childre and young persons living with HIV/AIDS. *Tropical Medicine & International Health*. 2017;22(8):1021-9.
47. Luyrika E, Towle M, Achan J, Muhangi J, Senyimba C, Lule F, et al. Scaling Up Paediatric HIV Care with an Integrated, Family-Centred Approach: An Observational Case Study from Uganda. *PLoS ONE*. 2013;8(8):e69548.
48. Bollinger A, Chamla D, Kitetele F, Salamu F, Putta N, Tsague L, et al., editors. The impact of the family-centred appraoach on paediatric HIV in DRC. 22nd International AIDS Conference; 2018; Amsterdam.
49. Penda C, Moukoko C, Koum D, Fokam J, Meyong C, Talla S, et al. Feasibility and utility of active case finding of HIV-infected children and adolescents by provider-initiated testing and counselling: evidence from the Laquintinie hospital in Douala, Cameroon. *BMC Pediatrics*. 2018;18(1):259.
50. Govindasamy D, Ferrand R, Wilmore S, Ford N, Ahmed S, Afnan-Holmes H, et al. Uptake and yield of HIV testing and counselling among children and adolescents in sub-Saharan Africa. *J Int AIDS Soc*. 2015;18:20182.
51. Agbeko F, Djadou K, Fiawoo M, Takassi E, Axoumah D, Ayitou A, et al. Provider-Initiated Testing and Counseling in Pediatric Units in Togo, 2013-2014: Results of Two Years Implementation. *Journal of AIDS & Clinical Research*. 2017;8(5):1000697.
52. Thurstans S, Kerac M, Maleta K, Banda T, Nesbitt A. HIV prevalence in severely malnourished children admitted to nutrition rehabilitation units in Malawi: Geographical & seasonal variations a cross-sectional study. *BMC Pediatrics*. 2008;8:22.
53. WHO. Policy brief: update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens, HIV treatment. Geneva: World Health Organization; 2019.
54. CHAI. HIV Market Report: The state of HIV treatment, testing, and prevention in low- and middle-income countries. Clinton Health Access Initiative; 2019.

55. Kim M, Wanless R, Caviness A, Golin R, Amzel A, Ahmed S, et al. Multimonth prescription of antiretroviral therapy among children and adolescents: experiences from the Baylor International Paediatric HIV Initiative in six African countries. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2018;78 (Supp. 2):S71-S80.
56. Grimsrud A, Bygrave H, Wilkinson L. The case for family-centred differentiated service delivery for HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2018;78 (Supp. 2):S124-S7.
57. WHO. Key considerations for differentiated antiretroviral therapy delivery for specific populations: children, adolescents, pregnant and breastfeeding women and key populations. Geneva: World Health Organization; 2017.
58. WHO. INSPIRE: seven strategies for ending violence against children. Geneva: World Health Organization; 2016.
59. Petersen M, Balzer L, Kwarsilima D, Sang N, Chamie G, Ayieko J, et al., editors. SEARCH test and treat study in Uganda and Kenya exceeds the UNAIDS 90-90-90 cascade target by achieving 81% viral suppression after 2 years. International AIDS Conference; 2016; Durban.
60. Musingo O, Bangiarana P, Kigwama P, Okoth R, Kumar M. Neurocognitive functioning of HIV positive children attending the comprehensive care clinic at Kenyatta national hospital: exploring neurocognitive deficits and psychosocial risk factors. *AIDS Care*. 2018;30(5):618-22.
61. WHO. Guideline on HIV Disclosure Counseling for Children Up to 12 Years of Age. Geneva: World Health Organization; 2011.
62. McHenry M, Nyandiko W, Scanlon M, Fischer L, McAteer C, Aluoch J, et al. HIV Stigma: Perspectives from Kenyan Child Caregivers and Adolescents Living with HIV. *J Int Assoc Provid AIDS Care*. 2017;16(3):215-25.
63. Bikaako-Kajura W, Luyirika E, Purcell D, Downing J, Kaharuza F, Mermin J, et al. Disclosure of HIV Status and Adherence to Daily Drug Regimens Among HIV-infected Children in Uganda. *AIDS Behav*. 2006.
64. Doyle A, Mavedzenge S, Plummer M, Ross D. The sexual behaviour of adolescents in sub-Saharan Africa: patterns and trends from national survey. *Tropical Medicine & International Health*. 2012;17(7):796-807.
65. Durowade K, Babatunde O, Omakanye L, Elegbede O, Ayodele L, Adewoye K, et al. Early sexual debut: prevalence and risk factors among secondary school students in Ido-ekiti state, South-West Nigeria. *Afr Health Sci*. 2017;17(3):614-22.
66. Richter L, Mabso M, Ramjith J, Norris A. Early sexual debut: Voluntary or coerced? Evidence from longitudinal data in South Africa -- the Birth to Twenty Plus study. *S Afr Med J*. 2015;105(4):304-7.
67. Pariona A. Countries with the Youngest Mother's Average Age of First Birth. *WorldAtlas*. 2017.
68. Davis S, Toledo C, Lewis L, Cawood C, Bere A, et al, editors. Association between HIV and sexually transmitted infections and partner circumcision among women in uMgungundlovu District, South Africa: a cross-sectional analysis of HIPSS baseline data. 2017 IAS Meeting on HIV Science; 2017; Paris.
69. Ortbland K, Barnighausen T, Chimbindi N, Masters S, Salomon J, Harling G. Predictors of male circumcision incidence in a traditionally non-circumcising South African population-based cohort. *PLoS ONE*. 2018;13(12):e0209172.
70. UNAIDS. HIV Prevention 2020 Roadmap: Accelerating HIV prevention to reduce new infections by 75%. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2017.
71. Saul J, Bachman G, Allen S, Toiv N, Cooney C, Beamon T. The DREAMS core package of interventions: A comprehensive approach to preventing HIV among adolescent girls and young women. *PLoS ONE*. 2018;13(12):e0208167.
72. Brown K, Williams D, Kinchen S, Saito S, Radin E, Patel H, et al. Status of HIV epidemic control among adolescents girls and young women aged 15-24 years: seven African countries, 2015-2017. *MMWR*. 2018;67:29-32.

73. The fifth South African national HIV prevalence, incidence, behaviour and communications survey 2017. Pretoria: Human Science Research Council; 2017.
74. Ryscavage P, Anderson E, Sutton S, Reddy S, Taiwo B. Clinical outcomes of Adolescents and Young Adults in Adult HIV Care. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011;58(2):193-7.
75. WHO, PATA. Adolescent Africa: A situational analysis of adolescent HIV treatment and care in sub-Saharan Africa. Geneva: World Health Organization; Paediatric AIDS Treatment for Africa; 2014.
76. National HIV Curriculum: HIV in Adolescents and Young Adults. Seattle: University of Washington; 2019.
77. Williams S, Renju J, Ghilardi L, Wringe A. Scaling a waterfall: a meta-ethnography of adolescent progression through the states of HIV care in sub-Saharan Africa. *J Int AIDS Soc*. 2017;20:21922.
78. UNAIDS. Laws and Policies Analytics Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2019 [
79. Otwombe K, Dietrich J, Laher F, Hornschuh S, Nkala B, Chimoyi L, et al. Health-seeking behaviours by gender of adolescents in Soweto, South Africa. *Glob Health Action*. 2015;8:10,3402.
80. Kim M, Mazenga A, Ahed S, Paul M, Kazember P, Abrams E. High self-reported non-adherence to antiretroviral therapy amongst adolescents living with HIV in Malawi: barriers and associated factors. *J Int AIDS Soc*. 2017;20(1):21437.
81. Cluver L, Meinck F, Toska E, Orkin F, Hodes R, Sherr L. Multitype violence exposures and adolescent antiretroviral nonadherence in South Africa. *AIDS*. 2018;32(8):975-83.
82. Cluver L, Pantelic M, Toska E, Orkin M, Casale M, Bungane N, et al. STACKING the odds for adolescent survival: health service factors associated with full retention in care and adherence amongst adolescents living with HIV in South Africa. *J Int AIDS Soc*. 2018;21(9):e25176.
83. Cluver L, Toska E, Orkin F, Meinck F, Hodes R, Yakubovich A, et al. Achieving equity in HIV-treatment outcomes: can social protection improve adolescent ART-adherence in South Africa. *AIDS Care*. 2016;28 (Supp. 2):73-82.
84. Gray M, Nieburg P, Dillingham R. Pediatric HIV Continuum of Care: A Concise Review of Evidence-Based Practices. *Pediatr Clin North Am*. 2017;64(4):879-91.
85. Tierney R, Jones C, Taggart T, editors. Barriers and facilitators to the successful transition of adolescents living with HIV from pediatric to adult care in low and middle-income countries: A policy review. 10th IAS Conference on HIV Science; 2019; Mexico City.
86. WHO. Fact Sheet: Adolescent Pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2014.
87. WHO. Guidelines on HIV Self-Testing and Partner Notification: Supplement to Consolidated Guidelines on HIV Testing Services. Geneva: World Health Organization; 2016.
88. Figueroa C, Johnson C, Verster A, Baggaley R. Attitudes and Acceptability on HIV Self-Testing Among Key Populations: A Literature Review. *AIDS Behav*. 2015;19(11):1949-65.
89. Baggaley R, Verster A, Macdonald V, Mathers B, Dalal S, Schmidt H, editors. Young key populations in the HIV response. 10th IAS Conference on HIV Science; 2019; Mexico City.
90. Dowshen N, Lee S, Matty Lehman B, Castillo M, Mollen C. IknowUshould2: Feasibility of a Youth-Driven Social Media Campaign to Promote STI and HIV Testing Among Adolescents in Philadelphia. *AIDS Behav*. 2015;19 (Supp. 2):106-11.
91. WHO, UNAIDS. Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents (Volume 1: Standards and criteria).

Geneva: World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2015.

92. WHO. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2013.
93. WHO. Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. Geneva: World Health Organization; 2017.
94. Soeters H, Mark D, Ronan A, Walker D, Ameyan W, Hatana L. Sensitizing health workers to provide responsive care for adolescents and young people living with HIV. Child Survival Working Group.
95. WHO. Updated recommendations on first-line and second-line antiretroviral regimens and post-exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis of HIV. Geneva: World Health Organization; 2018.
96. WHO. Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy. Geneva: World Health Organization; 2017.
97. Cowan F, Mavhu W, Willis N. Policy Brief: Differentiated Service Delivery for Adolescents Living with HIV in Zimbabwe -- the Zvandiri Cluster Randomized Trial. Liverpool School of Tropical Medicine, CeSHHAR Zimbabwe et al.; 2019.
98. PEPFAR. Ariel Adherence Clubs: Increasing Retention in Care and Adherence to Life-Saving Antiretroviral Therapy among Children and Adolescents Living with HIV in Tanzania. U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief; 2018.
99. Ruria E, Masaba R, Kose J, Woelk G, Mwangi E, Matu L, et al. Optimizing linkage to care and initiation and retention on treatment of adolescents with newly diagnosed HIV infection. *AIDS*. 2017;31 (Supp. 3):S253-S60.
100. Shubber Z, Mills E, Nachega J, Vreeman R, Freitas M, Bock P, et al. Patient-Reported Barriers to Adherence to Antiretroviral Therapy: A Systematic review and Meta-Analysis. *PLoS Med*. 2016;13(11):e1002183.
101. UNAIDS. Young people's participation in community-led responses to HIV. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2019.
102. PEPFAR. Operation Triple Zero: Empowering Adolescents and Young People Living with HIV to Take Control of Their Health in Kenya. U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief; 2018.