

CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME ONUSIDA

UNAIDS/PCB (35)/14.23
Date de publication: 21 novembre 2014

TRENTE-CINQUIÈME RÉUNION

DATE : 9-11 décembre 2014

LIEU : Salle du Conseil exécutif, OMS, Genève

Point 6 de l'ordre du jour

**Analyse des carences en matière de traitement, de soins et
d'appui liés au VIH chez les enfants**

Documents supplémentaires au titre de ce point : aucun

Action requise à la réunion – le Conseil de coordination du Programme est invité à :

(Voir décisions aux paragraphes ci-après) :

70. Prendre note du rapport et de l'analyse des carences en matière d'accès des enfants à la thérapie antirétrovirale ;

71. Accueillir avec satisfaction les orientations stratégiques exposées par l'ONUSIDA pour combler les lacunes en matière de traitement des enfants et *encourager* le Programme commun à commencer à mettre en œuvre les mesures présentées.

Conséquences des décisions en termes de coûts : aucune

INTRODUCTION

1. Tandis que la dernière décennie a été remarquable par les progrès historiques accomplis dans la riposte au sida, la situation des enfants se dégrade de plus en plus. Les 3,2 millions (2,9-3,5) d'enfants qui vivent avec le VIH ont beaucoup moins de possibilités d'obtenir des traitements antirétroviraux qui leur sauveront la vie, contrairement aux adultes vivant avec le VIH. Du fait de carences dans les produits de base et les technologies de diagnostic, ainsi que d'obstacles majeurs à l'utilisation efficace des outils de santé qui existent, de nombreux enfants meurent alors que leur décès serait évitable. En 2013 seulement, 190 000 [fourchette : 170 000 – 220 000] enfants sont décédés dans le monde de maladies liées au sida¹.
2. Le Conseil de coordination du Programme de l'ONUSIDA a pris acte de cette carence profonde de la riposte mondiale au sida et est déterminé à utiliser l'influence du Programme commun pour inverser la tendance. À sa 33^{ème} réunion, en décembre 2013, le Conseil a demandé à l'ONUSIDA «de préparer un document de travail et une analyse des carences concernant le traitement, les soins et l'appui en matière de VIH pédiatrique et des objectifs spécifiques assortis de délais pour mettre tous les enfants vivant avec le VIH sous traitement, ainsi qu'une stratégie pour parvenir à ces résultats.»
3. Suite à cette demande, le secrétariat de l'ONUSIDA, en collaboration avec la Fondation Elizabeth Glaser de lutte contre le sida pédiatrique (EGPAF), l'UNICEF et l'OMS, a tenu une consultation mondiale sur le traitement du VIH pédiatrique à Genève, en juin 2014, axée sur les mesures stratégiques permettant de combler les carences en matière d'accès des enfants aux traitements. Des représentants de ministères de la Santé de 12 pays, des acteurs de la mise en œuvre de programmes de traitement du VIH pédiatrique, ainsi que des représentants d'organisations non gouvernementales (ONG), de la société civile, des partenaires des Nations Unies et des organismes donateurs, ont participé à cette consultation au cours de laquelle les groupes de travail ont formulé des recommandations générales visant à améliorer les résultats en matière de santé pour les enfants vivant avec le VIH, notamment un projet de nouvelles cibles relatives au traitement du VIH pédiatrique pour 2020. En accueillant avec satisfaction de nouvelles cibles pour les enfants, les participants ont également souligné qu'il était nécessaire de dépister *tous* les enfants exposés au VIH et de commencer un traitement pour *tous* les enfants exposés au VIH chez lesquels l'infection a été diagnostiquée.
4. À sa 34^{ème} réunion, en juillet 2014, le Conseil de coordination du Programme a appelé les États Membres et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (Programme commun) à « *rechercher, conformément à notre vision commune de l'objectif zéro, un engagement clair dans le programme de développement de l'après-2015 pour mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace pour la santé publique et qu'obstacle au développement durable en général d'ici à 2030, défini provisoirement comme la réduction rapide des nouvelles infections à VIH, de la stigmatisation et de la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et des populations vulnérables ainsi que des*

¹ Estimations de l'ONUSIDA pour 2013.

populations clés, et des décès liés au sida de 90% par rapport aux niveaux de 2010, au moyen d'interventions fondées sur des données probantes afin d'inclure l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH, de sorte que le sida ne représente plus une menace majeure pour aucune population et pour aucun pays. »

5. Depuis la réunion du Conseil de coordination du Programme de décembre, une initiative accélérée a été lancée pour que, de concert, impulsion soit donnée à la suppression des carences en matière d'accès au traitement du VIH et de prévention en atteignant les populations clés à haut risque dans les pays concernés. Afin de respecter l'engagement qu'a pris le Conseil de l'ONUSIDA de supprimer l'épidémie de sida d'ici 2030, cette initiative propose des cibles relatives au traitement pour 2020. Aussi appelées «90-90-90», ces cibles permettront à 90 % personnes des personnes vivant avec le VIH de connaître leur statut, à 90 % des personnes qui le connaissent d'accéder au traitement anti-VIH et à 90 % des personnes prenant un traitement anti-VIH de parvenir à supprimer le virus d'ici 2020.
6. Depuis cette même réunion de décembre, il y a de nouvelles données sur le dépistage du VIH et la couverture du traitement chez les enfants. En répondant à la demande du Conseil de coordination du Programme, formulée à sa 33^{ème} réunion, le Programme commun a tenu compte des estimations épidémiologiques les plus récentes concernant les enfants vivant avec le VIH, ainsi que des rapports de pays établis dans le cadre du système d'établissement de rapports sur les avancées réalisées dans la riposte mondiale au sida et des différents partenaires associés au dépistage du VIH et au traitement des besoins des enfants en matière de thérapie.
7. Sur la base des mesures et des initiatives présentées dans le contexte élargi de la redéfinition des cibles de la riposte à VIH, le présent rapport répond à la demande formulée par le Conseil de coordination du Programme à sa 33^{ème} réunion en ce qu'il évalue et analyse les lacunes en matière de traitement du VIH pédiatrique, qu'il expose les cibles spécifiques assorties de délais concernant le repérage des enfants vivant avec le VIH et les relie aux services de traitement vital et qu'il décrit des orientations stratégiques à suivre pour parvenir à une mise en œuvre efficace et à temps des nouvelles cibles. Après la description de ces cibles, le rapport présente les obstacles et difficultés à surmonter, les nouvelles opportunités à saisir et à multiplier et les mesures à prendre pour accélérer les progrès accomplis sur la voie de la suppression de l'épidémie de sida chez les enfants.

ANALYSE DE LA SITUATION

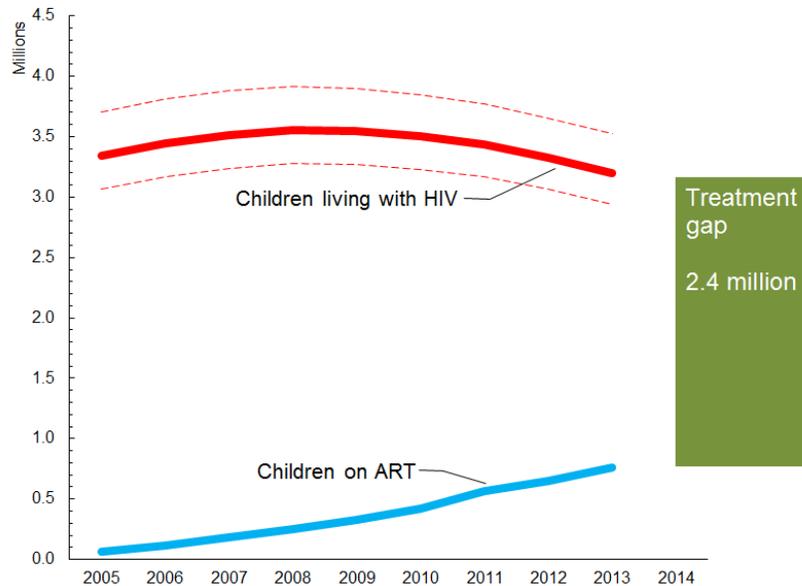
Lacunes en matière de traitement des enfants : situation actuelle des enfants vivant avec le VIH

8. Tandis que 38 % [36-40 %] des adultes vivant avec le VIH avaient obtenu un traitement antirétroviral en 2013, seuls 24 % [22-26 %] des enfants (âgés de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH en avaient reçu un². La couverture du traitement chez les enfants est particulièrement basse dans plusieurs des pays les plus durement touchés. Au Nigéria, pays qui, d'après les estimations, abrite le plus grand nombre d'enfants vivant avec le VIH, seuls 12 % [10-13 %] des enfants vivant avec le VIH

² Estimations de l'ONUSIDA pour 2013.

avaient reçu un traitement antirétroviral en 2013³. En République démocratique du Congo, la couverture du traitement chez les enfants était de 8 % [6-9 %] en 2013⁴. Seul un enfant sur sept vivant avec le VIH (14 % [10-22 %]) recevait un traitement antirétroviral en Angola¹. Dans 16 pays d'Afrique subsaharienne, moins de 10 % des enfants vivant avec le VIH ont obtenu un traitement antirétroviral en 2013⁵.

Treatment gap in children, global



La couverture du traitement chez les enfants varie selon les régions. En 2013, elle était de 64 % [42-84 %] en Amérique latine, de 32 % [25-35 %] en Asie-Pacifique, de 24 % [20-28 %] dans les Caraïbes, de 22 % [20-24 %] en Afrique subsaharienne et de 11 % [8-15 %] en Afrique du Nord et au Moyen-Orient⁶. En Afrique subsaharienne, elle est généralement inférieure, souvent de beaucoup, dans les pays d'Afrique centrale et de l'Ouest par rapport aux pays d'Afrique australe et orientale⁷.

9. Dans le monde, 3,2 [2,9-3,5] millions d'enfants de moins de 15 ans vivaient avec le VIH en 2013⁸. Même si la prévention des nouvelles infections chez les enfants ne cesse de progresser, le nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement antirétroviral demeure important. Si les services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant continuent de s'intensifier, d'après les estimations réalisées dans une étude

³ Estimations de l'ONUSIDA pour 2013.

⁴ Estimations de l'ONUSIDA pour 2013.

⁵ Estimations de l'ONUSIDA pour 2013.

⁶ Estimations de l'ONUSIDA pour 2013.

⁷ Estimations de l'ONUSIDA pour 2013.

⁸ Estimations de l'ONUSIDA pour 2013.

de l'ONUSIDA et de l'OMS, en 2020⁹, 1,67 million d'enfants vivant avec le VIH auront toujours besoin d'un traitement antirétroviral dans les 21 pays prioritaires du *Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie* (Plan mondial).

10. Les carences persistantes en matière de traitement ont des conséquences vitales immédiates pour les enfants infectés par une transmission périnatale précoce. La moitié des enfants vivant avec le VIH décèdent avant leur deuxième anniversaire sans avoir reçu de traitement antirétroviral, le pic de mortalité se situant entre la sixième et la huitième semaine de vie. Cela montre combien il est urgent de poser un diagnostic chez les enfants à la naissance, ou le plus tôt possible après l'accouchement, et de commencer très tôt un traitement approprié^{10 11}. Débuter le traitement du VIH dans les 12 premières semaines de vie réduit la mortalité des enfants liée au VIH de 75 %¹². Comme les besoins en matière de traitement du VIH pédiatrique ne sont pas satisfaits, le recul des décès d'enfants liés au sida est largement inférieur à la diminution des nouvelles infections à VIH chez les enfants. Les enfants, soit 9 % des personnes vivant avec le VIH, représentaient, en 2013, 13 % des décès liés au sida.

Raisons des carences en matière de traitement des enfants

11. Le fait que les enfants soient défavorisés en matière d'accès au traitement vital découle d'une série de lacunes et de difficultés liées aux programmes qui touchent chaque étape garantissant la séquence de soins pédiatriques.

Obstacles à un diagnostic à temps du VIH chez les enfants

12. Les enfants de mères vivant avec le VIH étant porteurs d'anticorps maternels VIH pendant un maximum de 18 mois, des tests plus sophistiqués de repérage de la présence d'ADN ou d'ARN viral sont nécessaires pour diagnostiquer le VIH chez les jeunes enfants. Cette forme de dépistage dépendant essentiellement de laboratoires centralisés, les centres de santé utilisent généralement des taches de sang séché qui sont ensuite transférées aux laboratoires pour analyse.
13. Le dépistage du VIH doit se faire très rapidement après la naissance d'un bébé de mère vivant avec le VIH car le pic de mortalité des nourrissons vivant avec le VIH se situe entre la sixième et la huitième semaine de vie¹³. Un dépistage doit être effectué pendant toute la période d'allaitement, lorsque le risque de transmission du VIH demeure élevé. L'OMS recommande un dépistage virologique entre la quatrième et

⁹ OMS, *Marche 2014 supplement to the 2013 Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treatment Preventing HIV Infection*, Genève, OMS, 2014.

¹⁰ Penazzato M et al., *Optimization of antiretroviral therapy in HIV-infected children under 3 years of age: a systematic review*, *AIDS*, 2014, 28(Supp. 2), S137-S146.

¹¹ Newell ML et al., « Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis », *Lancet*, 2004, 364:1236-43.

¹² Cotton MR et al., « Early time-limited antiretroviral therapy versus deferred therapy in South African infants infected with HIV : results from the children with HIV early antiretroviral (CHER) randomised trial », *Lancet*, 2013, 382 :1555-1563.

¹³ Bourne DE et al., *Emergence of a peak in early infant mortality due to HIV/AIDS in South Africa*, *AIDS*, 2009, 23:101-6.

la sixième semaine de vie, ou dès que possible à partir de la sixième semaine¹⁴. Il est à noter que les algorithmes pour le dépistage des enfants est en cours de révision.

14. Cependant, en 2013, seuls 42 % des nourrissons exposés au VIH ont bénéficié de services de diagnostic précoce au cours de leurs deux premiers mois de vie¹⁵. Outre ce problème, les enfants qui ne bénéficient pas des procédures de dépistage normales ne n'ont par la suite pas accès au dépistage, bien que les enfants des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire aient souvent accès à un large éventail de services sanitaires, éducatifs et sociaux. Le dépistage du VIH est rarement proposé pour les enfants qui ont accès à des services réservés aux enfants (vaccination, nutrition, enfants placés, bénéficiaires de protection sociale). Par conséquent, souvent, aucun test VIH concluant n'est effectué après la fin de l'allaitement.
15. Bien que le développement de la technique de collecte d'échantillons de taches de sang séché aux fins de diagnostic précoce chez les enfants représente une nouvelle étape dans la réponse aux besoins de diagnostic des jeunes enfants vivant avec le VIH, le fait que l'on doive s'appuyer sur des laboratoires centralisés pour effectuer les tests virologiques est lié à des coûts de transport accrus, à un allongement du délai de communication des résultats et à d'autres difficultés. Des études portant sur plusieurs pays indiquent que 51% des enfants séropositifs d'après ces tests n'en reçoivent jamais le résultat¹⁶.
16. Bien que les carences en matière de dépistage pour les enfants soient considérables, il y a des tendances encourageantes sur lesquelles s'appuyer. Depuis 2007, le nombre d'établissements recueillant des échantillons pour un diagnostic précoce dans le monde est passé de 200 à plus de 10 000. En 2013, plus d'un million de tests de ce type a été réalisé dans des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire¹⁷. Le coût des technologies de diagnostic précoce a chuté et un marché fortement fragmenté est désormais constitué d'un nombre limité de produits combinés.
17. Parmi les faits nouveaux les plus prometteurs en matière de diagnostic précoce chez les enfants figure l'émergence d'une série de nouveaux outils de diagnostic qui pourraient permettre de surmonter certaines des difficultés liées aux tests actuels d'ADN en laboratoire. Un test de la charge virale pouvant être exécuté sur le lieu de soins est déjà sur le marché, même s'il n'a pas été préqualifié par l'OMS, et plusieurs tests de la charge virale sur le lieu de soins devraient être disponibles dans les deux ans à venir¹⁸. Trois tests sur le lieu de soins pour le diagnostic chez l'enfant sont en cours d'élaboration, dont deux qui feront leur entrée sur le marché d'ici quelques mois¹⁹. Ces technologies sur le lieu de soins pourraient permettre de ne plus avoir à envoyer d'échantillons de taches de sang séché pour un dépistage dans

¹⁴ OMS, *Diagnosis of HIV infection in infants and children: WHO recommendations*, Genève, OMS, 2010.

¹⁵ OMS, *Global update on the health sector response to HIV*, Genève, OMS, 2014.

¹⁶ Chatterjee A et al., *Implementing services for Early Infant Diagnosis (EID) of HIV: a comparative descriptive analysis of national programmes in four countries*, BMC Pub Health, 2011, 11:553.

¹⁷ Katz. « Scaling up infant diagnosis: market-related challenges and enabling linkage to care », Forum d'UNITAID sur le marché du VIH, avril 2014.

¹⁸ Katz, 2014.

¹⁹ Katz, 2014.

des laboratoires centralisés, ce qui supprimerait un grand temps d'attente et réduirait au minimum le non-suivi. Enfin, il est probablement nécessaire que les outils des laboratoires centralisés et ceux sur le lieu de soins servent ensemble à poser en temps voulu un diagnostic chez les enfants vivant avec le VIH dans des infrastructures aux ressources inégales et limitées.

Difficultés liées à la prestation de services

18. Le temps qui s'écoule entre le diagnostic d'infection à VIH chez un enfant et l'obtention de traitement et de soins de santé est conséquent^{20 21 22 23}. Une étude menée au Botswana a conclu que le temps médian qui s'écoulait entre la naissance et le début du traitement anti-VIH était de 23 semaines, période qui dépasse de loin la période du pic de mortalité, et que, en moyenne, il s'écoulait trois semaines entre la réception des résultats du test et le début du traitement. Sur les 79 enfants de l'étude qui sont décédés, 56 sont morts avant d'avoir reçu un traitement anti-VIH²⁴.
19. De nombreux facteurs liés à la prestation de services expliquent ces mauvais résultats. De nombreux travailleurs de santé rechignent à recommander le dépistage du VIH ou à orienter les enfants vers des soins, souvent par manque de connaissances quant à l'importance du diagnostic précoce chez l'enfant et du démarrage, très tôt, du traitement ou par peur que l'administration d'antirétroviraux pour les enfants soit particulièrement complexe²⁵.
20. Même si les données du Malawi, de l'Ouganda et du Zimbabwe indiquent que les ruptures de stocks d'antirétroviraux sont plus fréquentes pour les formules pédiatriques que pour les médicaments pour adultes²⁶, des mesures sont prises pour éviter les pénuries d'antirétroviraux pour les enfants. Le Fonds mondial a pris la tête du Groupe de travail chargé de l'achat d'antirétroviraux pédiatriques et du Consortium d'approvisionnement. Il administre un projet lancé par la Clinton Health Access Initiative (CHAI), avec un financement d'UNITAID. Le Consortium, qui regroupe des partenaires chefs de file, avalise officiellement la formule pédiatrique mise à jour approuvée par l'équipe spéciale interinstitutions sur la prévention et le traitement de l'infection à VIH chez les femmes, les mères et les enfants afin de rationaliser l'accès aux médicaments. Le Consortium réalise également des estimations des demandes des différents partenaires, qui sont communiquées aux fournisseurs, et veille à coordonner les commandes d'une cinquantaine de pays afin de garantir que les commandes de petites quantités soient satisfaites en temps voulu. Avec l'appui d'UNITAID, la CHAI met en œuvre un programme d'appui aux

²⁰ Chamla D et al., *Evidence from the field: missed opportunities for identifying and linking HIV-infected children for early initiation of ARV*, AIDS, 2013, 27(Supp. 2):S139-S146.

²¹ Anaky MF et al., « Scaling up antiretroviral therapy for HIV-infected children in Cote d'Ivoire: determinants of survival and loss to programme », Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 2010, 88:490-9.

²² Phelps BR et al., *Linkage, initiation and retention of children in the antiretroviral therapy cascade: an overview*, AIDS, 2013, Suppl 2:S207-13.

²³ Fenner L et al., « Early mortality and loss to follow-up in HIV-infected children starting antiretroviral therapy in Southern Africa », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2010, 54:524-32.

²⁴ Motswere-Chira C et al., *Follow-up of infants diagnosed with HIV – Early Infant Diagnosis Program, Francistown, Botswana, 2005-2012*, MMWR, 2014, 63:158-160.

²⁵ Phelps BR et al., 2013.

²⁶ Gibb D, « Streamlining investments in clinical trials regulatory pathways, Forum d'UNITAID sur le marché du VIH, avril 2014.

pays en matière d'achat de produits et de coordination avec les fabricants pour optimiser la fiabilité des livraisons.

21. Pour être efficaces, les services de traitement pour les enfants doivent être complets et intégrés. Les enfants vivant avec le VIH vivent souvent dans des communautés ayant un accès limité aux services de santé de base. Même lorsqu'ils ont accès au dépistage du VIH et aux antirétroviraux, de nombreux enfants vivant avec le VIH sont vulnérables aux maladies infectieuses courantes telles que la pneumonie, la diarrhée, le paludisme et la rougeole, ainsi qu'à la malnutrition et à un retard de développement²⁷. Améliorer l'état de santé des enfants vivant avec le VIH passe par un ensemble d'interventions de base efficaces en matière de prévention et de traitement des maladies courantes (vaccination, dépistage de la dénutrition et lutte contre cette maladie, prévention du paludisme au moyen de moustiquaires imprégnées et accès aux traitements de base pour la pneumonie, la diarrhée et le paludisme). Les enfants ont accès au système de santé par le biais de différents points de prestation de services. Il est nécessaire de déterminer les points de convergence des services de santé et de VIH intégrés pour les enfants au plus vite et de soutenir les mesures prises en vue d'améliorer l'état de santé général des enfants.

Spectre d'antirétroviraux inadapté pour les enfants

22. Parce qu'ils ont des besoins différents en matière de traitement médical, que leur métabolisme change et qu'ils ont du mal à avaler des gélules, les enfants ont besoin de formules médicales différentes de celles prescrites pour les adultes. Pour les enfants vivant avec le VIH, l'OMS recommande différents traitements selon l'âge de l'enfant ; elle recommande un traitement de première intention à base d'inhibiteurs de la protéase pour les moins de trois ans.

Les enfants et les Lignes directrices de l'OMS de 2013

Les Lignes directrices consolidées de l'OMS de 2013 plaident en faveur du démarrage immédiat du traitement du VIH chez les moins de cinq ans, quel que soit leur taux de CD4 ou leur stade clinique. Chez les enfants de moins de trois ans, les Lignes directrices recommandent des traitements plus forts (en particulier des traitements associant lopinavir renforcé par le ritonavir). Les Lignes directrices de 2013 plaident en faveur d'un suivi de la charge virale. S'agissant de la prestation de services, l'OMS recommande le transfert de tâches, la décentralisation des services et leur intégration.

23. Cependant, les premiers essais cliniques pour de nouveaux antirétroviraux mettent presque toujours exclusivement l'accent sur les adultes, les enfants et les femmes enceintes en étant généralement exclus. Cela entraîne des retards importants dans la mise à disposition de formules pédiatriques, ainsi que des études de suivi longues et coûteuses visant à valider l'innocuité et l'efficacité, pour les enfants, de médicaments qui se sont avérés efficaces pour le traitement du VIH chez les adultes. Mi-2014, seuls 12 des 29 antirétroviraux approuvés pour les adultes l'avaient été également pour les enfants²⁸. Actuellement, le seul traitement à base d'inhibiteurs de la protéase qui peut être administré aux jeunes enfants (lopinavir renforcé par le ritonavir) peut l'être par un sirop au goût déplaisant. Il ne peut

²⁷ OMS, Observatoire mondial de la Santé (http://www.who.int.gho.child_health/en/index.html)

²⁸ UNITAID, *HIV medicines technology and market landscape*, 2014.

néanmoins pas être administré à la naissance et il doit être conservé au réfrigérateur. Aucun des deux nouveaux antirétroviraux extrêmement prometteurs – dolutegravir et TAF (promédicament du ténofovir) – n’a été validé pour les enfants²⁹. Pour les jeunes enfants qui ne répondent pas aux traitements de première intention à base d’inhibiteurs de la protéase recommandés, les traitements de deuxième intention sont limités. L’absence d’association de médicaments en doses fixes augmente le poids du traitement, ce qui à son tour en réduit l’observance. Actuellement, il n’existe qu’un seul traitement de première intention qui peut être administré par un seul comprimé pour les enfants, même s’il n’existe aucune formulation administré par un comprimé unique pour les traitements privilégiés par l’OMS³⁰. Il y a également des interactions entre les antirétroviraux et les traitements d’autres maladies chez les enfants, principalement la tuberculose.

24. Il existe d’autres facteurs au fait que l’éventail d’antirétroviraux pour les enfants n’est pas optimal. Par exemple, les voies réglementaires à suivre pour les médicaments pour enfants sont plus compliquées que celles qui concernent les médicaments pour adultes³¹. En outre, malgré la modélisation réalisée par l’ONUSIDA et l’OMS qui confirme l’existence d’un marché important pour le traitement du VIH pédiatrique pendant de nombreuses années, certaines compagnies semblent douter qu’il y aura un marché solide pour les nouveaux antirétroviraux, ce qui montre combien il est important de mener des activités de plaidoyer auprès du secteur privé³. Les médicaments pour enfants représentent simplement 7 % du marché mondial des antirétroviraux et il n’existe quasiment aucune demande d’antirétroviraux pédiatriques dans les pays à revenu élevé³².
25. Le prix des antirétroviraux pour enfants dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire (230 USD par patient par an) demeure supérieur à celui des antirétroviraux pour adultes (177 USD) et, tandis que le prix des antirétroviraux pour enfants a baissé, sa diminution a été beaucoup plus modeste que celle observée pour les médicaments pour adultes³³. Les efforts déployés pour diminuer le coût des traitements antirétroviraux pédiatriques devront être associés à un financement supplémentaire pour soutenir une intensification rapide du traitement pour les enfants. De nombreux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ont montré l’exemple en augmentant les dépenses nationales aux fins d’activités liées au VIH³⁴. Cependant, garantir la viabilité sur le long terme des programmes de traitement des enfants peut exiger l’étude de nouveaux modèles de financement, par exemple les garanties de marché ou l’utilisation novatrice des marchés des actions³⁵.
26. Tandis que le nombre de possibilités de traitements amis des enfants n’est toujours pas suffisant, l’éventail d’options a augmenté. Des progrès ont également été réalisés en ce qui concerne la rationalisation et la simplification des orientations mondiales de l’OMS sur les traitements recommandés et les traitements médicamenteux pour les enfants⁸. En 2013, l’équipe spéciale inter-institutions a mis

²⁹ UNITAID, *HIV medicines technology and market landscape*, 2014.

³⁰ UNITAID, *HIV medicines technology and market landscape*, 2014.

³¹ UNITAID, *HIV medicines technology and market landscape*, 2014.

³² UNITAID, *HIV medicines technology and market landscape*, 2014.

³³ UNITAID, *HIV medicines technology and market landscape*, 2014.

³⁴ ONUSIDA, Rapport mondial sur l’épidémie de sida, Genève, ONUSIDA, 2013.

³⁵ OMS, *March 2014 Supplement to the 2013 Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection*, Genève, OMS, 2014.

à jour les listes de produits optimaux et à usage limité afin d'y inclure les médicaments privilégiés et les alternatives recommandées dans les Lignes directrices consolidées de l'OMS de 2013. Un total de dix formulations optimales adaptées aux traitements pédiatriques a été donné comme étant les produits recommandés pour les partenaires d'exécution et les responsables de l'approvisionnement et des achats afin de fournir les meilleurs soins possibles et de stabiliser le marché en regroupant les achats autour d'un petit nombre de produits clés.

27. Au moins dix médicaments anti-VIH pour enfants appartenant à plusieurs catégories d'antirétroviraux sont actuellement en cours d'élaboration³⁶. À l'exception d'un seul, il s'agit de granulés, de comprimés effervescents ou de médicaments en poudre qui peuvent aider à surmonter certaines des difficultés actuellement liées à l'administration du traitement anti-VIH chez l'enfant³⁷. La réunion sur l'optimisation des antirétroviraux pédiatriques (PADO-1), organisée par l'OMS en 2013, a permis d'établir une liste des médicaments et formules clés que les fabricants doivent élaborer en priorité à moyen et long terme. Le dolutegravir et le TAF ont, entre autres médicaments, suscité un grand intérêt car ils permettraient de mettre en place un traitement antirétroviral pouvant être utilisé de l'enfance à l'âge adulte²⁵. Suite à ces consultations, l'OMS a également souligné les caractéristiques principales des profils de produits cibles et élaboré une feuille de route pour les mesures devant être prises en vue d'accroître l'accès aux médicaments et aux formules pédiatriques, ainsi que leur prise².
28. À mesure que les efforts d'optimisation du traitement pédiatrique anti-VIH porteront leurs fruits, les pays devront rapidement modifier les recommandations internationales relatives au traitement. L'expérience acquise à ce jour montre que de grandes améliorations peuvent être apportées sur ce point car il y a souvent un grand retard entre la publication des recommandations mondiales et leur adoption au niveau national. En juillet 2014, seuls neuf pays avaient aligné leurs orientations nationales relatives au traitement sur la recommandation de 2013 de l'OMS concernant le démarrage immédiat du traitement, quel que soit le taux de CD4 ou le stade clinique, pour les enfants de moins de cinq ans, contre 41 pays pour les femmes enceintes vivant avec le VIH, 30 pour les partenaires séropositifs dans les couples sérodiscordants et plus de 50 pour les personnes vivant avec le VIH et atteintes de tuberculose ou d'hépatite B³⁸. De plus, un nombre croissant de pays vont au-delà des recommandations de l'OMS pour le traitement et offre le traitement systématique suite au dépistage VIH (tester et traiter) pour tous les enfants en dessous de l'âge de 10 ans tel que le Kenya et pour tous les enfants en dessous de 15 ans tel qu'en Namibie, Uganda et Zambie³⁹.
29. Le manque de données ventilées par âge contribue également au fait que les prestations de services pour les enfants ne sont pas optimales. Il est essentiel d'améliorer la collecte de données de qualité afin d'éclairer les prévisions médicales et la planification de programmes. Il sera nécessaire d'étendre rapidement les outils

³⁶ UNITAID, *HIV medicines technology and market landscape*, 2014.

³⁷ UNITAID, *HIV medicines technology and market landscape*, 2014.

³⁸ Analyse de l'ONUSIDA, non publiée.

³⁹ Somya Gupta, Brian Williams & Julio Montaner, *Realizing the Potential of Treatment as Prevention: Global ART Policy and Treatment Coverage*, 2014

de suivi et d'évaluation récemment révisés afin de permettre la collecte de données ventilées par âge.

Discontinuité des soins pour les enfants vivant avec le VIH

30. Dans le cadre d'une analyse groupée des résultats tirés de 16 programmes de traitement du VIH pédiatrique en Afrique subsaharienne, on a constaté une perte importante de suivi⁴⁰. D'après une étude associant 17 000 enfants recevant un traitement antirétroviral dans quatre pays africains, 51 % des enfants qui avaient commencé un traitement anti-VIH avant leur premier anniversaire n'en suivaient plus dans les 24 mois suivants⁴¹.
31. La discontinuité du traitement du VIH pédiatrique fragilise ses effets sur la santé des enfants vivant avec le VIH. Par exemple, le Kenya estime que seuls 14 % des enfants vivant avec le VIH connaissent une suppression virale du fait de la discontinuité des soins⁴². En particulier, le manque important de suivi semble se produire chez les enfants qui ne sont pas orientés vers des soins dans le centre qui leur communique leur séropositivité⁴³. Parmi les personnes bénéficiant de thérapie antirétrovirale au Kenya, les taux de suppression virale sont largement inférieurs chez les enfants (60-70 %) par rapport aux adultes (90 %)⁴⁴.

⁴⁰ Leroy V et al., « Outcomes of antiretroviral therapy in children in Asia and Africa: A comparative analysis of the leDEA Pediatric Multiregional Collaboration », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2013, 62:208-219.

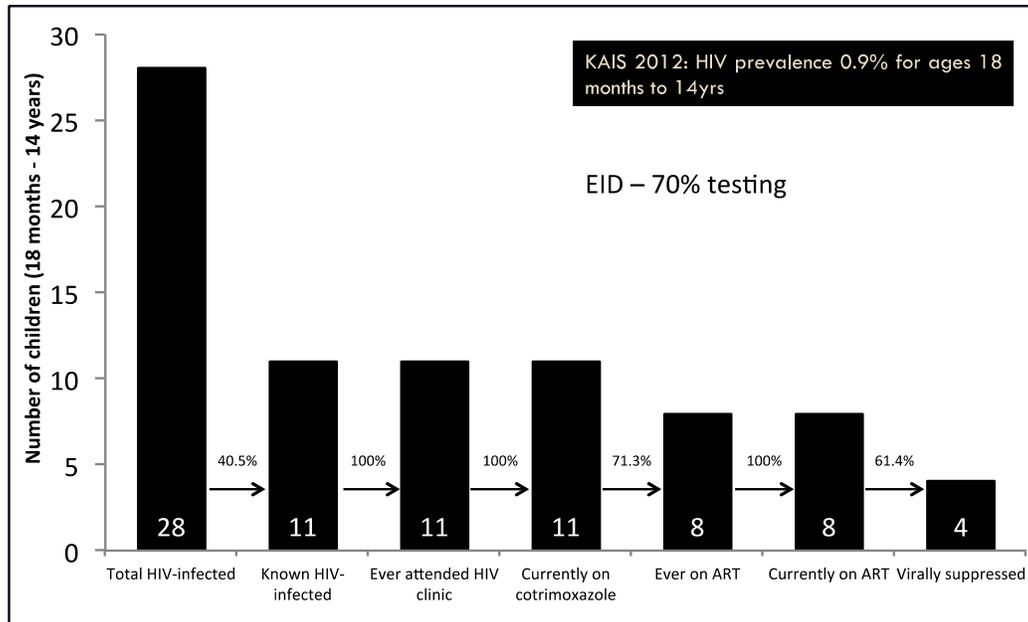
⁴¹ McNairy ML et al., « Identifying optimal models of HIV care and treatment in Sub-Saharan Africa Consortium. Retention of HIV-infected children on antiretroviral treatment in HIV care and treatment programs in Kenya, Mozambique, Rwanda, and Tanzania », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2013, 62:e70-e81.

⁴² Mukui I, Exposé lors de la consultation mondiale sur le traitement du VIH pédiatrique, à Genève, le 10 juillet 2014.

⁴³ Mukui I, 2014.

⁴⁴ Mukui I, 2014.

Cascade of the Care of HIV infected Children in Kenya



Des centres de santé mal gérés contribuent également au manque de suivi car les enfants vivant avec le VIH qui présentent plusieurs symptômes cliniques cessent d'y aller. Ils doivent également patienter longtemps, les centres manquent de personnel et les résultats des tests de dépistage précoce se perdent⁴⁵. L'absence de systèmes d'information normalisés et bien développés sur les patients, à laquelle s'ajoute le fait que les mères et leurs enfants font généralement l'objet d'un suivi par des registres séparés et non en tant que duo mère-enfant, ce qui explique également la forte perte de suivi parmi les enfants exposés au VIH.

La persistance de la stigmatisation et de la discrimination : le principal obstacle à l'amélioration de l'état de santé des enfants vivant avec le VIH.

La persistance de la stigmatisation associée au VIH nuit à l'administration, en temps voulu, de traitements du VIH pédiatrique. Dans l'une des études menées sur les enfants vivant avec le VIH ne bénéficiant d'aucun suivi, 30 % du personnel de soins a dit que les enfants ne recevaient plus de soins parce que leurs familles ou communautés craignaient d'être désavouées⁴⁶. En outre, les comportements stigmatisants de certains prestataires de soins peuvent dissuader les mères d'inscrire leurs enfants dans des programmes de traitement du VIH⁴⁷.

⁴⁵ Phelps BR et al., 2013.

⁴⁶ Cohen D et al. *HIV testing coverage family members of adult antiretroviral therapy patients in Malawi*, AIDS Care, 2010, 22:1346-1349.

⁴⁷ Tolle MA et al. *Delivering paediatric HIV care in resource-limited settings: cost considerations in an expanded response*, AIDS, 2013, 27(Supp. 2):S179-S186.

L'expérience indique que les taux d'observance pour les enfants sont fortement liés à la motivation et aux comportements des adultes qui s'occupent d'eux. Une mère qui cache sa séropositivité par peur de la discrimination ne va probablement pas amener son enfant dans un service de traitement du VIH. Les efforts déployés pour atténuer la stigmatisation liée au VIH a un rôle important à jouer dans l'amélioration des résultats du traitement pour les enfants vivant avec le VIH.

Les enfants et les adolescents sont confrontés à des types de discrimination similaires auxquels s'ajoutent l'auto-stigmatisation et la pression des pairs⁴⁸. Les personnes s'occupant des adolescents vivant avec le VIH risquent de perpétuer et de renforcer la stigmatisation du fait de leur comportement ou de leur point de vue sur le regard des autres⁴⁹.

Programmes adoptés pour réduire les carences en matière de traitement des enfants

32. La persistance et la gravité de ces carences a attiré l'attention des responsables de programmes aux stratégies permettant d'y faire face et d'améliorer le traitement pour les enfants.

Initiatives visant à améliorer la santé des enfants vivant avec le VIH

33. Il y a certains signes qui montrent qu'il faut faire du traitement anti-VIH pour les enfants une priorité. En effet, plusieurs programmes très médiatisés ont vu le jour pour combler les lacunes en matière de traitement pour les enfants. Comme précédemment noté, l'OMS est à la tête des efforts déployés dans le monde pour élaborer des recommandations en matière de traitement et optimiser les possibilités de traitement grâce au travail de la PADO et du Groupe de travail sur les antirétroviraux pédiatriques. La CHAI, la DNDi et le MPP collaborent avec UNITAID pour accélérer le développement de formules antirétrovirales pour les enfants et le Fonds mondial a pris la tête des efforts déployés en matière d'achats collectifs d'antirétroviraux pédiatriques. En 2013, 66 pays ont commandé des antirétroviraux pédiatriques par le biais du groupe de travail chargé de l'achat d'antirétroviraux pédiatriques.

34. En outre, en 2014, le Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le sida (PEPFAR), en collaboration avec la Children's Investment Fund Foundation (CIFF), a lancé l'initiative d'accélération du traitement anti-VIH/sida des enfants. Il s'agit d'une initiative de 200 millions de dollars qui vise à doubler le nombre d'enfants recevant un traitement antirétroviral sur deux ans dans des pays d'Afrique. Elle représente une nouvelle impulsion pour les efforts déployés pour accélérer et intensifier le traitement du VIH pédiatrique.

⁴⁸ ONUSIDA, *Coalition for action: No adolescent living with HIV left behind*, 2014.

⁴⁹ Washington CH, Oberdorfer P., « Perceived and experienced stigma and discrimination among caregivers of perinatally HIV-infected adolescents in Thailand », *Journal of Therapy and Management in HIV Infection*, 2013, 1:63-68.

35. Conjointement lancé par l'UNICEF, l'OMS et l'EGPAF, l'initiative *Double Dividend* vise à mieux aligner le traitement du VIH chez les enfants sur la santé maternelle et infantile. Par une démarche fondée sur des données probantes, cette initiative vise à encourager des investissements communs « intelligents » créant des synergies et améliorant le taux de survie des enfants.
36. En juillet 2014, le secrétariat de l'ONUSIDA, avec la CHAI, l'OMS, WHO, l'African Society of Laboratory Medicine, l'UNICEF et le PEPFAR, a lancé l'initiative mondiale sur l'accès au diagnostic dont l'un des piliers vise à soutenir l'élaboration de nouveaux outils de diagnostic abordables pour les nourrissons et à encourager une utilisation plus efficace des outils de diagnostic existants. Elle plaidera en faveur d'un plus grand financement des services des laboratoires et de la création de nouveaux outils de diagnostic et de partenariat bien coordonnés pour réduire les lacunes en matière d'accès au diagnostic.
37. UNITAID continue de jouer un rôle clé dans l'élargissement de l'accès au diagnostic et au traitement pour les enfants vivant avec le VIH. Entre 2006 et 2014, UNITAID a soutenu les efforts déployés par la CHAI pour fournir plus de 2 millions de tests de diagnostic précoce chez les nourrissons et de traitements antirétroviraux pour 467 319 enfants vivant avec le VIH. En mai 2014, le Conseil d'UNITAID a examiné plusieurs recommandations concernant les enfants formulés par les participants au premier forum d'UNITAID sur le marché du VIH qui portaient notamment sur un appui financier axé sur la pharmacocinétique et les données permettant d'accepter des enfants pour les tests cliniques afin d'accélérer la mise à disposition de médicaments révolutionnaires pour les enfants.
38. En 2010, la DNDi est entré dans le domaine du traitement du VIH pédiatrique en vue de développer des combinaisons en doses fixes basées sur le lopinavir renforcé par le ritonavir, ainsi qu'un granulé de ritonavir qui servira dans le traitement des enfants qui reçoivent déjà un traitement contre la tuberculose⁵⁰. La DNDi a élaboré un profil de produit cible pour un traitement antirétroviral de première intention pour les jeunes enfants qui vise à créer un produit au goût neutre, facile d'emploi, associant quatre produits dans une seule formule granulée, n'ayant pas besoin d'être conservé au froid et à un coût abordable⁵¹.
39. L'OMS est à la tête des efforts déployés dans le monde pour optimiser le traitement antirétroviral pour les enfants, en particulier en fixant des priorités à moyen et long terme pour les produits clés à développer, notamment des traitements de deuxième intention plus puissants pour les jeunes enfants²⁸. L'optimisation des stratégies de traitement qui est promue vise également à améliorer le séquençage des médicaments pour les enfants en accordant rang de priorité aux traitements les plus puissants et les plus faciles à tolérer afin de prolonger la durée du traitement de première intention²⁸. L'importance croissante des dispositions relatives au partage des brevets (telles les licences volontaires du MPP) donne à espérer que les médicaments, plus adaptés, qui seront développés seront abordables pour les infrastructures à ressources limitées. C'est pour cela que l'OMS œuvre également en étroite collaboration avec le MPP à l'élaboration de prévisions en matière d'antirétroviraux pour les marchés émergents d'éventuels nouveaux traitements

⁵⁰ <http://www.dndi.org/diseases-projects/portfolio.html>.

⁵¹ <http://www.dndi.org/diseases-projects/diseases/paediatric-hiv/target-product-profile.html>.

pour adultes et pour enfants jusqu'en 2020. À cet égard, l'OMS et le Groupe de référence de l'ONUSIDA révisent ensemble le modèle du spectre et fournissent des estimations plus précises du fardeau que le VIH représentera chez les enfants afin de spécifier les besoins en antirétroviraux pédiatriques et de permettre de déterminer la taille du marché pour les produits pour les enfants.

40. La DNDi, le MPP, la CHAI et UNITAID s'emploient ensemble, dans le cadre de l'Initiative en faveur du traitement anti-VIH pédiatrique (PHTI), à mettre en œuvre les recommandations de l'OMS quant aux produits prioritaires, à combattre les facteurs qui empêchent le développement des antirétroviraux pour les enfants et à accélérer l'utilisation des nouveaux produits émergents. Les quatre organisations s'attachent en particulier à déterminer les actions qui permettent de surmonter les obstacles liés à la propriété intellectuelle et à constituer un marché solide et durable pour les médicaments anti-VIH pour les enfants⁵². Cette initiative assurera le suivi des recommandations relatives au dosage établies par le Groupe de travail sur les antirétroviraux pédiatriques, un groupe consultatif d'experts constitué par l'OMS qui participe aux débats sur la pharmacocinétique et le dosage. Elle ouvre la voie à l'accès à des médicaments abordables pour les enfants en déterminant les rôles clés et les synergies entre les acteurs. Pour ce faire, le MPP a déjà octroyé des licences à ViiV Healthcare, Bristol-Myers Squibb et Gilead pour faciliter l'accès à des antirétroviraux pédiatriques dans des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire; depuis juin 2014, le MPP négocie avec Merck et AbbVie⁵³.
41. Le Groupe directeur mondial du *Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie* encadre et coordonne les efforts de mise en œuvre du Plan mondial d'ici à 2015, ce qui réduit grandement le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants. Coprésidé par Michel Sidibé, Directeur exécutif de l'ONUSIDA, et l'Ambassadrice Deborah Bix, Coordinatrice de la lutte mondiale contre le sida aux États-Unis, le Plan mondial couvre les 22 pays les plus touchés par le sida pédiatrique⁵⁴. Outre l'accent mis sur les mesures prises pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants, le Plan mondial a pour objectif de garantir que 100 % des enfants de moins de cinq ans reçoivent un traitement et que les mères reçoivent un traitement pour leur santé et celle de leurs enfants.
42. En tant que partenaire du Plan mondial, l'équipe spéciale inter-institutions sur la prévention et le traitement de l'infection à VIH chez les femmes, les mères et les enfants joue un rôle important dans l'harmonisation et l'amélioration du traitement pour les enfants vivant avec le VIH grâce aux mesures prises en 2013 pour réduire le nombre de médicaments anti-VIH pour les enfants afin de se concentrer sur les dix traitements les plus efficaces. En outre, l'équipe a diffusé des informations stratégiques par le biais d'un supplément spécial sur le sida consacré aux questions relatives au traitement du VIH pédiatrique et a élaboré des ensembles d'outils d'adaptation et de mise en œuvre des lignes directrices de l'OMS relatives au

⁵² <http://unitaid.org/en/resources/press-centre/releases/1356-paediatric-hiv-treatment-initiative-phti-to-spur-innovation-and-access-to-improve-the-lives-of-children-living-with-hiv>.

⁵³ <http://www.medicinespatentpool.org/current-licences/>

⁵⁴ Afrique du Sud, Angola, Botswana, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Inde, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Swaziland, Tchad, Zambie et Zimbabwe.

traitement pour les enfants⁵⁵. L'équipe formule des orientations et plaide en faveur de la fin des nouvelles infections à VIH chez les enfants et de la promotion du traitement des enfants qui contractent le VIH. L'équipe, qui travaille de manière collective, est plus efficace que tout partenaire isolé. Grâce à la présence des membres aux niveaux national et mondial, des missions techniques conjointes sont effectuées à la demande des pays. En outre, l'équipe a des points de contact dans chacun des pays prioritaires afin d'apporter un soutien technique national.

Nouveaux programmes pour améliorer la santé des enfants vivant avec le VIH

43. Même si la situation générale des enfants vivant avec le VIH est effroyable, le leadership politique et les nouveaux programmes aident à combler les lacunes en matière de traitement des enfants dans plusieurs pays.
44. Parmi les 21 pays prioritaires du Plan mondial, le Botswana montre bien l'importance critique du leadership politique. Parmi les premiers pays du monde à s'être engagé à administrer un traitement anti-VIH à tous ceux qui en auraient besoin, le Botswana a été l'un des premiers pays à mettre en place un diagnostic précoce chez l'enfant grâce aux tâches de sang séché⁵⁶. En 2013, 84 % de tous les enfants vivant avec le VIH au Botswana recevaient un traitement anti-VIH, ce qui représente le taux de couverture le plus élevé chez les enfants dans un pays prioritaire¹. (Comme décrit précédemment, certains programmes au Botswana ont du mal à faire démarrer à temps le traitement anti-VIH pour les enfants séropositifs¹⁵, ce qui montre bien que même les pays qui soutiennent politiquement cette mesure ont du mal à assurer certains services ; ce problème devra être résolu pour réaliser les nouveaux cibles et objectifs en matière de traitement). La Namibie et le Swaziland, où un peu moins de la moitié des enfants vivant avec le VIH bénéficie d'un traitement antirétroviral (respectivement 45 % et 46 %), enregistrent un taux de couverture quasiment identique chez les adultes et chez les enfants. En revanche, en Afrique du Sud, la couverture du traitement anti-VIH chez les enfants dépassait celle des adultes (44 % contre 42 %) en 2013⁵⁷. Le plan stratégique sud-africain pour 2012–2016 a fixé, comme cible nationale, l'administration soutenue d'un traitement antirétroviral à 90 % de tous les enfants vivant avec le VIH⁵⁸.
45. Les pays adoptent des mesures novatrices pour améliorer les activités de dépistage chez les enfants exposés au VIH. En utilisant une approche district par district, l'Afrique du Sud renforce les efforts qu'elle déploie pour mettre en place un dépistage et des conseils proposés par le prestataire de soins partout où les enfants ont accès au système de santé⁵⁹.
46. Les pays utilisent également des démarches novatrices pour renforcer le lien avec les centres de soins et réduire le manque de suivi des enfants vivant avec le VIH. Au

⁵⁵ <http://www.emtct-iatt.org/toolkit/>.

⁵⁶ Creek T et al., « Early diagnosis of human immunodeficiency virus in infants using polymerase chain reaction on dried blood spots in Botswana's national program for prevention of mother-to-child transmission », *Pediatric Infectious Disease Journal*, 2008, 27:22-26.

⁵⁷ Estimations de l'ONUSIDA pour 2013.

⁵⁸ Abdullah F, Exposé lors de la consultation mondiale sur le traitement du VIH pédiatrique, à Genève, le 10 juillet 2014.

⁵⁹ Abdullah F, 2014.

Kenya, les établissements de santé associent les mères vivant avec le VIH et octroient une allocation mensuelle visant à soutenir les efforts déployés pour augmenter le maintien des soins et l'observance du traitement⁶⁰. Afin d'améliorer les liens avec les centres de soins, le Kenya intègre davantage le diagnostic précoce chez l'enfant et les soins maternels, néonataux et infantiles. Il a également regroupé les services pédiatriques et les activités de dépistage du VIH⁶¹. L'accent est davantage mis sur l'éducation et le soutien des prestataires de soins, ainsi que sur la décentralisation des services de traitement pour enfants. Le Kenya étudie actuellement des mesures visant à améliorer les systèmes de suivi grâce notamment aux dossiers médicaux informatisés et à l'utilisation des télécommunications mobiles⁶².

47. Reconnaissant qu'il est nécessaire de d'accélérer et d'intensifier le traitement du VIH pédiatrique, Mildmay, une organisation non-gouvernementale ougandaise, a mis en place un modèle complet et pluridisciplinaire de soins, axée sur la famille, dans dix établissements de soins et dix centres communautaires de santé.
48. Quatre-vingt-quatre mois après le lancement de ce modèle, le nombre de familles suivant des soins avaient été multiplié par 50, le nombre de traitements du VIH pédiatrique suivis de manière régulière avait été multiplié par 40 et l'accès à la prophylaxie par le cotrimoxazole était universel⁶³. Les principales caractéristiques de ce programme qui semblent avoir contribué à son succès sont notamment la fourniture de mesures incitant à s'adresser aux établissements de soins, la prestation de services intégrés, la modification du cahier des charges des infirmières afin de mieux employer leurs services, la création d'environnements de soins amis des enfants et la réduction au minimum des cas de non-dépistage des enfants en rationalisant le diagnostic précoce chez l'enfant et en donnant au prestataire de soins l'initiative du dépistage et des conseils.
49. Afin d'élever le nombre d'établissements de soins où les enfants peuvent recevoir un traitement anti-VIH, plusieurs pays prioritaires se sont employés à décentraliser la prestation de services de traitement pour les enfants. Dans cinq pays d'Afrique subsaharienne, des efforts conjoints ont été des déployés pour décentraliser le traitement du VIH pédiatrique dans les établissements de soins de santé de base. En 2008-2010, le nombre d'établissements de soins de santé de base offrant un traitement anti-VIH aux enfants a plus que triplé. L'expérience de ces cinq pays (Kenya, Lesotho, Mozambique, Rwanda et République-Unie de Tanzanie) indique que, dans les établissements de soins de santé de base, la perte de suivi des enfants était inférieure de 45 % au niveau qu'elle atteignait dans les établissements de soins secondaires et tertiaires. Les enfants vivant avec le VIH soignés dans les établissements de soins de santé de base risquaient moins (34 %) de décéder que les enfants infectés à VIH traités dans des établissements secondaires et tertiaires⁶⁴.

⁶⁰ Mukui I, 2014.

⁶¹ Mukui I, 2014.

⁶² Mukui I, 2014.

⁶³ Luyirika E et al. « Scaling up paediatric HIV care with an integrated, family-centred approach: an observational case study from Uganda », *PLoS ONE*, 2013, 8:e69548.

⁶⁴ Fayorsey RN et al. « Decentralization of paediatric HIV care and treatment in five sub-Saharan African countries », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2013, 62:e124-e130.

NOUVELLE CIBLE EN MATIÈRE DE TRAITEMENT AFIN DE CONTRIBUER À METTRE UN TERME À L'ÉPIDÉMIE DE VIH CHEZ LES ENFANTS

50. Un élan puissant se constitue autour d'un nouveau discours sur le traitement du VIH et la cible ambitieuse suivante :

- D'ici 2020, 90 % des personnes vivant avec le VIH connaîtront leur séropositivité.
- D'ici 2020, 90 % des personnes connaissant leur séropositivité recevront une thérapie antirétrovirale de manière soutenue.
- D'ici 2020, 90 % de toutes les personnes suivant une thérapie antirétrovirale n'auront plus de charge virale.

51. Avec l'appui unanime que les participants à la consultation mondiale sur le traitement des enfants ont manifesté, l'ONUSIDA a adopté la cible en trois points précitée pour tous les enfants vivant avec le VIH, âgés de zéro à 14 ans. Cette cible inclut et réaffirme l'objectif du *Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie* (Plan mondial) qui est de parvenir à ce que 100 % de tous les enfants exposés au VIH aient accès au dépistage et au traitement du VIH et à ce que le dépistage soit intensifié chez les enfants plus âgés qui ne pas bénéficieraient pas des services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant⁶⁵. *Tout* enfant né d'une femme vivant avec le VIH a le droit d'être dépisté à temps et, s'il est infecté, de recevoir immédiatement un traitement anti-VIH, conformément aux lignes directrices consolidées de l'OMS de 2013 sur les antirétroviraux, qui recommandent le démarrage immédiat du traitement anti-VIH pour tous les enfants de moins de cinq ans qui vivent avec le VIH.

STRATÉGIE RELATIVE AU TRAITEMENT POUR CONTRIBUER À METTRE UN TERME À L'ÉPIDÉMIE DE SIDA CHEZ LES ENFANTS

52. Le lancement de la nouvelle cible 90–90–90 pour les enfants reflète le nouvel engagement pris au niveau mondial pour combler les lacunes en matière d'accès au traitement pour tous les enfants vivant avec le VIH. Cependant, pour réaliser ces objectifs, davantage de mesures doivent être prises, des innovations doivent être apportées pour améliorer les programmes de diagnostic et de traitement et les nouveaux outils de transformation doivent être rapidement déployés à mesure qu'ils apparaissent.

Développer le leadership pour les enfants vivant avec le VIH

53. Le plaidoyer en faveur du traitement du VIH chez les enfants doit s'appuyer sur les mécanismes et organismes de coordination existants. En mettant particulièrement l'accent sur les pays prioritaires, le Programme commun travaillera avec les principaux responsables à la constitution d'un large soutien politique aux efforts déployés de manière prioritaire pour combler les lacunes en matière d'accès des enfants aux traitements. En vue de mettre un terme à l'épidémie de sida chez les enfants, l'ONUSIDA s'emploiera à maximiser la coordination entre les partenaires et

⁶⁵ ONUSIDA, *Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie*, Genève, ONUSIDA, 2011.

les parties prenantes qui travaillent sur les questions relatives au traitement du VIH chez les enfants.

54. Des mesures stratégiques sont nécessaires pour améliorer les partenariats public–privé et les partenariats communautaires afin de soutenir l'intensification de programmes de qualité relatifs au traitement du VIH pour les enfants. Les participants à la consultation mondiale ont recommandé que les enfants soient considérés comme une population clé dans la riposte au sida. Il convient d'accorder une attention particulière à l'intégration pleine et entière du traitement du VIH pédiatrique aux programmes et initiatives mondiaux et nationaux concernant la santé maternelle et infantile, y compris l'inclusion du VIH pédiatrique dans les mécanismes de formation professionnelle.
55. Pour mettre en œuvre cette vision, une ou plusieurs réunions spécialisées seront tenues pour établir des partenariats public–privé et des partenariats communautaires visant à soutenir l'intensification du traitement pour les enfants. Le Programme commun et ses partenaires encourageront les pays à adopter les recommandations de 2013 de l'OMS relatives au traitement du VIH chez les enfants.

Urgence de fixer une cible nationale

56. L'ONUSIDA redoublera d'efforts auprès des pays afin d'élaborer des cibles précises et ambitieuses en matière d'intensification du traitement chez les enfants. Au niveau mondial et dans les pays prioritaires, l'ONUSIDA appuiera les efforts déployés pour élaborer des cibles annuelles d'intensification visant à garantir la continuité du traitement du VIH chez les enfants.
57. Le Programme commun s'est déjà employé à encourager la collecte et l'analyse régulières de données ventilées par âge sur le traitement du VIH. Depuis 2014, le système d'établissement de rapports intérimaires sur la riposte mondiale au sida regroupe les données par tranche d'âge de cinq ans afin de suivre la couverture et les résultats obtenus par groupe d'âge. Des mécanismes nationaux, régionaux et mondiaux serviront à suivre les progrès réalisés sur la voie de la cible 90–90–90 pour les enfants et de responsabiliser les parties prenantes quant aux résultats obtenus. Les mécanismes de surveillance sont renforcés pour assurer le suivi des enfants vivant avec le VIH lorsqu'ils ne relèvent plus des services pédiatriques mais des services pour adolescents, puis des services pour adultes. Des cibles relatives au traitement des adolescents sont en cours d'élaboration dans le cadre du programme *All In* promu par l'UNICEF et le secrétariat de l'ONUSIDA.

Mobiliser les ressources suffisantes

58. Reconnaissant qu'un signe certain de l'engagement politique est l'allocation de ressources suffisantes, l'ONUSIDA collaborera avec les partenaires pour mobiliser les ressources nécessaires pour réaliser la cible 90–90–90 pour les enfants. En particulier, l'ONUSIDA soulignera l'importance d'établir un budget spécifique pour les services de dépistage et de traitement pour les enfants afin que les questions relatives au traitement du VIH pédiatrique ne soient plus ignorées. En outre, l'accent continuera d'être mis sur les efforts déployés pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et ainsi réduire le nombre de nouveaux enfants ayant besoin d'antirétroviraux.

59. Comme dans la riposte élargie, les principes de la solidarité mondiale et du partage de responsabilité devront prédominer si l'on veut que suffisamment de ressources soient mobilisées pour les services de traitement pour les enfants. L'ONUSIDA, en particulier par le biais de l'initiative du PEPFAR et de la CIFY ACT sur les antirétroviraux, s'emploiera, aux côtés des donateurs principaux, à encourager l'augmentation des investissements dans les services de traitement du VIH pédiatrique. Le plaidoyer et l'appui technique mettront l'accent sur l'inclusion d'éléments importants relatifs au traitement des enfants dans les notes de synthèse nationale établies pour le Fonds mondial et sur l'augmentation des dépenses nationales du secteur public allouées aux services de diagnostic et de traitement pour les enfants. Des efforts spécifiques seront axés sur l'aide aux pays grâce à l'étude de mécanismes de financement novateurs permettant de garantir un financement durable des services de traitement du VIH pédiatrique.

Promouvoir une prestation de services efficace

60. Le Programme commun collaborera avec ses partenaires pour soutenir l'élaboration d'orientations opérationnelles mondiales relatives au traitement du VIH pédiatrique qui résumeront les meilleures pratiques et les pratiques les plus prometteuses d'après les programmes de traitement ayant réussi. Le partage d'informations entre les pays en ce qui concerne ces pratiques sera encouragé. Les mécanismes de coordination et la coordination des partenaires dans le domaine du traitement du VIH pédiatrique seront intensifiées afin d'utiliser efficacement les compétences fondamentales et les avantages comparatifs de chaque acteur.

61. Le Programme commun encouragera activement la décentralisation des services de traitement des enfants, le transfert de tâches, la participation de la communauté et d'autres stratégies afin d'accroître le nombre et l'accessibilité des services de dépistage et de traitement pour les enfants. Il continuera de soutenir la centralisation des achats de produits nécessaires au traitement des enfants et aidera les pays à renforcer les systèmes de gestion et de suivi de l'approvisionnement afin d'éviter les ruptures de stock.

62. Pour qu'il y ait une forte demande de traitement, diverses mesures doivent être prises. Davantage d'efforts de lutte contre la stigmatisation, - tant de manière générale que sur certains points, par exemple en ce qui concerne le diagnostic et le traitement des enfants-, devront être déployés pour accélérer la prise de traitement par les enfants. Pour créer davantage de demande, l'éducation et la sensibilisation des communautés doit être une priorité ; en outre, la promotion et la prestation des services doit associer les communautés.

Accélérer le développement et la mise en place des innovations

63. Des innovations seront nécessaires pour combler les lacunes en matière de traitement du VIH pédiatrique, par exemple pour optimiser le diagnostic précoce grâce à l'utilisation des enseignements tirés et le recours aux pratiques prometteuses (par exemple, les réseaux de transport, l'utilisation de SMS pour réduire le temps d'attente de la réception des résultats des tests) et à l'inclusion des technologies émergentes dans les orientations normatives. Le Programme commun soutiendra les efforts déployés pour développer de nouveaux outils de diagnostic

chez les nourrissons, y compris des technologies abordables sur le lieu de soins, qui doivent être rapides et qui devront être largement déployés dès qu'ils seront au point. Le Programme commun s'emploiera, avec les pays partenaires et les partenaires d'exécution, à élaborer et à mettre en œuvre des stratégies novatrices visant à repérer les nourrissons et les enfants qui ne bénéficient pas de la continuité des services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant. Des méthodes seront nécessaires pour réduire les lacunes en matière de lien avec les établissements de soins et de maintien dans les soins. En plus étroite collaboration avec les partenaires concernés, le Programme commun soutiendra les efforts déployés pour élaborer un algorithme de dépistage plus complet pour les nouveaux-nés et encouragera les recherches sur un dépistage virologique à la naissance.

64. Le Programme commun redoublera d'efforts pour établir comment il peut soutenir et renforcer les efforts déployés pour créer de nouveaux médicaments et formules ayant meilleur goût, qui facilitent l'observance du traitement et qui ont une durée de vie optimale. Il s'attachera en particulier à soutenir les efforts déployés pour créer des associations d'antirétroviraux quatre-en-un en doses fixes pour les enfants de moins de trois ans. À mesure que les innovations émergeront, par exemple les pastilles qui remplaceront des formules liquides ayant mauvais goût, les bureaux nationaux et régionaux de l'ONUSIDA apporteront un soutien technique accru aux pays afin qu'ils puissent rapidement les utiliser.
65. L'OMS a établi, avec des parties prenantes et des partenaires, un programme de recherche sur la mise en œuvre afin de combler les lacunes en matière de recherche sur la continuité des soins. À mesure que les meilleures pratiques ou les pratiques les plus prometteuses seront déterminées, le Programme commun aidera les pays à mettre en place des mesures visant à améliorer la prise du traitement et la santé des enfants.
66. Grâce à l'utilisation des mécanismes de coordination et des plateformes de plaidoyer existants, le Programme commun mobilisera des ressources pour soutenir la création et la mise en place d'outils novateurs, y compris de nouveaux médicaments et formules pour les enfants et tests de diagnostic sur le lieu de soins. Grâce à une communication en aval avec les fabricants, à la liste de manifestations d'intérêt de l'OMS pour de nouvelles formules antirétrovirales et à l'initiative PHTI, le Programme commun et ses partenaires s'efforceront d'encourager davantage les investissements dans la recherche et le développement liés au traitement pour les enfants et d'élaborer des plans permettant d'intensifier, le moment venu, les capacités de production afin de faciliter l'adoption rapide des innovations médicales.
67. Le Programme commun fera de l'assistance au renforcement des capacités une priorité afin de garantir la qualité et la solidité des programmes de traitement du VIH pédiatrique. Le plaidoyer visera à harmoniser les processus réglementaires nationaux sur les pré-qualifications de l'OMS afin que les nouveaux diagnostics et médicaments pour les enfants soient rapidement disponibles et administrés. Le Programme commun plaidera également en faveur de politiques relatives à la facilitation de l'accès, y compris l'élimination des frais d'utilisation et autres coûts supplémentaires qui peuvent dissuader de recourir aux services de soins. Le transfert de tâches, l'intensification du dépistage et des conseils à l'initiative du prestataire de soins et l'amélioration de la collecte de données seront des éléments prioritaires dans le plaidoyer et l'appui technique du Programme commun.

L'ONUSIDA aidera davantage les pays à réduire les obstacles liés à la propriété intellectuelle et à utiliser au mieux les flexibilités prévues par l'accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC).

Susciter et promouvoir le leadership des communautés

68. Les systèmes de services devront adopter une approche plus globale et établir des partenariats efficaces avec les communautés si l'on souhaite parvenir à réaliser les objectifs en matière de traitement chez les enfants. Les soins et les traitements liés au VIH pour les enfants ne consistent pas uniquement à administrer un traitement antirétroviral mais aussi à fournir des services médicaux, psychosociaux, juridiques et communautaires qui, ensemble, répondent au large éventail de besoins des enfants, de leurs soignants et de leur communauté dans son ensemble. L'ONUSIDA recherchera comment renforcer, de manière novatrice, le leadership des communautés afin de s'appuyer sur les partenariats nécessaires pour mettre en œuvre des programmes efficaces.

Maximiser la coordination des efforts

69. En s'appuyant sur les plateformes de coordination (telles que l'équipe spéciale inter-institutions sur la prévention et le traitement de l'infection à VIH) et les nouveaux programmes relatifs au traitement du VIH pédiatrique existants, l'ONUSIDA utilisera sa fonction de coordination pour maximiser la coordination des efforts déployés pour mettre un terme à l'épidémie de sida chez les enfants. Le secrétariat de l'ONUSIDA utilisera son rôle de coordinateur, de facilitateur et de défenseur pour veiller à ce que les efforts du Programme commun soient efficaces et inclusifs. En dehors du cadre du Programme commun, le secrétariat de l'ONUSIDA et les Coparrainants accorderont rang de priorité aux partenariats noués avec les acteurs stratégiques pour accélérer le développement de nouveaux outils de diagnostic de traitement pour les enfants, surmonter les obstacles à l'intensification et renforcer le suivi fondé sur les résultats.

POINTS DE DÉCISION

Le Conseil de coordination du Programme est invité à :

70. *Prendre note* du rapport et de l'analyse des lacunes en matière d'accès des enfants à la thérapie antirétrovirale ;

71. *Accueillir avec satisfaction* les orientations stratégiques exposées par l'ONUSIDA pour combler les lacunes en matière de traitement des enfants et *encourager* le Programme commun à commencer à mettre en œuvre les mesures présentées.

[Fin du document]