



RÉSUMÉ EXÉCUTIF

TRANSFORMER LA VISION EN RÉALITÉ

**Rapport de Progrès de l'Alliance Globale 2024 sur
l'Éradication du SIDA chez les Enfants d'ici 2030**

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), 2024

Certains droits réservés. Ce travail est disponible sous la licence Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>).

En vertu des termes de cette licence, vous pouvez copier, redistribuer et adapter le travail à des fins non commerciales, à condition que le travail soit correctement cité, comme indiqué ci-dessous. Dans toute utilisation de ce travail, il ne doit y avoir aucune suggestion que l'ONUSIDA approuve une organisation, des produits ou des services spécifiques. L'utilisation du logo de l'ONUSIDA n'est pas autorisée. Si vous adaptez le travail, vous devez licencier votre travail sous la même ou une licence Creative Commons équivalente. Si vous créez une traduction de ce travail, vous devez ajouter la déclaration suivante avec la citation suggérée : "Cette traduction n'a pas été créée par l'ONUSIDA. L'ONUSIDA n'est pas responsable du contenu ou de l'exactitude de cette traduction. L'édition originale en anglais est l'édition contraignante et authentique".

Toute médiation relative aux litiges découlant de la licence sera menée conformément aux règles de médiation de l'Organisation Mondiale de la Propriété Intellectuelle (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>).

Citation suggérée. Transformer la vision en réalité : Rapport de progrès de l'Alliance globale 2024 sur l'éradication du SIDA chez les enfants d'ici 2030. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA ; 2024. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Matériaux de tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel de ce travail qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, des figures ou des images, il vous incombe de déterminer si une autorisation est nécessaire pour cette réutilisation et d'obtenir l'autorisation du détenteur des droits d'auteur. Le risque de réclamations résultant de la violation de tout composant appartenant à un tiers dans le travail incombe uniquement à l'utilisateur.

Les désignations employées et la présentation du matériel dans cette publication n'impliquent l'expression d'aucune opinion de la part de l'ONUSIDA concernant le statut juridique d'un pays, d'un territoire, d'une ville ou d'une zone ou de ses autorités, ou concernant la délimitation de ses frontières ou limites. Les lignes pointillées sur les cartes représentent des lignes de frontière approximatives pour lesquelles il peut ne pas encore y avoir de plein accord.

La mention de sociétés spécifiques ou de produits de certains fabricants n'implique pas qu'ils sont approuvés ou recommandés par l'ONUSIDA de préférence à d'autres de nature similaire qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreurs et omissions, les noms de produits propriétaires sont distingués par des lettres majuscules initiales.

Toutes les précautions raisonnables ont été prises par l'ONUSIDA pour vérifier les informations contenues dans cette publication. Cependant, le matériel publié est distribué sans aucune garantie de quelque nature que ce soit, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation du matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'ONUSIDA ne pourra être tenu responsable des dommages résultant de son utilisation.

ONUSIDA/JC3124E

Photo de couverture

© UNICEF/UN063424/Schermbrucker Malawi

Happiness Mbewe, 18 ans, vivant avec le VIH, joue avec ses enfants à la maison à Blantyre, au Malawi. Elle reçoit des traitements et des services de soins liés au VIH offerts par l'UNICEF et ses partenaires.

PRÉFACE



WINNIE BYANYIMA

UNAIDS Executive Director

Nous pouvons mettre fin au SIDA chez les enfants.

Avec les médicaments et la science disponibles, nous pouvons garantir que tous les bébés naissent – et restent – sans VIH, et que tous les enfants vivant avec le VIH soient mis sous traitement et y restent.

Pourtant, de manière choquante, alors qu'environ trois quarts des adultes vivant avec le VIH dans le monde suivent une thérapie antirétrovirale salvatrice, seulement environ la moitié des enfants le sont. S'ils ne reçoivent pas de traitement, presque la moitié des enfants vivant avec le VIH mourront avant l'âge de deux ans.

Nous pouvons être inspirés par les progrès réalisés grâce à l'union des communautés, des gouvernements, de l'ONU et des partenaires dans l'Alliance mondiale pour mettre fin au SIDA chez les enfants. À la tête de l'Alliance se trouvent 12 pays africains qui, ensemble, abritent les deux tiers des nouvelles infections par le VIH et des décès liés au SIDA chez les enfants. Ils se sont unis dans leur engagement à mettre fin au SIDA chez les enfants d'ici 2030, en travaillant à améliorer l'accès aux services de traitement et de prévention pour les enfants et pour les femmes enceintes et allaitantes, et à aborder le manque de droits qui entrave l'accès des jeunes femmes aux soins de santé.

Les données incluses dans ce rapport montrent comment l'Alliance mondiale sauve et transforme la vie des enfants. Elles montrent comment, à l'échelle mondiale, les nouvelles infections par le VIH chez les enfants diminuent et diminuent relativement plus rapidement dans les pays de l'Alliance mondiale qu'ailleurs. Dans plusieurs pays de l'Alliance mondiale, plus de 90 % des femmes enceintes et allaitantes étaient sous thérapie antirétrovirale en 2023, bien que d'autres pays soient à la traîne. Le nombre d'adolescentes et de jeunes femmes qui contractent le VIH chaque année a diminué, et le nombre d'enfants qui meurent chaque année de causes liées au SIDA a également diminué.

Mais, comme le rapporte, les progrès ne sont ni assez rapides ni assez inclusifs. C'est pourquoi il indique également où et comment les dirigeants doivent accélérer les progrès pour atteindre les objectifs convenus et collectifs. Il est urgent d'augmenter l'accès aux services de prévention, de dépistage, de traitement et de soins complets contre le VIH pour les nourrissons, les enfants et les adolescents. Cela nécessite de renforcer les actions de prévention et de détection des nouvelles infections à VIH chez les mères enceintes et allaitantes et de garantir un traitement et un soutien à toutes les mères enceintes et allaitantes vivant avec le VIH. Il faut s'attaquer à la violence basée sur le genre et promouvoir l'égalité des genres pour protéger la santé et la sécurité des jeunes femmes.

Dans ce rapport, vous trouverez des récits de programmes communautaires et gouvernementaux inspirants et innovants à travers les pays de l'Alliance mondiale. Ceux-ci incluent l'éducation par les pairs, le diagnostic précoce des nourrissons et les programmes visant à augmenter l'accès des enfants aux médicaments essentiels.

Le rapport montre comment une série de pays de l'Alliance mondiale ont réussi à surmonter des obstacles importants pour améliorer la santé et le bien-être des enfants, des adolescents et des jeunes femmes.

Il est maintenant temps d'appliquer toutes les leçons à tous les pays de l'Alliance mondiale.

La mort de tout enfant due à des causes liées au SIDA n'est pas seulement une tragédie, mais aussi un scandale. D'où je viens, tous les enfants sont nos enfants. Nous devons être la génération qui met fin au SIDA chez les enfants. Ce rapport montre ce que nous pouvons accomplir ensemble et nous guide sur la manière d'y parvenir.

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Mettre fin au SIDA chez les enfants est faisable, mais c'est une tâche cruciale encore inachevée dans la lutte mondiale contre le VIH.

L'Alliance mondiale pour mettre fin au SIDA chez les enfants (Alliance mondiale), lancée en juillet 2022, travaille avec les femmes vivant avec le VIH et leurs familles, les gouvernements nationaux et les partenaires pour mobiliser le leadership, le financement et l'action afin de mettre fin au SIDA chez les enfants en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030. L'Alliance mondiale soutient les efforts pour mettre fin au SIDA chez les enfants dans 12 pays, qui représentent ensemble 66 % des nouvelles infections par le VIH et 64 % des décès liés au SIDA chez les enfants.

Ce rapport de situation montre jusqu'où nous sommes allés – et combien il nous reste à parcourir – si nous espérons respecter les engagements mondiaux visant à mettre fin au SIDA chez les enfants. Il offre un instantané des progrès mondiaux et permet une évaluation précoce de l'impact du travail de l'Alliance mondiale. Ce rapport met en lumière le travail transformateur entrepris dans les pays de l'Alliance mondiale pour accélérer les progrès vers l'éradication du SIDA chez les enfants, soulignant la nécessité urgente d'appliquer les bonnes pratiques, les innovations émergentes et les leçons essentielles tirées pour surmonter les obstacles qui ralentissent les progrès.

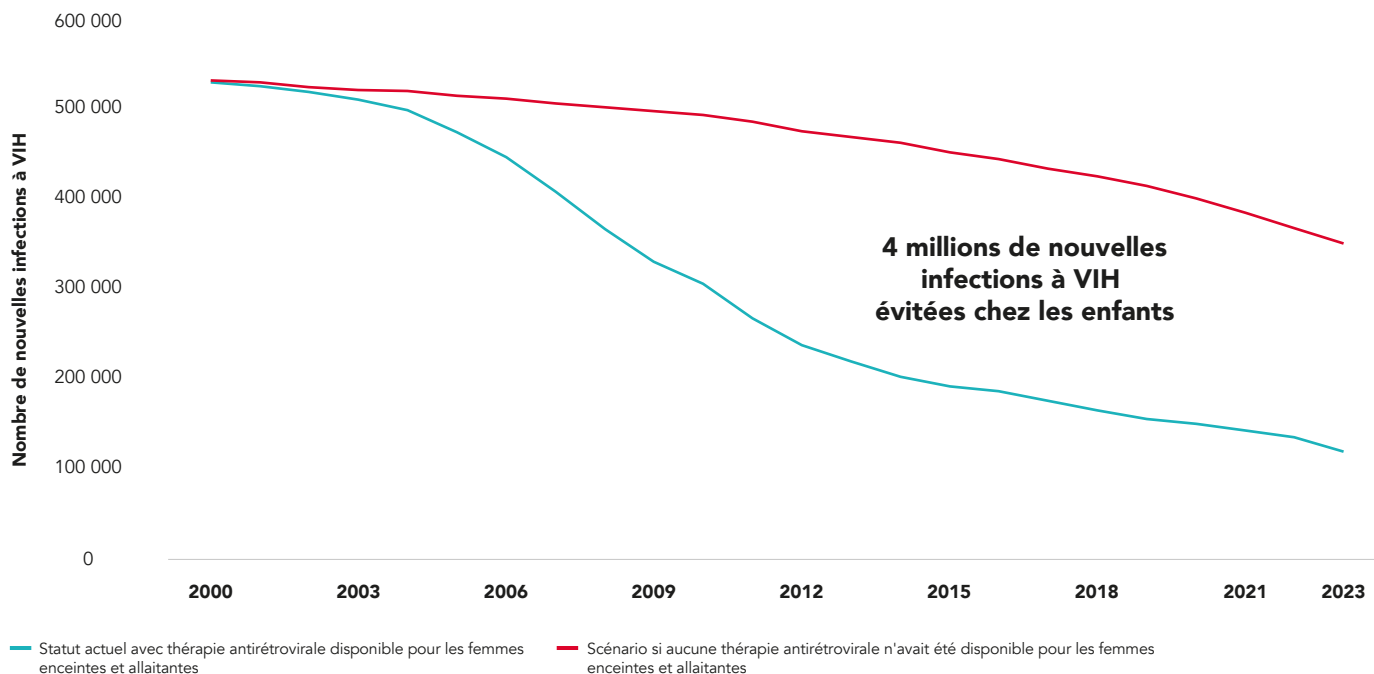
Des progrès importants sont réalisés pour mettre fin au SIDA chez les enfants dans le monde entier.

Le nombre de nouvelles infections parmi les enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH diminue grâce aux efforts de prévention du VIH. À l'échelle mondiale, depuis 2000, les programmes de transmission verticale ont évité environ 4 millions [2,9 millions–5,8 millions] d'infections chez les enfants de 0 à 14 ans (Figure 1).

Le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants en 2023 (environ 120 000 enfants [83 000–170 000] dans le monde, dont 77 000 [55 000–110 000], soit 66 %, dans les pays de l'Alliance mondiale) représente une baisse de 38 % depuis 2015 et une baisse de 17 % depuis 2021. Le nombre d'adolescents plus âgés (15-19 ans) qui ont acquis le VIH en 2023 (environ 140 000 [39 000–240 000] adolescents, dont 77 000 [14 000–130 000], soit 56 %, dans les pays de l'Alliance mondiale) représente une baisse de 33 % depuis 2015 et une baisse de 11 % depuis 2021 (Tableau 1).

À l'échelle mondiale, depuis 2000, les programmes de transmission verticale ont évité environ 4 millions d'infections chez les enfants de 0 à 14 ans.

Figure 1 Nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants (0-14 ans) par rapport au scénario sans thérapie antirétrovirale disponible pour les femmes enceintes et allaitantes, global, 2000-2023



Source : Analyse spéciale des estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2024.

Les décès liés au SIDA chez les enfants (0-14 ans) ont diminué. En 2023, on estime que 76 000 enfants (0-14 ans) [53 000–110 000] sont morts de causes liées au SIDA, dont 49 000 [34 000–66 000], soit 64 %, dans les pays de l'Alliance mondiale. À l'échelle mondiale, cela représente une diminution de 43 % depuis 2015 et une diminution de 14 % depuis 2021 (Tableau 1).

Les décès liés au SIDA chez les enfants (0-14 ans) ont diminué.

À l'échelle mondiale, la proportion d'enfants exposés au VIH qui reçoivent un test de dépistage du VIH dans les deux premiers mois de la vie est passée de 50 % [43-61 %] en 2015 à 67 % [58-83 %] en 2023. La transition vers des régimes à base de dolutégravir (DTG), ainsi que les efforts accrus en matière d'adhésion et de rétention, contribuent à améliorer les taux de suppression virale. Les innovations supplémentaires, y compris l'amélioration de la prestation de services et les approches biomédicales émergentes (comme l'administration d'options injectables à action prolongée), ont le potentiel d'augmenter les taux de suppression virale du VIH chez les enfants.

Tableau 1 Progrès dans la réduction des nouvelles infections par le VIH et des décès liés au SIDA chez les enfants (0–14 ans) et les adolescents (15–19 ans), au niveau mondial et dans les pays de l'Alliance mondiale, en 2015, 2021 et 2023.

PROGRÈS DANS LA RÉDUCTION DES NOUVELLES INFECTIONS PAR LE VIH ET DES DÉCÈS LIÉS AU SIDA		2015	2021	2023	VARIATION EN POURCENTAGE DE 2021 À 2023
Nouvelles infections par le VIH					
Enfants (0–14 ans)	Mondial	190 000 [140 000–270 000]	140 000 [100 000–200 000]	120 000 [83 000–170 000]	–17 %
	Alliance mondiale	120 000 [89 000–180 000]	94 000 [68 000–130 000]	77 000 [55 000–110 000]	–18 %
Décès liés au SIDA					
Enfants (0–14 ans)	Mondial	130 000 [93 000–190 000]	89 000 [62 000–120 000]	76 000 [53 000–110 000]	–14 %
	Alliance mondiale	85 000 [60 000–120 000]	57 000 [40 000–78 000]	49 000 [34 000–66 000]	–15 %
Nouvelles infections par le VIH					
Adolescents (15–19 ans)	Mondial	200 000 [58 000–350 000]	150 000 [43 000–260 000]	140 000 [39 000–240 000]	–11 %
	Alliance mondiale	130 000 [24 000–220 000]	92 000 [17 000–160 000]	77 000 [14 000–130 000]	–16 %
Décès liés au SIDA					
Adolescents (15–19 ans)	Mondial	18 000 [13 000–24 000]	16 000 [11 000–21 000]	14 000 [10 000–19 000]	–9 %
	Alliance mondiale	12 000 [8800–15 000]	11 000 [8100–14 000]	10 000 [7400–13 000]	–8 %

Source: Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2024 (<https://aidsinfo.unaids.org>).

Plusieurs pays de l'Alliance mondiale ont atteint une couverture robuste de la thérapie antirétrovirale à vie chez les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH, dépassant 90 %, l'Ouganda approchant les 100 %, la République-Unie de Tanzanie atteignant 98 % et l'Afrique du Sud atteignant 97 %. Un sous-ensemble de pays se situe entre 80 % et 90 % de couverture, notamment le Mozambique à 90 %, la Zambie à 90 %, l'Angola à 89 %, le Kenya à 89 %, le Zimbabwe à 88 % et la Côte d'Ivoire à 84 %. Les efforts pour prévenir la transmission verticale du VIH sont un élément clé de l'initiative d'élimination triple, qui vise à prévenir la transmission verticale du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B.

Plusieurs pays de l'Alliance mondiale ont atteint une couverture robuste de la thérapie antirétrovirale à vie chez les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH, dépassant 90 %, l'Ouganda approchant les 100 %, la République-Unie de Tanzanie atteignant 98 % et l'Afrique du Sud atteignant 97 %.

Les efforts intensifiés pour freiner les infections par le VIH ont contribué à réduire le nombre de jeunes filles et de jeunes femmes (15–24 ans) ayant contracté le VIH en 2023, tant au niveau mondial que dans les pays de l'Alliance mondiale (Tableau 2). Les stratégies mises en œuvre pour renforcer la prévention du VIH chez les adolescentes et les femmes enceintes et allaitantes incluent le dépistage des partenaires, l'autotest VIH, la prophylaxie antirétrovirale pré-exposition (PrEP) et diverses interventions sociales, structurelles et comportementales.

Les progrès vers l'élimination du SIDA chez les enfants tendent à être plus importants dans les pays de l'Alliance mondiale que dans les pays hors de l'Alliance mondiale. Depuis 2021, les baisses des nouvelles infections par le VIH chez les enfants sont similaires dans les pays de l'Alliance mondiale (18 %) et au niveau mondial (17 %), tout comme les baisses des décès liés au SIDA chez les enfants (15 % contre 14 %). De même, depuis 2021, la réduction des nouvelles infections par le VIH chez les adolescents plus âgés (15-19 ans) a été plus importante dans les pays de l'Alliance mondiale, avec une baisse de 16 %, contre la moyenne mondiale de 11 % (Tableau 1).

Les pays de l'Alliance mondiale en 2023 avaient une couverture plus élevée du diagnostic précoce des nourrissons (71 % [62-88 %]) que le monde dans son ensemble (67 % [58-83 %]), et la couverture de la thérapie antirétrovirale pour les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH en 2023 était légèrement plus élevée dans les pays de l'Alliance mondiale (85 % [74 % à >98 %]) que la moyenne mondiale (84 % [72 % à >98 %]). Les améliorations dans les pays de l'Alliance mondiale sont le résultat d'un leadership national intensifié et d'un engagement ainsi que de la collaboration de divers partenaires pour soutenir l'innovation et l'extension des outils et stratégies éprouvés.

Les améliorations dans les pays de l'Alliance mondiale sont le résultat d'un leadership national intensifié et d'un engagement ainsi que de la collaboration de divers partenaires pour soutenir l'innovation et l'extension des outils et stratégies éprouvés.

Les pays de l'Alliance mondiale innovent pour surmonter les obstacles et accélérer les progrès vers l'élimination du SIDA chez les enfants. Pour atteindre les nourrissons et les enfants qui n'ont pas été identifiés lors du diagnostic précoce de routine avec des opportunités supplémentaires de dépistage du VIH, l'Afrique du Sud, un pays de l'Alliance mondiale, a désormais une politique de dépistage universel du VIH chez les enfants à 18 mois, quel que soit l'exposition documentée au VIH. Les pays de l'Alliance mondiale appliquent à la fois des innovations de service et technologiques pour réduire le taux de transmission verticale, notamment en mobilisant des mères mentors, en intégrant et en coordonnant les soins pour les paires mère-bébé et en augmentant la fréquence des tests de charge virale chez les mères, et en commençant également à planifier l'éventuelle extension future des médicaments antirétroviraux injectables

à action prolongée pour améliorer la rétention dans les soins. Les études de cas dans ce rapport mettent en évidence les moyens par lesquels les pays de l'Alliance mondiale exploitent l'innovation pour combler les lacunes critiques des services.

Seulement 48 % des enfants vivant avec le VIH au niveau mondial et dans les pays de l'Alliance mondiale ont atteint la suppression de la charge virale, contre 73 % des adultes au niveau mondial et 79 % dans les pays de l'Alliance mondiale.

Malgré les progrès réalisés, ni le monde ni les pays de l'Alliance mondiale ne sont actuellement en voie d'atteindre les engagements liés au VIH pour les enfants et les adolescents, et le rythme des progrès dans la prévention des nouvelles infections par le VIH et des décès liés au SIDA chez les enfants a ralenti ces dernières années (Tableau 2).

Mais les progrès sont bien trop lents, avec une série de barrières entravant les efforts pour mettre fin au SIDA chez les enfants.

Bien que la couverture du diagnostic précoce des nourrissons soit plus élevée dans les pays de l'Alliance mondiale qu'au niveau mondial, seuls quatre pays de l'Alliance mondiale ont atteint au moins 80 % de couverture : l'Afrique du Sud (90 % [75-99 %]), le Kenya (87 % [76-99 %]), le Zimbabwe (84 % [75-99 %]) et l'Ouganda (82 % [74-95 %]), tandis que certains ont des taux beaucoup plus bas, notamment le Nigeria (18 % [16-22 %]) et l'Angola (14 % [11-17 %]).

En 2023, seulement 57 % [41-75 %] des enfants vivant avec le VIH recevaient un traitement vital contre 77 % [62-90 %] des adultes au niveau mondial (Tableau 2). On estime que 590 000 [430 000-920 000] enfants dans le monde ne recevaient pas de traitement vital en 2023, dont 400 000 [300 000-640 000] (soit 68 %) vivant dans les pays de l'Alliance mondiale. Parmi ces enfants, 60 % avaient plus de cinq ans.

On estime que 590 000 enfants dans le monde ne recevaient pas de traitement vital en 2023, dont 400 000 (soit 68 %) vivant dans les pays de l'Alliance mondiale.

Les principaux facteurs contribuant aux nouvelles infections continues chez les enfants incluent des défis liés à l'accès des mères à la thérapie antirétrovirale pendant la grossesse ou l'allaitement, la transmission du VIH pendant la grossesse ou l'allaitement, l'arrêt de la thérapie antirétrovirale pendant la grossesse ou l'allaitement et l'échec à atteindre la suppression virale.

Seulement 48 % [39-60 %] des enfants vivant avec le VIH au niveau mondial et dans les pays de l'Alliance mondiale ont atteint la suppression de la charge virale, contre 73 % [66-81 %] des adultes au niveau mondial et 79 % [72-87 %] dans les pays de l'Alliance mondiale. Cela est bien en deçà de l'objectif de 2023 visant à atteindre 75 % de suppression virale chez les enfants recevant un traitement contre le VIH, en vue de l'objectif de 2025 de 90 % de suppression virale (Tableau 2).

Les principaux facteurs contribuant aux nouvelles infections continues chez les enfants incluent des défis liés à l'accès des mères à la thérapie antirétrovirale pendant la grossesse ou l'allaitement, la transmission du VIH pendant la grossesse ou l'allaitement, l'arrêt de la thérapie antirétrovirale pendant la grossesse ou l'allaitement et l'échec à atteindre la suppression virale.

Au cours de la dernière décennie, tant au niveau mondial que dans les pays de l'Alliance mondiale, la proportion de femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH ayant accès à une thérapie antirétrovirale est restée stagnante—atteignant 84 % au niveau mondial et 85 % dans les pays de l'Alliance mondiale en 2023 (Tableau 2). Bien que cette couverture notable ait réduit le nombre de nouvelles infections par le VIH chez les enfants, elle est en deçà de l'objectif visant à garantir une couverture universelle (100 %).

Étant donné la période d'allaitement, la transmission verticale ne diminue pas et dépasse 20 % dans deux pays de l'Alliance mondiale : le Nigeria (23 %) et la République démocratique du Congo (26 %).

Étant donné la période d'allaitement, la transmission verticale ne diminue pas et dépasse 20 % dans deux pays de l'Alliance mondiale : le Nigeria (23 % [21-26 %]) et la République démocratique du Congo (26 % [22-30 %]).

Les lacunes dans la prévention du VIH chez les femmes en âge de procréer ralentissent également les progrès vers l'élimination du SIDA chez les enfants. Le nombre d'adolescentes et de jeunes femmes (15-24 ans) nouvellement infectées par le VIH en 2023 (210 000 [130 000-280 000]) est plus de quatre fois supérieur à l'objectif mondial de réduire le nombre annuel de nouvelles infections dans cette population à moins de 50 000 (Tableau 2).

Les inégalités de genre augmentent la vulnérabilité des femmes au VIH et diminuent leur capacité à accéder aux services essentiels. À l'échelle mondiale, près d'une femme sur trois a été confrontée à une forme de violence au cours de sa vie, les adolescentes et les jeunes femmes étant disproportionnellement touchées par la violence de leur partenaire intime. Les quatre pays de l'Alliance mondiale disposant de données ne sont actuellement pas en voie d'atteindre l'objectif visant à garantir qu'en 2025, moins de 10 % des femmes, des populations clés et des personnes vivant avec le VIH subissent des inégalités de genre et des violences basées sur le genre.

Des réformes des lois et des cadres politiques sont essentielles pour réduire la vulnérabilité des femmes et des filles à la violence et aux violations des droits humains.

Tableau 2 Progrès vers les objectifs mondiaux de 2025 et l'impact de l'Alliance mondiale : au niveau mondial et dans les pays de l'Alliance mondiale, 2015, 2021 et 2023.

PROGRÈS VERS LES ÉTAPES DE 2030		2015	2021	2023	OBJECTIF 2025
Veiller à ce que toutes les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH reçoivent une thérapie antirétrovirale à vie					
Couverture de la thérapie antirétrovirale chez les femmes enceintes et allaitantes	Mondial	81 % [70 % à >98 %]	83 % [70 % à >98 %]	84 % [70 % à >98 %]	100 %
	Alliance mondiale	86 % [70 % à >98 %]	85 % [70 % à >98 %]	85 % [70 % à >98 %]	
Réduire le nombre d'adolescentes et de jeunes femmes contractant le VIH à moins de 50 000 d'ici 2025					
Adolescentes e jovens mulheres (15–24 anos) recentemente infectadas pelo HIV	Mondial	330 000 [220 000–450 000]	240 000 [150 000–320 000]	210 000 [130 000–280 000]	50 000
	Alliance mondiale	220 000 [140 000–300 000]	160 000 [97 000–210 000]	130 000 [81 000–170 000]	
Veiller à ce que 90 % des personnes vivant avec le VIH aient accès à un traitement					
Enfants vivant avec le VIH (0–14 ans) recevant un traitement	Mondial	40 % [28–52 %]	54 % [28–52 %]	57 % [28–52 %]	90 %
	Alliance mondiale	41 % [28–52 %]	54 % [28–52 %]	57 % [28–52 %]	
Veiller à ce que 90 % des personnes vivant avec le VIH aient accès à un traitement					
Adolescents (15–19 ans) sous traitement	Mondial	30 %	55 %	64 %	90 %
	Alliance mondiale	32 %	58 %	68 %	
Veiller à ce que 75 % de tous les enfants vivant avec le VIH aient une charge virale supprimée d'ici 2023 et 86 % d'ici 2025					
Enfants vivant avec le VIH (0–14 ans) ayant une charge virale supprimée	Mondial	26 % [22–33 %]	43 % [22–33 %]	48 % [22–33 %]	86 %
	Alliance mondiale	27 % [22–33 %]	43 % [22–33 %]	48 % [22–33 %]	

Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2024 (<https://aidsinfo.unaids.org>).

Des réformes des lois et des cadres politiques sont essentielles pour réduire la vulnérabilité des femmes et des filles à la violence et aux violations des droits humains. Trois pays de l'Alliance mondiale n'ont pas de législation traitant des diverses formes de violence domestique, neuf n'ont pas de lois ou de dispositions criminalisant le viol conjugal sans conditions et huit pays permettent des exceptions aux lois sur l'âge du mariage. Ces réformes législatives doivent être accompagnées d'investissements dans l'éducation des filles et d'initiatives visant à remodeler les normes de genre inéquitables.

Il sera essentiel de soutenir les progrès continus dans les pays performants tout en s'appuyant sur les contributions de divers partenaires pour se concentrer sur la résolution des obstacles bien documentés à un progrès plus rapide. Tirer parti des avancées technologiques et partager les leçons apprises sur les stratégies permettant de surmonter les goulets d'étranglement des services seront essentiels pour réussir.

Bien qu'il soit plus clair que jamais que nous pouvons éliminer le SIDA chez les enfants, il est tout aussi évident que des lacunes critiques sapent nos efforts. Il sera essentiel de soutenir les progrès continus dans les pays performants tout en s'appuyant sur les contributions de divers partenaires pour se concentrer sur la résolution des obstacles bien documentés à un progrès plus rapide. Tirer parti des avancées technologiques et partager les leçons apprises sur les stratégies permettant de surmonter les goulets d'étranglement des services seront essentiels pour réussir.

RÉFÉRENCES

1. ONUSIDA, OMS, UNICEF. L'Alliance mondiale pour mettre fin au SIDA chez les enfants. Genève : ONUSIDA; 2022 (<https://www.unaids.org/en/topic/alliance-children>, consulté le 3 juillet 2024).
2. Stratégie mondiale contre le SIDA 2021–2026 : mettre fin aux inégalités. Mettre fin au SIDA. Genève : ONUSIDA; 2021 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021-2026-global-AIDS-strategy>, consulté le 3 juillet 2024).
3. Déclaration politique sur le VIH et le SIDA : mettre fin aux inégalités et se mettre sur la voie pour mettre fin au SIDA d'ici 2030. Genève : ONUSIDA; 2021 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021-political-declaration-on-hiv-and-aids>, consulté le 3 juillet 2024).
4. Mavhu W, Willis N, Mufuka J, Bernays S, Tshuma M et al. Effet d'un modèle de prestation de services différencié sur l'échec virologique chez les adolescents atteints du VIH au Zimbabwe. *Lancet Glob Health*. 2020; 8:e264–75. doi : 10.1016/S2214-109X(19)30526-1.
5. READY+ : valoriser notre travail. Brighton : Frontline AIDS; 2023 (<https://frontlineaids.org/resources/ready-valuing-our-work>, consulté le 3 juillet 2024).
6. Newell ML, Coovadia H, Cortina-Borja M, Rollins N, Gaillard P, Dabis F. Mortalité des nourrissons infectés et non infectés nés de mères infectées par le VIH en Afrique : une analyse combinée. *Lancet*. 2004;364:1236–43. doi : 10.1016/S0140-6736(04)17140-7.
7. Bianchi F, Cohn J, Sacks E, Bailey R, Lemaire J-F, Machekano R et al. Évaluation d'une intervention de routine au point de service pour le diagnostic précoce des nourrissons atteints du VIH : une étude observationnelle dans huit pays africains. *Lancet HIV*. 2019;6–81. doi : 10.1016/S2352-3018(19)30033-5.
8. Frank SC, Cohn J, Dunning L, Sacks E, Walensky RP, Mukherjee S et al. Effet clinique et coût-efficacité de l'intégration des tests au point de service dans les programmes de diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons au Zimbabwe : une étude de modélisation. *Lancet HIV*. 2019;6–90. doi : 10.1016/S2352-3018(18)30328-X.
9. le Roux S, Odayar J, Sutcliffe CG, Salvatore PP, de Broucker G, Dowdy D et al. Coût-efficacité des tests de diagnostic au point de service par rapport aux tests centralisés en laboratoire pour le diagnostic du VIH chez les nourrissons : une revue systématique des études de modélisation. *Lancet HIV*. 2023;10–31. doi : 10.1016/S2352-3018(23)00029-2.
10. Sacks E, Katirayi L, Kaeberle B, Mafaune HW, Chadambuka A, Tachiwenyika E et al. « Le bébé aura le bon départ » : une étude qualitative sur les points de vue des mères et des travailleurs de la santé sur les tests de dépistage du VIH à la naissance au point de service dans 10 sites au Zimbabwe. *BMC Pediatr*. 2022;14:546. doi : 10.1186/s12887-022-03601-x.
11. Comprendre les mesures de progrès vers les objectifs de dépistage, de traitement et de suppression virale 95–95–95 du VIH. Genève : ONUSIDA; 2024 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/progress-towards-95-95-95>, consulté le 3 juillet 2024).

12. Directives consolidées sur la prévention, le dépistage, le traitement, la prestation de services et le suivi du VIH : recommandations pour une approche de santé publique, mise à jour de 2021. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/342899>, consulté le 3 juillet 2024).
13. Turokova A, White E, Mujuru HA, Kekitilwa AR, Kityo CM, Violari A et al. Dolutégravir comme traitement de première ou de deuxième intention pour les infections par le VIH-1 chez les enfants. *N Engl J Med*. 2021;385:2531–43. doi : 10.1056/NEJMoa2108793.
14. Davendra A, Kohler M, Letsika M, Khoosa H, Motaboli L, Lerotholi M et al. Suppression virale du VIH chez les enfants et adolescents 2 ans après le passage au dolutégravir : une étude de cohorte multicentrique. *AIDS*. 2024;38:1013–23. doi : 10.1097/QAD.0000000000003835.
15. Waalewign H, Szubert AJ, Wasmann RE, Wiesner L, Chabala C, Bwakura-Dangarembizi et al. Premières données pharmacocinétiques de fumarate d’alafénamide de ténofovir et de ténofovir avec dolutégravir ou inhibiteurs de protéase boostés chez les enfants africains : une sous-étude de l’essai CHAPAS-4. *Clin Infect Dis*. 2023;77:875–82. doi : 10.1093/cid/ciad267.
16. Bacha JM, Diamini S, Anabwani F, Gwimile J, Kanyw JB, Farirai J et al. Réaliser la promesse du dolutégravir pour traiter efficacement les enfants et les adolescents vivant avec le VIH dans des contextes réels dans 6 pays d’Afrique orientale et australe. *Pediatr Infect Dis. J* 2023;42:576–81. doi : 10.1097/INF.0000000000003878.
17. Gill MM, Khumalo P, Chouraya C, Kunene M, Diamini F, Hoffman HJ et al. Renforcer les preuves : Taux similaires de malformations du tube neural parmi les accouchements indépendamment du statut VIH maternel et de l’exposition au dolutégravir dans la surveillance des naissances hospitalières en Eswatini. *Open Forum Infect Dis*. 2023;10. doi : 10.1093/ofid/ofad441.
18. Zash R, Holmes LB, Diseko M, Jacobson D, Mayondi G, Mabuta J et al. Mise à jour sur les malformations du tube neural avec l’exposition aux antirétroviraux dans l’étude Tsepamo, Botswana. 24e Conférence internationale sur le SIDA, Montréal, Canada, 29 juillet–2 août. (Résumé PELBB02 ; <https://programme.aids2022.org/Abstract/Abstract/?abstractid=12759>, consulté le 3 juillet 2024).
19. Kourtis AP, Zhu W, Lampe MA, Huang YA, Hoover KW. Dolutégravir et résultats de grossesse, y compris les malformations du tube neural aux États-Unis entre 2008 et 2020 : une étude de cohorte nationale. *Lancet HIV*. 2023;10–96. doi : 10.1016/S2352-3018(23)00108-X.
20. Tukei VJ, Herrera N, Masitha M, Masenyetse L, Mokone Maj, Mokone Maf et al. Optimisation de la thérapie antirétrovirale pour les enfants vivant avec le VIH : expérience d’une cohorte observationnelle au Lesotho. *PLoS One*. 2023;18. doi : 10.1371/journal.pone.0288619.
21. Persaud D, Bryson Y, Nelson BS, Tierney C, Cotton MF, Coletti A et al. Taille du réservoir de VIH-1 après une thérapie antirétrovirale néonatale et potentiel d’évaluer la rémission sans thérapie antirétrovirale (IMPAACT P115) : une étude de preuve de concept de phase 1/2. *Lancet HIV*. 2024;11–30. doi : 10.1016/S2352-3018(23)00236-9.
22. Nelson BR, Tierney C, Persaud D, Jao J, Cotton MF, Bryson V et al. Les nourrissons recevant une thérapie antirétrovirale très précoce ont des comptes de CD4 élevés dans la première année de vie. *Clin Infect Dis* 2023;8:76–7. doi : 10.1093/cid/ciac695.
23. Shapiro RL, Ajibola G, Maswabi K, Hughes M, Nelson BS, Niesar A et al. Le traitement par anticorps neutralisants à large spectre maintient la suppression du VIH chez les enfants présentant des caractéristiques de réservoir favorables au Botswana. *Sci Trans Med* 2023;5:15. doi : 10.1126/scitranslmed.adh0004.
24. Kirlane AR, Abouzeid Om, Minahan D, Bense T, Hill AL, Selinger C et al. Développement d’un système de délivrance de médicaments hebdomadaire oral pour la thérapie antirétrovirale du VIH. *Nat Commun*. 2018;9:2. doi : 10.1038/s41467-017-02294-6.

25. Naschman S, Townsend CL, Abrams EJ, Archary M, Capparelli E, Clayden P et al. Produits antirétroviraux à libération prolongée ou à action prolongée pour le traitement et la prévention du VIH chez les nourrissons, les enfants, les adolescents et les femmes enceintes et allaitantes : lacunes dans les connaissances et priorités de recherche. *Lancet HIV*. 2019;6
26. Girdwood S, Pandey M, Machila T, Warriar R, Gautam J, Mukumbwa-Mwenechanya M et al. L'intégration des tests de tuberculose et de VIH sur GeneXpert peut considérablement améliorer l'accès et le diagnostic le jour même et bénéficier aux programmes de tuberculose : une analyse d'optimisation du réseau de diagnostic en Zambie. *PLoS Glob Public Health*. 2023;3. doi : 10.1371/journal.pgph.0001179.
27. Le guide officiel de la méthode Kanban. Houston (TX) : Kanban University ; 2024 (<https://kanban.university/kanban-guide>, consulté le 3 juillet 2024).
28. Abrams EJ, Capparelli E, Ruel T, Mirochnick M. Potentiel des produits à action prolongée pour transformer le traitement et la prévention du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez les nourrissons, les enfants et les adolescents. *Clin Infect Dis* 2022;75(Suppl. 4) S562–70. doi : 10.1093/cid/ciac754.
29. Gaur AH, Capparelli EV, Calabrese K, Baltrusaitis K, Marzinke MA, McCoig C et al. Sécurité et pharmacocinétique de cabotegravir oral et injectable à action prolongée ou rilpivirine injectable à action prolongée chez les adolescents infectés par le VIH ayant une suppression virologique (IMPAACT 2017/MOCHA) : une étude de phase 1/2, multicentrique, ouverte, non comparative, de recherche de dose. *Lancet HIV*. 2024;11–21. doi : 10.1016/S2352-3018(23)00300-4.
30. Lowenthal ED, Chapman, J, Ohrenschall R, Calabrese K, Baltrusaitis K, Heckman B et al. Acceptabilité et tolérance de cabotegravir injectable à action prolongée et de rilpivirine dans la première cohorte d'adolescents infectés par le VIH ayant une suppression virologique (IMPAACT 2017/MOCHA) : une analyse secondaire d'une étude de phase 1/2, multicentrique, ouverte, non comparative de recherche de dose. *Lancet HIV*. 2024;11–32. doi : 10.1016/S2352-3018(23)00301-6.
31. Kankasa C, Menncier A, Sakana BLD, Molès J-P, Mwiya M, Chunda-Liyoka C et al. Optimisation de la prévention de la transmission postnatale du VIH en Zambie et au Burkina Faso (PROMISE-EPI) : un essai contrôlé randomisé de phase 3, ouvert. *Lancet*. 2024;403:1362–71. doi : 10.1016/S0140-6736(23)02464-9.
32. Ruel T, Penazzato M, Zech JM, Archary M, Cressey TR, Goga A et al. Nouvelles approches de la prophylaxie postnatale pour éliminer la transmission verticale du VIH. *Glob Health Sci Pract*. 2023;11. doi : 10.9745/GHSP-D-22-00401.
33. Van de Perre P, Scarlatti G, Moore PL, Molès J-P, Nagot N, Tylieskär et al. Prévenir la transmission du VIH par le lait maternel à l'aide d'anticorps monoclonaux à large spectre : une taille unique ne convient pas à tous. *J Immun Inflamm Dis*. 2024;12. doi : 10.1002/iid3.1216.
34. Dugdale CM, Ufio O, Alba C, Permar SR, Stranix-Chibanda L, Cunningham CK et al. Coût-efficacité de la prophylaxie par des anticorps neutralisants à large spectre pour les nourrissons exposés au VIH dans les contextes d'Afrique subsaharienne. *J Int AIDS Soc*. 2023;26. doi : 10.1002/jia2.26052.
35. Cohn J, Owiredo MN, Taylor MM, Easterbrook P, Lesi O, Francoise B et al. Éliminer la transmission mère-enfant du virus de l'immunodéficience humaine, de la syphilis et de l'hépatite B en Afrique subsaharienne. *Bull World Health Organ*. 2021;99:287–95. doi : 10.2471/BLT.20.272559.
36. Brittain K, Brown K, Phillips T, Zerbe A, Pellowski J, Remien RH et al. Pourquoi les services de santé intégrés pour les femmes enceintes infectées par le VIH fonctionnent-ils ? Une analyse secondaire d'un essai contrôlé randomisé en Afrique du Sud. *AIDS Behav*. 2023;27:3831–43. doi : 10.1007/s10461-023-04097-x.

37. Thomson KA, Hughes J, Baeten JM, John-Stewart G, Celum C, Cohen CR et al. Risque accru d'acquisition du VIH chez les femmes tout au long de la grossesse et pendant la période post-partum : une analyse prospective par acte coïtal chez les femmes avec des partenaires infectés par le VIH. *J Infect Dis*. 2018;218:16–25. doi : 10.1093/infdis/jiy113.
38. Stat Compiler. Rockville (MD) : Programme des Enquêtes Démographiques et de Santé (DHS) ; 2024 (<https://statcompiler.com>, consulté le 3 juillet 2024).
39. Wango CN, Chakrabarti A, Bair EF, Thirumurthy H, Ochillo M, Okumu O et al. L'accès aux autotests du virus de l'immunodéficience humaine à base de fluide oral augmente le dépistage chez les partenaires masculins des adolescentes au Kenya : un essai contrôlé randomisé. *J Adolesc Health*. 2023;73:632–9. doi : 10.1016/j.jadohealth.2023.02.031.
40. Gottert A, Pulerwitz J, Conserve DF. Fournir des autotests VIH aux adolescentes pour promouvoir le dépistage des partenaires et des couples : un ajout bienvenu à la boîte à outils de prévention du VIH (avec des mises en garde). *J Adolesc Health*. 2023;73:614–5. doi : 10.1016/j.jadohealth.2023.07.005.
41. Kabami J, Koss CA, Sunday H, Biira E, Nyabuit M, Balzer LB et al. Essai randomisé des choix dynamiques de prévention du VIH dans les cliniques de soins prénatals et postnatals en milieu rural en Ouganda et au Kenya. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2024;95:447–55. doi : 10.1097/QAI.0000000000003383.
42. Nakalega R, Mukiza N, Menge R, Kizito S, Babirye JA, Kuteesa CN, Maawanda D et al. Faisabilité et acceptabilité de l'autodépistage du VIH et de la PrEP livrés par des pairs pour les jeunes femmes à Kampala, en Ouganda. *BMC Public Health*. 2023;16:1163. doi : 10.1186/s12889-023-16081-0.
43. Saul J, Cooney C, Hosseini PR, Beamon T, Toiv N, Bhatt S et al. Modélisation de l'impact DREAMS : tendances des nouveaux diagnostics de VIH chez les femmes fréquentant les cliniques de soins prénatals dans les pays DREAMS. *AIDS*. 2022;36(Suppl. 1) S51–9. doi : 10.1097/QAD.0000000000003259.
44. ONU Femmes, AVAC, Athena Initiative, Salamander Trust. Principaux obstacles à l'accès des femmes au traitement du VIH : une revue mondiale. New York : ONU Femmes ; 2021 (<https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2017/12/key-barriers-to-womens-access-to-hiv-treatment#:~:text=The%20most%20frequently%20cited%20barriers,related%20employment%20refusal%2C%20and%20other>, consulté le 3 juillet 2024).
45. Violence contre les femmes et les filles—ce que les données nous disent. Washington (DC) : Banque mondiale ; 2022 (<https://genderdata.worldbank.org/en/data-stories/overview-of-gender-based-violence>, consulté le 3 juillet 2024).
46. Estimations mondiales et régionales de la violence contre les femmes : prévalence et effets sur la santé de la violence de la part d'un partenaire intime et de la violence sexuelle de la part de non-partenaires. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013 (<https://iris.who.int/handle/10665/85239>, consulté le 3 juillet 2024).
47. Portail de données sur le genre : tous les indicateurs [base de données en ligne]. Washington (DC) : Banque mondiale ; 2024 (<https://genderdata.worldbank.org/en/indicators>, consulté le 3 juillet 2024).
48. Explorer les données [base de données en ligne]. New York : ONU Femmes ; 2024 (<https://data.unwomen.org/data-portal>, consulté le 3 juillet 2024).
49. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB et al. Notre avenir : une commission du Lancet sur la santé et le bien-être des adolescents. *Lancet*. 2016;387:2423–78. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1).
50. Enfants et adolescents affectés par le SIDA : dépenses, besoins et lacunes en ressources. New York : Coalition pour les enfants affectés par le SIDA ; sous presse.



ONUSIDA
Programme commun
des Nations Unies
sur le VIH/SIDA

20 Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666

unaids.org