



CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME DE L'ONUSIDA

UNAIDS/PCB (39)/16.18

Date de publication : 2 Décembre 2016

TRENTE-NEUVIÈME RÉUNION

Date : 6-8 décembre 2016

Lieu : Salle du Conseil exécutif, OMS, Genève

Point 3 de l'ordre du jour

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

Documents supplémentaires pour ce point : *aucun*

Action requise lors de cette réunion – Le Conseil de Coordination du Programme est invité à :

Voir les décisions aux paragraphes ci-dessous :

83. Prendre note du rapport et de l'analyse des carences en matière d'accès des enfants aux services de traitement, de prévention, de soins et d'appui liés au VIH, des effets de la stigmatisation, de la discrimination et des obstacles structurels sur la santé des mères et des enfants, et de la nécessité de fournir un soutien psychosocial aux enfants et aux familles affectées.

84. Inviter les États-Membres, avec le soutien du Programme commun, à prendre toutes les mesures nécessaires pour atteindre les cibles mondiales et régionales fixées dans la Déclaration politique de 2016 et le cadre Start Free, Stay Free, AIDS Free.

85. Inviter le Programme commun à soutenir les efforts des pays pour parvenir à l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH (eTME) et obtenir la certification OMS [ou pré-certification] de l'eTME.

86. Demander au Programme commun de travailler avec les partenaires afin d'approfondir davantage l'analyse des effets de la stigmatisation et de la discrimination sur les enfants, les adolescents et les jeunes femmes, et de soutenir les pays dans la mise en œuvre des programmes destinés à lutter contre ces effets.

Conséquences des décisions en termes de coûts : *aucune*

Introduction

1. Le présent document fait suite aux points de décision suivants de la 35^{ème} réunion de décembre 2014 du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA :

8.6 Demande à l'ONUSIDA de rassembler des données concrètes et d'analyser les effets de la stigmatisation, de la discrimination et des obstacles structurels sur la santé des mères et des enfants, et la nécessité d'un soutien psychosocial pour les enfants et les familles affectées, en partenariat avec des enfants et des adolescents vivant avec le VIH et leurs soignants, et d'en rendre compte lors d'une prochaine réunion du Conseil de Coordination du Programme ;

8.9 Demande à l'ONUSIDA de présenter, lors d'une prochaine réunion du Conseil de Coordination du Programme, une analyse actualisée des écarts au niveau de la prévention, du traitement, des soins et de l'appui en matière de VIH pour les enfants.

2. Des progrès significatifs ont été accomplis au niveau de la réduction des nouvelles infections à VIH chez les enfants et de l'augmentation du nombre d'enfants vivant avec le virus sous traitement antirétroviral pédiatrique. Pourtant, des carences significatives subsistent dans plusieurs pays et zones qui empêchent de fournir en temps voulu aux femmes et aux enfants des services efficaces de prévention, de traitement, de soins et d'appui liés au VIH, de promouvoir l'observance des soins et la rétention des patients sous traitement.
3. En 2015, on estimait à 150 000 le nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH. Globalement, les nouvelles infections à VIH chez les enfants ont diminué de 70 % depuis 2000 et de 56 % depuis 2010. Environ 1,6 million de nouvelles infections à VIH ont pu être évitées depuis 1995. On estime à 870 000 le nombre d'enfants ayant accès au traitement antirétroviral depuis la mi-2016.
4. Malgré les progrès rapides au niveau de l'accélération de l'accès au traitement pédiatrique au cours des deux dernières années, parallèlement aux efforts engagés pour stopper les nouvelles infections à VIH parmi les enfants, près de 110 000 enfants sont décédés de maladies liées au sida en 2015, ce qui représente 2 100 enfants par semaine. Des problèmes majeurs subsistent pour déployer à grande échelle le diagnostic précoce chez le nourrisson, le suivi des paires mère-nourrisson, l'identification d'enfants plus âgés vivant avec le VIH, la fourniture en temps voulu d'un traitement à formulation optimale et la rétention des enfants dans le système de soins. Il faut accorder une attention particulière aux modèles de fourniture de services personnalisés qui promeuvent l'observance et garantissent la suppression de la charge virale à tous les âges.
5. Au cours des deux dernières années, une série de consultations ont été organisées entre la société civile, les organisations confessionnelles, les chargés de mise en œuvre, les décideurs, le secteur privé et les organisations internationales afin d'étudier des

solutions pour déployer rapidement et à grande échelle un accès au dépistage et au traitement pour les enfants. Ces consultations ont inclus un ensemble de réunions organisées au Vatican ainsi qu'une réunion ministérielle de haut niveau sur la fin de sida chez les enfants à Abidjan, Côte d'Ivoire.

6. Le rôle majeur des organisations et établissements confessionnels pour atteindre et fournir des services aux enfants et aux familles a été documenté, et une réunion d'une journée avec des directeurs d'entreprises pharmaceutiques et de diagnostic a aussi été organisée pour mobiliser le soutien et le talent de dirigeants du secteur privé afin de faire progresser la science et les outils de dépistage et de traitement chez les enfants.
7. En mai 2016, une réunion a été organisée à Abidjan, Côte d'Ivoire, qui a regroupé 11 ministres de la Santé d'Afrique, de nombreux ministres adjoints et des hauts responsables publics nationaux, ainsi que des représentants d'organes internationaux clés, des responsables de la mise en œuvre de programmes et des représentants de la société civile. Elle avait pour objectif de répondre aux besoins de prévention de la transmission mère-enfant et de traitement des enfants vivant avec le VIH. La réunion s'est soldée par une recommandation, à savoir fixer un nouvel objectif mondial pour veiller à ce que 1,6 million d'enfants vivant avec le VIH aient accès au traitement antirétroviral à l'horizon 2018.
8. Ces discussions sont arrivées à la conclusion que, pour les enfants, l'approche d'accélération pour un déploiement rapide à grande échelle du traitement sous cinq ans (2016-2020) ne sera pas aussi ambitieuse qu'il aurait fallu, mais qu'elle devrait néanmoins permettre d'éviter 50 000 décès en cas de déploiement accéléré et à grande échelle d'interventions opportunes. Pour éviter ces décès, une approche d'accélération accrue de l'action devait être mise en place. Ces débats ont en définitive éclairé l'adoption d'un nouvel objectif mondial, à savoir fournir un traitement contre le VIH à 1,6 million d'enfants vivant avec le virus à l'horizon 2018. Cet objectif a été approuvé dans la Déclaration politique sur le sida de 2016.
9. Pratiquement tous les pays prioritaires du *Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et maintenir leurs mères en vie* proposent aux femmes enceintes séropositives un traitement à vie contre le VIH (option B+), ce qui a un impact significatif sur la santé des femmes vivant avec le virus et sur la réduction des nouvelles infections à VIH chez les enfants.
10. Malgré des progrès sans précédent au niveau de la réduction du nombre de nouvelles infections à VIH et des décès liés au sida chez les femmes, les adolescents et les enfants vivant avec le virus, ces populations restent confrontées à la stigmatisation et la discrimination, et souffrent de la violation d'un certain nombre de leurs droits humains. Ces violations vont du refus de l'accès aux services de santé (y compris la demande de consentement des parents/du conjoint), à la stérilisation sous la contrainte et jusqu'à la discrimination dans les établissements de santé et d'éducation ainsi que dans les milieux professionnels. Bien que presque tous les pays soient dotés de politiques de lutte contre ces discriminations, celles-ci sont appliquées de façon inégale sur le terrain. Les

adolescents sont notamment confrontés à des problèmes spécifiques liés au consentement des parents et à la discrimination fondée sur les normes sociales et culturelles.

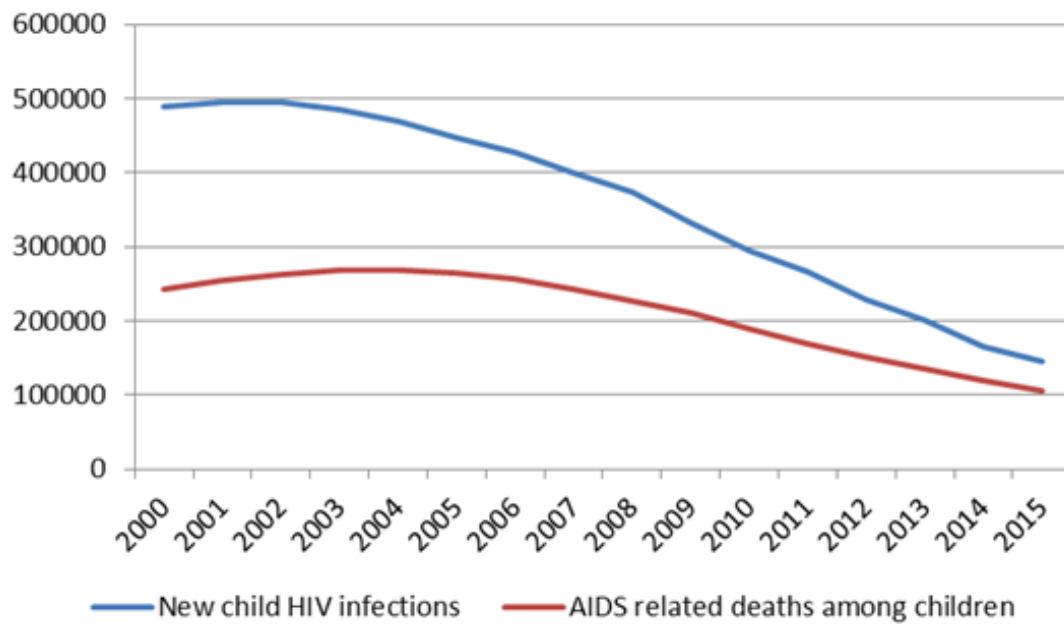
SECTION 1 : ANALYSE DES CARENCES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION, DE TRAITEMENT, DE SOINS ET D'APPUI LIÉS AU VIH CHEZ LES ENFANTS

11. La présente section propose une vue d'ensemble des progrès accomplis et des obstacles pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et garantir à tous les enfants vivant avec le VIH un accès universel au traitement. Elle doit être lue parallèlement à quatre rapports de l'ONUSIDA qui fournissent des informations approfondies sur cette question. Il s'agit des rapports suivants (en anglais uniquement) :

- a) On the fast track to AIDS free generation
(http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/GlobalPlan2016_en.pdf)
- b) Get on the Fast-Track, the life-cycle approach to HIV, UNAIDS 2016
(<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/get-on-the-fast-track>)
- c) Prevention Gap report
(http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf)
- d) Start Free, Stay Free, AIDS-Free, A super fast-track framework for ending AIDS among children adolescents and young women by 2020.
(http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2869_Be%20Free%20Booklet_A4.pdf)

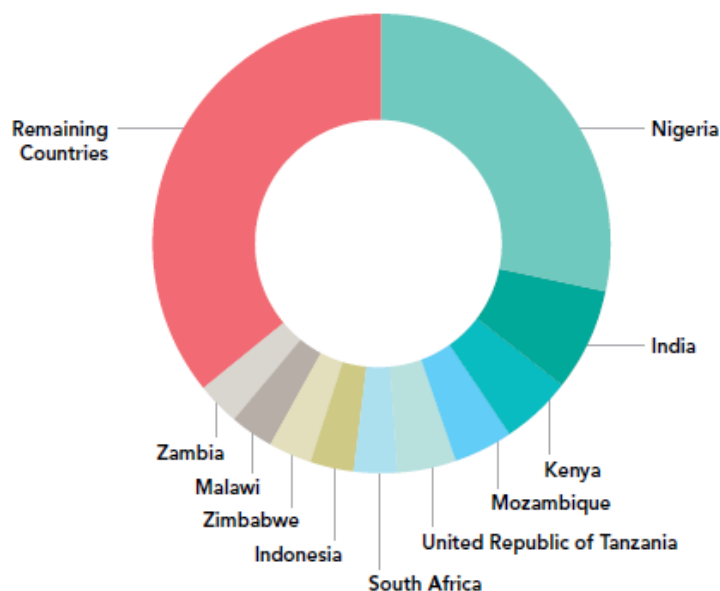
PRINCIPAUX FAITS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

12. Au niveau mondial, les nouvelles infections à VIH chez les enfants de 0 à 14 ans ont été réduites de près de 70 % depuis 2000 et de 51 % depuis 2010. Ces chiffres confirment les progrès exceptionnels accomplis par les programmes destinés à stopper la transmission mère-enfant du VIH. Parallèlement, les décès d'enfants liés au sida ont diminué de 57 % dans le même groupe d'âge (0-14 ans).
13. À la fin 2015, on estimait à 1,8 million [1,5 million-2,0 millions] le nombre d'enfants vivant avec le VIH et, pour l'année 2015, on évaluait à 110 000 [84 000–130 000] le nombre de décès d'enfants liés au sida.



14. La transmission mère-enfant du VIH est désormais essentiellement limitée à quelques pays – 26 pays représentent 90 % des nouvelles infections à VIH chez les enfants. La moitié des nouvelles infections se produisent dans sept pays : Nigéria (40 000), Inde (10 300), Kenya (6 600), Mozambique (6 500), Tanzanie (6 500), Afrique du Sud (5 100) et Indonésie (5 000). À lui seul, le Nigéria enregistre plus de nouvelles infections que les six pays suivants pris ensemble.

Distribution of new HIV infections among children (aged 0–14 years) by country, 2015



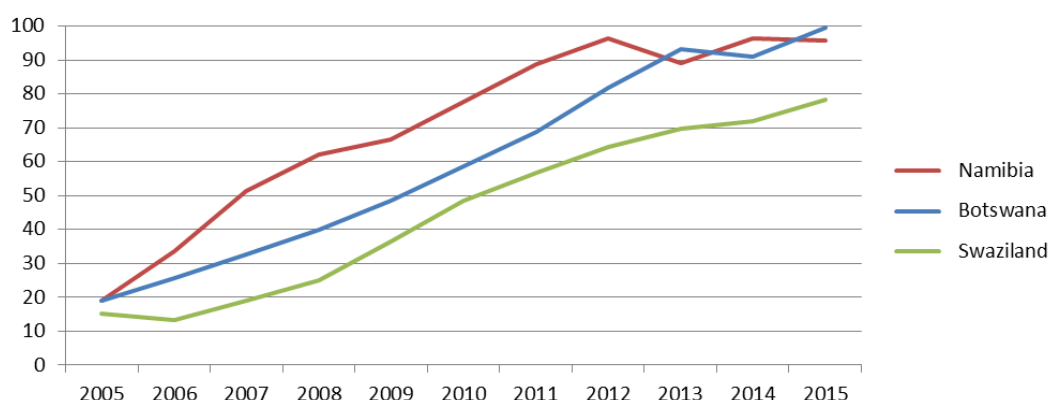
Source: UNAIDS 2016 estimates.

15. La couverture des services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH a été beaucoup élargie. En 2010, 50 % des femmes enceintes recevaient des protocoles

thérapeutiques antirétroviraux efficaces pour prévenir la TME. En 2015, ce chiffre a augmenté pour atteindre 78 %.

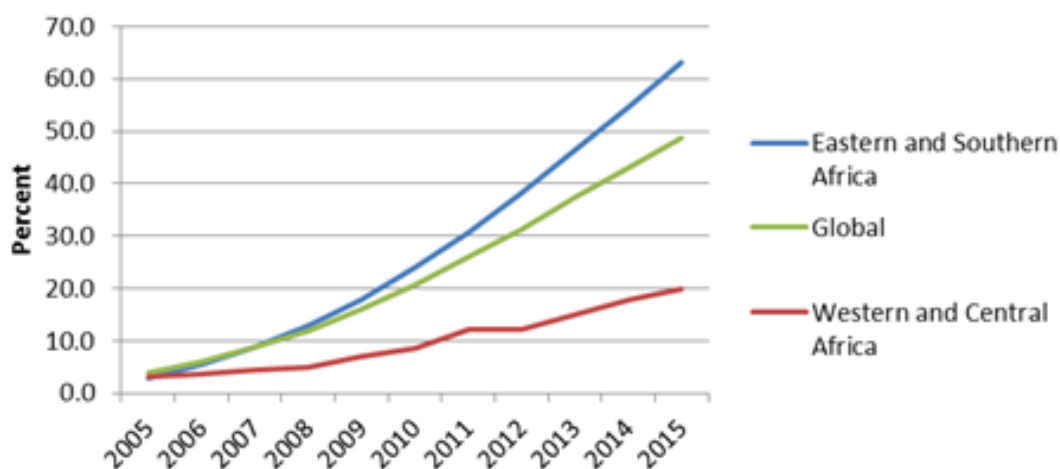
16. Le nombre d'enfants (0-14 ans) sous traitement antirétroviral a doublé au cours des cinq dernières années, passant de près de 452 000 en 2011 à un peu plus de 910 000 [801 000-947 000] à la mi-2016, ce qui a entraîné une réduction de 44 % du nombre de décès d'enfants liés au sida durant la période. Des pays comme le Botswana, la Namibie et le Swaziland ont atteint plus de 80 % des enfants vivant avec le VIH et commencé à les mettre sous traitement, ce qui souligne le fait que grâce à des actions concertées, les enfants vivant avec le VIH peuvent être identifiés et recevoir un traitement contre le virus.

Percent of children LHIV receiving ART, 2005-2015



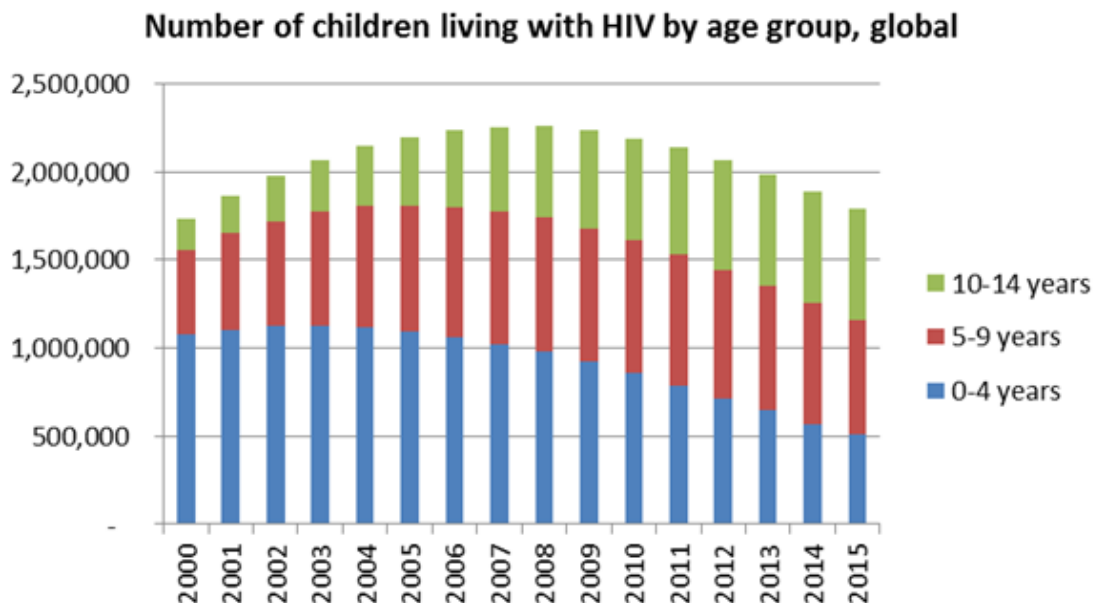
17. Les progrès dans le déploiement à grande échelle du traitement contre le VIH destiné aux enfants ont été les plus rapides en Afrique orientale et australe où près de 65 % des enfants vivant avec le virus ont accès au traitement antirétroviral. Cependant, en Afrique occidentale et centrale, seul un enfant vivant avec le VIH sur cinq a accès au traitement.

Percent of children <15 years receiving antiretroviral therapy



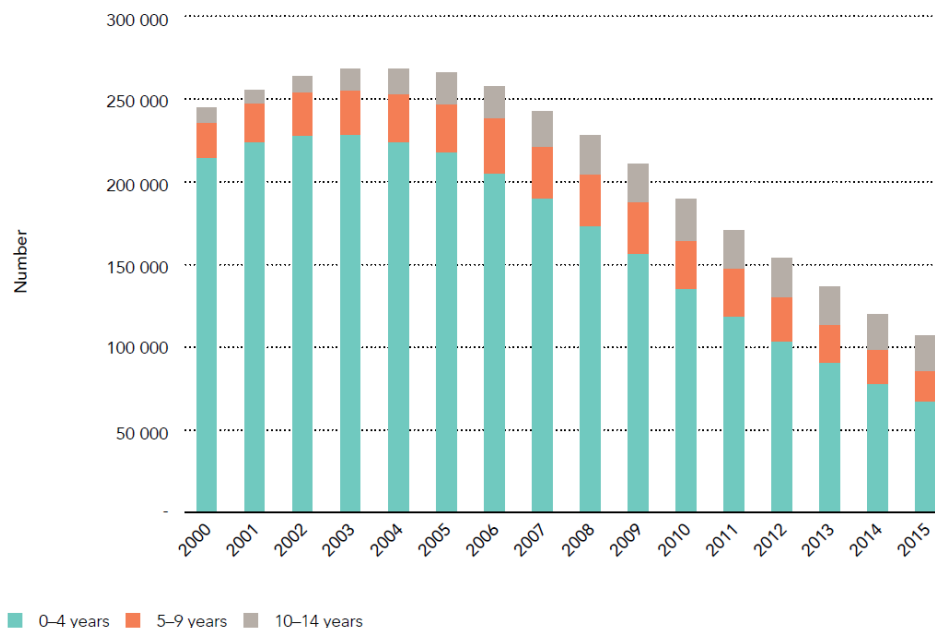
18. Du fait du recul des nouvelles infections, la distribution des enfants vivant avec le VIH par groupe d'âge a évolué au cours des 15 dernières années. Durant les premières années, la majorité des enfants vivant avec le VIH appartenaient au

groupe des enfants en bas âge et, en l'absence de traitement antirétroviral, peu survivaient après cinq ans. L'accès à ce traitement ayant été déployé auprès des enfants vivant avec le virus et le nombre d'enfants naissant porteurs du VIH ayant diminué, la proportion d'enfants vivant avec le virus s'est répartie de façon plus équilibrée entre les trois groupes d'âge. Une poursuite du déploiement à grande échelle et en temps voulu des services de dépistage et de traitement devrait améliorer encore la survie des enfants vivant avec le VIH et permettre à un plus grand nombre de ces enfants d'arriver à l'adolescence.



19. La distribution des décès d'enfants liés au sida demeure encore élevée chez les enfants de moins de cinq ans vivant avec le VIH. Près de la moitié des enfants infectés au moment la naissance décéderont dans les deux premières années, en particulier durant les premiers mois de la vie, période où l'on observe le taux de mortalité le plus élevé. Cette situation souligne l'importance d'un dépistage précoce du VIH et d'un accès précoce au traitement pour les nourrissons.

AIDS-related deaths among children by age group, global, 2000–2015



20. L'impact de l'allongement de la vie des enfants signifie qu'un plus grand nombre d'enfants survivent jusqu'à atteindre l'âge de procréer. En 2015, près de 40 % du nombre estimé de personnes de 15 à 19 ans vivant avec le VIH avaient été infectées à l'occasion d'une transmission mère-enfant.

CARENCES ET OBSTACLES

Dépistage du VIH chez les femmes enceintes

21. Dans les contextes où la prévalence est élevée, la norme absolue consiste à proposer un dépistage de routine du VIH aux femmes enceintes durant leur première visite prénatale et un deuxième dépistage au troisième trimestre, puis périodiquement durant l'allaitement au seinⁱ. Dans certains pays toutefois, l'inadéquation des infrastructures de soins, le manque de liaison entre les services de prise en charge du VIH et de santé maternelle et infantile, et l'absence de sensibilisation à l'importance du dépistage font que de nombreuses femmes ne bénéficient pas de ce dispositif. Au Nigéria, pays le plus peuplé d'Afrique, les données révèlent que la moitié seulement du nombre estimé de femmes enceintes séropositives font l'objet d'un dépistage du VIH. Cette situation a contribué aux 41 000 [28 000-57 000] nouvelles infections parmi les enfants en 2015, plus d'un quart du total mondialⁱⁱ.
22. Le Nigéria et d'autres pays où la couverture du dépistage du VIH est faible parmi les femmes enceintes partagent de nombreux problèmes communs, comme le manque de kits de dépistage imputable aux carences des systèmes de la chaîne des achats et des

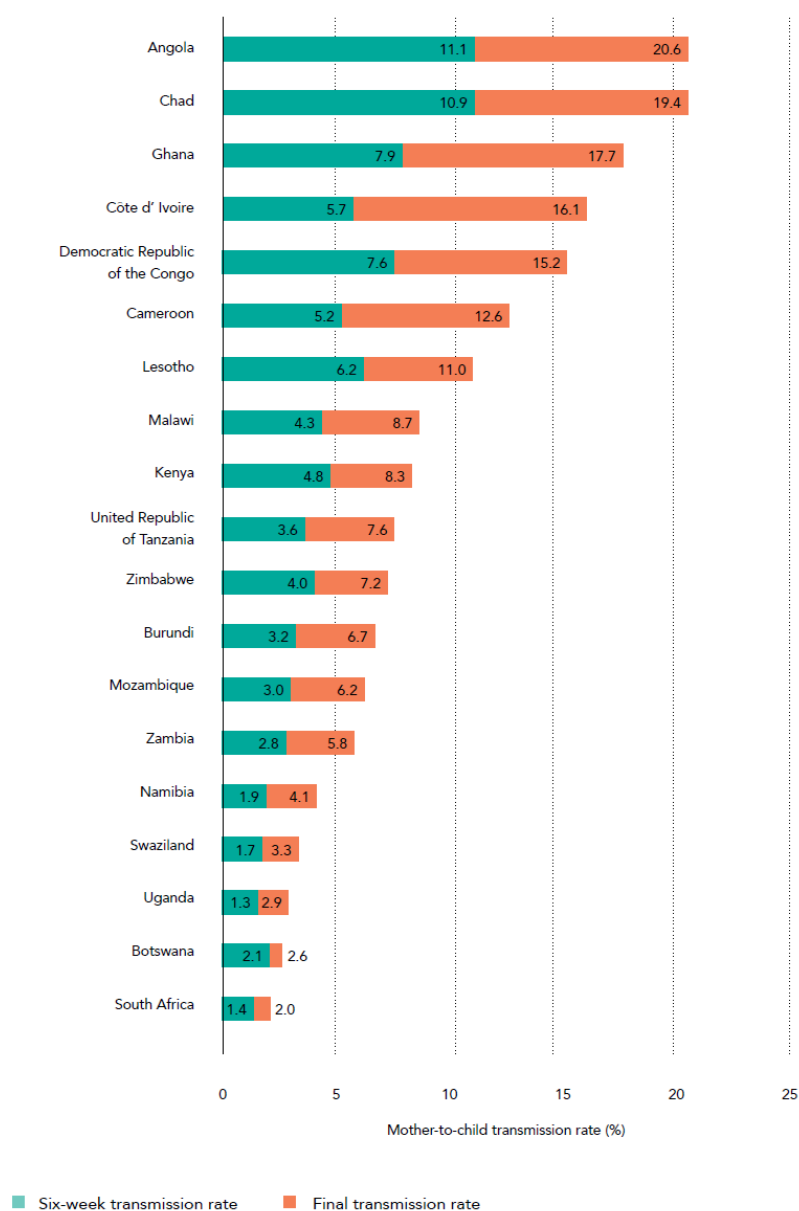
approvisionnement. En outre, des croyances traditionnelles, des pratiques culturelles, la stigmatisation et la discrimination, l'absence de confidentialité dans les milieux sanitaires et les problèmes de transport entravent l'accès et contribuent à une sous-utilisation des services. En République-Unie de Tanzanie, par exemple, une étude a révélé que les problèmes de confidentialité des dépistages et de leurs résultats, la qualité des services de conseil et de test du VIH et des considérations pratiques (comme l'accessibilité et la disponibilité de services annexes) avaient tous un impact sur l'utilisation des services de dépistage du VIH destinés aux femmes enceintesⁱⁱⁱ.

Rétention sous traitement antirétroviral pendant la grossesse et l'allaitement au sein

23. De nombreux programmes nationaux privilégient la fourniture de médicaments antirétroviraux durant la grossesse et au moment de l'accouchement, mais ne prennent pas de mesures suffisantes pour veiller à ce que les nouvelles mères séropositives au VIH soient soutenues pour continuer d'observer leur traitement dans les mois suivant la naissance de leur enfant. En l'absence de traitement antirétroviral efficace pour les mères, l'allaitement au sein devient une période à risque pour les nourrissons exposés au VIH, la moitié de l'ensemble des transmissions mère-enfant du virus se produisant durant cette période. Une bonne observance du traitement antirétroviral est essentielle pour prévenir la transmission après la naissance. Si les mères ne restent pas dans le système de soins et ne sont pas soutenues de façon appropriée pour observer leur traitement, la transmission post-natale risque de plus en plus de contribuer à la transmission verticale du VIH.

Bon nombre de femmes n'ont pas conscience qu'elles doivent rester sous traitement pendant qu'elles allaitent leur nourrisson. Les occasions de renforcement des messages d'observance et de réapprovisionnement des femmes en médicaments sont essentielles après la naissance du bébé dans la mesure où les femmes réduisent normalement leurs contacts avec le système de santé. Les perceptions personnelles de bien-être, parallèlement aux effets secondaires du traitement antirétroviral, peuvent inciter les mères à cesser de prendre leurs médicaments^{iv}. Les occasions d'évaluer la situation de la mère face au traitement antirétroviral et le statut sérologique VIH d'un nourrisson peuvent être optimisées durant des visites de vaccination précoce des enfants en bas âge.

Six-week and final mother-to-child transmission rates, by country, 2015



Source: UNAIDS 2016 estimates.

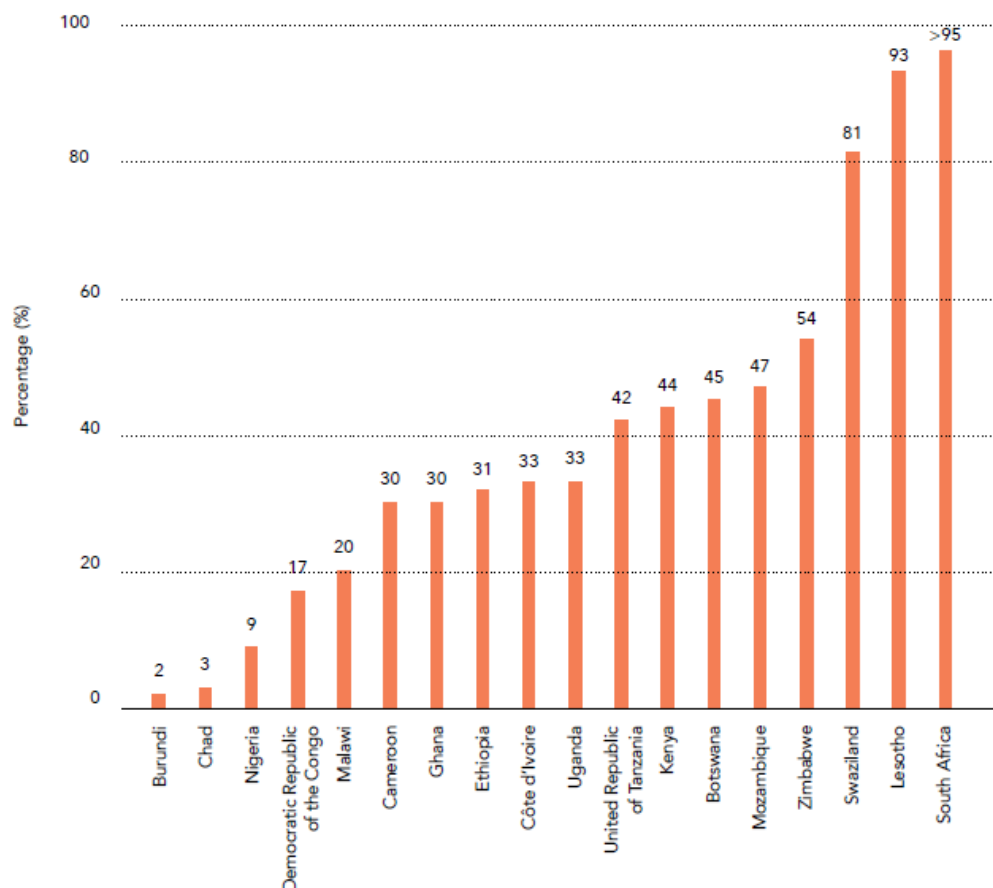
Infection à VIH durant la grossesse

24. La proportion de femmes qui sont infectées par le VIH durant la grossesse et l'allaitement au sein demeure problématique. Les stratégies de prévention de la contamination des femmes par le VIH pendant la grossesse et l'allaitement incluent des approches traditionnelles, notamment le dépistage du partenaire pour identifier les couples sérodiscordants, et des technologies plus récentes, comme le traitement préexposition (PrEP). Certains contextes où la charge est élevée (Swaziland, Kwazulu-Natal) commencent maintenant à proposer le PrEP aux femmes enceintes séronégatives au VIH dans certaines situations.

Faiblesse du niveau de diagnostic chez les enfants et lenteur de la mise sous traitement

25. L'un des problèmes essentiels du VIH chez les enfants est de suivre ceux qui ont été exposés au virus et de veiller à ce qu'ils fassent l'objet d'un dépistage afin de déterminer l'infection pendant la grossesse et l'accouchement et, en cas de sérologie VIH négative, de les soumettre à un dépistage répété pendant l'allaitement afin de détecter rapidement s'ils deviennent infectés. Cependant, le pourcentage d'enfants exposés soumis à un dépistage sous huit semaines est inférieur à 50 % dans de nombreux pays à prévalence élevée. Seuls quatre des 21 pays prioritaire – Lesotho, Afrique du Sud, Swaziland et Zimbabwe – ont proposé un dépistage du VIH pour plus de la moitié des nourrissons exposés au VIH dans leurs huit premières semaines de vie. Les services de diagnostic précoce chez les nourrissons sont historiquement liés aux services de PTME, mais sont rarement mis en œuvre en dehors de ces services où l'on trouve le plus grand nombre de nourrissons infectés par le VIH. Une méta-analyse récente a révélé que le pourcentage de nourrissons séropositifs au VIH était très élevé et élevé dans les services d'hospitalisation et les centres de nutrition, respectivement^v. En se fondant sur ces données, l'OMS a vivement recommandé de soumettre les nourrissons et les enfants dont le statut sérologique VIH est inconnu à un dépistage de routine lorsqu'ils sont admis pour des soins à l'hôpital et fréquentent des centres de lutte contre la malnutrition^{vi}.

Percentage of infants born to women living with HIV receiving a virological test within the first two months of life, by country, 2015



Source: 2016 Global AIDS Response Progress Reporting.

26. Même lorsque les nourrissons font l'objet d'un dépistage précoce, l'inefficacité des transports, la complexité des systèmes de communication et la fragmentation/la fragilité des systèmes de laboratoire peuvent entraîner des délais prolongés entre le collecte de l'échantillon de sang dans les dispensaires et le retour des résultats aux soignants. Du fait de cette situation, on observe des perdus de vue parmi les personnes testées et des décès parmi les personnes séropositives au VIH^{vii}. Une étude a par exemple révélé qu'en Zambie, le temps de traitement entre la collecte de l'échantillon et le retour des résultats aux soignants était de 92 jours^{viii}. Des tests de diagnostic innovants qui permettent d'effectuer le dépistage plus près du lieu de soins ont montré que les délais pouvaient être réduits de façon considérable ou pratiquement éliminés, ce qui favorise la rétention des patients dans la cascade de soins qui va du dépistage au traitement, et l'accélération de la mise sous traitement^{ix}.

27. Quelques pays procèdent à un dépistage du VIH à la naissance des enfants^x. Pour veiller à ce qu'un plus grand nombre de nourrissons séropositifs au VIH soient

diagnostiqués et mis sous traitement avant que la mortalité n'atteigne un pic, l'Afrique du Sud a publié des directives nationale en 2015 qui recommandent que l'on procède à un dépistage chez tous les enfants exposés au VIH à la naissance et 10 semaines après celle-ci^{xi}. L'expérience sud-africaine de dépistage à la naissance est actuellement documentée et évaluée pour quantifier l'impact sur la cascade de soins du dépistage au traitement, et les problèmes à surmonter, comme lorsque les mères ne ramènent pas leur bébé pour le dépistage à 10 semaines lorsque le résultat du dépistage à la naissance était négatif. L'Organisation mondiale de la Santé recommande que lorsque l'on envisage un dépistage à la naissance, des activités doivent être simultanément mises en place pour renforcer le programme traditionnel de six semaines afin de veiller à l'utilisation et à la rétention optimale dans la cascade de soins du dépistage au traitement (cf. Lignes directrices de 2016).

Outils de diagnostic plus simples et moins chers

28. Les tests virologiques du VIH les plus courants pour les nourrissons requièrent des instruments de laboratoire complexes et un personnel hautement spécialisé, d'où il est difficile pour les soignants de fournir des résultats fiables en temps voulu. Pour faire face à ce problème, plusieurs fabricants développent des systèmes de diagnostic portatifs sur le lieu de soins. Sur trois technologies de diagnostic précoce chez les nourrissons sur le lieu de soins, deux sont préqualifiées par l'OMS et une peut être utilisée grâce à des piles. Dans la mesure où elles sont de petite taille et portables, et où elles peuvent être utilisées par un personnel (autre qu'un personnel de laboratoire) formé, les technologies sur le lieu de soins sont susceptibles d'élargir l'accès au diagnostic précoce chez les nourrissons et de réduire le nombre de perdus de vue^{xii}. Grâce à cela, l'Organisation mondiale de la Santé recommande le test de diagnostic précoce chez les nourrissons sur le lieu de soins afin de promouvoir un dépistage plus précoce et une mise sous traitement antirétroviral plus rapide. Réalisée dans différents pays d'Afrique, une évaluation du premier kit de dépistage proche du patient et commercialement disponible sur le lieu de soins indique que ces tests sont aussi précis que des tests de diagnostic précoce de laboratoire pour les nourrissons^{xiii}.
29. Le diagnostic précoce chez les nourrissons devient aussi plus abordable au plan financier. L'Initiative pour l'accès aux diagnostics – partenariat entre l'ONUSIDA, la Clinton Health Access Initiative, le PEPFAR, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et UNITAID – a conjointement négocié une réduction de prix de 35 % en 2015 pour les kits de diagnostic fabriqués par Roche Diagnostics^{xiv}, à un prix de 9,40 dollars par test.

Relier les paires mère-nourrisson

30. Les diagnostics sur le lieu de soins ne pourront pas améliorer les résultats chez les enfants tant qu'aucun effort parallèle ne sera entrepris pour améliorer la fourniture de services cliniques. Dans certaines zones d'Ouganda, les nourrissons nés de mères séropositives au VIH et maintenus dans le système de soins étaient moins de 3 % en

2013, selon une étude de départ couvrant 22 établissements. Les femmes vivant avec le VIH ayant des enfants âgés de six semaines à 24 mois ont été interrogées afin de mieux connaître leurs difficultés. L'enquête a révélé que 80 % des problèmes de rétention étaient liés à des rendez-vous oubliés, des conflits de planification, l'absence de moyens de transport, des problèmes de confidentialité et de peur de divulgation du statut au partenaire. Ces informations ont servi à améliorer la qualité des soins, et des représentants communautaires (comme des « mères-pairs ») ont été chargées de localiser les mères et leur bébé qui étaient perdus de vue. En février 2014, les 22 établissements de santé visés pour l'enquête avaient tous enregistré d'énormes progrès, et maintenaient plus de 60 % des paires mère-bébé dans le système de soins^{xv}.

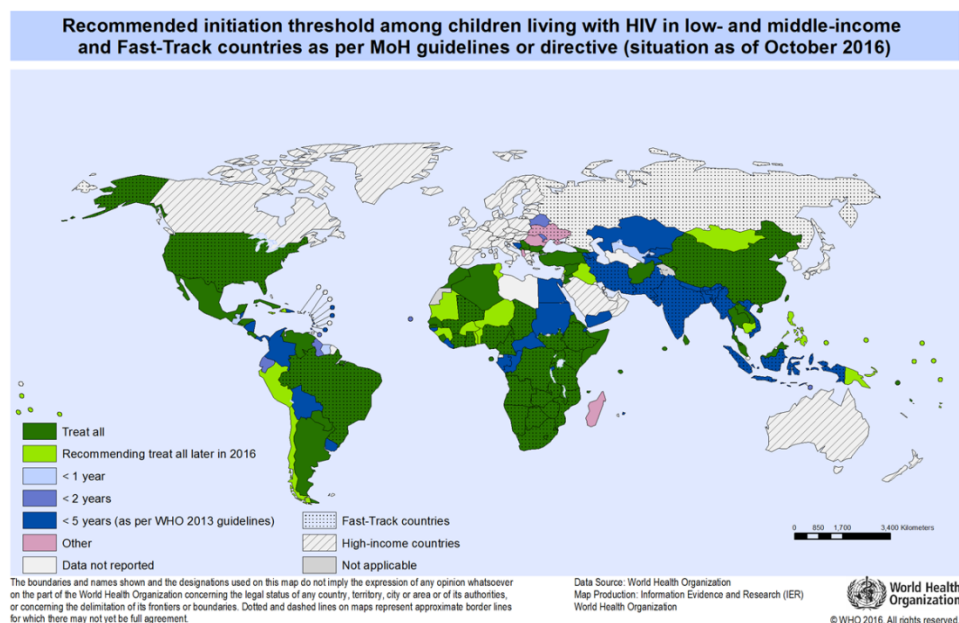
31. De nombreux pays expérimentent des registres papiers ou électroniques longitudinaux qui recueillent des données sur les nourrissons exposés au VIH et les paires mère-bébé, et incitent les pédiatres à déterminer le statut VIH définitif des nourrissons à la fin de la période d'allaitement au sein. Les registres de santé électroniques qui relient les paires mère-nourrisson permettent un suivi conjoint de la mère et de son nourrisson au moyen d'un outil unique. Il est ainsi possible de dépister et de traiter les bébés même lorsqu'ils sont amenés au dispensaire pour le suivi par une personne autre que la mère.
32. Le Malawi expérimente l'utilisation des messages courts (SMS) par téléphone mobile pour envoyer un rappel aux mères qui ne se présentent pas aux rendez-vous post-natals^{xvi}. Les SMS sont aussi utilisés au Kenya, en Afrique du Sud, au Mozambique, au Zimbabwe, au Rwanda et en Zambie pour envoyer les résultats des tests virologiques des nourrissons des laboratoires centralisés sur les imprimantes des établissements de santé communautaires. Un examen systématique comparant les systèmes papiers aux systèmes SMS a révélé que les imprimantes recevant les SMS accéléraient la livraison des résultats des tests de 17 jours en moyenne^{xvii}. Au Kenya, le système de suivi du VIH chez les nourrissons (HITSsystem), qui envoie des alertes informatiques pour le diagnostic précoce chez les nourrissons au personnel de laboratoire, et des alertes par SMS aux mères, a augmenté le pourcentage de nourrissons exposés au VIH maintenus dans le système de soins neuf mois après la naissance. Ce système a aussi réduit les délais entre la collecte de l'échantillon, les résultats de laboratoire et la notification des mères, et augmenté le pourcentage de nourrissons vivant avec le VIH mis sous traitement antirétroviral^{xviii}.

Mise sous traitement des enfants en temps voulu et pérennisation de la suppression de la charge virale

33. Au cours des trois dernières années, des pays ont ouvert la voie vers une utilisation plus précoce et plus large des médicaments antirétroviraux chez les enfants en adoptant des politiques simplifiées qui n'imposent pas une numération des CD4 pour initier un traitement et en choisissant de traiter tous les enfants de moins de 15 ans.
34. L'expérimentation par l'Ouganda de la politique « Traiter tout le monde » chez les enfants a été déterminante pour le processus de révision des lignes directrices de l'OMS de 2015 et a documenté un certain nombre de résultats majeurs obtenus en l'espace

d'un an seulement de mise en œuvre. La couverture du traitement antirétroviral des enfants de moins de 15 ans a augmenté de 22 % en 2013 à 32 % en 2014 et le délai de mise sous traitement a été réduit de 18 à deux jours^{xix}. La plus forte augmentation des mises sous traitement antirétroviral a été observée dans les établissements de santé de niveau inférieur (centres de santé), ce qui donne à penser que la simplification promeut une délégation des tâches et une décentralisation du traitement antirétroviral pédiatrique. Une évaluation rapide réalisée en Ouganda en juillet 2015 a mis en évidence des obstacles, concernant la garantie d'un approvisionnement fiable en produits, la nécessité d'un renforcement des laboratoires et l'importance de la formation, du mentorat et d'une supervision de soutien permanente.

35. En juillet 2016, de nombreux pays avaient adopté la politique « Traiter tout le monde » recommandée par l'OMS (voir le graphique). Cependant, la mise sous traitement antirétroviral continue d'intervenir trop tard et l'âge médian de mise sous traitement est de 3,5 ans (réf. leDea), ce qui indique qu'il faut redoubler d'efforts pour atteindre les nourrissons pendant ou avant la période où leur mortalité est la plus élevée et les mettre sous traitement de façon précoce.



36. L'accès aux bons médicaments et aux bonnes formulations ainsi qu'à une chaîne d'approvisionnement fiable sont les éléments les plus essentiels pour déployer le traitement à grande échelle et de façon sûre lorsque les options pharmacologiques sont limitées. Bien que les directives existantes de l'OMS recommandent d'utiliser les médicaments les plus efficaces et les mieux tolérés, cela ne fait pas longtemps que les pays se sont réorientés vers une utilisation plus optimale des médicaments et des formulations en adoptant la liste des formulations optimales de l'IATT. De meilleures formulations, comme des comprimés de lopinavir/ritonavir, sont enfin disponibles et l'étude LIVING expérimente actuellement son utilisation dans un certain nombre de pays. Une nouvelle catégorie de médicaments, les inhibiteurs d'intégrase, est enfin

disponible pour les nourrissons et les enfants, et le Raltegravir a été ajouté comme option pour un traitement de deuxième intention, alors que l'on réunit davantage de données probantes pour éclairer l'utilisation du Dolutegravir chez les enfants. Cependant, d'autres efforts sont nécessaires pour introduire rapidement de nouveaux médicaments et de nouvelles formulations lorsqu'ils deviennent disponibles. La simplification et la rationalisation des processus réglementaires des pays sont essentielles pour accroître l'accès et garantir la disponibilité des médicaments les plus efficaces.

37. Les partenaires de l'initiative Commitment to Action, qui incluent le PEPFAR, le Fonds mondial, l'OMS, UNITAID, DNDi, MPP, CHAI et IAS, ont collaboré afin de mieux mettre en relation et coordonner les travaux en cours pour promouvoir un mécanisme plus rapide et efficient afin de développer et de mettre sur le marché des médicaments et des formulations prioritaires pour les nourrissons et les enfants. Des approches innovantes sont explorées et des partenariats public-privé plus étroits sont promus pour accélérer le lancement de meilleurs médicaments pour les enfants.
38. Il est essentiel de suivre les nourrissons, les enfants et les adolescents sous traitement antirétroviral pour garantir une gestion et des soins cliniques de qualité, et pour réduire la morbidité et la mortalité. Du fait d'une exposition au traitement antirétroviral pendant la grossesse et l'allaitement au sein, du risque élevé de faible observance du traitement et du manque de fiabilité de l'approvisionnement en formulations pédiatriques, des signes de résistance élevée aux médicaments de lutte contre le VIH ont été observés chez les nourrissons, les enfants et les adolescents. Il conviendrait que le suivi des nourrissons et des enfants séropositifs au VIH sous traitement antirétroviral soit réalisé au moyen d'une évaluation de la charge virale qui permettrait de détecter rapidement les échecs thérapeutiques. Plusieurs technologies sont actuellement sur le marché qui utilisent des technologies de laboratoire conventionnelles, alors qu'un certain nombre de technologies d'évaluation de la charge virale sur le lieu de soins sont en cours de développement et seront bientôt disponibles. Le suivi de la charge virale chez les nourrissons et les enfants permettra aux médecins de mesurer l'ampleur de la suppression de la charge virale et lorsque cette charge est élevée, d'engager des interventions cliniques appropriées, y compris des conseils renforcés d'observance du traitement et un éventuel changement de schéma thérapeutique en cas de résistance probable aux médicaments.

Différencier les services afin de fournir de meilleurs soins aux enfants et adolescents

39. Bien que des politiques de dépistage et de traitement aient été largement adoptées, les soins pour les nourrissons et les enfants restent encore largement régis par les médecins. Des approches optimales de délégation des tâches devraient mettre l'accent sur le partage des responsabilités entre les médecins et les non-médecins, et veiller à ce que le renforcement des capacités des infirmiers aille au-delà de la formation pour inclure une supervision de soutien et un mentorat permanents.

40. Dans les pays qui ont le plus déployé à grande échelle le traitement antirétroviral pédiatrique, la délégation des tâches semble avoir joué un rôle significatif. Les modèles de traitement antirétroviral pédiatrique géré par l'infirmier, comme le NIMART en Afrique du Sud, ont réussi à autonomiser les infirmiers et les travailleurs de santé associés pour gérer la prise en charge des enfants séropositifs au VIH. Le Swaziland et le Zimbabwe ont également appliqué des approches similaires, et dans tous les cas, des traitements antirétroviraux pédiatriques gérés par les infirmiers ont été adoptés après le déploiement des traitements antirétroviraux pour adultes gérés par des infirmiers.
41. En Tanzanie, l'intégration des services de prise en charge du VIH dans les dispensaires réservés aux moins de cinq ans a entraîné un doublement du nombre de sites à même de fournir un traitement antirétroviral pédiatrique et une augmentation liée du nombre d'enfants nouvellement mis sous traitement. De son côté, l'Ouganda a mis en œuvre avec succès un modèle de soins et de traitement antirétroviral familial et enregistré une multiplication par 40 du nombre d'enfants suivis pour des soins et par 23 du nombre d'enfants sous traitement antirétroviral. L'approche familiale, expérimentée par l'initiative plurinationale MTCT-Plus et ultérieurement mise en œuvre en Ouganda, s'est appuyée sur un modèle d'éducation communautaire et a instauré des cliniques de jour pour les familles avec des messages d'éducation à la santé adaptés afin que les enfants respectent mieux leurs rendez-vous au dispensaire.
42. On observe un besoin croissant de services pour aider les adolescents à rester dans le système de soins. Les enfants qui sont mis sous traitement lorsqu'ils sont jeunes survivent et atteignent l'adolescence, et il devient important d'adapter les modèles de fourniture de services pour s'assurer que ces adolescents bénéficient de soins et d'un appui appropriés à leur âge. L'expérience du programme Zvandiri du Zimbabwe montre comment l'introduction de services de santé accueillants pour les adolescents dans les établissements de soins primaires, avec un soutien communautaire intégré, promeut un service qui répond aux besoins en pleine évolution et aux expériences des adolescents. Le succès de cette approche dépend d'une formation durable et du mentorat des cadres des établissements et des communautés pour reconnaître efficacement les besoins de soins des adolescents et répondre à leur évolution.

SECTION 2 : STIGMATISATION, DISCRIMINATION ET RÔLE DES OBSTACLES STRUCTURELS SUR LA SANTÉ DES MÈRES, DES ADOLESCENTS ET DES ENFANTS

43. La présente section fournit des informations analysées à partir de différentes données publiées et non publiées.
44. Un large éventail de problèmes relatifs aux droits humains ont été documentés s'agissant des services de prise en charge du VIH destinés aux femmes enceintes, aux enfants et aux adolescents. Ils incluent notamment des manifestations de la stigmatisation et de la discrimination, des refus d'accès aux services de santé, des

négligences et des retards dans la fourniture des soins, la faible qualité des soins et d'autres attitudes et comportements négatifs à l'encontre des femmes enceintes vivant avec le VIH dans les établissements de soins.

Des personnes ont été assujetties à des dépistages obligatoires ou n'ont pas été invitées à donner leur consentement pour un dépistage du VIH et/ou un traitement, ont souffert d'un manque de confidentialité ou reçu des informations et des conseils insuffisants sur le dépistage et le traitement du VIH.

45. Les adolescents, les jeunes et les femmes plus largement sont confrontés à des obstacles pour avoir accès aux services du fait d'obligations discriminatoires imposant l'obtention de l'autorisation de tiers, comme l'autorisation des parents ou du conjoint. La stérilisation sous la contrainte des femmes vivant avec le VIH, les avortements forcés et la criminalisation de la transmission verticale du VIH figurent parmi les manifestations les plus extrêmes de la stigmatisation et de la discrimination.
46. De nombreux obstacles entravent l'accès aux soins et certains des plus significatifs sont associés à la stigmatisation et la discrimination. Les manifestations, dont la stigmatisation perçue et la discrimination vécue dans les établissements de santé, constituent des obstacles majeurs à l'accès des femmes séropositives au VIH aux soins. Une étude qualitative menée auprès de mères séropositives cherchant à avoir accès à des services de PTME en Inde indique que les femmes vivant avec le VIH perçoivent une certaine discrimination à de nombreux niveaux, y compris au niveau institutionnel ainsi que dans les contacts avec les travailleurs de santé.
47. Des obstacles à l'accès liés à la stigmatisation et à la discrimination sont également observés concernant les adolescents des populations clés, depuis la peur d'être maltraité par les travailleurs de santé jusqu'à l'absence de confidentialité. Le harcèlement homophobe et transphobe dans les établissements scolaires peut entraver les opportunités d'apprentissage et réduire les acquis scolaires.
48. **Transversalité** : Les femmes et les enfants souffrent souvent d'une stigmatisation et d'une discrimination transversales dans plusieurs domaines. Une étude canadienne^{xx} portant sur des femmes noires séropositives au VIH a révélé une transversalité entre la stigmatisation liée au VIH, le sexe, la discrimination raciale et la dépression, suggérant que ces formes liées de stigmatisation et de discrimination constituent des obstacles au traitement, aux soins et à l'appui.

Une étude française^{xxi} a enquêté sur la discrimination perçue parmi un échantillon de personnes vivant avec le VIH représentatif au plan national. Dans cette étude, 13 % des participants ont déclaré avoir été victimes de discriminations liées au VIH (au cours des deux années précédentes) et 8 % ont fait état de discriminations dans des milieux sanitaires liées à différentes raisons perçues (ex : sexe, orientation sexuelle et race). Le groupe des femmes migrantes d'Afrique subsaharienne a été celui pour lequel les

niveaux de discrimination auto-déclarés ont été les plus élevés.

Les femmes et les enfants sont plus susceptibles que les hommes d'être dépossédés de leurs biens, victimes d'abandons et de violences du fait de leur séropositivité au VIH.

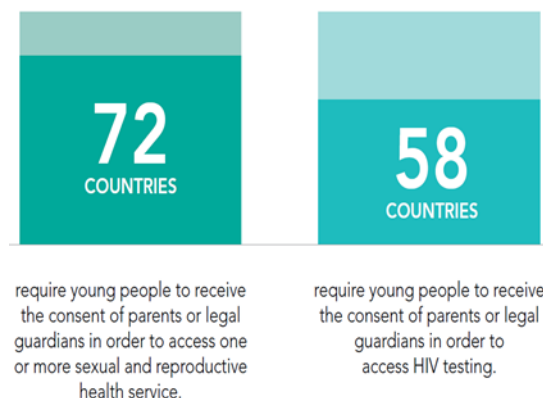
Les milieux de santé sont mal préparés à faire face aux besoins des femmes vivant avec le VIH qui sont également marginalisées parce qu'elles sont, par exemple, pauvres, jeunes, handicapées, professionnelles du sexe ou consommatrices de drogues, et à répondre aux besoins de leurs enfants. Par conséquent, la stigmatisation, la discrimination et les inégalités contribuent au mauvais état de santé des enfants et de leurs parents, et affectent de façon disproportionnée les groupes pauvres et marginalisés.

49. Consentement des parents et du conjoint ou d'un tiers. Les autorisations de tiers, ou l'obligation du consentement des parents ou du conjoint sont des obstacles à l'accès aux services de prise en charge du VIH. L'obligation d'obtenir une autorisation d'un tiers demeure un obstacle important à l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive, et de prise en charge du VIH, en particulier parmi les adolescents et les femmes.

50. Des efforts supplémentaires sont requis pour veiller à ce que le cadre juridique soit réactif et sensible aux obstacles auxquels les jeunes sont confrontés lorsqu'ils tentent d'accéder à des services de santé sexuelle et reproductive, et de prise en charge du VIH. Cela impose notamment d'abolir les obligations d'obtention du consentement des parents et du conjoint, ce qui pose des problèmes supplémentaires – en particulier pour les adolescentes et les jeunes femmes.

Graphique 1. Consentement des parents pour l'accès des jeunes aux services de santé sexuelle et reproductive, et de prise en charge du VIH, 2016

Among 90 countries with available data:



51. De nombreuses approches programmatiques imputent massivement la responsabilité du comportement et des actions à l'individu, sans tenir compte du fait que, le plus souvent, les femmes ne peuvent pas prendre de décisions autonomes concernant leur propre corps, santé ou sexualité. En réalité, dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, plus de la moitié des femmes ne sont pas autorisées à prendre de décisions concernant leur propre santé. Dans certains pays d'Afrique subsaharienne, cela peut concerner jusqu'à 70-80 % des adolescentes et des femmes.
52. Les adolescents hésitent souvent à recourir à des services qui requièrent le consentement d'un parent ou d'un tuteur. Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour veiller à ce que le cadre juridique soit réactif et sensible aux difficultés auxquelles les jeunes sont confrontés lorsqu'ils tentent d'accéder à des services de santé sexuelle et reproductive, et de prise en charge du VIH.

Femmes

53. Dans de nombreux milieux, les femmes déclarent des niveaux de stigmatisation et de discrimination supérieurs à ceux mentionnés par les hommes^{xxii}, et décrivent différentes pratiques discriminatoires – en particulier dans des services de santé reproductive qui leur sont destinés. La discrimination liée à la grossesse est par exemple fréquemment mentionnée par les femmes, y compris au niveau des conseils – prodigués sans explication – de ne pas avoir d'enfants, d'un traitement inapproprié ou de l'absence de fourniture de soins durant l'accouchement, sans oublier la stérilisation forcée ou sous la contrainte des femmes vivant avec le VIH.

Dans une étude menée en Asie, on observe par exemple que 45 % des femmes déclarent ne pas avoir reçu le conseil de ne pas avoir d'enfant après avoir été diagnostiquées séropositives au VIH, contre 18 % seulement chez les hommes. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de déclarer avoir été contraintes de se soumettre à un dépistage du VIH (14 % contre 10 %). Plus de 15 % des femmes déclarent avoir été obligées de se soumettre à un dépistage du VIH durant leur grossesse ou en raison de la maladie d'un enfant. Dans cette même étude, 17 % des participantes thaïlandaises ont reçu le conseil de subir un avortement après avoir été diagnostiquées séropositives au VIH durant leur grossesse^{xxiii}.

Dans une autre étude menée au Kenya, 83,9 % des travailleurs de santé ont déclaré qu'ils considéraient qu'il pouvait être approprié de stériliser une femme vivant avec le VIH, même si elle ne le souhaite pas^{xxiv}. Ce type de discrimination peut avoir des effets particulièrement dévastateurs sur les efforts engagés pour éliminer la transmission mère-enfant du VIH, les femmes ayant été victimes de discriminations ou percevant ou anticipant une stigmatisation liée au VIH étant moins susceptibles de vouloir accéder à

un traitement et des soins pré et post-nataux.

Sur 763 femmes vivant avec le VIH ayant des enfants qui ont participé à l'établissement de l'Indice de stigmatisation du Cameroun, 13 % ont déclaré avoir été conseillées par un professionnel de santé de ne pas avoir d'enfant après avoir été diagnostiquées séropositives au VIH, 2 % ont déclaré avoir été contraintes à la stérilisation et 2 % ont indiqué avoir été contraintes de mettre un terme à leur grossesse au cours des 12 mois précédents^{xxv}. Un contexte de discrimination et d'injustice sociale est propice à des niveaux élevés d'auto-stigmatisation. Dans l'Indice de stigmatisation du Cameroun, 64 % des femmes vivant avec le VIH ayant des enfants ont déclaré avoir été victimes d'une forme au moins d'auto-stigmatisation au cours des 12 mois précédant l'enquête. La recherche révèle que l'auto-stigmatisation agit comme un obstacle important à la recherche et à l'utilisation des services de traitement et de soins^{xxvi}.

54. Une étude portant sur 1 549 personnes vivant avec le VIH de 14 pays européens a montré qu'après les caractéristiques sociodémographiques comme le sexe et l'origine, les besoins non satisfaits de prise en charge de questions liées à la santé sexuelle et reproductive dans les soins du VIH en Europe étaient associés à des expériences auto-déclarées de discrimination^{xxvii}.

55. Malgré l'idée consensuelle selon laquelle la stigmatisation et la discrimination liées au VIH jouent des rôles significatifs pour dissuader les femmes enceintes de recourir aux services de prise en charge du VIH, rares sont les études qui ont tenté d'évaluer quantitativement comment les différents aspects de la stigmatisation affectent le recours des femmes enceintes au dépistage du VIH^{xxviii}. Dans une étude menée en Ukraine, les chercheurs ont par exemple découvert que les personnes vivant avec le VIH qui attendaient plus de trois mois entre la date du diagnostic de leur séropositivité au VIH et le début de leur traitement médical invoquaient les raisons suivantes pour expliquer cette attente : peur que « les travailleurs de santé ne révèlent leur statut sérologique sans leur consentement », peur que « les travailleurs de santé ne les maltraitent », et mauvaise expérience préalable de communication avec le personnel de santé^{xxix}.

Une étude réalisée au Kenya^{xxx} a montré que la stigmatisation anticipée liée au statut sérologique VIH et ses conséquences perçues peuvent être un obstacle à l'acceptation du dépistage du VIH chez les femmes enceintes, y compris dans un environnement où le dépistage dans le dispensaire prénatal devient la norme. Chacune de ces raisons a été mentionnée plus fréquemment par les femmes que par les hommes. En outre, parmi les aspects anticipés de la stigmatisation, l'étude a aussi découvert que les craintes de stigmatisation et de discrimination de la part des partenaires masculins avaient une influence négative plus importante sur l'acceptation du dépistage du VIH que les craintes de stigmatisation et de discrimination de la part d'autres personnes (amis, famille,

collègues de travail, autres personnes de la communauté, etc.). Les partenaires masculins peuvent souvent avoir l'impact direct le plus important sur la vie de la femme et il n'est donc pas surprenant que les craintes de réactions négatives de la part de ces personnes proches et influentes soient les plus dissuasives.

56. La recherche indique que la stigmatisation et la discrimination liées au VIH influent sur les décisions des femmes de se faire dépister et de participer à des programmes de PTME^{xxxii}. Elles entravent aussi leur rétention dans ces services et leur observance des programmes^{xxxiii}. On estime que, dans certains milieux, plus de la moitié des transmissions verticales peut être imputée à l'effet cumulé de la stigmatisation à chaque stade de la cascade des services de la PTME^{xxxiii}.

Au Nigéria, où l'épidémie de VIH était la deuxième plus importante au monde en 2015, la prévalence de la stigmatisation et de la discrimination est très élevée. Bien que les attitudes discriminatoires des femmes à l'encontre des personnes vivant avec le VIH aient diminué entre les enquêtes démographiques et sanitaires de 2003 et de 2013, la moitié seulement des femmes achèteraient aujourd'hui des légumes à une personne vivant avec le VIH. Les attitudes discriminatoires des hommes ont augmenté entre les deux séries d'enquêtes^{xxxiv}. Le Nigéria enregistrait le nombre le plus élevé au monde de nouvelles infections à VIH chez les enfants en 2015, de 41 000 (estimation) [28 000-57 000], soit globalement l'équivalent des huit pays suivants pris ensemble. La diminution des nouvelles infections à VIH d'enfants n'a été que de 21 % au Nigéria depuis 2009, contre une réduction de 60 % en moyenne dans les autres pays prioritaires du Plan mondial^{xxxv}. L'Indice de stigmatisation 2011 du Nigéria documente la stigmatisation et la discrimination dont les femmes sont victimes dans les milieux sanitaires. Sur les 306 femmes vivant avec le VIH ayant des enfants et ayant répondu à l'enquête, plus de 5 % ont déclaré avoir été stérilisées sous la contrainte en raison de leur séropositivité au VIH, 6 % ont été obligées de mettre un terme à leur grossesse et 19 % se sont vues refuser des soins de santé dans les 12 mois ayant précédé l'enquête^{xxxvi}.

Femmes des populations clés

57. Les femmes qui consomment des drogues injectables, en particulier pendant leur grossesse, sont souvent victimes de stigmatisation et de discrimination, lesquelles servent souvent de base à la criminalisation ou de prétexte à un recours abusif au droit pénal. L'ONUDC observe que dans un certain nombre de pays, la consommation de drogue durant la grossesse peut entraîner des poursuites pénales automatiques et une incarcération pendant la grossesse et parfois au-delà^{xxxvii}.

Dans plusieurs pays d'Europe orientale et Asie centrale, par exemple, être traité contre des problèmes de drogue signifie que l'on est fiché comme consommateur de drogue, ce qui peut alors être automatiquement exploité comme motif pour perdre la garde d'un enfant. En Fédération de Russie, les femmes enceintes fichées comme consommatrices

de drogue ou autrement jugées comme telles ont déclaré qu'on leur avait retiré leur enfant à la maternité juste après sa naissance^{xxxviii}.

Une étude qualitative menée auprès de consommatrices de drogue enceintes aux États-Unis d'Amérique a révélé que pour gérer le risque et l'éventualité d'être fichées comme des consommatrices de substances, les femmes enceintes adoptaient comme stratégies de s'isoler de leurs amis et de leur famille qui pourraient détecter leur consommation de stupéfiants, de cacher ou de nier leur grossesse, de programmer les rendez-vous prénatals de sorte à ce qu'une consommation récurrente de drogue ne soit pas détectable dans les tests de dépistage des drogues, de manquer certaines visites prénatales ou d'éviter globalement les soins prénatals^{xxxix}. Alors que la recherche indique que la grossesse peut constituer une motivation puissante pour chercher à obtenir un traitement contre la drogue, dans certains endroits où la consommation de drogue est criminalisée ou lorsque la consommation de drogue peut entraîner le retrait de la garde d'un enfant, la grossesse peut à l'inverse (comme indiqué plus haut) constituer un obstacle à la recherche de soins^{xl}.

58. Malheureusement, les craintes des femmes enceintes concernant les drogues sont souvent fondées sur de fausses idées au sujet de la toxicomanie et la maternité. Un corpus important d'études indique que les situations de pauvreté, d'exclusion sociale, de malnutrition et de violence dans lesquelles de nombreuses femmes qui consomment des drogues sont piégées (en partie du fait de la « guerre contre la drogue ») réduisent de façon préjudiciable l'opportunité pour leurs enfants d'avoir le même accès à des services de santé et d'éducation que d'autres enfants^{xli}.

59. Bien que très peu étudiée, la stigmatisation liée au commerce du sexe est souvent à l'intersection de la discrimination liée au VIH et au sexe dans les milieux sanitaires^{xlii}. Dans une étude qualitative portant sur des professionnel(le)s du sexe en Asie, les chercheurs ont découvert que « dans trois des quatre sites étudiés, les professionnel(le)s du sexe mentionnaient des discriminations et des violences de la part des médecins, des infirmiers et des autres membres du personnel dans les établissements de santé, y compris en relation au statut sérologique VIH réel ou perçu »^{xliii}.

Dans certains contextes, les professionnel(le)s du sexe évoquent aussi une **marginalisation** de la part des autres professionnel(le)s du sexe après un diagnostic de séropositivité au VIH^{xliv}. Certain(e)s professionnel(le)s du sexe déclarent par exemple être expulsé(e)s des maisons closes par les propriétaires ou se voir refuser un traitement de soins en raison de leur « identité doublement stigmatisée ». Certains travailleurs de santé déclarent aussi ouvertement qu'ils préfèrent ne pas fournir leurs services aux professionnel(le)s du sexe. Dans une étude sur les attitudes et les pratiques des travailleurs de santé, 43 % d'entre eux ont déclaré qu'ils pensaient que les professionnelles du sexe étaient les seules femmes qui devaient craindre d'être

infectées par le VIH^{xlv}.

Enfants

60. L'état de santé des mères et des nouveau-nés est inextricablement lié^{xlvi}. Il est essentiel de lutter contre la stigmatisation et la discrimination à tous les stades qui précèdent l'arrivée au monde d'un nouveau-né, pendant l'accouchement et juste après la naissance pour garantir la survie et la bonne santé des nouveau-nés^{xlvii}. Il n'existe pratiquement aucune étude sur les interventions qui luttent spécifiquement contre la stigmatisation et la discrimination pour améliorer la survie et la santé des nouveau-nés. Cependant, les données révèlent que la stigmatisation et la discrimination liées au statut social et à la santé peuvent affecter de façon importante la santé des enfants en entravant ou faisant dévier les résultats et les trajectoires de santé et de développement l'enfant^{xlviii}. La recherche concernant les enfants affectés par le VIH a révélé que la stigmatisation liée au virus amplifie les effets négatifs du préjudice et du dénuement économique liés à la maladie, à l'infirmité et au décès des parents^{xlix}.

Les résultats d'une étude de 11 sites au Cameroun ont montré que 32 % seulement des nourrissons diagnostiqués séropositifs lors d'un test de dépistage du VIH étaient vivants et sous traitement 18 mois plus tardⁱ. Il est fort possible que la stigmatisation et la discrimination contribuent à ces mauvais résultats.

61. Les enfants vivant avec le VIH peuvent être victimes de stigmatisation et de discrimination dans la communauté, à l'école, à la maison et dans d'autres contextes sociaux. Cela peut se manifester par un isolement, un harcèlement, une violation de la confidentialité, ou d'autres actes déshumanisants susceptibles de générer de l'angoisse psychologique, de la peur et de la confusion chez l'enfantⁱⁱ. Cette situation peut être particulièrement difficile car les enfants soupçonnent fréquemment qu'il y a un problème les concernant avant même d'en être informés et sont souvent forcés de gérer seuls leurs facteurs de stress internes. Dans de nombreux cas, les enfants dont les parents sont séropositifs au VIH vivent une expérience similaire de stigmatisation, même s'ils ne sont pas eux-mêmes porteurs du virus.

62. Les parents étant tout aussi susceptibles d'avoir peur de la stigmatisation, ils imposent fréquemment le secret au sujet du VIH dans la famille, et l'enfant peut ne pas être autorisé à révéler sa maladie même si il/elle sait ce que c'estⁱⁱⁱ. À l'école, cela signifie que les enseignants peuvent ne pas savoir qu'un enfant vit avec le VIH. Lorsque les enfants doivent organiser et gérer les horaires de prise de leurs médicaments antirétroviraux dans des pensionnats, par exemple, la nécessité de cacher leur statut sérologique VIH fait qu'il est plus difficile pour eux d'être autonomes, l'enfant devant se cacher pour prendre ses médicaments. Lorsque les antirétroviraux doivent être pris avec de la nourriture, les enfants peuvent ne pas avoir accès à des aliments ou peuvent ne pas maîtriser les horaires des repas. Le VIH et la pauvreté coexistant dans de nombreux pays à charge élevée, les enfants vivant avec le virus manquent déjà de biens de base essentiels, comme les livres et les vêtementsⁱⁱⁱⁱ. Tous ces facteurs rendent la vie des

enfants plus compliquée et les contraignent à supporter une charge psychosociale considérable à un moment où ils doivent faire face aux défis normaux de l'enfance.

63. L'épreuve imposée par le VIH va au-delà des enfants qui sont infectés par le virus et touche même ceux qui sont séronégatifs. Une méta-analyse récente a révélé que l'impact négatif de la séropositivité d'un parent sur le bien-être psychologique des enfants, y compris la stigmatisation et la discrimination, perdure tout le long de la maladie des parents et même après leur décès. Au Zimbabwe, des enfants ont déclaré savoir que d'autres enfants doivent par exemple prendre soin de parents malades, faire la lessive et s'occuper d'autres tâches ménagères^{liv}. Les enfants peuvent être contraints d'aller dans d'autres familles ou parfois de devenir eux-mêmes chefs de famille. Il s'agit d'expériences psychologiquement difficiles à vivre pour les enfants et il est nécessaire durant ces périodes de leur fournir des espaces stables et porteurs, en plus des interventions sociales et médicales nécessaires pour faire face à la perte d'un parent^{liv}.
64. De nombreuses écoles elles-mêmes ne sont pas bien préparées à soutenir des enfants vivant avec le VIH en raison de différents facteurs entrecroisés comme le manque de ressources, le manque d'information, la peur et la surcharge du système éducatif. Les travaux de Campbell et al observent que dans de nombreux cas, les relations enseignants-élèves sont surtout autoritaires et disciplinaires, et que de nombreux enseignants ne considèrent pas que leur rôle est de soigner ou d'avoir de l'empathie. Ces comportements alimentent un cercle vicieux qui empêche les enfants de se confier aux enseignants^{lvi}.

Adolescents

65. Les adolescents qui sont victimes de discriminations sont plus vulnérables aux abus et à d'autres types de violences et d'exploitations, et leur santé est, tout comme leur développement, exposé à un risque accru. Ils méritent donc une attention et une protection spéciales de la part de tous les pans de la société^{lvii}.
66. Dans le monde, les adolescents des populations clés (y compris les garçons gays et bisexuels, les adolescents transgenres, les adolescents qui s'adonnent au commerce du sexe et les adolescents qui consomment des drogues injectables) sont exposés à un risque accru d'infection à VIH. Ces groupes marginalisés sont confrontés à des discriminations et des violations des droits humains, et sont souvent exclus des services^{lviii}.
67. Les jeunes des populations clés doivent aussi avoir la garantie d'un environnement juridique protecteur dans lequel les identités et les comportements de leur groupe ne sont pas criminalisés et dans lequel leurs droits sont respectés, protégés et promus^{lix}.
68. Les données sont rares concernant la prévalence du VIH et la vulnérabilité des adolescents qui consomment des drogues injectables. Une enquête de 2010 portant sur

des jeunes des rues dans de nombreuses villes d'Ukraine a révélé qu'un tiers de ceux qui avaient de 15 à 17 ans et consommaient des drogues injectables vivaient avec le VIH.

69. Une étude conduite en Amérique latine a estimé que 44-70 % des femmes et des filles transgenres quittaient la maison ou étaient jetées hors de chez elles.
70. Des études de surveillance comportementale (note 24) indiquent que 17 % des professionnelles du sexe d'Inde ont commencé à avoir des rapports sexuels tarifés avant d'avoir 15 ans.
71. La stigmatisation des minorités sexuelles est associée à des comportements sexuels à haut risque des jeunes HSH (note 54) qui peuvent aussi être dissuadés de chercher des services de conseil et de dépistage volontaire du VIH et d'autres services essentiels de prévention, de soins et de traitement.

Solutions : Ce qu'il faut faire pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des femmes et des enfants

72. Pour lutter efficacement contre la stigmatisation et la discrimination, les interventions doivent associer des stratégies et des approches, obtenir la participation d'un large éventail de parties prenantes, être conduites (ou massivement soutenues) par les communautés qui sont victimes de la stigmatisation et de la discrimination, et s'attaquer à la transversalité de ces dernières^{lx}. Des interventions prometteuses expérimentées dans de nombreux contextes différents ont montré que l'un des autres facteurs clés du succès des programmes de réduction de la stigmatisation consiste à faire participer les intermédiaires incontournables et de nombreux agents du changement, comme les représentants des pouvoirs publics locaux, les enseignants, la police, les médias et les prestataires de soins^{lxi}. Il est essentiel d'inclure les communautés marginalisées pour renforcer les capacités, veiller au caractère approprié des messages et optimiser les résultats^{lxii}. En outre, une lutte efficace contre l'auto-stigmatisation est une condition préalable importante pour obtenir un engagement effectif des communautés marginalisées^{lxiii}. Il est important de s'attaquer aux points d'intersection entre la stigmatisation et la discrimination liées au sexe et à l'âge dans le cadre des services de prise en charge du VIH, en particulier la PTME.
73. Les travaux de recherche qui évaluent l'impact des programmes de PTME indiquent que le lieu de fourniture des services est important^{lxiv}. Les femmes vivant avec le VIH peuvent hésiter à accéder à des services de peur d'être victimes de la stigmatisation et de la discrimination dans des contextes clairement associés à la séropositivité au VIH et où la confidentialité doit être garantie. Dans les pays à revenu élevé, on observe par exemple un soutien accru pour fournir des services de santé mentale dans les écoles comme mécanisme permettant de faciliter l'accès aux soins parmi les groupes qui n'ont

habituellement pas accès aux services de santé mentale de peur d'être stigmatisés^{lxv}.

74. En ce qui concerne la survie et la santé des nouveau-nés, le plaidoyer en faveur de services intégrés a été considérable pour adopter un système à guichet unique où l'on peut accéder à différents services au même endroit – l'ensemble de ces services pouvant contribuer à améliorer l'état de santé des mères et des nouveau-nés^{lxvi}. Le manque de preuves de l'impact des activités de réduction de la stigmatisation et de la discrimination sur la survie et la santé des nouveau-nés montre que la diffusion d'informations dans les milieux communautaires est un mécanisme important pour accroître les connaissances parmi ces groupes qui sous-utilisent habituellement les services disponibles. Kumar et ses collègues (2012) ont par exemple publié les résultats d'un essai contrôlé randomisé en grappes pour évaluer l'impact d'une intervention comportementale ciblant les nouveau-nés dans des communautés rurales d'Inde.

75. Admettant que l'efficacité des efforts visant à éliminer la transmission mère-enfant du VIH dépend largement d'une participation significative des communautés et de la lutte contre les obstacles aux droits humains, l'ONUSIDA a travaillé avec l'OMS sur un processus conduit par des réseaux de personnes vivant avec le VIH (GNP+ et ICW). Ce processus vise à élaborer et expérimenter un outil sur les droits humains, l'égalité des sexes et les normes de participation communautaire. Il fait partie d'une série d'outils de l'OMS utilisés pour certifier l'élimination de la transmission mère-enfant (eTME) du VIH et de la syphilis dans les pays.

L'un des critères importants pour qu'un pays obtienne la certification de l'eTME est que des interventions destinées à atteindre les cibles aient été mises en œuvre dans le respect des droits humains. Aucun pays ne peut être certifié en pré-élimination ou en eTME du VIH ou de la syphilis s'il existe des violations graves ou systématiques des droits humains dans le contexte de l'eTME. Les critères absolument non négociables incluent l'absence l'abus grave ou systématique contre les droits humains, comme des stérilisations, contraceptions ou avortements forcés, ou un dépistage obligatoire généralisé chez les femmes enceintes, ainsi que des contrôles par les pouvoirs publics de la réparation de ces abus. La non-discrimination dans la fourniture de l'eTME est une obligation primordiale prévue dans tous les instruments sur les droits humains. La lutte contre les problèmes et violations des droits humains dans le contexte de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH impose un certain nombre de mesures concrètes au niveau mondial, régional, national et communautaire.

76. En 2013, la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples a adopté une résolution qui condamne expressément la stérilisation non souhaitée comme violation des droits de l'homme. Elle a invité les États d'Afrique à adopter des mesures pour l'empêcher et lutter contre celle-ci^{lxvii}.

77. En juin 2014, l'OMS, l'ONUSIDA, le HCR, ONU Femmes, le PNUD l'UNICEF et l'UNFPA ont adopté une déclaration interinstitution sur l'élimination de la stérilisation forcée, contrainte et autrement non souhaitée qui lance un appel pour que l'on mette fin à la

stérilisation non souhaitée des femmes vivant avec le VIH^{lxviii}. Admettant la nécessité de faciliter l'action mondiale pour garantir des soins de santé exempts de discrimination, l'ONUSIDA et l'OMS ont lancé *Un agenda pour atteindre zéro discrimination dans les soins de santé* le 1^{er} mars 2016^{lxix}. Cette initiative réunit différentes parties prenantes afin d'œuvrer pour promouvoir la vision selon laquelle chacun, où qu'il soit, bénéficie de services de santé exempts de discrimination, et a pour objectif de lutter contre la discrimination transversale sous toutes ses formes.

78. Les solutions existantes doivent être adaptées pour répondre aux besoins des adolescents les plus exposés au risque d'infection à VIH qui sont victimes de nombreuses injustices, notamment la stigmatisation, l'incarcération et la violence. De ce fait, il est important d'investir non seulement dans des actions à impact élevé à moyen terme, mais aussi dans des activités visant à transformer en profondeur la société sur le long terme et qui servent au mieux les intérêts des adolescents.
79. Exemples de pays engageant des actions pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination auxquelles sont confrontés les enfants, les adolescents et les femmes vivant avec le VIH.

Namibie – Affaire juridique stratégique pour remettre en question la stérilisation non souhaitée

Le Centre d'aide juridique, le Réseau de santé des femmes namibiennes et le SALC se sont saisis d'une affaire juridique engagée par trois femmes séropositives au VIH qui ont été stérilisées sans avoir donné leur consentement éclairé dans des hôpitaux publics. Dans l'affaire *Gouvernement de la République de Namibie contre LM et Autres*, la décision de la Cour Suprême a confirmé la décision de la Haute Cour de juillet 2012 selon laquelle le gouvernement avait soumis les femmes à une stérilisation contrainte et a confirmé que la pratique de stérilisation forcée enfreignait les droits juridiques des femmes^{lxx}. Les conséquences de cette décision sont de large envergure, non seulement pour les femmes séropositives au VIH de Namibie, mais aussi pour les douzaines de femmes séropositives vivant en Afrique qui ont été victimes de stérilisations sous la contrainte. Elles adressent un message clair aux gouvernements, à savoir qu'ils doivent prendre des mesures concrètes pour mettre fin à ces pratiques.

Afrique du Sud – Engagement communautaire auprès de la Commission sur l'égalité des sexes

En Afrique du Sud, après la couverture médiatique de poursuites contre le gouvernement qui ont été réglées à l'amiable, de nombreuses femmes vivant avec le VIH ont pris la parole pour partager leur expérience de stérilisation forcée ou sous la contrainte, mais de nombreuses femmes n'ont pas pu plaider leur cause car trop de temps s'était écoulé depuis leur affaire et celle-ci était prescrite au regard du droit civil. Pour faire face à cette impasse, le Women's Legal Center a récemment déposé, en partenariat avec la Communauté internationale des femmes vivant avec

le VIH et ICW South Africa, une plainte d'une nouvelle forme auprès de la Commission sud-africaine sur l'égalité des sexes demandant l'ouverture d'une enquête sur la prévalence des stérilisations non souhaitées, sous la contrainte et autrement involontaires dans les hôpitaux publics, et exigeant un recours général et spécifique pour obtenir justice au nom de ces femmes dont les affaires sont prescrites et sensibiliser le pays à ce problème. La Commission devrait ouvrir une enquête et chercher des témoignages de femmes qui ont été victimes de stérilisation forcée ou sous la contrainte. L'ICW entend apporter son soutien à la documentation de ces violations graves des droits de l'homme dont ont souffert les femmes vivant avec le VIH.

Thaïlande – Actions globales conduites par les pouvoirs publics pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination dans la santé

La stigmatisation et la discrimination continuant d'entraver les efforts engagés pour garantir l'accès aux services de dépistage, de prévention et de traitement liés au VIH – obstacles en vertu desquels 60 % environ des personnes vivant avec le VIH ne prennent connaissance de leur statut sérologique que très tardivement, la Thaïlande a priorisé la réduction de la stigmatisation. Le pays s'est engagé à réduire de moitié la stigmatisation liée au VIH et à mettre en place des mécanismes de protection des droits des personnes vivant avec le VIH et des populations clés à l'horizon 2019. La Thaïlande s'est engagée à atteindre ces objectifs grâce à des activités éclairées par le concret et à suivre les progrès grâce à des indices de référence mesurables.

La Thaïlande s'est lancée dans un suivi systématique de la stigmatisation et de la discrimination dans les milieux sanitaires. Le ministère de la Santé, la société civile et les réseaux de personnes vivant avec le VIH et de populations clés, les universitaires, les Nations Unies et des agences gouvernementales américaines ont uni leurs forces et leurs ressources. Un outil simple et pratique pour mesurer la stigmatisation et la discrimination dans les milieux de santé a été élaboré et expérimenté dans deux provinces. Le Comité national de lutte contre le sida a approuvé l'utilisation de l'outil de quantification de la stigmatisation comme instrument de suivi de routine, et une enquête nationale sera réalisée tous les deux ans. Au niveau infranational, la mise en œuvre de l'outil a, à ce jour, été déployée dans 22 provinces. Le ministère de la Santé publique étend un programme accéléré de réduction de la stigmatisation à l'ensemble du système. De plus, la société civile et les communautés concernées se sont engagées à le soutenir et y participent pleinement. Une formation individuelle à la réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH destinée aux personnels de santé est dispensée dans quatre provinces prioritaires thaïlandaises et il est prévu que cette formation soit déployée à grande échelle au plan national en 2017. L'apprentissage électronique se développe pour compléter les formations individuelles et veiller à ce que tous les effectifs de santé reçoivent, à tous les niveaux, une formation et un soutien nécessaires. Le système actuel d'assurance de la qualité des services de santé, comme par exemple l'accréditation des hôpitaux, évaluera les acquis de

l'apprentissage électronique du personnel des établissements de santé. Il compte aussi sur l'allocation de crédits à la formation continue. L'expérience thaïlandaise montre qu'il est possible de (et qu'il faut) mesurer régulièrement la stigmatisation et la discrimination dans le secteur de la santé, et qu'il est nécessaire de les contrer systématiquement.

SECTION 3 : LA VOIE À SUIVRE ET POINTS DE DÉCISION

LA VOIE À SUIVRE : CADRE START FREE, STAY FREE, AIDS-FREE

80. Les actions à mener pour progresser sont régies par un nouveau cadre global : Start Free Stay Free AIDS Free. Coprésidé par l'ONUSIDA et le PEPFAR, le cadre a pour objectif de mettre fin au sida chez les enfants, les adolescents et les jeunes d'ici à 2020 en s'appuyant sur les principaux enseignements tirés du Plan mondial : le rôle essentiel de l'appropriation nationale, placer les femmes – et en particulier celles qui vivent avec le VIH – au centre du discours sur les politiques, un suivi et une évaluation solides, une bonne coordination et une assistance technique robuste. Les composantes Start Free et AIDS Free visent la réalisation des cibles 2018 relatives aux enfants approuvées par l'Assemblée générale des Nations Unies :

- a. Réduire à moins de 40 000 le nombre d'enfants nouvellement infectés chaque année d'ici à 2018.
- b. Atteindre et pérenniser la mise sous traitement antirétroviral à vie de 95 % des femmes enceintes vivant avec le VIH d'ici à 2018.
- c. Fournir un traitement antirétroviral à vie à 1,6 million d'enfants vivant avec le VIH de 0 à 14 ans et à 1,2 million d'enfants vivant avec le VIH de 15 à 19 ans d'ici à 2018 [Atteindre 95 % de l'ensemble des enfants vivant avec le VIH].

81. Le cadre prévoit un ensemble de politiques et d'actions programmatiques conçues pour permettre aux pays et aux partenaires de combler les lacunes restantes au niveau de la prévention et du traitement contre le VIH pour les enfants, les adolescents et les jeunes femmes.

82. Pour aider à sa mise en œuvre et atteindre les cibles fixées, le cadre recommande des mesures sur quatre fronts :

- a. Engagement politique et changement des politiques
- b. Fourniture de services
- c. Participation communautaire
- d. Innovation et développement de nouveaux produits.

Les actions pour chacune de ces composantes sont décrites dans le document *Start Free, Stay Free, AIDS-Free*

(http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2869_Be%20Free%20Booklet_A4.pdf)

POINTS DE DÉCISION

Le Conseil de Coordination du Programme est invité à :

83. Prendre note du rapport et de l'analyse des carences en matière d'accès des enfants aux services de traitement, de prévention, de soins et d'appui liés au VIH, des effets de la stigmatisation, de la discrimination et des obstacles structurels sur la santé des mères et des enfants, et de la nécessité de fournir un soutien psychosocial aux enfants et aux familles affectées.
84. Inviter les États-Membres, avec le soutien du Programme commun, à prendre toutes les mesures nécessaires pour atteindre les cibles mondiales et régionales fixées dans la Déclaration politique de 2016 et le cadre Start Free, Stay Free, AIDS work.
85. Inviter le Programme commun à soutenir les efforts des pays pour parvenir à l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH (eTME) et obtenir la certification OMS [ou pré-certification] de l'eTME.
86. Demander au Programme commun de travailler avec les partenaires afin d'approfondir davantage l'analyse des effets de la stigmatisation et de la discrimination sur les enfants, les adolescents et les jeunes femmes, et de soutenir les pays dans la mise en œuvre des programmes destinés à lutter contre ces effets.

[Fin du document]

REFERENCES

- ⁱ Lignes directrices consolidées de l'OMS sur les services de dépistage du VIH. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015.
- ⁱⁱ Rapport d'avancement du Plan mondial 2016. ONUSIDA.
- ⁱⁱⁱ Njau B, Ostermann J, Brown D et al. HIV testing preferences in Tanzania: a qualitative exploration of the importance of confidentiality, accessibility, and quality of service. *BMC Public Health* 2014;14:838.
- ^{iv} Kim MH, Zhou A, Mazenga A, Ahmed S, Markham C, Zomba G, et al. (2016) Why Did I Stop? Barriers and Facilitators to Uptake and Adherence to ART in Option B+ HIV Care in Lilongwe, Malawi. *PLoS ONE* 11(2): e0149527. doi:10.1371/journal.pone.0149527
- ^v Cohn Lancet HIV 2016
- ^{vi} Lignes directrices consolidées sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux et pour le traitement et la prévention des infections à VIH, 2016
- ^{vii} Essajee S, Vojnov L, Penazzato M, et al. Reducing mortality in HIV-infected infants and achieving the 90-90-90 target through innovative diagnostic approaches. *J Int AIDS Soc.* 2015;18 (Suppl 6):20299.
- ^{viii} Sutcliffe CG, van Dijk JH, Hamangaba F, Mayani F, Moss WJ. Turnaround time for early infant diagnosis in rural Zambia: a chart review. *PLoS One.* 2014;9:e87028.
- ^{ix} « Jani at AIDS 2016 », « Mwenda at AIDS 2016 » ainsi que certaines études faites au Cap présentées durant la réunion sur les enfants préalable à la Conférence sur le sida de Durban, 2016.
- ^x Lilian RR, Kalk E, Bhowan K, Berrie L, Carmona S, Technau K et Sherman G: Early Diagnosis of In Utero and Intrapartum HIV Infection in Infants Prior to 6 Weeks of Age. *Journal of Clinical Microbiology* p. 2373–2377, Juillet 2012 Volume 50 N° 7
- ^{xi} National Department of Health, Republic of South Africa. National consolidated guidelines for the prevention of mother-to-child transmission of HIV (PMTCT) and the management of HIV in children, adolescents and adults. Avril 2015.
- ^{xii} UNICEF: http://www.unicef.org/innovation/innovation_82102.html
- ^{xiii} UNTAID Diagnostic Landscape October 2015.
http://www.unitaid.eu/images/marketdynamics/publications/UNITAID_HIV_Nov_2015_Dx_Landscape.PDF
- ^{xiv} Communiqué de presse : Un accord mondial capital réduit fortement le prix du diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons. Vancouver/Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. 19 juillet 2015 (http://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2015/july/20150719_EID_pressrelease).
- ^{xv} Ministère de la Santé, Ouganda. Improving Retention of Mother-Baby Pairs Tested Changes and Guidance from Uganda. Octobre 2014 (https://www.usaidassist.org/sites/assist/files/phfs_retention_of_mother-baby_pairs_change_package_uslir_oct2014.pdf, consulté le 8 novembre 2016).
- ^{xvi} Mwapasa V et al. Mother–Infant Pair Clinic and SMS Messaging as Innovative Strategies for Improving Access to and Retention in eMTCT Care and Option B+ in Malawi: A Cluster Randomized Control Trial (The PRIME Study). *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*: 1 novembre 2014 - Volume 67 - Issue - p S120–S124 doi: 10.1097/QAI.0000000000000327.
- ^{xvii} Vojnov et al. Systematic review manuscript in preparation; quoted by Essajee S et al. Reducing mortality in HIV-infected infants and achieving the 90-90-90 target through innovative diagnosis approaches. *Journal of the International AIDS Society* 2015, 18(Suppl 6):20299.
- ^{xviii} Finocchiaro-Kessler S et al. If you text them, they will come: using the HIV infant tracking system to improve early infant diagnosis quality and retention in Kenya. *AIDS*. 2014 July ; 28(0 3): S313–S321. doi:10.1097/QAD.0000000000000332.
- ^{xix} Elyanu P. *Documenting The Implementation of Test and Treat for Children and Adolescents Less Than 15 Years: A Rapid Assessment*. Kampala: Ministry of Health, Uganda; 2015.
- ^{xx} Logie C., James L., Tharao W., Loutfy M. Associations between HIV-related stigma, racial discrimination, gender discrimination and depression among HIV positive African, Caribbean and black women in Ontario, Canada. *AIDS Patient Care STDs* 2013;2:114–122
- ^{xxi} Marsicano E., Lert F., Dray-Spira R., Aubrière C., Spire B., Hamelin C., et le Groupe d'étude Vespa2, Discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH en France. Résultats de l'étude Vespa2. Extrait de l'exposé oral numéro 412 lors de la 11^{ème} Conférence internationale sur l'impact du sida, 29/09-02/10/2013, Barcelone.
- ^{xxii} Voir par exemple Neuman, M., Obermeyer, C. M., & MATCH Study Group. (2013). Experiences of stigma, discrimination, care and support among people living with HIV: A four country study. *AIDS and Behavior*, 17(5), 1796-1808; voir aussi Paxton, S., Gonzales, G., Uppakaew, K., Abraham, K. K., Okta, S., Green, C., ... & Quesada, A. (2005). AIDS-related discrimination in Asia. *AIDS Care*, 17(4), 413-424.
- ^{xxiii} Paxton, S., Gonzales, G., Uppakaew, K., Abraham, K. K., Okta, S., Green, C., ... & Quesada, A. (2005). AIDS-related discrimination in Asia. *AIDS Care*, 17(4), 413-424.
- ^{xxiv} Health Policy Project. (2014). *Piloting the questionnaire: "Measuring HIV-related stigma and discrimination among health workers" in Nyanza Province, Kenya*
- ^{xxv} Indice de stigmatisation du Cameroun (2012). Outil électronique Stigma Index. Analyse réalisée le 20 octobre 2016.
- ^{xxvi} Treves-Kagan et al. 2016, Why increasing availability of ART is not enough: a rapid, community-based study on how HIV-related stigma impacts engagement to care in rural South Africa. *BMC Public Health*. Consulté le 21 octobre 2016 à l'adresse <http://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-2753-2>
- ^{xxvii} Christiana Nöstlinger, Daniela Rojas Castro, Tom Platteau, Sonia Dias, Jean Le Gall. HIV-Related Discrimination in European Health Care Settings. *AIDS Patient Care STDs*. 2014 Mar 1; 28(3): 155–161. doi: 10.1089/apc.2013.0247

- ^{xxviii} Turan, J. M., Bukusi, E. A., Onono, M., Holzemer, W. L., Miller, S., & Cohen, C. R. (2011). HIV/AIDS stigma and refusal of HIV testing among pregnant women in rural Kenya: Results from the MAMAS Study. *AIDS and Behavior*, 15, 1111–1120
- ^{xxix} Réseau pan-ukrainien des personnes vivant avec le VIH. (2014). *Rapport d'analyse : The people living with HIV stigma index*. Extrait à l'adresse : http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/reports/Ukraine%20Stigma%20Index_Report2014_ENG.pdf
- ^{xxx} Health Policy Project. (2014). *Piloting the questionnaire: "Measuring HIV-related stigma and discrimination among health workers" in Nyanza Province, Kenya*
- ^{xxxi} Thapa et al. *Systematic Reviews* (2015) 4:142 DOI 10.1186/s13643-015-0130-3
- ^{xxxii} Awiti Ujiji, O., Ekstro'm, A. M., Ilako, F., Indalo, D., Wamalwa, D., & Rubenson, B. (2011). Reasoning and deciding PMTCT-adherence during pregnancy among women living with HIV in Kenya. *Culture, Health & Sexuality*, 13, 829–840; Bwirire, L. D., Fitzgerald, M., Zachariah, R., Chikafa, V., Massaquoi, M., Moens, M., Schouten, E. J. (2008). Reasons for loss to follow-up among mothers registered in a prevention-of-mother-to-child transmission program in rural Malawi. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 102, 1195–1200; Duff, P., Kipp, W., Wild, T. C., Rubaale, T., & Okech-Ojony, J. (2010). Barriers to accessing highly active antiretroviral therapy by HIV-positive women attending an antenatal clinic in a regional hospital in western Uganda. *Journal of the International AIDS Society*, 13(1), 37; Mepharm, S., Zondi, Z., Mbuyazi, A., Mkhwanazi, N., & Newell, M. L. (2011). Challenges in PMTCT antiretroviral adherence in northern KwaZulu-Natal, South Africa. *AIDS Care*, 23, 741–747;
- ^{xxxiii} Watts, C., Zimmerman, C., Eckhaus, T., & Nyblade, L. (2010). *Modelling the impact of stigma on HIV and AIDS programmes: Preliminary projections for mother-to-child transmission*. Washington, DC: International Center for Research on Women (ICRW) and London School of Hygiene and Tropical Medicine
- ^{xxxiv} Enquêtes démographiques et sanitaires du Nigéria 2003 et 2013.
- ^{xxxv} ONUSIDA, PEPFAR (2016). *On the fast-track to an AIDS-free generation*. (uniquement en anglais) http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/GlobalPlan2016_en.pdf
- ^{xxxvi} Indice de stigmatisation du Nigéria (2011). Outils électronique Stigma Index. Analyse réalisée le 20 octobre 2016
- ^{xxxvii} ONUDC. *Traitement et suivi des femmes pour abus de substances : Étude de cas et enseignements*. Vienne, 2004
- ^{xxxviii} K Burns. *Women, harm reduction and HIV: Key findings from Azerbaijan, Georgia, Kyrgyzstan, Russia and Ukraine*. New York: Open Society Institute, 2009. At: <https://www.opensocietyfoundations.org/publications/women-harm-reduction-and-hiv>
- ^{xxxix} Stone Rebecca, Pregnant women and substance use: fear, stigma, and barriers to care. *Health & Justice* 2015;3:2 DOI: 10.1186/s40352-015-0015-5
- ^{xl} OSF (2016). *THE IMPACT OF DRUG POLICY ON WOMEN*. <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/impact-drug-policy-women-20160112.pdf>
- ^{xli} VA Gyarmathy, I Giraudon, D Hedrich et al. "Drug Use and Pregnancy – Challenges for Public Health." *Euro Surveill* 14(9), 2009. À l'adresse : <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19142>
- ^{xlii} *Voir par exemple*, Lazarus, L., Deering, K. N., Nabess, R., Gibson, K., Tyndall, M. W., & Shannon, K. (2012). Occupational stigma as a primary barrier to health care for street-based sex workers in Canada. *Culture, health & sexuality*, 14(2), 139-150; UNDP, UNFPA, Asia Pacific Network of Sex Workers, et Sangram. (2015). *The right(s) evidence: Sex work, violence, and HIV in Asia*. Extrait de : http://asiapacific.unfpa.org/sites/asiapacific/files/pub-pdf/Rights-Evidence-Report-2015-final_0.pdf.
- ^{xliii} UNDP, UNFPA, Asia Pacific Network of Sex Workers, et Sangram. (2015). *The right(s) evidence: Sex work, violence, and HIV in Asia*. Extrait de : http://asiapacific.unfpa.org/sites/asiapacific/files/pub-pdf/Rights-Evidence-Report-2015-final_0.pdf.
- ^{xliv} Bharat, S. (2011). A systematic review of HIV/AIDS-related stigma and discrimination in India: Current understanding and future needs. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance*, 8(3), 138-149.
- ^{xlv} Mahendra, V. S., Gilborn, L., Bharat, S., Mudoi, R., Gupta, I., George, B., ... & Pulerwitz, J. (2007). Understanding and measuring AIDS-related settings: A developing country perspective. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance*, 4(2), 616-625.
- ^{xlvi} Nayar et al, Reducing Stigma and Discrimination to Improve Child Health and Survival in Low- and Middle-Income Countries: Promising Approaches and Implications for Future Research. *Journal of Health Communication*, 19:142–163, 2014.
- ^{xlvii} Nayar et al, Reducing Stigma and Discrimination to Improve Child Health and Survival in Low- and Middle-Income Countries: Promising Approaches and Implications for Future Research. *Journal of Health Communication*, 19:142–163, 2014
- ^{xlviii} Nayar et al, Reducing Stigma and Discrimination to Improve Child Health and Survival in Low- and Middle-Income Countries: Promising Approaches and Implications for Future Research. *Journal of Health Communication*, 19:142–163, 2014
- ^{xlix} Cluver, L., Orkin, M., Boyes, M. E., Sherr, L., Makasi, D., & Nikelo, J. (2013). Pathways from parental AIDS to child psychological, educational and sexual risk: Developing an empirically-based interactive theoretical model. *Social Science & Medicine*, 87, 185–193.
- ^l ONUSIDA (2014). *Gap Report* http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf
- ^{liii} Campbell, C et al: Exploring children's stigmatisation of AIDS-affected children in Zimbabwe through drawings and stories. *Soc Sci Med*. 2010 Sep; 71(5): 975–985; doi: 10.1016/j.socscimed.2010.05.028
- ^{lii} Kheswa, G: Exploring HIV and AIDS Stigmatisation: Children's Perspectives. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, Vol 5, n° 15, juillet 2014.
- ^{liii} Andersen, Louise, Nyamukapa, Constance, Gregson, Simon, Pufall, Erica, Mandanhire, Claudius, Mutsikiwa, Alice, Gawa, Ralph, Skovdal, Morten and Campbell, Catherine (2014) *The role of schools in supporting children affected by HIV: stakeholder report 2014*. Biomedical Research and Training Institute, Harare, Zimbabwe
- ^{liv} Campbell, C et al: Exploring children's stigmatisation of AIDS-affected children in Zimbabwe through drawings and stories. *Soc Sci Med*. 2010 Sep; 71(5): 975–985; doi: 10.1016/j.socscimed.2010.05.028
- ^{lv} Peilian Chi et Xiaoming Li: Impact of Parental HIV/AIDS on Children's Psychological Well-Being: A Systematic Review of Global Literature. *AIDS Behav*. 2013 September ; 17(7): 2554–2574. doi:10.1007/s10461-012-0290-2.

-
- ^{lvi} Campbell C, Andersen L, Mutsikiwa A, Madanhire C, Nyamukapa C, et al. (2016) Can Schools Support HIV/AIDS-Affected Children? Exploring the 'Ethic of Care' amongst Rural Zimbabwean Teachers. PLoS ONE 11(1): e0146322. doi: 10.1371/journal.pone.0146322
- ^{lvii} <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/GC4.pdf>
- ^{lviii} All in to End Adolescent AIDS – Document de présentation, disponible à l'adresse : <http://allintoendadolescentaids.org/wp-content/uploads/2015/02/ALL-IN-Launch-Document.pdf>
- ^{lix} – ONUSIDA Prevention Gap Report, disponible à l'adresse http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf
- ^{lx} Nayar et al, Reducing Stigma and Discrimination to Improve Child Health and Survival in Low- and Middle-Income Countries: Promising Approaches and Implications for Future Research. Journal of Health Communication, 19:142–163, 2014
- ^{lxi} Apinundecha, C., Laohasirivong, W., Cameron, M. P., & Lim, S. (2007). A community participation intervention to reduce HIV=AIDS stigma, Nakhon Ratchasima province, northeast Thailand. AIDS Care, 19, 1157–1165; Boulay, M., Tweedie, I., & Fiagbey, E. (2008). The effectiveness of a national communication campaign using religious leaders to reduce HIV-related stigma in Ghana. African Journal of AIDS Research, 7, 133–141; Young, S. D., Konda, K., Caceres, C., Galea, J., Sung-Jae, L., Salazar, X., & Coates, T. (2011). Effect of a community popular opinion leader HIV=STI intervention on stigma in urban, coastal Peru. AIDS and Behavior, 15, 930–937.
- ^{lxii} Stangl, A., Carr, D., Brady, L., Eckhaus, T., Claeson, M., & Nyblade, L. (2010). Tackling HIV-related stigma and discrimination in South Asia. Extrait de : http://siteresources.worldbank.org/SOUTHASIAEXT/Resources/223546-1192413140459/4281804-1231540815570/5730961-1235157216166/58499071279637337320/Tackling_HIV_Stigma_July_2010.pdf
- ^{lxiii} Rao, D., Desmond, M., Andrasik, M., Rasberry, T., Lambert, N., Cohn, S. E., & Simoni, J. (2012). Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of the unity workshop: An internalized stigma reduction intervention for African American women living with HIV. AIDS Patient Care and STDs, 26, 614–620.
- ^{lxiv} Ibidem
- ^{lxv} Clauss-Ehlers, C. S., Serpell, Z. N., & Weist, M. D. (Eds.). (2013). Handbook of culturally responsive school mental health: Advancing research, training, practice, and policy. New York, NY: Springer
- ^{lxvi} Nayar et al, Reducing Stigma and Discrimination to Improve Child Health and Survival in Low- and Middle-Income Countries: Promising Approaches and Implications for Future Research. Journal of Health Communication, 19:142–163, 2014
- ^{lxvii} 260: Résolution sur la stérilisation involontaire et la protection des droits de l'homme dans l'accès aux services liés au VIH. Commission Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples/54^{ème} Session ordinaire [Site Internet]. Banjul : Commission Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples ; 2013 (<http://www.achpr.org/sessions/54th/resolutions/260/>)
- ^{lxviii} Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization. An interagency statement. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112848/1/9789241507325_eng.pdf)
- ^{lxix} ONUSIDA, *Agenda for Zero Discrimination in Health Care* (2016) disponible à l'adresse (en anglais uniquement) : <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/Agenda-zero-discrimination-healthcare>
- ^{lxx} http://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2014/novembre/20141106_PS_Namibia; <http://hrp.law.harvard.edu/sexual-and-reproductive-rights/namibias-highest-court-finds-government-forcibly-sterilized-hiv-positive-women/>; http://www.southernafricanlitigationcentre.org/1/wp-content/uploads/2012/10/Government-of-the-Republic-of-Namibia-v-LM-and-Others_NSC_3-11-2014.pdf