



ONUSIDA

unicef 

# Accélérer la cadence : Vers une génération sans sida en Afrique de l'Ouest et du Centre



Au sens du présent rapport, on entend par « enfant » toute personne âgée de moins de 18 ans, y compris les adolescents, conformément à la Convention Internationale des Droits de l'Enfant. Les Nations Unies définissent les adolescents comme des personnes âgées de 10 à 19 ans et les jeunes, comme étant âgé de 15 à 24 ans.

En raison de la persistance de la stigmatisation liée au VIH, l'UNICEF prend des mesures pour protéger l'identité des enfants et de leurs mères, conformément à leurs souhaits et aux normes mondiales relatives aux droits et à la protection de l'enfance. L'UNICEF a obtenu le consentement écrit des personnes vivant avec le virus avant de les présenter comme telles sur les photographies ou autres supports. Sauf indication contraire, on ne doit pas supposer que les personnes décrites dans cette publication et dans la documentation en ligne associée vivent avec le VIH.

Remarque concernant les données : Sauf indication contraire, les données présentées dans le présent rapport sont tirées d'une analyse réalisée par l'UNICEF à partir des estimations 2017 de l'ONUSIDA. Les nombres donnés entre crochets constituent un intervalle de confiance délimité par les valeurs les plus hautes et les plus basses des estimations.

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)  
Décembre 2017 ISBN : 978-92-806-4928-1

Une autorisation est nécessaire pour reproduire toute partie de cette publication. Celle-ci est gratuite pour les organisations éducatives à but non lucratif. Veuillez contacter :

Fonds des Nations Unies pour l'enfance  
Bureau régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre  
Section VIH/sida  
P.O. Box 29720  
Dakar-Yoff, Sénégal

Les photographies de l'UNICEF sont protégées par le droit d'auteur et ne peuvent être reproduites, sur quelque support que ce soit, sans l'autorisation écrite préalable du personnel de l'UNICEF habilité à cet effet. Les demandes d'autorisation de reproduction des photographies de l'UNICEF doivent être envoyées à la Division de la communication de l'UNICEF, 3 United Nations Plaza New York, 10017, États-Unis (e-mail : nyhqdoc.permit@unicef.org).

Mention de la source : Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, *Accélérer la Cadence : vers une génération sans sida en Afrique de l'Ouest et Centrale*, Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre et Équipe d'appui aux régions de l'ONUSIDA en Afrique de l'Ouest et du Centre, Dakar, 2017.

Première de couverture : Un garçon fait une pause durant sa partie de football au centre Happy Kids and Adolescents situé à Kenema, en Sierra Leone, où l'UNICEF soutient cette organisation non gouvernementale dans l'offre de services aux enfants affectés par le VIH et le sida. © UNICEF/UN073038/Phelps

Conception : HUB

**Accélérer la cadence :  
Vers une génération  
sans sida en Afrique  
de l'Ouest et du  
Centre**

# Table des matières

AVANT-PROPOS

page 1

INTRODUCTION

page 3

1

ÉPIDÉMIOLOGIE ET  
DÉMOGRAPHIE

page 7

2

ÉLIMINATION  
DES NOUVELLES  
INFECTIONS À VIH CHEZ  
LES ENFANTS

page 11

3

DÉPISTAGE,  
TRAITEMENT ET PRISE  
EN CHARGE DU VIH  
CHEZ LES ENFANTS ET  
LES ADOLESCENTS

page 21

4

PRÉVENTION DU  
VIH CHEZ LES  
ADOLESCENTS

page 29

5

ORIENTATIONS  
STRATÉGIQUES DE  
PROGRAMMATION

page 37

6

PERSPECTIVES  
D'AVENIR

page 45

7

ANNEXE :  
TABLEAUX  
STATISTIQUES

page 52

# AVANT-PROPOS

L'Afrique de l'Ouest et du Centre est l'une des régions du monde où les enfants et les adolescents sont les plus touchés par le VIH, juste derrière l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe. Pourtant, du fait de son taux de prévalence du virus relativement bas, l'épidémie dans cette région a reçu une moindre attention et n'a pas été la cible principale des grandes interventions régionales et mondiales de lutte contre le VIH. Bien que l'ensemble des pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre accusent un retard plus important que presque n'importe quelle autre région du monde en ce qui concerne la satisfaction des besoins des enfants et des adolescents vivant avec le VIH ou étant particulièrement vulnérables à cette maladie, il ne semble y avoir aucun sentiment d'urgence.

Malgré les avancées de ces dernières années, en particulier en matière de réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, l'attention et le soutien portés aux enfants et aux adolescents vivant avec le VIH restent insuffisants. Dans huit cas sur dix, les 540 000 enfants et adolescents qui vivraient actuellement avec le VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre n'ont pas accès aux médicaments vitaux, car la majorité d'entre eux n'ont pas encore été diagnostiqués. Selon les estimations, 51 000 enfants et adolescents meurent chaque année du sida dans cette région et plus du double sont infectés par le VIH. Les adolescentes et les jeunes femmes sont les plus durement touchées : près de trois adolescents âgés de 10 à 19 ans sur cinq vivant avec le VIH dans cette région sont de sexe féminin. Cette situation ne saurait être tolérée.

Chaque enfant a le droit de naître sans le VIH (Start Free), de grandir sans le VIH tout au long de l'adolescence (Stay Free) et, pour les enfants déjà infectés par le VIH, de vivre sans sida (AIDS Free). Il est de notre devoir de faire de ce cadre des « Three Frees » une réalité pour tous les enfants.

Les avancées sont trop lentes et nous avons fait preuve d'un excès de complaisance. Il est vrai que l'Afrique de l'Ouest et du Centre a traversé de nombreuses difficultés ces dernières années, notamment des crises humanitaires récurrentes liées aux conflits, au terrorisme et aux épidémies ayant touché plusieurs pays. Toutefois, ces circonstances ne justifient pas le manque de progrès dans la lutte contre le VIH en faveur des enfants de la région.

Aujourd'hui, en Afrique de l'Ouest et du Centre, le VIH et le sida mettent directement en péril la vie de 820 000 enfants et adolescents. Pourtant, nous détenons les solutions, et le présent rapport permet d'obtenir une meilleure compréhension des principaux goulots d'étranglement qui continuent à ralentir notre progression. Celui-ci présente les orientations et innovations stratégiques qui nous permettront d'intensifier nos efforts, d'accélérer les progrès et de nous rapprocher des objectifs de l'ONUSIDA, lesquels visent, d'ici à 2020, à mettre un terme aux nouvelles infections à VIH chez les enfants et les adolescents et à optimiser le traitement, les soins et la protection proposés aux enfants et adolescents infectés par le VIH ainsi qu'à leurs parents.

La riposte mondiale au VIH a fourni de précieuses informations qui peuvent aujourd'hui étayer les interventions en Afrique de l'Ouest et du Centre. Comprendre la particularité de chaque contexte local et épidémiologique, ainsi que les besoins de chaque groupe de

population, permettra d'apporter une réponse mieux adaptée aux vulnérabilités des enfants, des adolescents et des jeunes femmes, et aux risques auxquels ils sont exposés, tout au long de leur vie. Une attention particulière doit être portée aux adolescentes et aux jeunes femmes de cette région, qui continuent d'être touchées de façon disproportionnée par le VIH et le sida. Pour lutter contre ce fléau chez les adolescents, il est indispensable d'éliminer les causes profondes des inégalités entre les sexes dans nos communautés, de donner les moyens aux adolescentes de faire des choix éclairés et de les protéger contre la maltraitance et l'exploitation.

Il existe de nombreuses raisons d'espérer. En 2015, 19 pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre ont souscrit à l'appel de Dakar appelant, d'ici à 2020, à accélérer l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants et à améliorer l'accès au traitement des enfants et adolescents vivant avec le VIH. Cette même année a vu le lancement de l'initiative « All in to #EndAdolescentsAIDS » visant à mettre fin à l'épidémie de sida chez les adolescents, qui a depuis été déployée dans neuf pays. Plus récemment, l'Union africaine et les responsables politiques de la région ont adopté le plan de « rattrapage » de l'Afrique de l'Ouest et du Centre en vue d'améliorer considérablement le traitement antirétroviral proposé aux enfants et aux adultes d'ici à 2018.

Cet engagement politique plus ferme doit être renforcé par le renouvellement des promesses de solidarité mondiale et l'établissement de partenariats plus efficaces. Outre des moyens financiers plus importants, cette région a besoin de relancer le mouvement de lutte contre le VIH et le sida, avec une participation accrue des acteurs communautaires et de la société civile, afin de combattre la stigmatisation et d'améliorer la responsabilité des programmes de lutte contre le VIH et le sida envers les populations. Accélérer et maintenir les résultats du VIH passent également par la prise d'engagement visant à renforcer les systèmes de santé fragiles et à combattre les causes sociales qui entravent la survie et le développement des enfants et des adolescents à l'échelle nationale. Aucun pays de la région ne peut se permettre aujourd'hui d'accuser un retard dans la lutte contre le VIH.

L'éradication du sida commence par les enfants. Chaque pays doit tout mettre en œuvre pour créer un monde dans lequel les enfants et les adolescents sont assurés d'obtenir le soutien dont ils ont besoin pour lutter contre le VIH et le sida, afin que nous puissions tenir notre promesse collective de permettre une génération sans sida d'ici à 2030.

Alors, accélérons la cadence de nos efforts.



**Marie-Pierre Poirier**  
Directrice régionale de  
l'UNICEF pour l'Afrique de  
l'Ouest et du Centre



**Dr. Djibril Diallo**  
Directeur de l'Équipe d'appui  
aux régions de l'ONUSIDA pour  
l'Afrique de l'Ouest et du Centre



# 1

## INTRODUCTION

**Aujourd'hui, être un enfant, un adolescent ou une jeune femme en Afrique de l'Ouest et du Centre signifie être vulnérable au VIH. Dans cette région, près de 165 enfants âgés de 0 à 14 ans et environ 170 adolescents ayant entre 15 et 19 ans contractent chaque jour le VIH<sup>1</sup>.**

On estime à 540 000 [intervalle de confiance : 380 000-710 000] le nombre d'enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH dans cette région. Parmi eux, 420 000 – soit près de huit enfants sur dix – n'ont pas accès aux médicaments antirétroviraux qui pourraient leur sauver la vie, car la majorité d'entre eux n'ont pas encore été diagnostiqués faute d'accès aux services de dépistage du VIH.

Les 24 pays qui composent la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre abritent 25 % des enfants âgés de 0 à 14 ans et 16 % des adultes âgés de plus de 15 ans vivant avec le VIH à travers le monde<sup>2</sup>. Ces pays ont toujours affiché un taux de prévalence du VIH inférieur à celui d'autres régions africaines.

C'est sans doute la raison pour laquelle, au fil des années, l'Afrique de l'Ouest et du Centre n'a pas été la cible principale des grandes initiatives régionales et mondiales de lutte contre le VIH, au profit de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe, vers lesquelles se sont tournés tous les regards<sup>3</sup>. À l'heure actuelle, l'Afrique de l'Ouest et du Centre a réalisé des avancées plus timides que la plupart des autres régions en matière de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH adaptée aux enfants et aux adolescents.

Le présent rapport dresse un état des lieux des progrès et des lacunes en matière de lutte contre le VIH dans la région, présente une analyse des difficultés qui entravent la progression et met en lumière les différentes orientations stratégiques qui pourraient permettre d'accélérer la cadence vers la réalisation des objectifs fixés par le cadre des « Three Frees » visant à éradiquer le sida chez les enfants, les adolescents et les jeunes femmes d'ici à 2020.

### **Laissés-pour-compte : le sort actuel des enfants et adolescents d'Afrique de l'Ouest et du Centre vivant avec le VIH ou vulnérables à l'infection**

L'Afrique subsaharienne compte 86 % des enfants et adolescents (âgés de 0 à 19 ans) vivant avec le VIH à l'échelle mondiale. Si l'on ne regarde que les chiffres, l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe demeurent de loin les régions qui comptent le plus d'enfants et d'adolescents affectés par le VIH : elles abritent près des deux tiers des enfants et adolescents vivant avec le VIH à l'échelle mondiale. Le Nigéria, situé en Afrique de l'Ouest et du Centre, est le pays le plus peuplé du continent africain et compte, derrière l'Afrique du Sud, le plus grand nombre d'enfants et d'adolescents vivant avec le VIH à travers le monde.

Sachant que ce fardeau est moins élevé en Afrique de l'Ouest et du Centre qu'en Afrique de l'Est et en Afrique australe, on pourrait s'attendre à ce que la lutte contre le VIH déployée en Afrique de l'Ouest et du Centre soit plus avancée qu'en Afrique de l'Est et en Afrique australe. Pourtant, dans les faits, le rythme de la riposte a été plus rapide en Afrique de l'Est et en Afrique australe qu'en Afrique de l'Ouest et du Centre ; les enfants et les adolescents de cette dernière région n'ont pas bénéficié aussi largement des interventions de lutte contre le VIH que dans la plupart des autres régions.

Depuis 2015, plusieurs pays ont été félicités par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour avoir obtenu une certification de l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants<sup>4</sup>, mais aucun n'appartenait à l'Afrique subsaharienne.

Depuis 2010, le nombre de nouvelles infections chez les enfants d'Afrique de l'Ouest et du Centre a diminué de 32 %, contre 56 % en Afrique de l'Est et en Afrique australe. Pourtant, en 2016, seule la moitié (49 % [36-63 %]) des femmes enceintes vivant avec le VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre avaient accès au traitement antirétroviral pour empêcher de transmettre le VIH à leur enfant. À titre de comparaison, 88 % des femmes enceintes vivant avec le VIH en Afrique de l'Est et en Afrique australe avaient accès aux antirétroviraux pour prévenir cette transmission.

La couverture des traitements antirétroviraux administrés aux enfants vivant avec le VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre est la plus faible au monde (21 % [13-29 %]). Ce taux est de 51 % [36-62 %] en Afrique de l'Est et en Afrique australe. Une couverture en ARVs aussi faible explique en partie pourquoi, en 2016, près de 43 000 enfants [26 000-62 000] âgés de 0 à 14 ans sont décédés de causes liées au sida en Afrique de l'Ouest et du Centre. Entre 2010 et 2016, la diminution du nombre de décès liés au VIH chez les enfants de 0 à 14 ans a été plus lente en Afrique de l'Ouest et du Centre (31 %) qu'en Afrique de l'Est et en Afrique australe (54 %). Aujourd'hui, l'Afrique de l'Ouest et du Centre comptabilise 37 % des décès d'enfants liés au VIH à l'échelle mondiale.

L'accès au dépistage précoce du VIH accroît la probabilité de mettre en place un traitement et des soins suffisamment tôt pour influencer directement les chances de survie d'un enfant né avec le VIH ou ayant été contaminé pendant l'allaitement. En 2016, par exemple, la couverture du dépistage précoce s'élevait à près de 20 % en

Liliane, qui vit en Côte d'Ivoire, a appris qu'elle était séropositive lorsqu'elle était enceinte de son deuxième enfant. Son aîné, âgé de 13 ans, a été testé séronégatif, tout comme son petit garçon de deux ans. Liliane dit suivre son traitement avec une grande assiduité.

Afrique de l'Ouest et du Centre, tandis qu'elle était plus de deux fois plus élevée (52 %) en Afrique de l'Est et en Afrique australe<sup>5</sup>. Cette différence s'explique notamment par le manque de capacités de nombreux pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, qui entrave la réalisation des tests de dépistage précoce. Lorsque les familles ne connaissent pas le statut sérologique de l'enfant, elles sont moins susceptibles d'avoir recours au traitement qui pourrait sauver ce dernier du Sida.

Dans cette même région, le nombre annuel de nouvelles infections à VIH chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans, qui était de 62 000 en 2016, dépasse désormais celui des nouvelles infections chez les enfants (0 à 14 ans)<sup>6</sup>. Cette évolution est imputable à la réduction des nouvelles infections chez les enfants, suite à une meilleure couverture des mesures de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME). Ce nombre reste inchangé depuis 2010, tandis que le nombre annuel de nouvelles infections à VIH chez les adolescents d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe a diminué de 21 %. Ces nouvelles infections sont principalement dues aux relations sexuelles non protégées et concernent avant tout les adolescentes.

Depuis 2010, l'Afrique de l'Ouest et du Centre a enregistré une hausse de 15 % du nombre annuel de décès liés au sida chez les adolescents (de 10 à 19 ans), avec 16 000 décès enregistrés rien qu'en 2016. En parallèle, en Afrique de l'Est et en Afrique australe, le nombre annuel de décès liés au sida a baissé de 14 % entre 2010 et 2016, avec 34 000 décès recensés en 2016. Le sida demeure la quatrième cause de mortalité chez les adolescents (de 10 à 19 ans) d'Afrique subsaharienne et la neuvième cause de décès à l'échelle mondiale<sup>7</sup>.

En Afrique de l'Ouest et du Centre, les adolescents (de 10 à 19 ans) constituent la seule tranche d'âge au sein de laquelle le nombre de décès liés au sida a augmenté entre 2010 et 2016. Cette hausse est largement attribuable à l'augmentation du nombre d'enfants infectés par leur mère qui survivent jusqu'à l'adolescence, souvent malgré des contextes marqués par une mauvaise couverture antirétrovirale et de faibles taux d'observance et de rétention.

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) estime qu'en 2016, seuls 2,1 milliards de dollars US ont été investis dans la lutte contre le VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre, alors que dans le même temps, près de 9,6 milliards de dollars US étaient mobilisés en Afrique de l'Est et en Afrique australe<sup>8</sup>. Cette région reste largement dépendante des financements externes, avec deux tiers des ressources investies dans la lutte contre le VIH provenant de l'étranger. À titre de comparaison, en Afrique de l'Est et en Afrique australe, près de la moitié de ces fonds proviennent de l'étranger. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) et le gouvernement des États-Unis d'Amérique sont les principaux donateurs externes auprès de ces deux régions.

Cette analyse a mis en lumière plusieurs disparités entre ces deux régions africaines les plus touchées par le VIH à l'échelle mondiale. Toutefois, une différence observée au sein même de la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre suscite également des préoccupations en matière d'équité. Il s'agit de l'écart de couverture en ARV entre les enfants et les adultes. Par exemple, bien que la couverture antirétrovirale chez les femmes enceintes vivant avec le VIH soit passée de 21 % [16-27 %] en 2010 à 49 % [36-63 %] en 2016, elle a connu une augmentation moindre chez les enfants vivant avec le VIH (de 0 à 14 ans), passant de 7 % [4-9 %] à 21 % [13-29 %] au cours de la même période. Chez les adultes, la couverture antirétrovirale est passée de 14 % [10-18 %] à 35 % [25-46 %].

Ces disparités ont des causes multiples, notamment contextuelles. On observe ainsi des différences à plusieurs niveaux : degré de volonté et d'engagement politiques quant à l'introduction d'innovations pour

surmonter les goulots d'étranglement ; opportunités et difficultés en matière de ressources financières et humaines ; qualité et fonctionnement du système de santé et d'autres systèmes essentiels, comme les chaînes d'approvisionnement. Dans de nombreux pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, ces contraintes sont exacerbées par les conflits, les crises humanitaires et l'instabilité politique.

Quelles que soient les raisons qui les sous-tendent, ces disparités ont de graves répercussions sur les enfants, les adolescents et les adultes d'Afrique de l'Ouest et du Centre. De manière générale, les gouvernements et les autres acteurs jouant un rôle majeur dans la lutte régionale contre le VIH peuvent et doivent déployer des efforts beaucoup plus importants pour prendre des mesures globales radicales et combattre ainsi l'épidémie de VIH.

Ce point revêt une importance particulière, car le concept d'équité et la volonté de ne faire aucun laissé-pour-compte sont au cœur du Programme de développement durable à l'horizon 2030. Ils appellent à recueillir de meilleures données de programmes aux fins décisionnelles et pour améliorer l'allocation des ressources, à donner la priorité aux populations vulnérables et à déployer des interventions différenciées axées sur l'être humain.

## **Un sentiment d'urgence et de priorité caractérise les efforts déployés pour inverser la tendance**

Les difficultés auxquelles sont confrontés les enfants de la région sont complexes, mais ne justifient pas pour autant qu'elles soient ignorées. Les enfants et les adolescents d'Afrique de l'Ouest et du Centre méritent une attention particulière dans le cadre de la lutte mondiale contre le VIH, car le rythme de la riposte déterminera si les objectifs seront atteints d'ici à 2020 ou 2030. Leur avenir pourrait notamment être amélioré s'il était rappelé régulièrement aux gouvernements, aux acteurs de la société civile, aux organismes des Nations Unies et aux donateurs que des approches plus efficaces de lutte contre l'épidémie de VIH peuvent être élaborées, financées et mises en œuvre à grande échelle en Afrique de l'Ouest et du Centre, en s'appuyant sur les nombreux résultats plus prometteurs enregistrés en Afrique de l'Est et en Afrique australe, ainsi que dans d'autres régions du monde.

Une telle démarche est essentielle, car une accélération nulle ou limitée des interventions de lutte contre le VIH à travers l'Afrique de l'Ouest et du Centre entraînerait une hausse du nombre de décès liés au sida chez les enfants et les adolescents, ainsi qu'une stagnation, voire une augmentation, des taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant et des nouvelles infections chez les adolescents et les jeunes femmes.

La situation déjà désastreuse et inquiétante des enfants et des adolescents doit donner une impulsion majeure à une telle action. Par ailleurs, les réalités démographiques constituent une raison urgente supplémentaire de mettre en œuvre et de maintenir des mesures complètes de prévention et de traitement du VIH ciblant ce groupe de la population. Aujourd'hui, l'Afrique est le continent le plus jeune au monde avec 41 % de sa population âgée de moins de 15 ans et 19 %, entre 15 et 24 ans. La population africaine devrait doubler d'ici à 2050, dépassant ainsi les 2,5 milliards d'individus<sup>9</sup>. Dans les années à venir, les enfants et les jeunes constitueront ainsi la majorité de la population de l'Afrique.

Selon les estimations, en 2015, près d'un quart des 478 millions de personnes vivant en Afrique de l'Ouest et du Centre étaient des adolescents (de 10 à 19 ans)<sup>10</sup>. Un grand nombre des pays qui devraient connaître la plus forte explosion démographique des jeunes dans les années à venir sont situés en Afrique de l'Ouest et du

Centre. La République démocratique du Congo et le Nigéria en font notamment partie.

Des signes positifs montrent que les décideurs politiques, les donateurs et les parties prenantes intensifient actuellement leurs efforts afin de s'assurer que les enfants et les adolescents de cette région ne soient plus laissés-pour-compte. De nombreux donateurs, dont le Fonds mondial, le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR), UNITAID, l'Initiative 5 %, la Banque mondiale et les pays membres de l'Union européenne, s'intéressent de plus en plus à l'élimination des goulots d'étranglement qui entravent la lutte contre le VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre. De plus, un nombre croissant de pays augmentent la part des ressources nationales investies dans la lutte contre le VIH. Aujourd'hui, les organisations de personnes vivant avec le VIH et la société civile au sens large renforcent leur engagement en faveur de la lutte contre la stigmatisation liée au VIH et de la promotion d'approches de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien en la matière, qui soient axées sur l'être humain, les familles et les communautés.

La plateforme All In to #EndAdolescentAIDS dirigée par l'UNICEF et l'ONUSIDA a notamment soutenu des initiatives de différents donateurs et parties prenantes et les a aidés à harmoniser leurs investissements pour accélérer la riposte nationale au VIH ciblant les adolescents. Lancée en 2015 au Cameroun, en Côte d'Ivoire, au Gabon et en République démocratique du Congo, l'initiative s'est étendue à huit pays supplémentaires en 2017.

## L'appel de Dakar

L'appel de Dakar de 2015 a été entériné en tant que plan d'actions prioritaires visant à accélérer l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et à améliorer l'accès au traitement antirétroviral pédiatrique d'ici à 2020. Ce plan est le fruit de la consultation régionale qui s'est tenue à Dakar (Sénégal) en novembre 2015 et a réuni des experts de 19 pays, en réponse notamment aux préoccupations soulevées quant aux progrès insuffisants vers la réalisation des cibles 90-90-90 de l'ONUSIDA : s'assurer que 90 % des personnes (enfants, adolescents et adultes) vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique ; que 90 % de toutes les personnes positives au VIH dépistées reçoivent un traitement antirétroviral ; et que 90 % des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée.

L'appel de Dakar a exhorté toutes les parties prenantes à renouveler leur « engagement envers la réalisation des cibles 90-90-90, l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants et l'accès universel au traitement antirétroviral pour les enfants séropositifs en Afrique de l'Ouest et du Centre ». L'appel a servi de plaidoyer à l'échelle régionale et nationale et a étayé un programme régional de lutte contre le VIH développé par la Communauté Economique des États de l'Afrique Centrale. Une consultation régionale de suivi s'est tenue à N'Djamena (Tchad) en 2016.

## Plan de rattrapage de l'Afrique de l'Ouest et du Centre et initiative des agents de santé communautaire

Lors du 29<sup>e</sup> sommet de l'Union africaine, qui s'est tenu en juin-juillet 2017, les dirigeants ont renouvelé leur engagement politique en faveur de la lutte contre le VIH et le sida en adoptant deux initiatives historiques : un plan de « rattrapage » de haut niveau pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre et une initiative visant à recruter, former et déployer deux millions d'agents de santé communautaire à travers

tout le continent africain d'ici à 2020<sup>11</sup>. Le plan de rattrapage établit un cadre de plaidoyer politique et d'accélération des mesures afin que les pays de la région adoptent et généralisent des approches et des innovations efficaces en vue de réduire les écarts d'accès au traitement du VIH. Un objectif important de ce plan vise à accroître le nombre de personnes sous traitement, qui devrait ainsi passer de 1,8 million en 2015 à 2,9 millions en 2018, donnant ainsi à 1,1 million de personnes supplémentaires, dont 120 000 enfants, l'accès à un traitement si les objectifs étaient atteints.

En septembre 2017, 11 pays de la région mettaient en œuvre des plans opérationnels axés sur les actions prioritaires définies à l'aide du plan de rattrapage, avec le soutien de l'ONUSIDA, de l'UNICEF, de l'OMS, du PEPFAR, du Fonds mondial et de Médecins Sans Frontières. Parmi ces 11 pays figuraient le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, la Guinée, le Libéria, le Nigéria, la République centrafricaine, la République démocratique du Congo, le Sénégal et la Sierra Leone<sup>12</sup>. Les processus de suivi officiels permettront d'évaluer les avancées en la matière avec l'aide des parties prenantes clés, telles que les porte-parole locaux et régionaux issus de la communauté et de la société civile.

## Les « Three Frees » : Start Free, Stay Free, AIDS Free

En 2016, l'ONUSIDA, l'UNICEF, l'OMS, le PEPFAR et la Fondation Elizabeth Glaser pour la lutte contre le sida pédiatrique ont élaboré le cadre des « Three Frees » qui définit les mesures prioritaires à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs de super accélération en faveur des enfants, des adolescents et des jeunes filles d'ici à 2018 et 2020. Ce cadre vise à prévenir les nouvelles infections à VIH chez les enfants (Start Free) et chez les adolescents et les jeunes filles (Stay Free), et à accroître considérablement la couverture des services de traitement antirétroviral destinés aux enfants et aux adolescents vivant avec le VIH (AIDS Free).

La plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre ont aligné leurs cadres stratégiques et leurs plans opérationnels nationaux de lutte contre le VIH sur le cadre des « Three Frees », et les consultations régionales annuelles sur l'appel de Dakar constituent une plateforme utile de suivi des progrès réalisés, de partage des enseignements et des bonnes pratiques ainsi que d'harmonisation des efforts.

De telles initiatives de collaboration doivent être déployées à l'échelle régionale et mondiale pour encourager le soutien des parties prenantes en faveur de la réduction des inégalités qui continuent de freiner les interventions de lutte contre le VIH en faveur des enfants, des adolescents et des jeunes femmes d'Afrique de l'Ouest et du Centre. Les messages d'urgence et les appels à la concrétisation des engagements peuvent contribuer à accroître la responsabilité des personnes, des politiques et des systèmes de cette région et du reste du monde à l'égard des besoins des enfants et des adolescents.



# 2

## ÉPIDÉMIOLOGIE ET DÉMOGRAPHIE

**Selon des estimations récentes, l'Afrique de l'Ouest et du Centre se place juste derrière l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe pour ce qui est du nombre d'enfants et d'adolescents vivant avec le VIH, nouvellement infectés par le VIH et mourant de causes liées au sida.**

Le tableau 2.1 présente les indicateurs liés au VIH et au sida applicables aux enfants. Une analyse réalisée par l'UNICEF à partir des données 2017 de l'ONUSIDA révèle que l'Afrique de l'Ouest et du Centre concentre au moins 16 % de la population adulte (âgée de plus de 15 ans) mondiale vivant avec le VIH. Toutefois, cette région abrite une part beaucoup plus importante de la population mondiale d'enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH (environ 25 %). Par ailleurs, la part d'enfants ayant contracté le VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre cette année est encore plus conséquente : elle s'élève à 38 %. Quant au nombre total de décès d'enfants liés au sida dans la région, il est tout aussi élevé : 37 %.

Le tableau 2.2 présente les indicateurs applicables aux adolescents âgés de 10 à 19 ans. Tout comme pour les enfants, l'Afrique de l'Ouest et du Centre se place juste derrière l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe pour ce qui est du nombre d'adolescents vivant avec le VIH, nouvellement infectés par le VIH et mourant de causes liées au sida. En 2016, l'Afrique de l'Ouest et du Centre dénombrait près de 450 000 adolescents vivant avec le VIH. Cette même année, environ 30 % (16 000 adolescents) du total mondial de décès liés au sida dans cette tranche d'âge étaient recensés en Afrique de l'Ouest et du Centre.

Le tableau 2.2 montre clairement les écarts de genre dans ce domaine en Afrique de l'Ouest et du Centre. Les données présentées indiquent que, parmi les adolescents vivant avec le VIH et nouvellement infectés par le VIH, on compte plus de filles que de garçons. En 2016, moins de la moitié (49 %) des nouvelles infections à VIH chez les enfants âgés de 0 à 14 ans concernaient des filles, tandis que plus des deux tiers (69 %) des nouvelles infections chez les 15-19 ans concernaient des adolescentes. Cette répartition par âge et par sexe des nouvelles infections à VIH fait ressortir la nécessité de mieux hiérarchiser les efforts afin de répondre aux besoins spécifiques des filles en matière de prévention du VIH.

### Spécificités régionales : âge et sexe

Au-delà de l'âge de 14 ans, on observe une forte augmentation du nombre total d'enfants, d'adolescents et de jeunes vivant avec le VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre. En 2016, les 15-19 ans et les 20-24 ans représentaient respectivement 21 % et 40 % des enfants, adolescents et jeunes vivant avec le VIH. Ensemble, ces groupes concentraient près des deux tiers de tous les enfants, adolescents et jeunes vivant avec le VIH (figure 2.1).

Dans la province du Haut-Katanga, en République démocratique du Congo, les femmes doivent parcourir de longues distances à pied pour se rendre dans les cliniques et les centres de santé. © UNICEF/Schermbrucker

**Tableau 2.1**

**Récapitulatif de l'épidémie de VIH chez les enfants (âgés de 0 à 14 ans), au niveau mondial et en Afrique de l'Ouest et du Centre, 2016**

|  | À l'échelle mondiale | En Afrique de l'Ouest et du Centre | Part de la région sur le total mondial |
|--|----------------------|------------------------------------|--|
| Nombre estimé d'enfants (de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH               | 2 100 000            | 540 000                            | 25 %                                   |
| Nombre estimé d'enfants (de 0 à 14 ans) nouvellement infectés par le VIH | 160 000              | 60 000                             | 38 %                                   |
| Nombre estimé d'enfants (de 0 à 14 ans) mourant de causes liées au sida  | 120 000              | 43 000                             | 37 %                                   |

**Remarque :** Les chiffres ayant été arrondis, le total ne correspond pas nécessairement à la somme des valeurs indiquées.

**Source :** analyse réalisée par l'UNICEF à partir des estimations 2017 de l'ONUSIDA.

**Tableau 2.2**

**Récapitulatif de l'épidémie de VIH chez les adolescents (âgés de 10 à 19 ans), au niveau mondial et en Afrique de l'Ouest et du Centre, 2016**

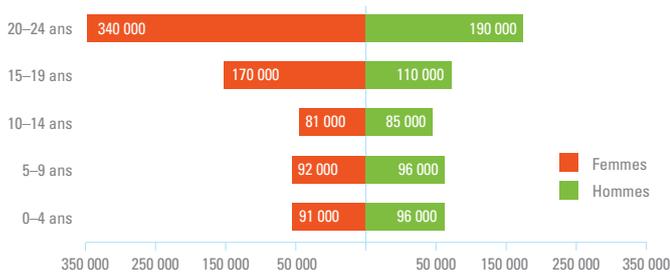
|  | À l'échelle mondiale |         | En Afrique de l'Ouest et du Centre |         | Part de la région sur le total mondial |
|--|----------------------|---------|------------------------------------|---------|--|
|  | Filles               | Garçons | Filles                             | Garçons |  |
| Nombre estimé d'adolescents (de 10 à 19 ans) vivant avec le VIH                | 1 200 000            | 900 000 | 260 000                            | 190 000 | 22 %                                   |
| Nombre estimé d'adolescents (de 15 à 19 ans) nouvellement infectés par le VIH* | 170 000              | 86 000  | 43 000                             | 19 000  | 24 %                                   |
| Nombre estimé d'adolescents (de 10 à 19 ans) mourant de causes liées au sida   | 26 000               | 29 000  | 7 700                              | 8 500   | 30 %                                   |

**Remarque :** Les chiffres ayant été arrondis, le total ne correspond pas nécessairement à la somme des valeurs indiquées.

**Source :** analyse réalisée par l'UNICEF à partir des estimations 2017 de l'ONUSIDA.

**Figure 2.1**

**Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH, par tranche d'âge de cinq ans, Afrique de l'Ouest et du Centre, 2016**



Source : UNICEF analysis of UNAIDS 2017 estimates.

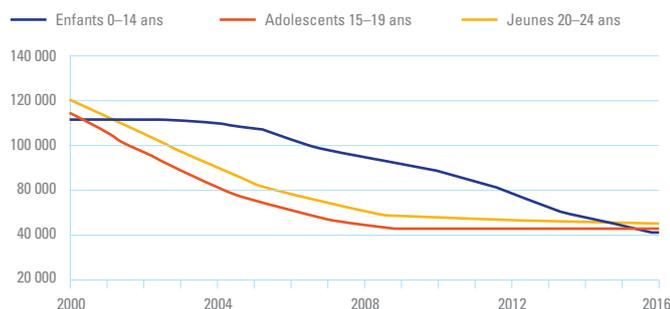
La part d'adolescentes et de jeunes femmes vivant avec le VIH dans cette région a également considérablement augmenté au-delà de l'âge de 14 ans, passant de moins de 50 % dans les tranches d'âge inférieures à respectivement 62 % et 64 % de tous les adolescents et jeunes de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans vivant avec le VIH.

La figure 2.2 illustre clairement les répercussions divergentes du VIH chez les enfants, les adolescents et les jeunes. En 2016, et ce, pour la première fois en 15 ans, le nombre de nouvelles infections chez les adolescents de 15 à 19 ans et les jeunes de 20 à 24 ans a dépassé celui des enfants nouvellement infectés par le VIH. Cette évolution est due principalement à une baisse continue du nombre annuel de nouvelles infections à VIH chez les enfants de 0 à 14 ans au cours de ces dix dernières années, avec une diminution d'autant plus forte récemment. En 2016, le nombre total de nouvelles infections chez les enfants était estimé à 60 000 cas, soit 32 % de moins qu'en 2010. Les nouvelles infections à VIH chez les enfants de 0 à 14 ans ont donc diminué à un taux annuel moyen de 6 % depuis 2010. Cette baisse est imputable avant tout aux efforts déployés pour généraliser les services de PTME efficaces.

Cependant, les avancées concernant les adolescents de 15 à 19 ans et les jeunes de 20 à 24 ans sont au point mort. Le nombre de nouveaux cas enregistrés en 2016 (62 000) chez les adolescents de 15 à 19 ans est sensiblement le même chaque année depuis 2010 et ne montre aucun signe de réduction. Une stagnation est aussi observée chez les jeunes de 20 à 24 ans de cette région, avec près de 65 000 nouvelles infections à VIH en 2016. Le taux de nouvelles infections à VIH chez les jeunes de 20 à 24 ans a diminué en moyenne de moins de 1 % par an depuis 2010.

**Figure 2.2**

**Nombre estimé de nouvelles infections à VIH chez les enfants de 0 à 14 ans, les adolescents de 15 à 19 ans et les jeunes de 20 à 24 ans, Afrique de l'Ouest et du Centre, 2000-2016**



Source : analyse réalisée par l'UNICEF à partir des estimations 2017 de l'ONUSIDA.

S'agissant des nouvelles infections à VIH, l'immense écart entre les sexes chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans persiste depuis 2000. Selon les estimations, 69 % des nouvelles infections recensées en 2016 concernaient des adolescentes, soit une proportion plus ou moins égale à celle de 2010 et légèrement inférieure à celle de 2000.

Les figures 2.3 et 2.4 apportent un éclairage nouveau sur les décès liés au sida chez les enfants, les adolescents et les jeunes (de 0 à 24 ans) de la région. Comme le montre la figure 2.3, sur les 60 000 décès liés au sida en 2016, les enfants âgés de 0 à 4 ans sont de loin les plus touchés (28 000 décès). Ce chiffre traduit la faible couverture des services de diagnostic et de traitement précoces du VIH destinés aux enfants de la région. En l'absence de traitement, les nourrissons nés avec le VIH risquent de mourir avant leur premier anniversaire. Sur les 52 000 nourrissons nés avec le VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre en 2016, 15 000 sont morts de causes liées au sida avant l'âge d'un an. Le nombre de décès liés au sida dans chacune des autres tranches d'âge de cinq ans était relativement semblable, oscillant entre 7 000 et 8 700 cas.

S'agissant des décès liés au sida, les écarts de genre se creusent avec l'âge. Sur l'ensemble des décès liés au sida chez les adolescents de 15 à 19 ans, une majorité (54 %) concernait les garçons. En comparaison, dans la tranche d'âge supérieure (20-24 ans), la majorité des décès concernait des jeunes femmes (58 %), reflétant le lourd tribut que payent les femmes de ce groupe d'âge. Ce chiffre montre sans aucun doute la part disproportionnée de jeunes femmes affectées par le VIH et la faible couverture globale des programmes de traitement antirétroviral et de PTME.

Comme le montre la figure 2.4, le nombre de décès liés au sida chez les enfants de 0 à 4 ans est beaucoup plus élevé que dans les autres groupes d'âge ; en 2016, ce nombre constituait 47 % du total des décès liés au sida chez l'ensemble des jeunes âgés de 0 à 24 ans. Pourtant, l'écart se réduit. En effet, ces dernières années, le nombre de décès liés au sida chez les 0-4 ans a connu la plus forte baisse, avec une réduction de 37 % depuis 2010, en partie due au déploiement des programmes de PTME, lesquels ont permis de réduire le nombre d'enfants infectés par le VIH, ainsi que des traitements antirétroviraux destinés aux enfants vivant avec le VIH. En comparaison, le nombre de décès liés au sida chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans a augmenté de 35 % sur cette même période. La plupart de ces adolescents avaient été infectés par leur mère.

**De fortes disparités régionales caractérisent la prévalence et le fardeau du VIH**

En Afrique de l'Ouest et du Centre, l'épidémie de VIH est hétérogène. Le taux régional de prévalence du VIH chez les adultes

**Figure 2.3**

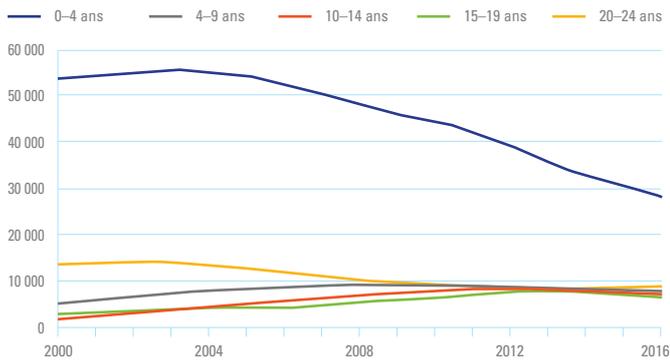
**Nombre estimé de décès liés au sida, par tranche d'âge de cinq ans, Afrique de l'Ouest et du Centre, 2016**



Source : analyse réalisée par l'UNICEF à partir des estimations 2017 de l'ONUSIDA.

**Figure 2.4**

**Nombre estimé de décès liés au sida, par tranche d'âge de cinq ans, Afrique de l'Ouest et du Centre, 2000-2016**



Source : analyse réalisée par l'UNICEF à partir des estimations 2017 de l'ONUSIDA.

(âgés de 15 à 49 ans) est de 2 %, avec des écarts significatifs d'un pays à l'autre et à l'intérieur même des frontières. Le taux de prévalence du VIH chez les adultes varie de moins de 0,4 % au Niger à 6,2 % en Guinée équatoriale. Cinq pays présentent un taux de prévalence du VIH variant entre 3 % et 5 % : la Guinée-Bissau (3,1 %), le Congo (3,1 %), le Gabon (3,6 %), le Cameroun (3,8 %) et la République centrafricaine (4,0 %).

Comme illustré dans la figure 2.5, près de la moitié (49 %) des 540 000 [380 000-710 000] enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH qui ont été recensés dans la région vivent au Nigéria. Le Cameroun et la République démocratique du Congo se placent tous deux en deuxième position, avec un taux de prévalence du VIH de 9 %.

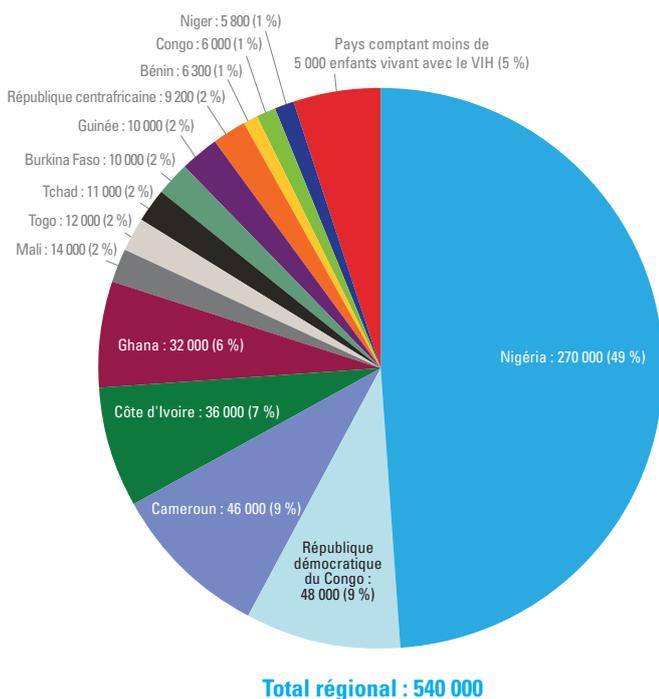
S'agissant des nouvelles infections à VIH chez les enfants âgés de 0 à 14 ans, le classement des pays diffère légèrement. Parmi les pays de la région, le Nigéria affiche toujours le taux le plus élevé, suivi du Cameroun, de la Côte d'Ivoire et du Ghana. La République démocratique du Congo se place à la cinquième position en ce qui concerne le taux de nouvelles infections à VIH chez les enfants et à la deuxième place pour ce qui est du nombre d'enfants vivant avec le VIH. Ce classement est confirmé par les estimations présentées dans la figure 2.6, qui illustre le nombre annuel de nouvelles infections à VIH chez les enfants de 0 à 14 ans.

L'une des premières choses que l'on constate en regardant les estimations des figures 2.5 et 2.6 est la prédominance du Nigéria. Cette première place est due dans une large mesure à la démographie du pays. En effet, le Nigéria est le pays le plus densément peuplé d'Afrique avec 182 millions d'habitants, soit plus d'un tiers (environ 38 %) de la population totale de l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Pourtant, même si l'on tient compte de cette caractéristique, l'impact du VIH sur les enfants et les adolescents du Nigéria est souvent disproportionné par rapport à la plupart des autres pays de la région.

L'immensité du Nigéria et son fardeau absolu du VIH peuvent dissimuler une forte hétérogénéité. Par exemple, entre les différents États du Nigéria, le nombre d'enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH varie de moins de 200 [<100-<500] dans l'État d'Ekiti à 22 000 [13 000-34 000] dans l'État de Lagos. Le nombre médian de cas dans l'ensemble des États nigériens est de 5 800. Des variations similaires sont observées chez les adolescents. Moins de 500 [<100-<500] adolescents âgés de 10 à 19 ans vivaient avec le VIH dans l'État d'Ekiti, alors qu'ils seraient quelques 29 000 [13 000-52 000] dans l'État de Lagos. Le nombre médian d'adolescents vivant avec le VIH dans l'ensemble des États du Nigéria est de 4 300.

**Figure 2.5**

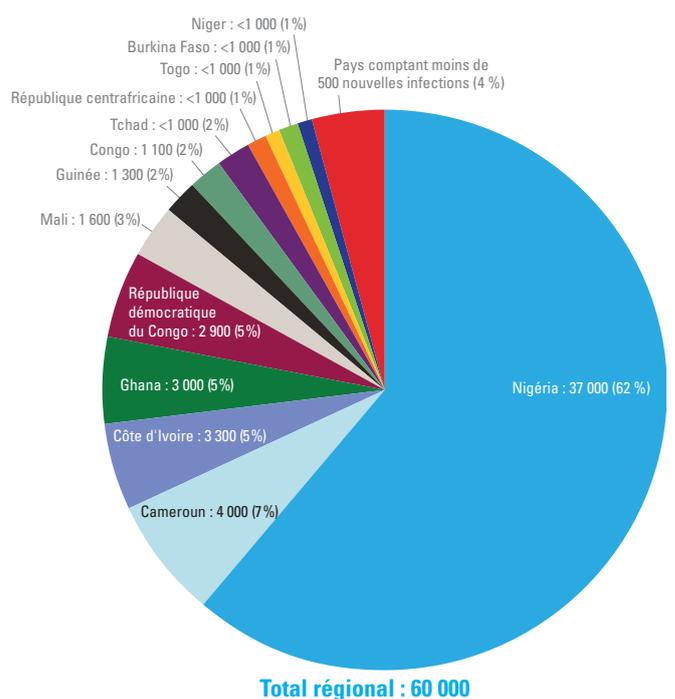
**Nombre et pourcentage estimés d'enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH, Afrique de l'Ouest et du Centre, 2016**



Remarque : Les données concernant Sao Tomé-et-Principe ne sont pas disponibles.  
Source : analyse réalisée par l'UNICEF à partir des estimations 2017 de l'ONUSIDA.

**Figure 2.6**

**Nombre et pourcentage estimés de nouvelles infections à VIH chez les enfants (de 0 à 14 ans), Afrique de l'Ouest et du Centre, 2016**



Remarque : Les données concernant Sao Tomé-et-Principe ne sont pas disponibles.  
Source : analyse réalisée par l'UNICEF à partir des estimations 2017 de l'ONUSIDA.



# 3

## ÉLIMINATION DES NOUVELLES INFECTIONS À VIH CHEZ LES ENFANTS

**La région de l’Afrique de l’Ouest et du Centre a accompli des progrès encourageants vers l’élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants et le maintien des mères en vie et en bonne santé. Dans l’ensemble, le nombre annuel de nouvelles infections à VIH chez les enfants âgés de 0 à 14 ans a diminué de 32 % entre 2010 et 2016. Les traitements antirétroviraux à vie pour les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH ont été officiellement intégrés aux directives thérapeutiques et sont appliqués dans tous les pays de la région.**

Le déploiement du Plan mondial visant à éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et maintenir leurs mères en vie (Plan mondial) entre 2010 et 2016 a permis d’améliorer la couverture des services de PTME dans la région<sup>13</sup>. Quelques pays sont parvenus à maintenir un taux élevé de couverture des interventions de PTME, dont le Bénin, le Burkina Faso, Cabo Verde, la Guinée équatoriale, la Guinée-Bissau, la République centrafricaine, la Sierra Leone et le Togo, où plus de 80 % des femmes enceintes vivant avec le VIH reçoivent le traitement antirétroviral.

Toutefois, en 2016, seule la moitié (49 % [36-63 %]) des 330 000 [240 000-420 000] femmes enceintes vivant avec le VIH dans cette région ont reçu le traitement antirétroviral pour prévenir la transmission verticale du virus. La région fait face à des défis majeurs qui entravent la généralisation rapide des services de PTME nécessaires pour éliminer la transmission verticale du VIH d’ici à 2020, conformément à l’objectif « Start Free » du cadre des « Three Frees » de l’ONUSIDA<sup>14</sup>.

L’adoption du cadre des « Three Frees » et des autres initiatives présentées dans le chapitre 1, dont les plans de rattrapage nationaux visant à améliorer la fourniture de traitements, témoignent d’un plus grand engagement politique dans la région en faveur de l’accélération des progrès vers l’élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants.

### ANALYSE CONTEXTUELLE

#### Nouvelles infections à VIH chez les enfants de 0 à 14 ans

Le nombre annuel de nouvelles infections chez les enfants âgés de 0 à 14 ans a diminué, passant de 110 000 [82 000-140 000] nouveaux cas en 2000 à 60 000 [35 000-88 000] en 2016 (figure 3.1). Cette baisse de 46 %, principalement enregistrée depuis 2010 (32 %),

s’explique par la multiplication des programmes de PTME dans la région. Pendant la seule année 2016, 37 000 nouvelles infections pédiatriques ont pu être évitées.

Toutefois, cette réussite globale cache de fortes disparités entre les pays. La Guinée-Bissau a enregistré la baisse la plus significative (73 %) entre 2010 et 2016, enregistrant environ 200 nouvelles infections à VIH chez les enfants en 2016. À l’inverse, le Congo a constaté une augmentation de 16 %, avec environ 1 100 nouvelles infections chez les enfants en 2016 (figure 3.2).

Parmi les pays fortement touchés par le VIH, la République démocratique du Congo a connu la plus forte réduction (64 %), suivi du Tchad (49 %), du Ghana (46 %), du Cameroun (44 %), de la Côte d’Ivoire (41 %) et du Nigéria (16 %).

En 2016, le Nigéria recensait à lui seul la plus grande part (62 %) des 60 000 [35 000-88 000] nouvelles infections chez les enfants de la région, soit 37 000 [22 000-56 000] enfants nouvellement infectés par le VIH. Cette même année, la République démocratique du Congo, le Ghana, la Côte d’Ivoire et le Cameroun ont enregistré chacun entre 2 900 et 4 000 nouvelles infections à VIH chez les enfants (voir figure 2.6 au chapitre 2).

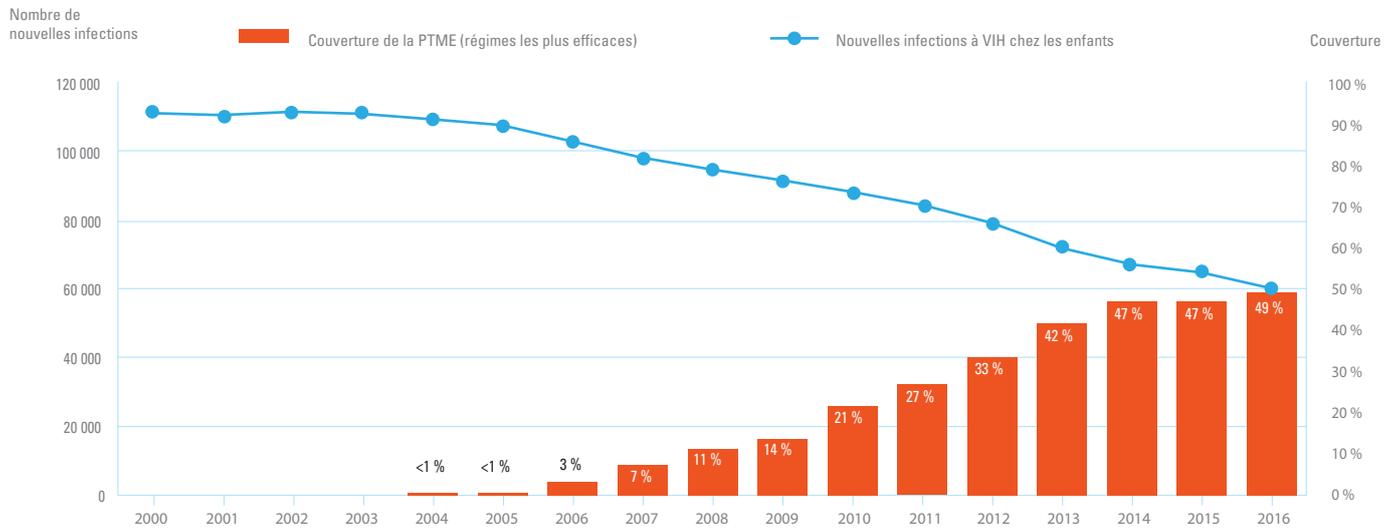
#### Administration d’antirétroviraux aux mères : couverture, tendances et disparités

En Afrique de l’Ouest et du Centre, la couverture des traitements antirétroviraux destinés aux mères, nécessaires pour prévenir la transmission du VIH pendant la grossesse, l’accouchement et l’allaitement est passée de 21 % [16-27 %] en 2010 à 49 % [36-63 %] en 2016. Des progrès constants ont été observés entre 2010 et 2014, au moment de la mise en œuvre du Plan mondial dans la plupart des pays<sup>15</sup>, qui se sont traduits notamment par l’adoption de l’utilisation à vie d’antirétroviraux par toutes les femmes

Céleste et son fils Emmanuel, âgé de 15 mois, vivent en République démocratique du Congo. Céleste, qui est séropositive, a fait passer un test de dépistage du VIH à Emmanuel lorsqu’il est tombé malade. Il suit aujourd’hui un traitement contre le VIH et se porte bien.  
© UNICEF/UN0147630/Schermbrucker

**Figure 3.1.**

**Pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH et bénéficiant d'un traitement antirétroviral efficace dans le cadre de la PTME, et nouvelles infections à VIH chez les enfants (de 0 à 14 ans), Afrique de l'Ouest et du Centre, 2000-2016**

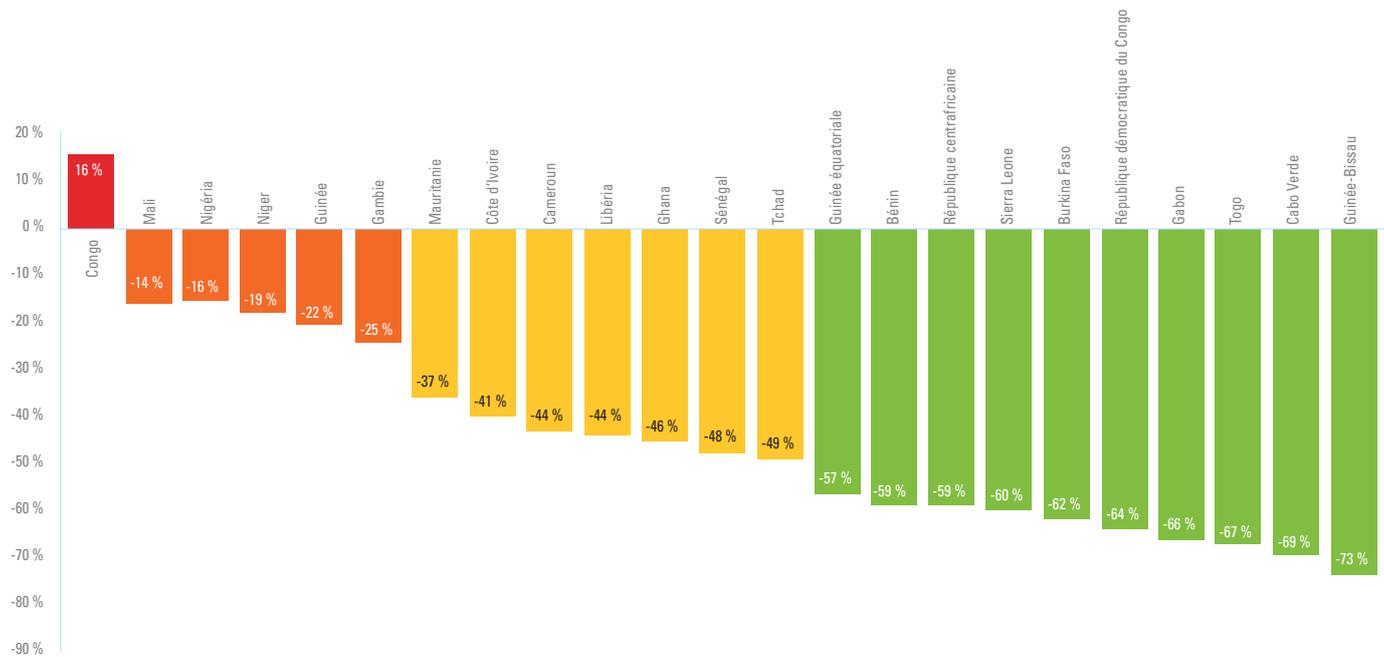


**Remarque :** À l'exception de la dose unique de névirapine.

**Source :** analyse réalisée par l'UNICEF à partir des estimations 2017 de l'ONUSIDA.

**Figure 3.2**

**Pourcentage de réduction du nombre estimé de nouvelles infections à VIH chez les enfants (de 0 à 14 ans), Afrique de l'Ouest et du Centre, 2010-2016**



**Remarque :** Les données concernant Sao Tomé-et-Principe ne sont pas disponibles.

**Source :** analyse réalisée par l'UNICEF à partir des estimations 2017 de l'ONUSIDA.

enceintes et allaitantes vivant avec le VIH, conformément aux recommandations de l'OMS. Néanmoins, dans la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, la couverture des traitements antirétroviraux efficaces pour la PTME, destinés aux femmes enceintes et allaitantes, plafonne juste en dessous des 50 % pour la troisième année consécutive, accusant ainsi un retard par rapport à l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe, dont le taux de couverture dépasse les 85 % depuis trois ans. Au sein même de la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, l'Afrique du Centre affiche un meilleur accès au traitement antirétroviral efficace dans le cadre de la PTME (64 %) que l'Afrique de l'Ouest (43 %) (figure 3.3).

La figure 3.4 illustre la transition progressive vers un régime antirétroviral plus efficace dans le cadre de la PTME. En 2016, l'utilisation de la prophylaxie à dose unique pendant la grossesse couplée à une administration quotidienne de névirapine aux nouveau-nés tout au long de l'allaitement (option A) était presque devenue obsolète, avec seulement 1 200 femmes bénéficiant de cette option en Afrique de l'Ouest et du Centre. Cette même année, les traitements antirétroviraux à vie (option B+) ou utilisés comme schémas prophylactiques courts (option B) représentaient la quasi-totalité des régimes antirétroviraux utilisés en matière de PTME (85 % pour l'option B+ et 15 % pour l'option B).

Une fois de plus, on observe d'importantes disparités entre les pays en ce qui concerne le niveau de couverture des traitements antirétroviraux efficaces destinés aux mères, qui s'élève à pas moins de 95 % au Bénin et à Cabo Verde et à seulement 16 % au Congo. Parmi les pays prioritaires dans le cadre de l'objectif Start Free, le Cameroun, la Côte d'Ivoire et la République démocratique du Congo présentaient en 2016 une couverture supérieure ou égale à 70 %, suivis du Tchad (63 %) et du Ghana (56 %), tandis que le Nigéria fermait la marche avec une couverture de 32 % (figure 3.5).

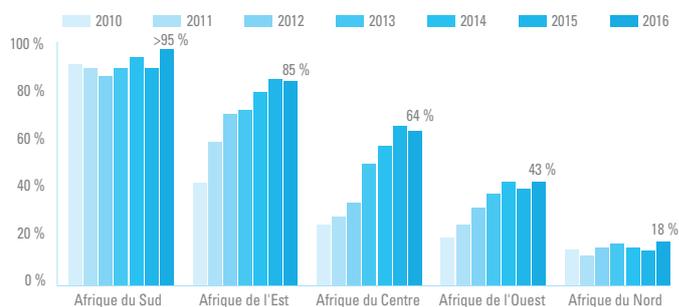
## Transmission du VIH de la mère à l'enfant et couverture du dépistage précoce

Pendant près de 10 ans, les taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant n'ont cessé de diminuer. En 2016, le taux global de transmission des infections périnatales et postnatales (finales) a atteint son plus bas niveau, passant de 26 % en 2010 à 18 %. Sur la même période, la transmission périnatale du VIH de la mère à l'enfant a diminué de 15 % à 11 % (figure 3.6).

Avec un taux de 20 %, la couverture en Afrique de l'Ouest et du Centre du diagnostic précoce du VIH durant les deux premiers mois de vie du nourrisson est la deuxième plus faible au monde, juste

Figure 3.3

### Pourcentage de femmes vivant avec le VIH et recevant un traitement antirétroviral efficace dans le cadre de la PTME, par région d'Afrique, 2010-2016

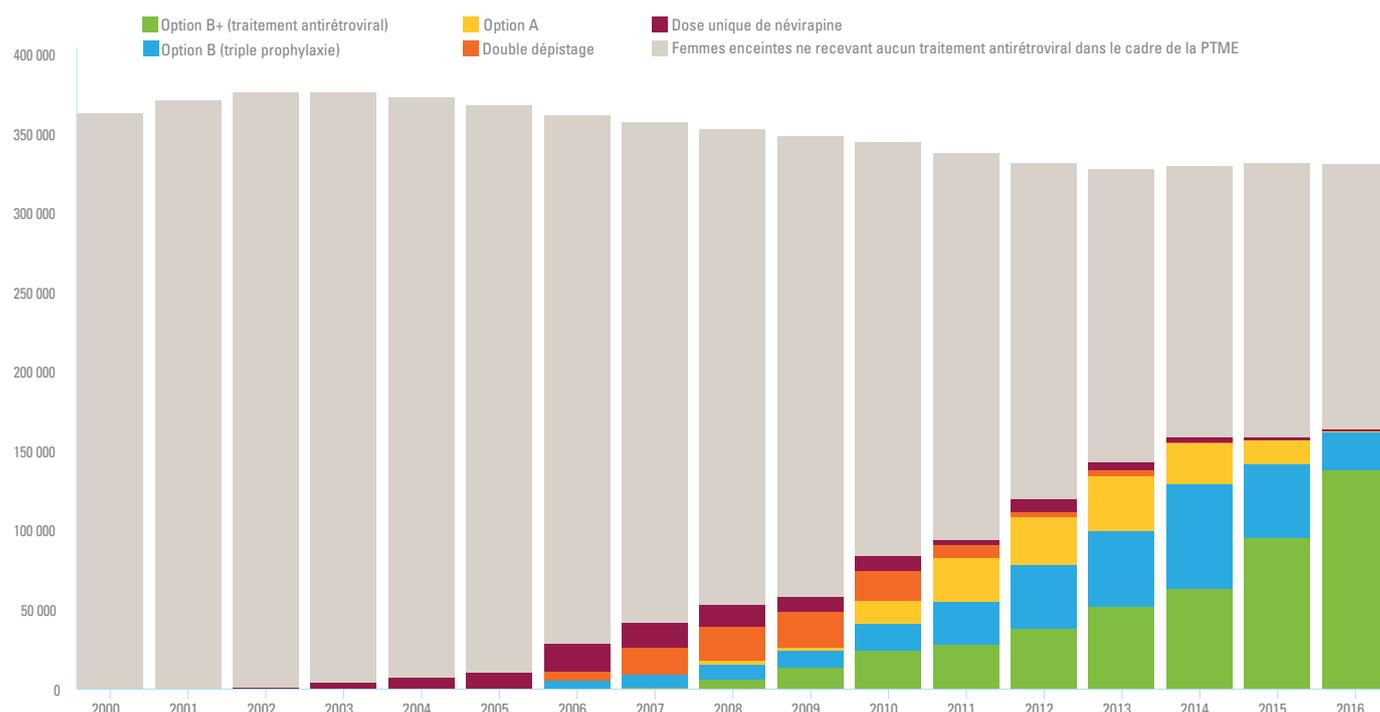


Remarque : À l'exception de la dose unique de névirapine.

Source : analyse réalisée par l'UNICEF à partir des estimations 2017 de l'ONUSIDA.

Figure 3.4

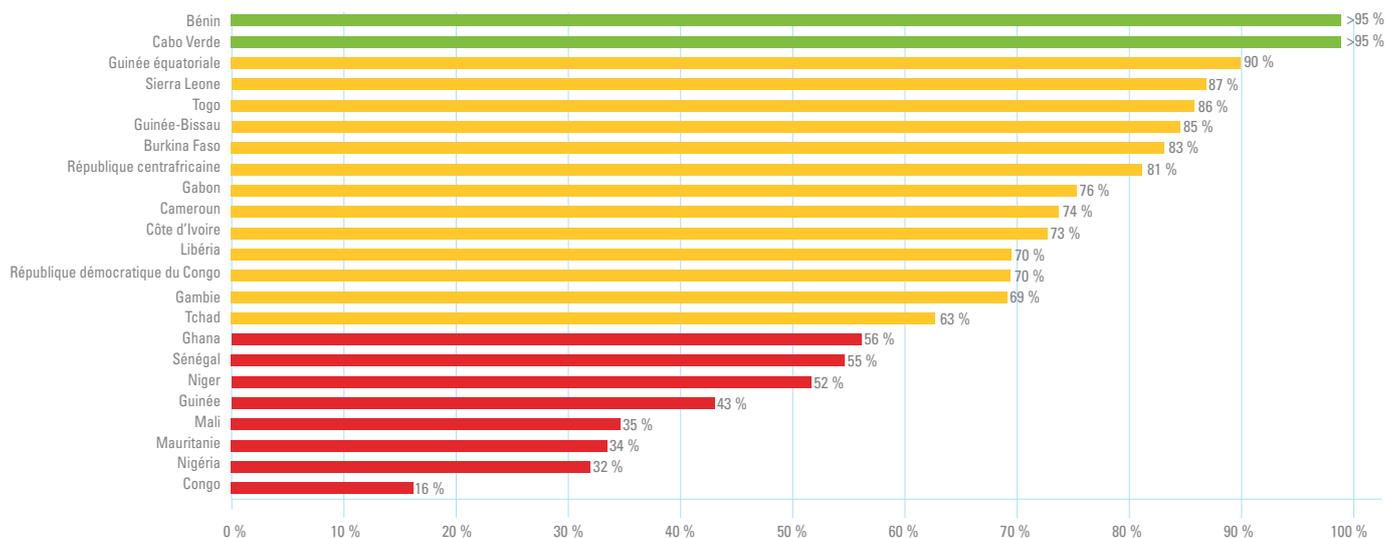
### Répartition du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH et bénéficiant d'un traitement antirétroviral efficace dans le cadre de la PTME, par régime, Afrique de l'Ouest et du Centre, 2000-2016



Source : suivi mondial du sida par l'ONUSIDA/l'UNICEF/l'OMS et analyse réalisée par l'UNICEF à partir des estimations 2017 de l'ONUSIDA.

Figure 3.5

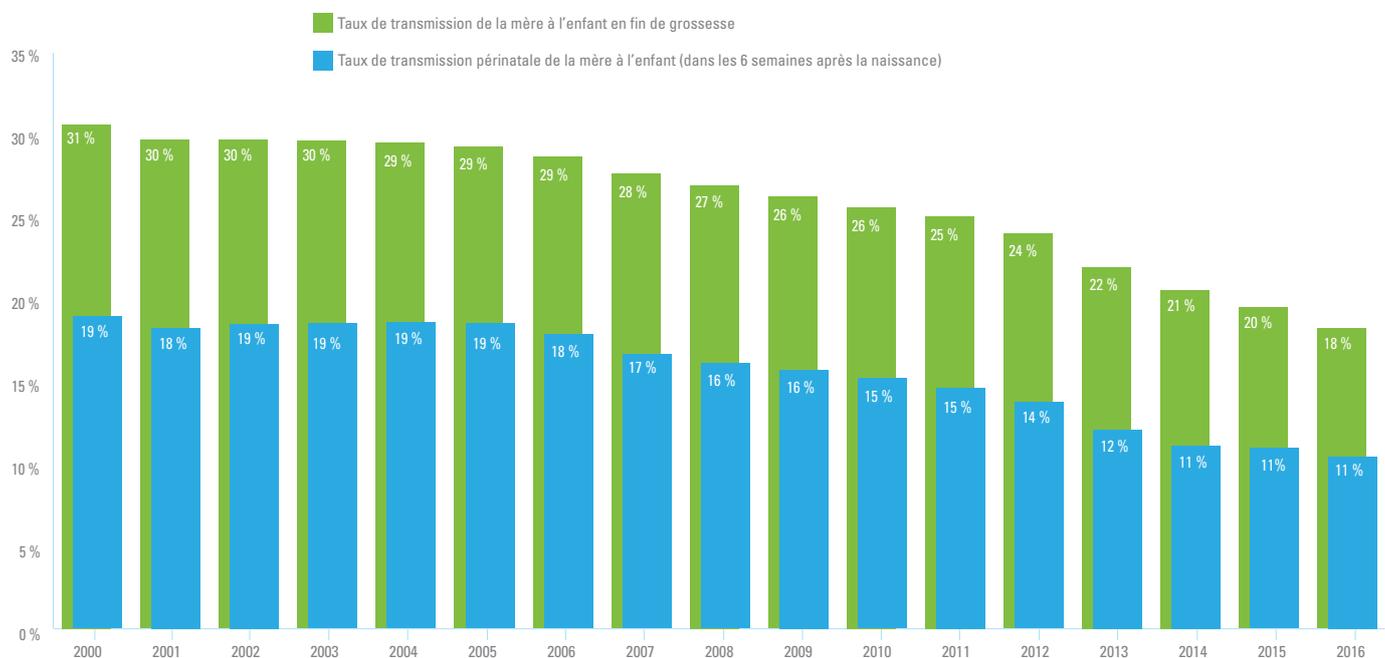
Pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH et recevant un traitement antirétroviral efficace dans le cadre de la PTME, Afrique de l'Ouest et du Centre, 2016



Remarque : À l'exception de la dose unique de névirapine ; les données concernant Sao Tomé-et-Principe ne sont pas disponibles.  
 Source : analyse réalisée par l'UNICEF à partir des estimations 2017 de l'ONUSIDA.

Figure 3.6

Pourcentage estimé de nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH et infectés verticalement par le virus, Afrique de l'Ouest et du Centre, 2000-2016



Source : analyse réalisée par l'UNICEF à partir des estimations 2017 de l'ONUSIDA.

derrière l'Asie du Sud (17 %), et bien plus faible qu'en Afrique de l'Est et en Afrique australe (52 %) <sup>16</sup>. Dans la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, la couverture du dépistage précoce fluctue d'un pays à l'autre, avec un taux de 3 % au Congo et de 81 % à Cabo Verde (figure 3.7).

## DÉFIS RÉGIONAUX

Les progrès accomplis vers l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants d'Afrique de l'Ouest et du Centre demeureront limités si les programmes ne prennent pas en compte les difficultés résumées ci-dessous.

### Des systèmes de santé fragiles

Les systèmes de santé d'Afrique de l'Ouest et du Centre, en particulier ceux situés en dehors des grandes villes, se caractérisent par un petit nombre d'agents de santé formés, de faibles systèmes de gestion des achats et de stocks et des obstacles empêchant les populations les plus vulnérables d'utiliser les services – une grande partie de ces populations n'a accès à aucun système de santé ou uniquement à des services de mauvaise qualité. Les pays connaissent régulièrement des ruptures de stock de produits, tels que les kits de dépistage du VIH, les antirétroviraux et d'autres médicaments, notamment ceux utilisés dans le traitement des infections opportunistes <sup>17</sup>.

Les environnements opérationnels difficiles ont une incidence négative sur la prestation de services de PTME. En 2016, le Fonds mondial a identifié des difficultés opérationnelles dans sept pays de la région (Guinée-Bissau, Mali, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Tchad) qui se traduisent par une faible gouvernance, un accès limité aux services de santé et des crises naturelles ou anthropiques <sup>18</sup>. L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a classé 19 des 24 pays de la région, ainsi que le Burundi, dans la catégorie des « États fragiles » <sup>19</sup>.

Le manque de données de qualité entrave l'évaluation des progrès et la conception de programmes sur mesure et intégrés de PTME et de

traitement antirétroviral pédiatrique. De nombreux pays ne disposent pas de capacités suffisantes pour suivre en temps réel les services de lutte contre le VIH et de santé maternelle, néonatale et infantile, en assurant le suivi régulier de chacun de ces services et des points sur lesquels ils se recourent <sup>20</sup>.

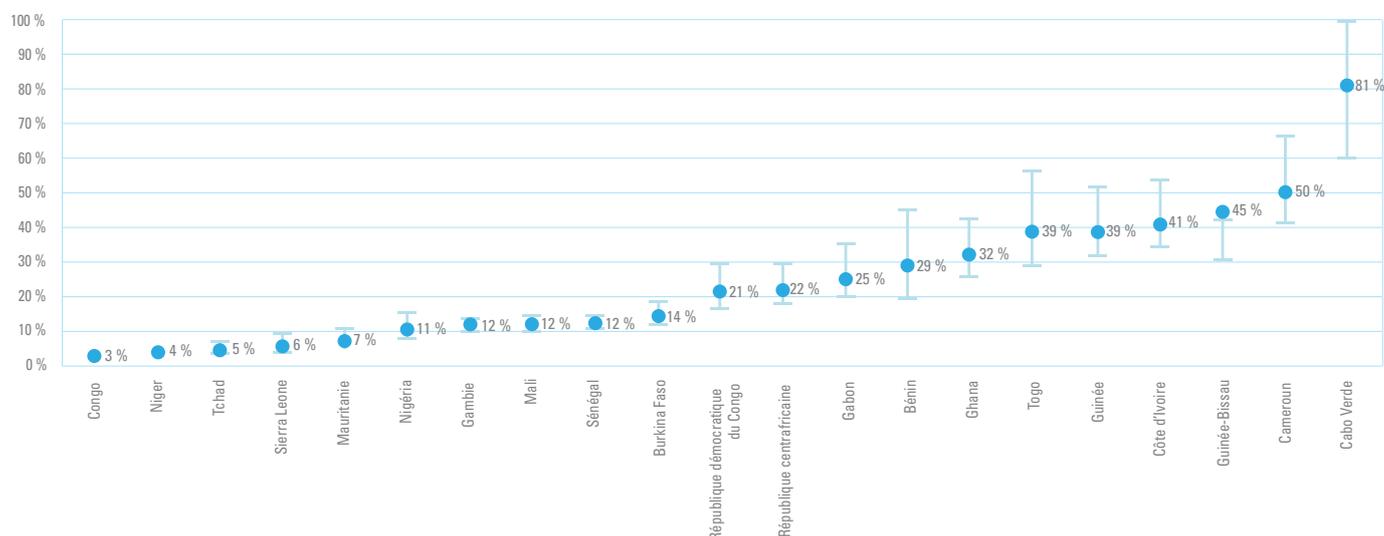
### Intégration limitée des traitements et tests de dépistage du VIH dans les systèmes de santé de routine

Le taux de couverture des soins prénatals dans la région est élevé. Les dernières études montrent que dans la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, le pourcentage de femmes ayant effectué au moins une consultation prénatale au cours de leur grossesse la plus récente était supérieur à 80 %. Seuls quatre pays (Mali, Nigéria, République centrafricaine et Tchad) affichaient un taux de couverture inférieur à 80 % <sup>21</sup>. Toutefois, les services de soins prénatals pourraient également permettre d'élargir le dépistage systématique du VIH et la prescription du traitement antirétroviral à vie chez les femmes enceintes et allaitantes diagnostiquées séropositives.

Allier le dépistage du VIH et les programmes de vaccination pourrait offrir des possibilités similaires. Par exemple, au Tchad et au Ghana, les taux de couverture vaccinale par le DCT1 et le DCT3 sont élevés, tandis que les taux de dépistage précoce au cours des deux premiers mois de vie restent faibles. De telles données pourraient être utilisées afin de promouvoir l'intégration des services de lutte contre le VIH dans les structures œuvrant pour la survie de l'enfant et d'identifier les cas d'infection à VIH chez les enfants que les programmes de PTME et de traitement antirétroviral ont manqués (figure 3.8).

Figure 3.7

### Pourcentage de nourrissons nés de femmes vivant avec le VIH et recevant un test virologique dans les deux mois suivant la naissance, Afrique de l'Ouest et du Centre, 2016



Remarque : Les données concernant la Guinée équatoriale, le Libéria et Sao Tomé-et-Principe ne sont pas disponibles.

Source : suivi mondial du sida par l'ONUSIDA/l'UNICEF/l'OMS et analyse réalisée par l'UNICEF à partir des estimations 2017 de l'ONUSIDA.

## Une faible rétention des couples mère-enfant

Le déploiement des régimes antirétroviraux dans le cadre de la PTME soulève des inquiétudes quant au taux de rétention des femmes enceintes et allaitantes ayant débuté un traitement antirétroviral. Dans le cas des traitements à long terme, divers obstacles peuvent entraver l'observance du traitement antirétroviral : les ruptures de stock d'antirétroviraux ou d'autres produits, la stigmatisation, la peur de révéler son statut sérologique, l'absence de gratuité, les failles du système ou des facteurs socioéconomiques, tels que la pauvreté<sup>22</sup>.

## Des capacités limitées en matière de dépistage précoce du VIH

La couverture du dépistage précoce en Afrique de l'Ouest et du Centre demeure relativement faible par rapport à celle de la plupart des autres régions. En comblant cette lacune, la plupart des enfants infectés par le VIH pendant la période périnatale pourraient être identifiés et recevoir au plus vite le traitement antirétroviral qui leur permettra de rester en vie. Une évaluation réalisée dans 11 pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre a révélé des capacités insuffisantes entravant la réalisation des tests virologiques dans au moins quatre d'entre eux<sup>23</sup>. Elle a aussi montré que même lorsque des appareils de dépistage virologique sont disponibles, ils le sont en nombre limité et se concentrent dans les grandes villes, posant des problèmes de transport des échantillons de sang et entraînant d'importants retards dans l'envoi des résultats aux centres de soins, en particulier dans les

zones rurales et difficiles d'accès. Le délai moyen entre le prélèvement d'un échantillon et l'obtention des résultats du test de dépistage du VIH était de 1,4 mois au Nigéria, 1,7 mois au Cameroun, 2,2 mois au Togo, 2,3 mois en République démocratique du Congo et 3,5 mois au Ghana<sup>24</sup>. De tels retards constituent une préoccupation majeure, car le dépistage tardif du VIH augmente le risque de décès chez les nourissons infectés par le VIH.

## Engagement limité des agents de santé communautaires dans la prestation de services de lutte contre le VIH/sida

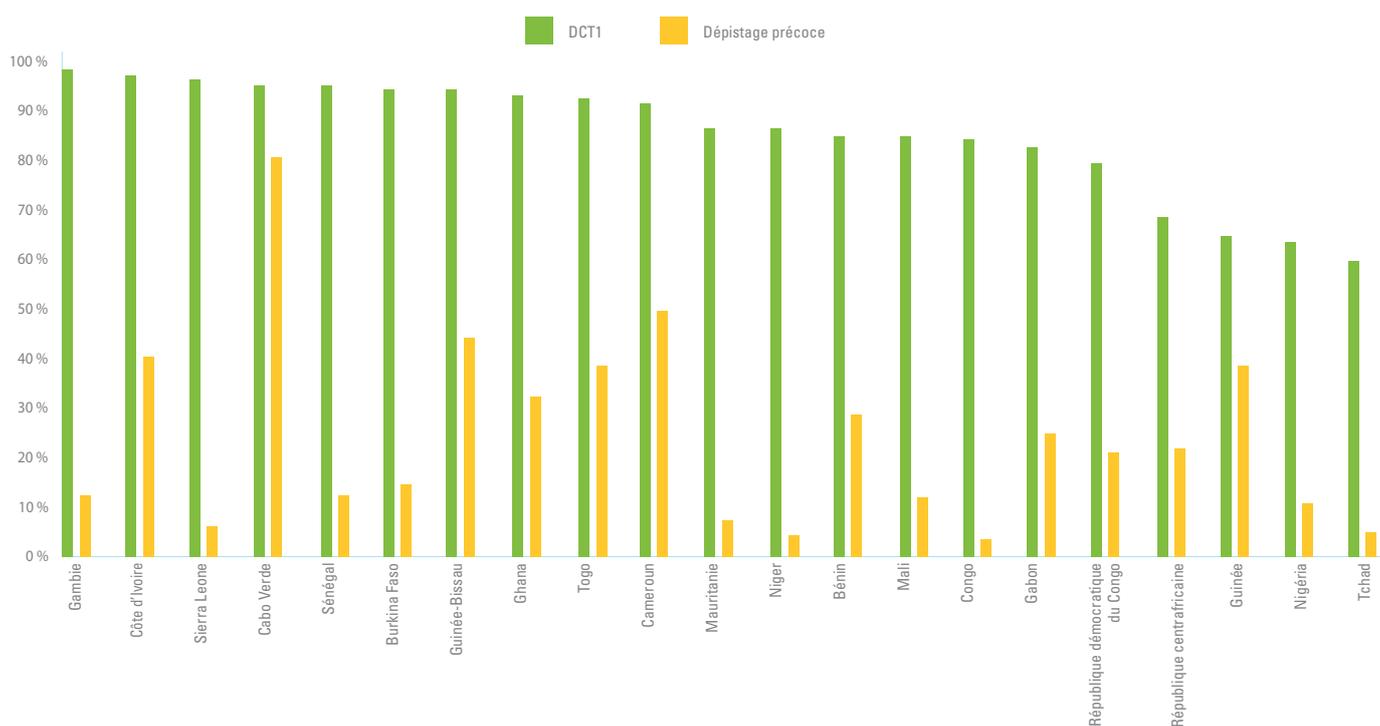
Un récent rapport de Médecins Sans Frontières sur les services de traitement du VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre a démontré une sous-utilisation des services communautaires, malgré leur rôle crucial dans l'amélioration de l'observance chez les patients suivant un traitement antirétroviral<sup>25</sup>. Cette tendance pourrait s'accroître avec la stagnation ou la baisse des financements externes de la lutte contre le VIH, à moins qu'un soutien interne suffisant soit déployé.

## PISTES DE CHANGEMENTS EFFICACES

Pour parvenir à éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et atteindre l'objectif Start Free, la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre doit réduire de 87 % le nombre de nouvelles infections chez les

Figure 3.8

### Pourcentage de nourissons recevant un vaccin DCT1 et un dépistage du VIH dans les deux mois suivant la naissance, par pays, Afrique de l'Ouest et du Centre, 2016



**Remarque :** Les données concernant le dépistage précoce en Guinée équatoriale, au Libéria et à Sao Tomé-et-Principe ne sont pas disponibles.

**Source :** les données sur le vaccin DCT1 sont extraites des estimations de la couverture nationale de vaccination de routine réalisées par l'UNICEF/l'OMS, révision de 2016 (complétée en juillet 2017) ; les données relatives au dépistage précoce s'appuient sur le suivi mondial du sida par l'ONUSIDA/l'UNICEF/l'OMS et sur l'analyse réalisée par l'UNICEF à partir des estimations 2017 de l'ONUSIDA.

enfants, qui devraient alors passer d'environ 60 000 en 2016 à 8 000 en 2020 (figure 3.9).

Ci-après figure une synthèse des pratiques et solutions prometteuses observées en Afrique de l'Ouest et du Centre ou dans d'autres régions et qui pourraient permettre de déployer rapidement à plus grande échelle les traitements antirétroviraux destinés aux femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH, d'améliorer leur observance thérapeutique et d'élargir la couverture du dépistage précoce au profit de leurs enfants.

## Intégration efficace des interventions de PTME dans les programmes de santé maternelle, néonatale et infantile et les plateformes de prestation de services

Les programmes de santé maternelle, néonatale et infantile mis en œuvre dans la région doivent s'appuyer sur le recours relativement élevé aux soins prénatals observé dans la région et intégrer les interventions de lutte contre le VIH pour la PTME au sein des politiques, directives et paquet standard de services nationaux relatifs à la santé maternelle, néonatale et infantile, et ce, à tous les niveaux. Une intégration efficace passe par : (i) le dépistage systématique du VIH chez les femmes enceintes ou allaitantes – et la promotion du dépistage chez leur partenaire masculin, le cas échéant – dans le cadre du paquet de soins prénatals minimums ; (ii) la fourniture de traitements antirétroviraux, le suivi du diagnostic (p. ex., suivi virologique régulier) et le soutien à l'observance pour toutes les femmes enceintes et allaitantes diagnostiquées séropositives ; (iii) un diagnostic précoce pour les nourrissons exposés au virus et une prophylaxie antirétrovirale pour les nouveau-nés diagnostiqués séropositifs ; et (iv) un soutien apporté au couple mère-enfant aux fins d'une bonne alimentation du nourrisson.

Les pays de la région doivent renforcer la décentralisation des traitements antirétroviraux vers les structures de santé de niveau inférieur afin de lever les obstacles entravant l'accès à ces traitements et continuer à généraliser la délégation des tâches aux infirmières formées à la mise sous traitement antirétroviral des femmes enceintes. Dans la mesure du possible, ils doivent envisager des stratégies innovantes de dépistage du VIH, telles que les tests combinés de diagnostic rapide du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes.

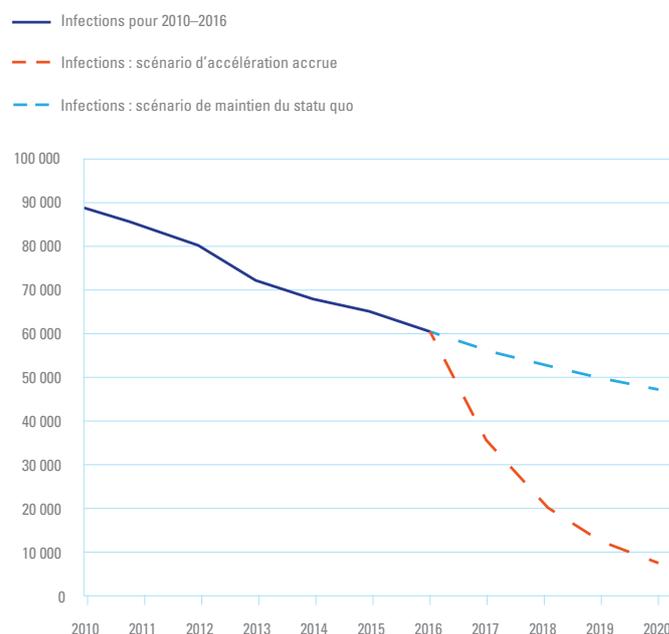
## Innovations relatives à la prestation de services en vue d'améliorer la rétention des patients

Comme l'a démontré une étude multipays impliquant le Malawi, le Nigéria et le Zimbabwe, proposer aux femmes enceintes un soutien structuré par les pairs, en parallèle des interventions de routine du système de santé, et ce, dès le début du traitement antirétroviral, peut permettre d'améliorer considérablement la rétention des patientes ayant accouché dans le cadre de la PTME, ainsi que les taux de suppression de la charge virale chez les mères<sup>26</sup>. Une étude indépendante réalisée au Nigéria, dans le cadre des programmes Mother Mentor (MoMent), a montré que les mères qui recevaient un soutien structuré de la part d'autres mères formées et encadrées jouant le rôle de mentors étaient plus susceptibles de poursuivre leur traitement six mois après l'accouchement que les femmes recevant les soins habituels (62 % contre 25 %)<sup>27</sup>. De telles approches doivent être adaptées et éventuellement déployées à plus grande échelle pour faire face au nombre croissant de femmes ayant besoin d'un traitement antirétroviral à vie dans la région.

La mobilisation communautaire constitue l'un des moyens les plus ef-

Figure 3.9

## Nombre estimé de nouvelles infections à VIH chez les enfants (de moins de 5 ans) ; tendances de 2010-2016 et projections et objectifs pour 2016-2020, Afrique de l'Ouest et du Centre



**Remarque :** Les cibles ont été estimées en déterminant les contributions de la région de l'Afrique de l'Ouest et centrale du Centre à la réalisation de la cible mondiale (20 000 nouvelles infections chez les enfants) à partir des chiffres enregistrés dans la région en 2016. Les projections ont été établies en calculant le taux annuel moyen de réduction entre 2010 et 2016, et en appliquant ce taux jusqu'en 2020. Les projections relatives à chaque cible tablent sur l'hypothèse d'un taux annuel moyen positif entre 2016 et 2020. **Source :** analyse réalisée par l'UNICEF à partir des estimations 2017 de l'ONUSIDA.

ficaces de surveiller, suivre et soutenir les personnes ne se présentant pas à leurs rendez-vous, ayant des difficultés à suivre leur traitement ou l'abandonnant complètement. Une étude commandée par l'UNICEF dans le cadre de l'initiative Optimisation de l'accès aux services de traitement du VIH, impliquant la Côte d'Ivoire et la République démocratique du Congo, a révélé l'existence de 11 pratiques prometteuses ayant favorisé le recours aux services, l'observance thérapeutique et la rétention des patients tout au long du continuum des soins administrés dans le cadre de la PTME. Les principaux facteurs opérationnels comprennent : (i) l'engagement de toutes les parties prenantes concernées ; (ii) le renforcement des cadres de santé communautaires ; (iii) la consolidation des initiatives communautaires existantes ; (iv) la qualité de la communication et des services communautaires en matière de santé ; (v) l'amélioration de la responsabilité des structures et des communautés ; et (vi) le renforcement des capacités locales permettant d'intensifier les liens entre les communautés et les structures de santé<sup>28</sup>.

## Décentralisation des capacités de suivi de la charge virale et de dépistage précoce

Avec le déploiement des traitements antirétroviraux à vie et le besoin croissant de soins différenciés, le suivi systématique de la charge virale devient une priorité pour tous les patients sous traitement antirétroviral. Les pays doivent veiller à ce que les services de suivi de la charge virale atteignent avant tout les femmes enceintes et allaitantes, et les

systèmes de laboratoire nationaux doivent renforcer leurs capacités à l'échelle sous-nationale pour proposer une mesure de la charge virale au plus près du lieu du soins.

Là où elles ont été appliquées, les techniques de diagnostic sur le lieu de soins nouvelles et innovantes ont permis de réduire considérablement le délai d'obtention des résultats des tests de dépistage précoce, lesquels sont désormais disponibles le jour même, permettant ainsi de

proposer et démarrer immédiatement un traitement<sup>29</sup>. Ces améliorations feront une différence majeure dans la réduction de la mortalité du nourrisson liée au VIH, qui culmine entre le deuxième et troisième mois de vie en l'absence de traitement antirétroviral<sup>30</sup>. Trois pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre (Cameroun, République démocratique du Congo et Sénégal) intègrent actuellement des techniques de diagnostic du VIH hors laboratoire dans leur programme national de dépistage du VIH, avec l'aide d'UNITAID, de l'initiative Clinton pour l'accès à la santé et de l'UNICEF<sup>31</sup>.

## ÉTUDE DE CAS

### Décentralisation de la planification et de l'intégration de la PTME dans les services de santé maternelle, néonatale et infantile en vue d'élargir la couverture des services au Tchad

En 2011, le Tchad affichait l'un des taux de couverture des services de PTME les plus faibles de tous les pays prioritaires du Plan mondial de l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Sur les 7 500 femmes enceintes vivant avec le VIH, seuls 26 % avaient reçu un traitement antirétroviral efficace dans le cadre de la PTME. L'accès limité aux services de PTME était dû à leur faible couverture géographique et à une insuffisante intégration du VIH dans les services de santé maternelle et infantile.

Guidé par le Plan mondial, le gouvernement tchadien a lancé un processus de planification décentralisée en vue de soutenir la généralisation des services de PTME entre 2011 et 2012. Dans un premier temps, une évaluation approfondie des principaux goulots d'étranglement entravant l'accès aux services et leur utilisation, et ne permettant donc pas une couverture efficace de ces derniers a été réalisée. L'équipe de coordination de la lutte contre le VIH a élaboré un plan national d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant afin d'optimiser les contributions et les ressources fournies par le gouvernement et les organisations partenaires. Des équipes de district ont recueilli des données pour étayer les analyses. Les résultats de ces analyses se sont traduits en stratégies fondées sur des données factuelles et en activités de premier plan intégrées aux plans d'action prioritaires du district. Ces plans ont été examinés tous les six mois pendant les deux premières années et révisés au fur et à mesure que de nouvelles données étaient rendues disponibles.

Au total, 36 plans de district ont été élaborés et mis en œuvre, avec une attention particulière accordée à l'intégration des services de PTME dans les plateformes de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent et à la délégation des tâches des médecins aux infirmières concernant la mise sous traitement antirétroviral des patients. Le nombre d'établissements intégrant les services de PTME dans les services de soins prénatals de routine est passé de 144 en 2011<sup>32</sup> à 463 en 2014<sup>33</sup> puis à 799 en 2016<sup>34</sup>. À l'échelle nationale, la couverture des services de PTME a également augmenté, passant de 26 % en 2011 à 63 % en 2016. Pourtant, la couverture du dépistage précoce du VIH n'a guère augmenté, passant de 2 % en 2011 à 5 % en 2016<sup>35</sup>.

Au Tchad, la planification décentralisée dans les 36 districts a favorisé l'élargissement notable de la couverture des services de PTME et a permis à un plus grand nombre de femmes et d'enfants d'accéder aux services dont ils avaient besoin, en particulier au dépistage chez la mère et au traitement antirétroviral. Néanmoins, les services de dépistage précoce du VIH demandent une attention accrue. Cette stratégie s'avère particulièrement utile dans les environnements caractérisés par une forte dispersion de la population. L'approche décentralisée, intégrant la délégation des tâches, est actuellement mise en œuvre dans d'autres districts, en particulier au Sahel.



Une infirmière (à droite) et un mentor (hors champ) parlent de santé à des femmes enceintes à la clinique Kaboko, à Kasenga, dans la province du Haut-Katanga, en République démocratique du Congo. Les pairs éducateurs sont des femmes séropositives qui partagent leur expérience

personnelle de la vie avec le VIH et encouragent d'autres femmes à se faire tester et traiter.  
© UNICEF/UN0149866/Schermbrucker



# 4

## DÉPISTAGE, TRAITEMENT ET PRISE EN CHARGE DU VIH CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Sans traitement antirétroviral, les enfants nés avec le VIH sont particulièrement vulnérables. Il est donc urgent que chaque enfant et chaque adolescent vivant avec le VIH ait accès à ces médicaments qui leur sont nécessaires pour rester en vie. Pourtant, en 2016, seuls 21 % [13-29 %] des 540 000 [380 000-710 000] enfants âgés de 0 à 14 ans et vivant avec le VIH en Afrique de l’Ouest et du Centre ont reçu un traitement antirétroviral. Cette région affiche le taux de couverture du traitement antirétroviral pédiatrique le plus faible au monde.

S’agissant des enfants sous traitement en 2016, comme de l’ensemble des patients recevant un traitement antirétroviral, il est indispensable de veiller à la bonne prise des médicaments et de les aider à poursuivre le traitement pour obtenir des résultats optimaux. Ceci étant, de nombreux enfants ne reçoivent pas l’appui à l’observance thérapeutique dont ils ont besoin, en particulier au moment du passage à l’adolescence.

### ANALYSE CONTEXTUELLE

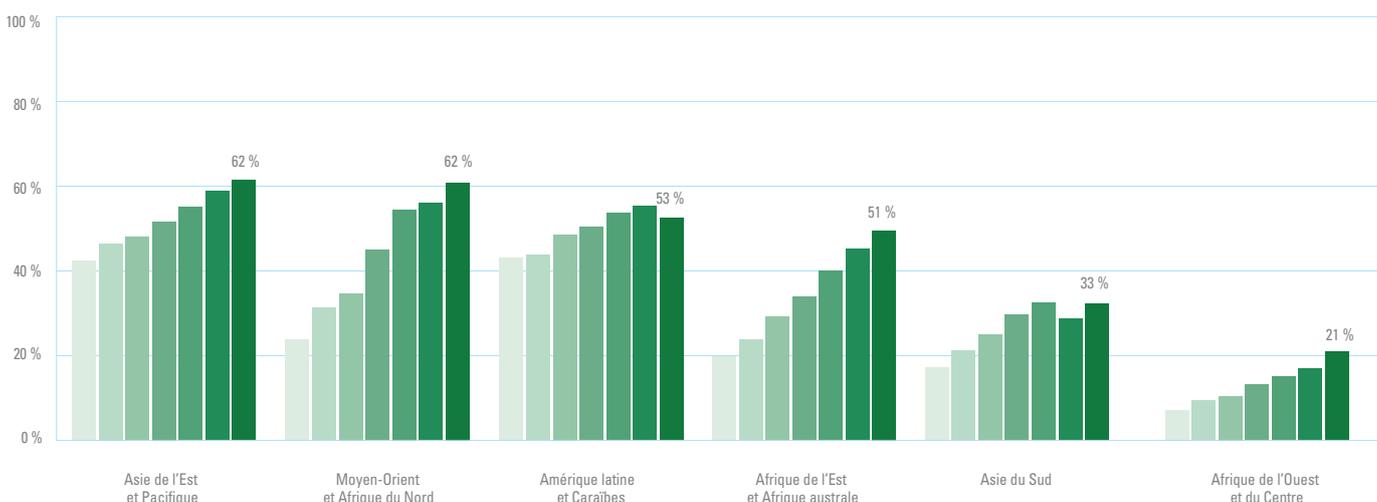
On estime à 540 000 [380 000-710 000] le nombre d’enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH dans la région de l’Afrique de l’Ouest et

du Centre. Dans huit cas sur dix, ces derniers n’ont pas accès au traitement antirétroviral. L’estimation selon laquelle 120 000 enfants auraient reçu un traitement antirétroviral en 2016 montre combien la couverture du traitement antirétroviral pédiatrique s’est élargie ces dernières années (figure 4.1). Cette même année, les enfants qui ont pu recevoir un traitement antirétroviral étaient environ 18 000 de plus que l’année précédente. En 2015, ils étaient 7 900 de plus qu’en 2014 et, en 2014, 11 000 de plus qu’en 2013.

En 2016, la couverture du traitement antirétroviral pédiatrique dans les pays de l’Afrique de l’Ouest et du Centre oscillait entre 11 % et 65 %. Aucun pays de la région n’a affiché de couverture antirétrovirale de plus de 40 % chez les enfants âgés de 0 à 14 ans, à l’exception de Cabo Verde (65 %) (figure 4.2).

Figure 4.1

Pourcentage d’enfants (de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH et recevant un traitement antirétroviral, par région de l’UNICEF, 2010-2016



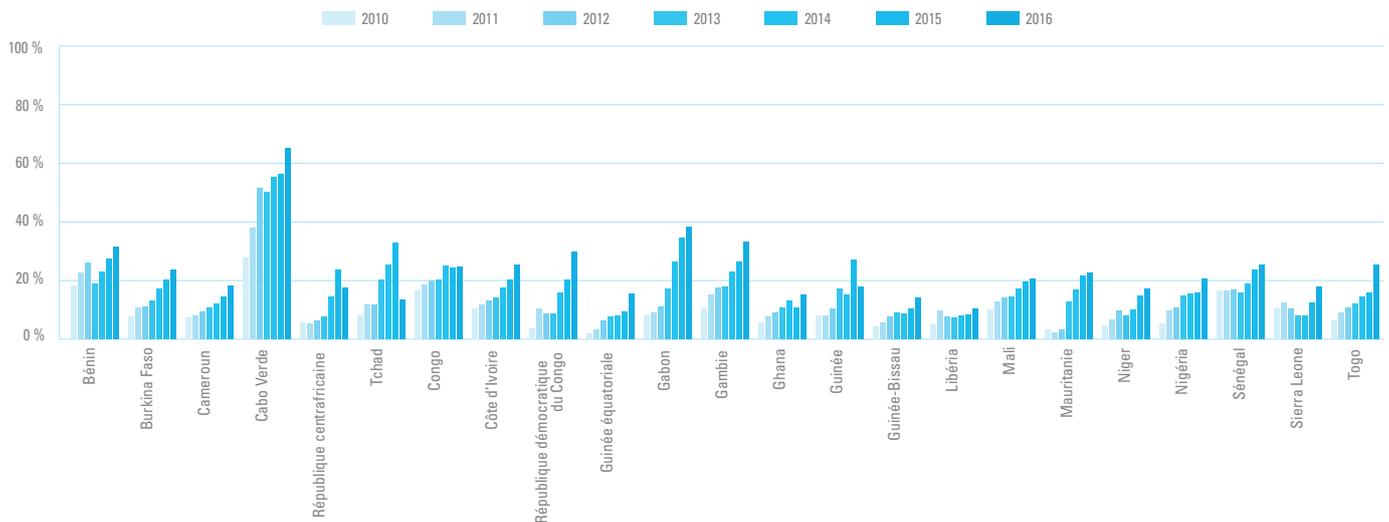
Remarque : Les données de l’Europe de l’Est, de l’Asie centrale, de l’Amérique du Nord et de l’Europe de l’Ouest ne sont pas disponibles.

Source : analyse réalisée par l’UNICEF à partir des estimations 2017 de l’ONUSIDA.

Dombia vit en Côte d’Ivoire. Elle est enceinte de sept mois de son quatrième enfant. Après avoir découvert sa séropositivité lors d’un bilan prénatal effectué au cours de sa troisième grossesse, elle s’est inscrite à un programme de PTME ; son bébé a été testé séronégatif. © UNICEF/UN061612/Dejongh

Figure 4.2

Pourcentage d'enfants (de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH et recevant un traitement antirétroviral, Afrique de l'Ouest et du Centre, 2010-2016



Remarque : Les données concernant Sao Tomé-et-Principe ne sont pas disponibles.  
 Source : analyse réalisée par l'UNICEF à partir des estimations 2017 de l'ONUSIDA.

Par ailleurs, les inégalités d'accès au traitement antirétroviral se creusent entre les enfants et les adultes. En effet, si la couverture antirétrovirale chez les adultes vivant avec le VIH est passée de 14 % [10-18 %] en 2010 à 35 % [25-46 %] en 2016, elle a connu une augmentation plus timide chez les enfants (de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH, passant de 7 % [4-9 %] à 21 % [13-29 %] au cours de la même période (figure 4.3).

Le manque d'accès des adolescents au traitement antirétroviral est particulièrement inquiétant. Une analyse menée par l'UNICEF dans 41 pays de différentes régions et portant sur le taux de couverture du traitement antirétroviral chez les adolescents âgés de 10 à 19 ans a révélé que le nombre médian d'adolescents vivant avec le VIH et recevant un traitement antirétroviral était de 36 % en 2016. La couverture médiane des huit pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre ayant participé à cette analyse n'était que de 26 %. Toujours en 2016, le taux de couverture du traitement antirétroviral chez les adolescents de ces huit pays variait entre 7 % (Mali) et 61 % (Gabon) (figure 4.4).

En 2015 et 2016, plusieurs pays de la région ont évalué les services pédiatriques de lutte contre le VIH déployés sur leur territoire et ont élaboré des plans nationaux en vue d'accélérer le dépistage et le traitement du VIH chez les enfants d'ici à 2020. L'une des interventions stratégiques consistait à renforcer l'identification précoce des enfants vivants avec le VIH, en dehors des programmes de PTME, grâce à des approches plus efficaces de dépistage du VIH.

Par exemple, le Cameroun, la République centrafricaine, la République démocratique du Congo et le Togo étendent actuellement leur approche Centrée sur la famille (par laquelle les membres d'une famille affectée par le VIH et qui n'ont pas été diagnostiqués, y compris les enfants et les adolescents, sont suivis, dépistés et orientés vers les services de traitement et de soins dont ils ont besoin) dans le cadre d'une stratégie innovante visant à accroître le recours au dépistage du VIH chez les enfants non diagnostiqués et à renforcer le soutien global apporté aux familles affectées par le VIH<sup>36-38</sup>. Plus récemment, l'État

d'Adamawa (Nigéria) a mis en œuvre une prise en charge intégrée des cas de VIH et de tuberculose dans la communauté et a signalé que des agents de santé communautaires bénévoles et formés étaient en mesure d'identifier les enfants à risque d'infection à VIH et exposés à la tuberculose, et de les orienter vers des structures de santé<sup>39</sup>. Pour améliorer le dépistage précoce en dehors des interventions de PTME, le Cameroun et le Congo ont commencé à consigner des informations relatives à l'exposition des enfants au VIH dans leurs carnets de vaccination/carnet de santé.

## DÉFIS RÉGIONAUX

L'Afrique de l'Ouest et du Centre reste confrontée à de nombreuses difficultés quant à l'identification précoce des enfants et adolescents vivant avec le VIH et leur orientation vers des services de traitement et de prise en charge.

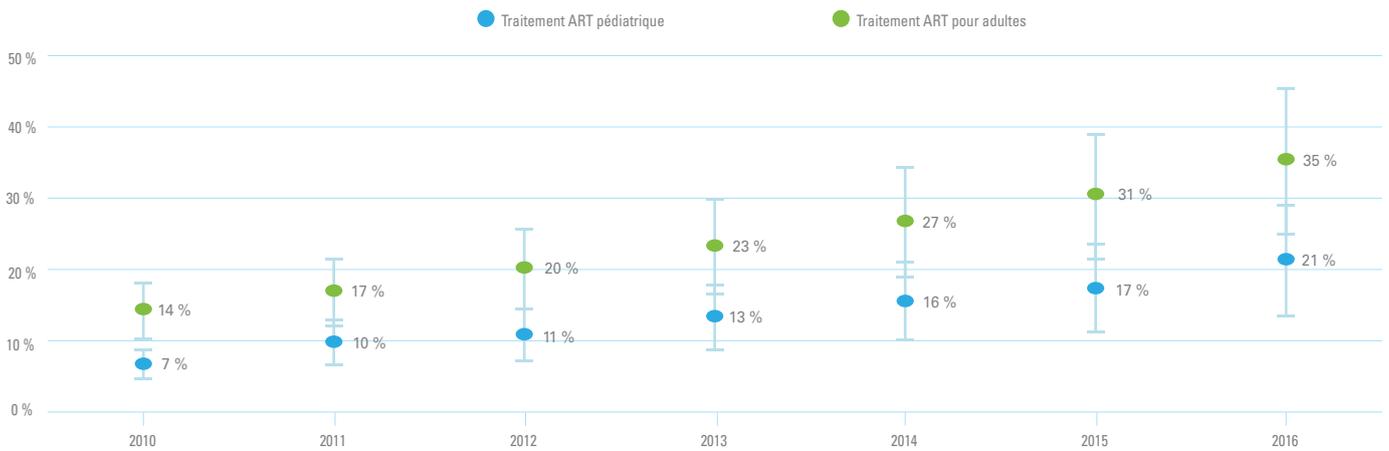
### Occasions manquées s'agissant de l'identification des enfants séropositifs en dehors des interventions de PTME

**Au sein de l'environnement familial** : Sachant que la plupart des cas de transmission du VIH chez les enfants âgés de 0 à 14 ans sont dus à une transmission de la mère à l'enfant, les enfants et le partenaire d'un adulte diagnostiqué séropositif devraient pouvoir avoir recours à des services de dépistage du VIH (appelés dépistage à partir d'un cas index)<sup>40</sup>. Cependant, il semble que l'intégration du dépistage familial dans les modèles de soins de routine des programmes nationaux de traitement antirétroviral reste limitée.

Quelques initiatives mises en place à petite échelle dans la région mettent en lumière les avantages du dépistage à partir du cas index. Une récente étude réalisée en République démocratique du Congo

**Figure 4.3**

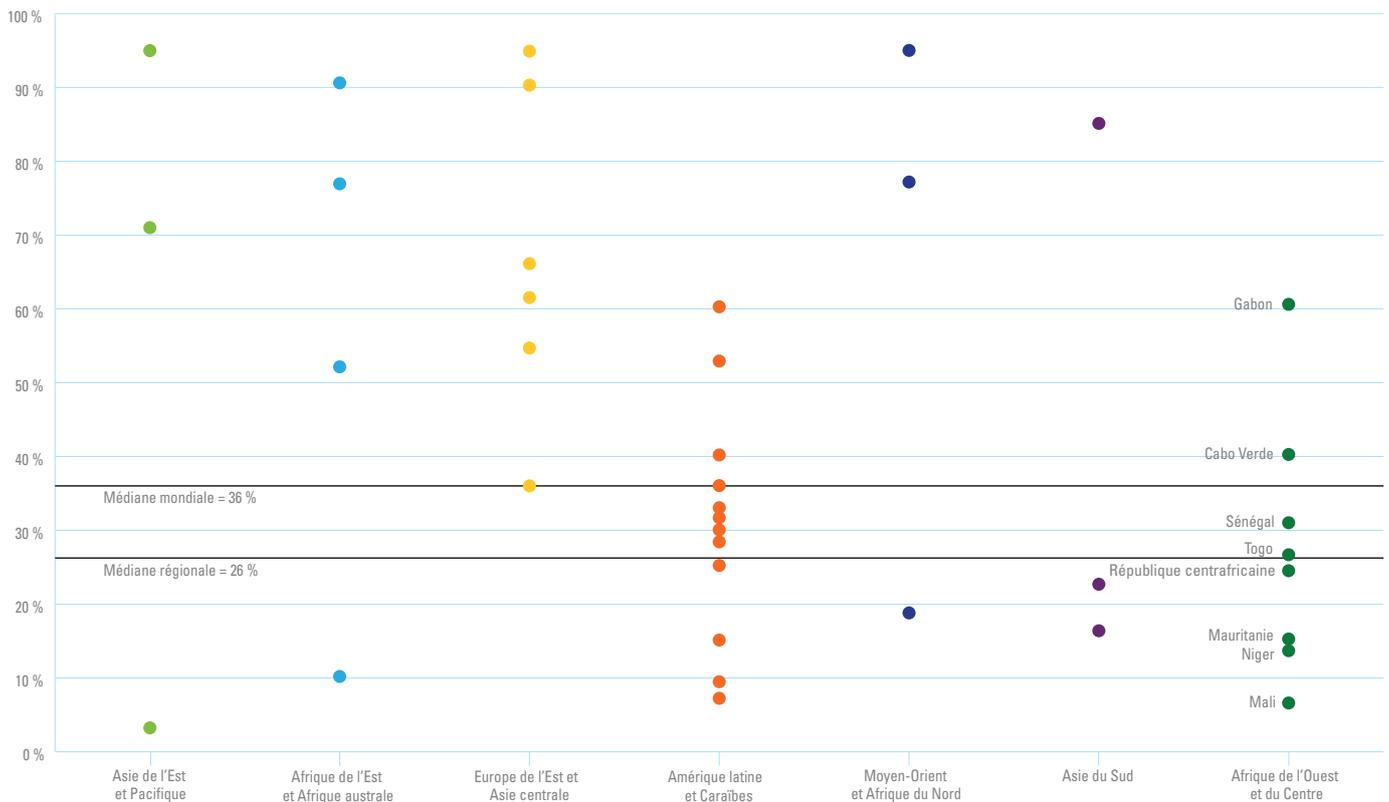
**4.3. Pourcentage d'adultes (de plus de 15 ans) et d'enfants (de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH et recevant un traitement antirétroviral, Afrique de l'Ouest et du Centre, 2000-2016**



Source : analyse réalisée par l'UNICEF à partir des estimations 2017 de l'ONUSIDA.

**Figure 4.4**

**Pourcentage d'adolescents (de 10 à 19 ans) vivant avec le VIH et recevant un traitement antirétroviral, par région de l'UNICEF (41 pays), 2016**



**Remarque :** La ventilation du nombre d'adolescents sous traitement antirétroviral par tranche d'âge de cinq ans dans les rapports mondiaux a commencé en 2014 ; tous les pays ne sont donc pas encore en mesure de présenter des chiffres ventilés à un tel niveau de précision. Ainsi, les chiffres ci-dessus représentent les 41 pays qui ont pu fournir des données relatives au traitement antirétroviral chez les adolescents pour l'année 2016 (année entière ou premier semestre). Cette année-là, ces pays concentraient 7 % de tous les adolescents (de 10 à 19 ans) vivant avec le VIH dans le monde.

**Source :** suivi mondial du sida par l'ONUSIDA/l'UNICEF/l'OMS et analyse réalisée par l'UNICEF à partir des estimations 2017 de l'ONUSIDA.

a analysé les résultats des tests de dépistage du VIH effectués sur l'entourage de 266 enfants et adultes sous traitement antirétroviral. Parmi les personnes testées, 36 % ont été diagnostiquées séropositives et ont démarré une prise en charge et un traitement. La majorité de ces personnes (59 %) était âgée de moins de 19 ans et la moitié était des enfants de moins de 5 ans<sup>41</sup>. Au Togo, le dépistage familial s'est avéré l'un des moyens les plus efficaces et les plus économiques pour identifier les enfants vivant avec le VIH, comme en témoigne le taux de prévalence du VIH de 20 % chez les proches des personnes déjà diagnostiquées séropositives<sup>42</sup>.

#### **Les orphelins du sida dans les communautés et les institutions :**

L'Afrique de l'Ouest et du Centre recense 4,9 [3,7-6,3] millions d'enfants ayant perdu leurs parents de maladies liées au sida. Les données recueillies par de grands centres de traitement pédiatrique situés au Cameroun et en République démocratique du Congo montrent que près de la moitié des enfants séropositifs sous traitement ont perdu au moins l'un de leurs parents<sup>43,44</sup>. Un grand nombre d'entre eux seront probablement pris en charge par les travailleurs sociaux des structures d'accueil ou par des familles élargies<sup>45</sup>. Toutefois, peu d'éléments attestent de l'adoption de systèmes de référence efficaces en vue d'accroître le dépistage du VIH chez ces enfants.

#### **Les enfants et adolescents présents dans les structures de santé :**

Bien que la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre aient intégré des procédures régulières de conseil et de dépistage à l'initiative du prestataire de soins dans leurs structures de santé, des obstacles continuent d'entraver leur déploiement efficace, telles que de récurrentes ruptures de stock de kits de dépistage et de fragiles systèmes de suivi et de responsabilisation à l'échelle de l'établissement<sup>46</sup>. Des études mettent en lumière les avantages que pourraient apporter un recours accru au dépistage du VIH dans de tels environnements. Des travaux de recherche menés récemment au Nigéria ont montré que 22 % des enfants testés séropositifs avaient été dépistés lors de consultations externes (contre 5 % d'enfants séropositifs dépistés en cliniques spécialisées dans la PTME)<sup>47</sup>. Au Togo, il a également été démontré que les consultations externes sont le principal point d'entrée pour identifier les enfants porteurs du VIH (52 %)<sup>48</sup>.

#### **Les enfants et adolescents co-infectés par le VIH et la tuberculose :**

Les conclusions présentées ci-dessus soulignent le besoin urgent de soumettre à un test de dépistage tous les enfants et adolescents se rendant dans un établissement de santé, quel que soit le problème de santé ou la raison qui les a amenés à consulter. En Afrique de l'Ouest et du Centre, la tuberculose demeure l'infection opportuniste la plus fréquente et la principale cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH<sup>49</sup>. L'analyse des taux de co-infection VIH/tuberculose chez les enfants a révélé qu'en République démocratique du Congo<sup>50</sup> et au Nigéria<sup>51</sup>, respectivement 16 % et 14,7 % des enfants atteints de tuberculose sont également porteurs du VIH.

**Malnutrition et VIH :** L'Afrique de l'Ouest et du Centre affiche le plus fort taux de prévalence de la malnutrition chronique au monde, et de nombreux centres de lutte contre la malnutrition sont implantés dans toute la région. Bien que peu de données soient recueillies sur la prévalence du VIH chez les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère en Afrique de l'Ouest et du Centre, les taux moyens établis par différents hôpitaux montrent que près de 20 % des enfants atteints de malnutrition aiguë sévère vivent avec le VIH<sup>52</sup>. Au Niger, où la prévalence du VIH est relativement faible, mais la malnutrition, généralisée, environ 9 % des enfants hospitalisés pour cause de malnutrition aiguë sévère sont diagnostiqués séropositifs<sup>53</sup>. Par ailleurs, une étude réalisée dans plusieurs États du Nigéria et

portant sur les enfants vivant avec le VIH a démontré que 18 % d'entre eux souffraient également d'émaciation<sup>54</sup>.

**Santé sexuelle et reproductive chez les adolescents :** Intégrer les services liés au VIH aux services de santé sexuelle et reproductive comporte deux avantages. D'une part, les adolescents vivant avec le VIH peuvent recevoir des conseils sur la grossesse et la planification familiale et, d'autre part, ceux ignorant leur statut sérologique peuvent bénéficier d'un test de dépistage du VIH lorsqu'ils consultent les services de planification familiale ou qu'ils se rendent dans les cliniques prenant en charge des infections sexuellement transmissibles<sup>55</sup>. Cependant, dans la région, il semble que les pays proposant systématiquement un dépistage du VIH aux adolescents ayant recours aux services de santé sexuelle et reproductive sont rares.

### **Mise sous traitement antirétroviral, suivi du traitement et rétention des enfants dans les soins**

#### **Décentralisation limitée des services de traitement antirétroviral pédiatrique :**

Une analyse contextuelle régionale portant sur les services de lutte contre le VIH pédiatrique, qui a été réalisée dans 11 pays fortement touchés a révélé la faible disponibilité des services de traitement antirétroviral pédiatrique dans les 399 établissements de santé proposant des services de PTME –de 2 % des établissements au Tchad à 56 % au Togo<sup>56</sup>. Les services de traitement antirétroviral pédiatrique proposés se concentrent principalement dans les établissements de santé implantés en milieu urbain (73 %). Dans les pays étudiés, le nombre de médecins formés à la prise en charge du VIH pédiatrique est insuffisant, et les infirmières ne disposent pas toujours des capacités et des moyens requis pour s'occuper des enfants vivant avec le VIH<sup>57</sup>. Par ailleurs, cette étude a révélé la discrimination perpétrée par les services de santé et le coût élevé des analyses de référence en laboratoire.

Une évaluation réalisée au Nigéria en 2014 a montré que les principaux obstacles à la mise sous traitement antirétroviral comprenaient le manque de formation des médecins au traitement du VIH, le coût élevé des analyses de référence en laboratoire, l'absence de formulations antirétrovirales adaptées, le faible accès aux tests de numération des cellules CD4 (dans l'État d'Anambra), ainsi que des problèmes liés au dosage des antirétroviraux, aux ruptures de stock, aux temps d'attente prolongés dans les établissements de santé et à la discrimination exercée par les agents de santé<sup>58</sup>. L'évaluation a également mis en lumière la qualité médiocre des services de suivi. Au Nigéria, seuls 6 % des enfants suivis par les services de soins du VIH ont reçu les résultats de la mesure de leur charge virale dans les six mois suivant le début de leur traitement antirétroviral<sup>59</sup>.

**Faible rétention des enfants sous traitement antirétroviral :** En Afrique de l'Ouest et du Centre, le taux d'abandon des traitements chez les enfants sous traitement antirétroviral est élevé. Au Nigéria, 21 % des enfants sont perdus de vue dans les 24 mois qui suivent le début du traitement, dont 6 % pour cause de décès<sup>60</sup>. Le taux le plus élevé d'abandon des traitements a été enregistré dans l'État de Lagos (42 % dans les premiers 24 mois de traitement). Les obstacles connus entravant la rétention des patients – pauvreté, réinstallation, faible suivi communautaire, absence de soins complets et constants et problèmes concernant les adolescents, tels que l'abandon scolaire – sont des difficultés fréquemment rencontrées dans d'autres pays de la région<sup>61</sup>.

## Annnonce du statut sérologique à un enfant ou à un adolescent

En Afrique de l'Ouest et du Centre, nombreux sont les parents à ne pas dévoiler à leurs enfants leur statut sérologique avant la fin de leur adolescence. De plus, les agents de santé reçoivent peu de soutien dans leur rôle de conseiller auprès des parents et des enfants, que ces derniers connaissent ou non leur statut sérologique<sup>62</sup>. Au Burkina Faso, les participantes aux groupes de soutien par les pairs indiquent avoir peur de traumatiser leurs enfants et que ces derniers ne divulguent leur secret<sup>63</sup>.

Une étude récente menée en République démocratique du Congo a montré que dans la moitié des cas, le statut sérologique est révélé à l'enfant par des prestataires de santé et que seuls 5 % des enfants admis dans les établissements de soins apprennent leur statut sérologique directement par leurs parents. En outre, cette étude a prouvé que l'annonce du statut sérologique en l'absence de soutien de l'entourage avait des effets négatifs sur la santé mentale et émotionnelle des adolescents<sup>64</sup>. D'après une étude menée au Burkina Faso, les enfants apprennent souvent leur propre séropositivité ou celle de l'un de leurs parents de manière indirecte, et il leur est souvent dit qu'ils mourront s'ils ne prennent pas leur traitement<sup>65</sup>.

Le soutien insuffisant apporté aux adolescents vivant avec le VIH est préoccupant au vu de l'augmentation des taux de mortalité dans cette tranche d'âge. En 2016, quelques 16 000 adolescents âgés de 10 à

19 ans, dont 52 % de garçons, sont décédés de causes liées au sida en Afrique de l'Ouest et du Centre.

Comme indiqué précédemment, les taux de rétention des adolescents recevant un traitement et des soins suscitent d'importantes préoccupations, et ce, pour des raisons complexes. Des travaux de recherche menés récemment en République Démocratique du Congo ont montré que parmi les adolescents ayant abandonné leur traitement, 45 % étaient motivés par des raisons religieuses ou espéraient une guérison miraculeuse, tandis que plus d'un tiers souhaitaient mourir et pensaient au suicide<sup>66</sup>. Une autre difficulté observée dans toute la région est l'orientation des adolescents vers les services réservés aux adultes, dans lesquels ils sont généralement confrontés à des temps d'attente plus longs, à un profond isolement et à l'angoisse que génère le côtoiement d'un plus grand nombre d'adultes présentant des stades avancés de la maladie<sup>67</sup>.

## PISTES DE CHANGEMENTS EFFICACES

Le déploiement à plus grande échelle de services complets de traitement du VIH destinés aux enfants et aux adolescents d'Afrique de l'Ouest et du Centre nécessite la formulation d'orientations spécifiques quant aux programmes et aux politiques à mettre en œuvre. Quelques points essentiels à prendre en compte sont présentés ci-après.

## ÉTUDE DE CAS

### Où sont-ils ? Identifier les enfants vivant avec le VIH lors des consultations de santé régulières au Togo

Au Togo, bien que 86 % des femmes enceintes vivant avec le VIH reçoivent un traitement antirétroviral efficace, seuls 26 % des enfants infectés y ont accès. Ce faible taux de mise sous traitement antirétroviral est largement dû aux faibles taux de dépistage du VIH chez les nourrissons et les enfants. L'une des solutions permettant d'améliorer l'accès au dépistage précoce consisterait à proposer des services de dépistage du VIH à plusieurs points d'entrée fréquentés par les enfants et leurs parents lors des soins de routine. Les services de pédiatrie internes ou externes, les centres de diagnostic précoce du nourrisson/PTME et de nutrition, les centres de vaccination et les centres antituberculeux seraient notamment concernés.

Afin d'élargir la couverture du dépistage chez les nourrissons et les enfants, le Ministère togolais de la santé a mis en œuvre des procédures de conseil et de dépistage à l'initiative des prestataires de soins. Il a également mené une étude rétrospective entre 2012 et 2014 pour évaluer la situation et mesurer l'impact de sa stratégie<sup>68</sup>. Des données relatives au dépistage du VIH ont été extraites des dossiers médicaux de 22 656 enfants âgés de moins de 15 ans, par le biais de cinq points d'entrée distincts situés dans 20 hôpitaux de six régions différentes. Cette étude a révélé que, suite à l'introduction des procédures de conseil et de dépistage à l'initiative des prestataires de soins, le recours au dépistage du VIH chez

les enfants âgés de moins de 15 ans avait été multiplié par trois entre 2012 et 2014 tandis que le nombre d'enfants diagnostiqués séropositifs avait été multiplié par 2,5.

Les consultations pédiatriques externes ont permis de dépister plus de la moitié des cas de VIH chez les enfants (1 029 cas) entre 2013 et 2014, suivies de près par l'approche centrée sur la famille (grâce à laquelle les enfants de femmes séropositives font l'objet d'un dépistage dans les maternités) et le diagnostic précoce du VIH/l'administration de soins de PTME chez les nourrissons âgés de deux mois, qui affichent respectivement un taux de dépistage de 330 cas et 247 cas. Ces trois plateformes représentaient 82 % des enfants (18 638 enfants) dépistés pour le VIH et 87 % des cas (1 606 cas) de VIH dans les hôpitaux sélectionnés pour l'étude.

Le dépistage du VIH chez les enfants en dehors des plateformes conventionnelles de dépistage précoce et de PTME s'est avéré utile pour définir le statut sérologique des enfants et identifier un grand nombre d'enfants porteurs du virus. Toutefois, la forte proportion d'enfants diagnostiqués séropositifs lors des consultations pédiatriques externes signifie qu'un grand nombre d'entre eux est malade avant d'être dépisté. Cette constatation met en lumière le besoin de renforcer le dépistage précoce et de résoudre les difficultés qui empêchent les enfants de faire l'objet d'un dépistage et d'un traitement précoces.

Les pays de la région doivent examiner les politiques existantes en matière de délégation des tâches afin de s'assurer qu'elles tiennent compte des besoins de traitement des enfants vivant avec le VIH. La gestion efficace des traitements antirétroviraux décentralisés destinés aux enfants doit aller de pair avec celle des adultes, et les politiques nationales doivent favoriser une approche de traitement centrée sur la famille puisqu'il s'agit d'un traitement à vie.

Il est important que les pays fixent des objectifs ambitieux en matière de traitement antirétroviral pédiatrique alignés sur les objectifs de super accélération, et qu'ils les intègrent aux plans de rattrapage et d'accélération nationaux. Ils doivent également adopter les directives de l'OMS relative à la politique du *test and treat* (« dépister et traiter ») et enregistrer les médicaments pédiatriques en temps opportun.

Dans les pays fortement touchés par le VIH, il convient d'optimiser au besoin les possibilités de dépistage du VIH lors de la vaccination, les consultations dans les centres de santé et de nutrition pour enfants, les services de soins pour les enfants hospitalisés et malades et les campagnes de dépistage à domicile ou au sein de la communauté. Les pays doivent renforcer l'approche centrée sur la famille, et les parents, les familles, les organisations confessionnelles et les communautés locales doivent susciter un nouvel élan en faveur du recours aux services.

La gestion intégrée des soins communautaires liés au VIH et à la tuberculose modélisée au Nigéria a montré que la communauté est un point d'entrée important pour identifier les enfants exposés à la tuberculose et au VIH et pour les mettre en relation avec les services appropriés. Toutefois, une telle intégration doit s'inscrire dans une optique de renforcement du système de référence et de la redevabilité afin que les enfants soient réorientés vers les services appropriés et poursuivent leur traitement.

Intégrer le dépistage du VIH dans les services de santé sexuelle et reproductive est une priorité absolue. Dans de tels environnements, le dépistage permet non seulement de proposer une mise sous traitement précoce aux adolescents vivant avec le VIH, mais aussi de dispenser dans les plus brefs délais des services de PTME aux adolescentes enceintes afin de garantir le bien-être de la mère et du bébé. Par ailleurs, une approche intégrée efficace passe par un maillage étroit entre les différents secteurs, notamment ceux de la protection sociale et de l'éducation, en vue d'accroître le soutien apporté aux orphelins, aux enfants vulnérables et aux adolescents.

Des efforts supplémentaires doivent être déployés pour définir la meilleure façon de soutenir les enfants, les adolescents et leurs familles lors de l'annonce du statut sérologique. Les systèmes de soutien dirigés par les jeunes et d'autres approches communautaires peuvent encourager les adolescents à poursuivre leur traitement, tout en améliorant leur bien-être psychologique et affectif.



Deux jeunes filles jouent sur les rives du fleuve Luapala à la tombée de la nuit à Kasenga, dans la province du Haut-Katanga, en République démocratique du Congo.

© UNICEF/UN0149863/Schermbrucker



# 5

## PRÉVENTION DU VIH CHEZ LES ADOLESCENTS

**Avec plus de la moitié de sa population âgée de moins de 18 ans, l'Afrique de l'Ouest et du Centre est la région la plus jeune au monde. Le nombre d'adolescents (de 10 à 19 ans) devrait atteindre les 167 millions d'ici à 2030 – contre 114 millions en 2016<sup>69</sup>. De cette explosion démographique de la jeunesse dépendra l'évolution future de l'épidémie de VIH et l'ampleur de la riposte chez les adolescents.**

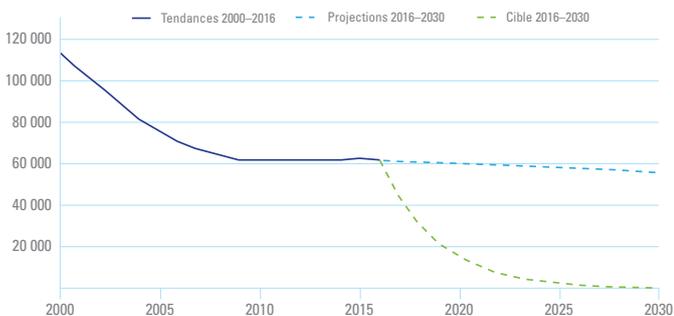
Le nombre global de nouvelles infections à VIH connaît une diminution dans la région. Toutefois, ce n'est pas le cas chez les adolescents, qui représentent une part toujours plus importante de la population totale. Du fait de l'explosion démographique de la jeunesse, le nombre de nouvelles infections à VIH chez les adolescents (de 15 à 19 ans) devrait se maintenir à près de 60 000 nouveaux cas (figure 5.1). Les approches prioritaires à mettre en œuvre comprennent l'accélération des efforts de prévention dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre le VIH et l'alignement des objectifs nationaux sur les objectifs des programmes mondiaux de prévention et de l'initiative « All In! ».

### ANALYSE CONTEXTUELLE

Les 62 000 adolescents âgés de 15 à 19 ans nouvellement infectés par le VIH en 2016 dans la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre représentaient un quart (24 %) du nombre mondial de nouveaux cas d'infection à VIH recensés cette année-là pour cette tranche d'âge. À eux seuls, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Nigéria et la

Figure 5.1

**Nombre estimé de nouvelles infections à VIH chez les adolescents (de 15 à 19 ans), 2000-2016 ; projections et objectifs pour 2016-2020, Afrique de l'Ouest et du Centre, 2016**



Source : analyse réalisée par l'UNICEF à partir des estimations 2017 de l'ONUSIDA.

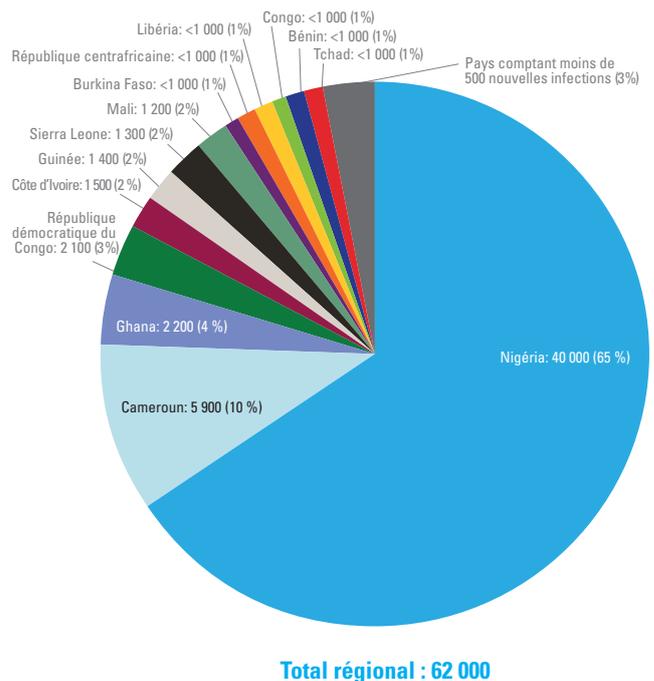
République démocratique du Congo comptaient 84 % des nouvelles infections de la région (figure 5.2).

La stabilité du taux de nouvelles infections à VIH chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans entre 2010 et 2016 illustre le manque relatif de progrès dans la diminution de la transmission du VIH au sein de cette population. Les nouvelles infections à VIH ont en effet augmenté de 4 % chez les garçons et de 2 % chez les filles (figure 5.3).

Tout comme en Afrique de l'Est et en Afrique australe, l'épidémie de VIH chez les adolescents d'Afrique de l'Ouest et du Centre est caractérisée

Figure 5.2

**Nombre et pourcentage estimés de nouvelles infections à VIH chez les adolescents (de 15 à 19 ans), Afrique de l'Ouest et du Centre, 2016**



Remarque : Les données concernant Sao Tomé-et-Principe ne sont pas disponibles. Source : analyse réalisée par l'UNICEF à partir des estimations 2017 de l'ONUSIDA.

Son mari est décédé du Sida et Irène a découvert sa séropositivité lors d'une consultation prénatale. Grâce au programme de PTME auquel elle s'est inscrite, son bébé est né séronégatif. Tous deux vivent au Tchad, chez les parents d'Irène. © UNICEF/Schermbucker

par des écarts de genre. Comme le montrent les estimations, les filles sont exposées de manière disproportionnée à l'infection à VIH, et ce, depuis longtemps. En 2016, 69 % des nouvelles infections chez les adolescents concernaient des filles.

Par ailleurs, s'agissant du nombre de décès liés au sida chez les adolescents âgés de 10 à 19 ans, un écart semble s'être creusé au détriment des garçons. Tandis que la répartition des décès liés au sida en 2010 était plus ou moins égalitaire entre les garçons et les filles, en 2016, le taux annuel de décès chez les garçons a augmenté plus rapidement que chez les filles (respectivement 21 % et 8 %) (figure 5.4). La plupart des garçons âgés de 15 à 19 ans vivant avec le VIH ont été infectés à la naissance. En revanche, une large proportion de filles âgées de 15 à 19 ans et vivant avec le VIH l'a acquis plus récemment par voie sexuelle. En raison de l'âge plus avancé auquel les adolescentes vivant avec le VIH contractent généralement l'infection, ces dernières sont moins susceptibles de mourir de causes liées au sida avant l'âge de 19 ans.

Cette tendance peut également s'expliquer par le fait que les adolescents vivant avec le VIH dans cette région sont moins nombreux que les adolescentes à connaître leur statut sérologique ou à avoir accès à des services de prise en charge et de traitement. De plus, du fait du grand nombre de grossesses à l'adolescence, une large proportion de filles et de jeunes femmes ont recours aux services de soins prénatals, dans le cadre desquels des tests de dépistage du VIH et des traitements antiretroviraux sont fréquemment proposés aux fins de la PTME.

En Afrique de l'Ouest et du Centre, l'UNICEF a soutenu l'adoption de l'initiative mondiale « All In! » visant à mettre fin à l'épidémie de sida chez les adolescents d'ici à 2030 (voir encadré). Cette dernière a pour but d'accélérer la lutte contre le VIH ciblant les adolescents, dans le cadre d'un programme transformateur de changement social engageant diverses parties prenantes. L'initiative promeut une approche de planification basée sur les données afin d'adopter les réponses stratégiques prioritaires, d'encourager l'innovation et d'influencer les actions de plaidoyer et les partenariats. Par ailleurs, elle soutient l'adoption de programmes qui touchent aux principaux secteurs ayant un impact sur la vie et le bien-être des adolescents (santé, éducation, protection de l'enfance, politique sociale et emploi).

## DÉFIS RÉGIONAUX

### Accès limité aux services complets de prévention du VIH

La prestation de services de dépistage du VIH dans les populations et zones géographiques à haut risque offre la possibilité de déployer des services complets de santé sexuelle et reproductive intégrant la lutte contre le VIH. Pourtant, dans les pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, l'accès des adolescents (de 15 à 19 ans) à ces services reste limité, même si l'on note un meilleur accès chez les filles que chez les garçons (figure 5.5). Parmi les obstacles entravant l'accès des

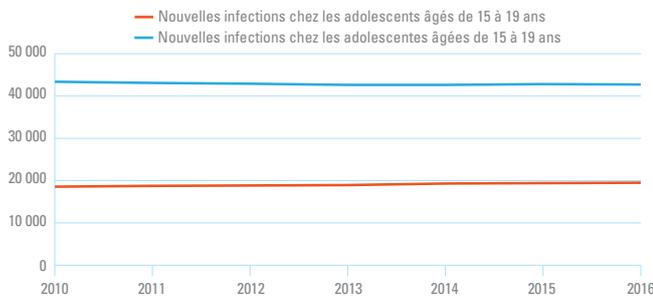


Une étudiante ivoirienne âgée de 20 ans a découvert sa séropositivité après être tombée malade. Elle indique qu'elle et son petit ami utilisent un préservatif à chaque rapport sexuel, et qu'elle vit comme n'importe quelle autre adolescente. © UNICEF/UN061625/Dejongh

adolescents au dépistage du VIH figurent les lois relatives à l'âge de consentement et les exigences en matière de consentement parental, la peur (p. ex., de la stigmatisation, de la réaction des proches, de recevoir un diagnostic positif), le faible niveau de risque qu'engendrent l'exposition sexuelle et le VIH dans l'imaginaire des adolescents, et les attitudes négatives des prestataires de soins de santé<sup>70</sup>.

**Figure 5.3**

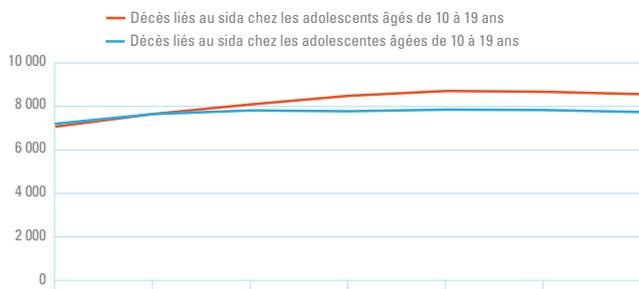
**Nombre estimé de nouvelles infections à VIH chez les adolescents (de 15 à 19 ans), Afrique de l'Ouest et du Centre, 2010-2016**



Source : analyse réalisée par l'UNICEF à partir des estimations 2017 de l'ONUSIDA.

**Figure 5.4**

**Nombre estimé de décès liés au sida chez les adolescents (de 10 à 19 ans), Afrique de l'Ouest et du Centre, 2010-2016**



Source : analyse réalisée par l'UNICEF à partir des estimations 2017 de l'ONUSIDA.

**Normes et pratiques de genre aggravant la vulnérabilité des filles au VIH**

La dimension de genre est l'un des principaux facteurs influençant et illustrant les limites d'accès aux services de prévention complets et de qualité. Dans la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, les adolescentes disposent de connaissances restreintes sur le VIH par rapport aux adolescents et sont ainsi moins à même de prendre des décisions éclairées quant à la prévention du virus (figure 5.6).

Dans la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, l'utilisation du préservatif chez les adolescentes sexuellement actives (de 15 à 19 ans) ayant des partenaires multiples reste faible par rapport au sexe opposé (figure 5.7). Les données recueillies dans des environnements à forte prévalence montrent que les adolescentes entretenant une relation avec un homme plus âgé, qui est susceptible d'avoir contracté le VIH par le passé, sont exposées à un risque accru d'infection à VIH<sup>71</sup>.

**ENCADRÉ**

**Initiative « All In! » pour les adolescents d'Afrique de l'Ouest et du Centre**

L'UNICEF et l'ONUSIDA ont lancé l'initiative mondiale « All In! » en 2015, dans le but de réduire de 65 % le taux de décès liés au sida et de 75 % le taux de nouvelles infections à VIH chez les adolescents d'ici à 2020. À la fin de l'année 2017, neuf pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre (Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée-Bissau, Libéria, Nigéria, République Démocratique du Congo et Tchad) avaient rejoint l'initiative.

Dans le cadre de la campagne « All In! », ces neuf pays ont réalisé des analyses portant spécifiquement sur les adolescents et ont affiné leurs approches stratégiques afin d'accélérer la réduction de l'incidence du VIH et du nombre de décès liés au sida dans ce groupe de population. Le Burkina Faso, le Cameroun, la Côte d'Ivoire et la République Démocratique du Congo ont ainsi intégré des indicateurs spécifiques aux adolescents dans leurs plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH/sida, puis ont donné la priorité aux financements en faveur des adolescentes et des jeunes femmes dans leurs notes conceptuelles à l'intention du Fonds mondial (pour le cycle de financement 2016-2019), tout en mobilisant de nouveaux donateurs.

L'initiative « All In! » a également encouragé la collecte et l'analyse de données ventilées par âge, ainsi que l'introduction de nouvelles techniques de prévention du VIH, telles que la prophylaxie préexposition et l'auto-dépistage du VIH, qui ciblent les adolescents les plus à risque. Plusieurs pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre élaborent actuellement des politiques et procédures opérationnelles spécifiques pour introduire l'auto-dépistage du VIH dans leurs pratiques. Conformément à la cartographie des politiques établie par l'OMS sur la plateforme <www.hivst.org>, trois pays ont adopté une politique claire autorisant l'auto-dépistage du VIH (Ghana, Niger et République Démocratique du Congo) et une telle politique est en cours d'élaboration dans quatre autres pays (Bénin, Gabon, Mali et Nigéria). Au Nigéria, les partenaires de l'UNICEF ont privilégié la mise en œuvre d'une campagne ciblée de changement des comportements dans les zones fortement touchées par le VIH, qui s'adresse aux adolescents par le biais de médias adaptés aux jeunes.

Au Cameroun, en Côte d'Ivoire, au Nigéria et en République Démocratique du Congo, la campagne « All In! » a encouragé l'augmentation des ressources allouées aux zones géographiques fortement affectées par le VIH. Ces pays ont intégré dans leurs plans opérationnels sous-nationaux des approches innovantes permettant d'identifier les adolescents et les jeunes les plus vulnérables qui encourent un risque plus élevé de contracter le VIH, et de suivre leur utilisation des services de prévention du VIH à fort impact. En outre, ces pays envisagent actuellement d'avoir recours à l'outil U-Report de l'UNICEF pour évaluer en temps réel les vulnérabilités des adolescents et des jeunes, ainsi que les risques qu'ils encourent, et suivre leur utilisation des services de prévention dans le temps.

Une fois encore, les adolescentes sont désavantagées par les normes de genre qui entravent leur capacité à négocier des pratiques sexuelles sans risque, ainsi que par les répercussions de la violence sexiste et la menace que cette pratique très répandue dans la région fait peser sur elles. Une analyse de l'UNICEF réalisée en 2014 a démontré que les adolescentes (de 15 à 19 ans) de la région encouraient un risque plus important que les adolescents de subir des violences sexuelles.

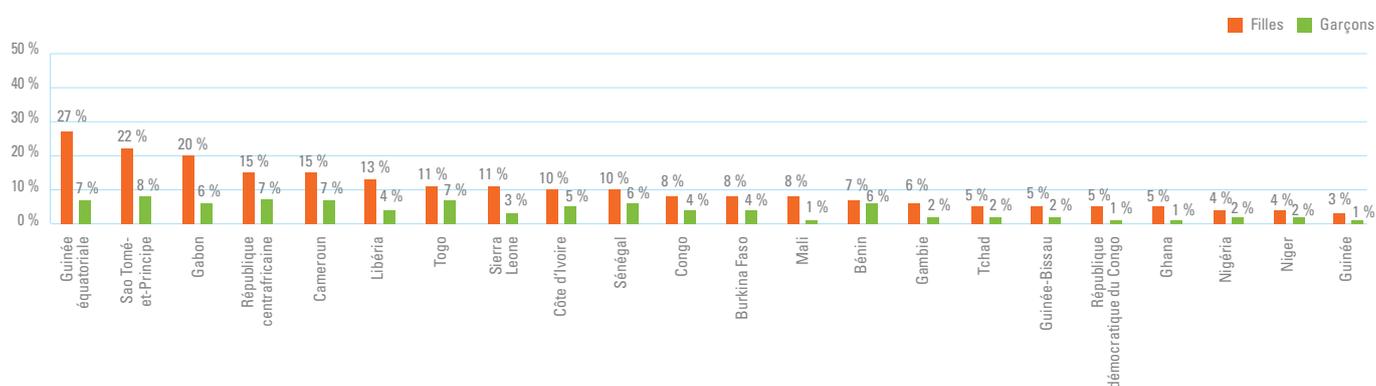
Identifier, prévenir et éradiquer les violences sexuelles restent des défis importants pour toute la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre du fait de la persistance des normes sociales néfastes et de la faiblesse et du manque de financement des systèmes nationaux de protection de l'enfance. Un grand nombre d'adolescentes victimes de violences et de maltraitance ne reçoivent pas le soutien dont elles ont besoin et n'ont accès ni aux services de prévention du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles, ni aux services sociaux et

juridiques. Une étude réalisée au Nigéria en 2014 a montré que la moitié des jeunes (de 18 à 24 ans) ayant eu des rapports sexuels ou ayant été victimes d'abus sexuels avant l'âge de 18 ans n'avait jamais fait de test de dépistage du VIH<sup>72</sup>.

Dans la plupart des pays de la région, l'accès des filles à l'éducation reste un problème majeur – et s'assurer qu'elles poursuivent leur scolarité dans l'enseignement secondaire constitue un défi d'autant plus grand. En 2010, près de 17 millions d'enfants âgés de 6 à 11 ans, dont 52 % de filles, n'étaient pas scolarisés<sup>73</sup>. Dans la région, près de trois filles sur dix avaient déjà connu une grossesse avant l'âge de 18 ans et une part encore plus importante (quatre filles sur dix) s'était mariée avant cet âge<sup>74</sup>. Les trois pays affichant le taux le plus élevé de mariage précoce dans le monde sont regroupés dans la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre : la République centrafricaine (68 %), le Tchad (68 %) et le Niger (76 %)<sup>75</sup>.

**Figure 5.5**

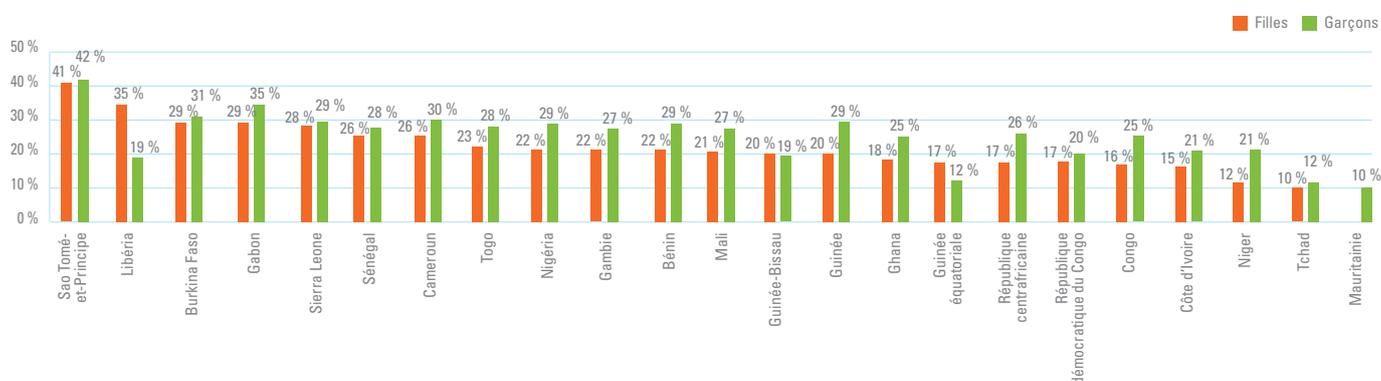
**Pourcentage de filles et de garçons (de 15 à 19 ans) ayant effectué un test de dépistage du VIH et reçu les résultats au cours des 12 derniers mois, Afrique de l'Ouest et du Centre, 2010-2016**



**Source :** bases de données mondiales de l'UNICEF sur le VIH et le sida (juin 2016), constituées à partir des enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), des enquêtes démographiques et de santé (EDS), des enquêtes sur les indicateurs du sida (EIS) et d'autres enquêtes auprès des ménages représentatives au niveau national, 2010-2016.

**Figure 5.6**

**Pourcentage de filles et de garçons (de 15 à 19 ans) possédant des connaissances complètes et exactes sur le VIH, Afrique de l'Ouest et du Centre, 2010-2015**



**Remarque :** Disposer de connaissances étendues et exactes sur le VIH et le sida signifie être capable d'identifier correctement les deux principaux moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH (utilisation du préservatif et relations sexuelles avec un seul partenaire fidèle et non infecté), de réfuter les deux idées fausses les plus répandues dans sa région sur la transmission du VIH, et de savoir qu'une personne qui a l'air en bonne santé peut transmettre le virus.

**Source :** bases de données mondiales de l'UNICEF sur le VIH et le sida (juin 2016), constituées à partir des MICS, des EDS, des EIS et d'autres enquêtes auprès des ménages représentatives au niveau national, 2010-2016.

## Prévalence et risques parmi les adolescents des populations clés

Dans la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, la prévalence du VIH est élevée parmi les populations clés (hommes et garçons bisexuels et homosexuels, victimes d'exploitation sexuelle, personnes impliquées dans le commerce du sexe et consommateurs de drogues injectables)<sup>76</sup>. Cependant, les données relatives à la couverture des services et aux obstacles entravant l'accès à ces services dans ces groupes de population sont limitées. Au Burkina Faso, près de 28 % des professionnelles du sexe adultes déclarent avoir commencé à se prostituer avant l'âge de 18 ans<sup>77</sup>. Les données montrent que, dans la région, environ 35 % des professionnelles du sexe et 18 % des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivent avec le VIH<sup>78</sup>.

Les pratiques homosexuelles et la vente de services sexuels sont illégales et punies par la loi dans de nombreux pays de la région, tels que le Cameroun et le Togo. Très peu d'informations sont disponibles sur les consommateurs de drogues injectables et les personnes transgenres. Que leur comportement soit incriminé ou non, les populations clés font face à une stigmatisation et une discrimination importantes et sont largement exclues des services<sup>79</sup>.

## PISTES DE CHANGEMENTS EFFICACES

La protection des adolescents et des jeunes femmes contre l'infection à VIH – la composante « Stay Free » du cadre des « Three Frees » de l'ONUSIDA visant à mettre fin à l'épidémie de sida chez les enfants – nécessite l'adoption d'une approche de prévention combinée, qui allie des interventions biomédicales et comportementales et des interventions intersectorielles s'attaquant aux déterminants structurels

de la vulnérabilité des adolescents, en particulier des adolescentes d'Afrique et des populations clés du monde entier. Dans le cas de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, une approche de prévention combinée efficace ciblant les adolescents doit s'appuyer sur les quatre piliers ci-dessous.

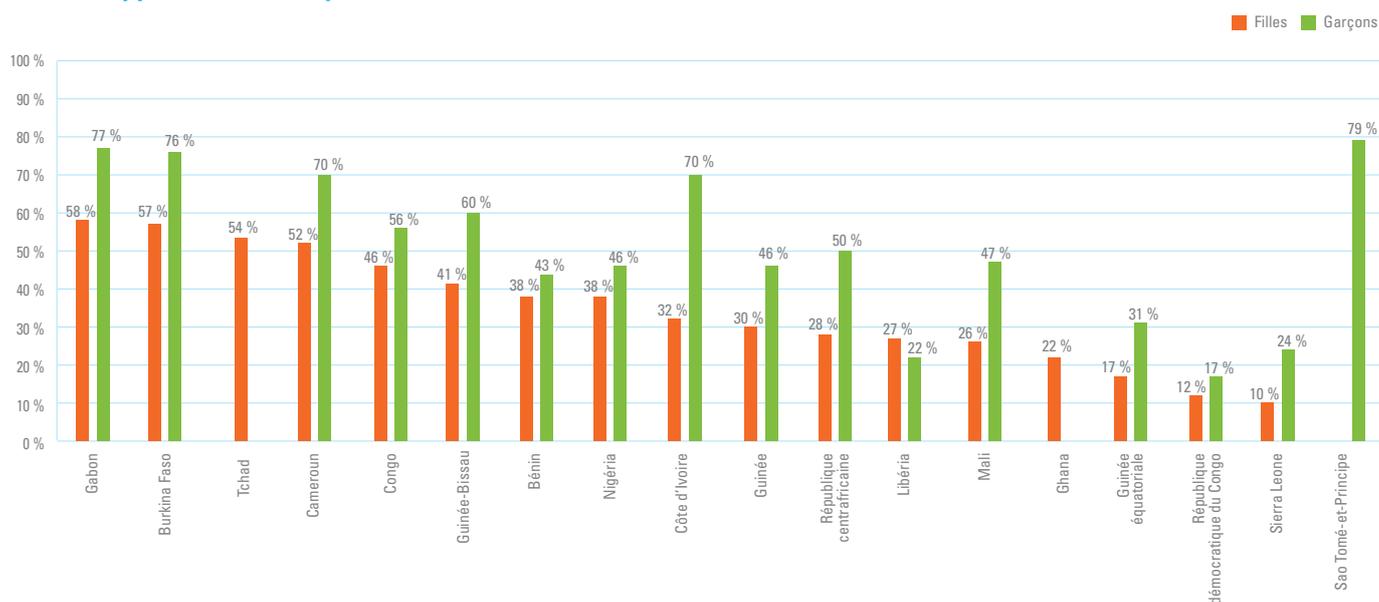
### 1. Renforcer les systèmes de données en s'appuyant sur l'élan de l'initiative « All In! » et sur les enseignements tirés des expériences passées

Les analyses réalisées dans plusieurs pays, dans le cadre de l'initiative « All In! », mettent en lumière le besoin fondamental de recueillir des données solides et fiables, ventilées par âge et par sexe, auprès de différents secteurs et à travers l'ensemble des composantes du VIH chez les adolescents, y compris des données sur la couverture et la qualité des services liés au VIH. Des informations similaires doivent également être recueillies sur les facteurs influençant le risque de transmission du VIH chez les adolescents, tels que les connaissances et les comportements liés au VIH, les taux de scolarisation et d'achèvement de la scolarité, les mariages et grossesses précoces, et l'expérience de la violence. Les efforts visant à estimer la taille des populations adolescentes, à cartographier les adolescentes et adolescents courant un risque important de contracter le VIH et à définir les objectifs des programmes doivent être étayés par les données épidémiologiques sur le VIH, y compris l'incidence et la prévalence du VIH.

Face à l'élan que suscite l'initiative « All In! », les parties prenantes nationales reconnaissent de plus en plus la nécessité de recueillir des données spécifiques aux adolescents et de s'en servir dans l'élaboration des programmes destinés aux adolescents. Elles s'accordent également à dire que les adolescents doivent être impliqués dans le processus de collecte de ces données. Il convient

Figure 5.7

### Pourcentage de filles et de garçons (de 15 à 19 ans) ayant eu de multiples partenaires et utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel, Afrique de l'Ouest et du Centre, 2010-2015



Source : bases de données mondiales de l'UNICEF sur le VIH et le sida (juin 2016), constituées à partir des MICS, des EDS, des EIS et d'autres enquêtes auprès des ménages représentatives au niveau national, 2010-2016.

d'encourager les pays à généraliser les programmes destinés aux adolescents qui s'appuient sur des données dans le cadre de la campagne « All In! » et de leur apporter le soutien technique dont ils ont besoin pour y parvenir.

## **2. Intégrer la question du VIH aux services de santé sexuelle et reproductive destinés aux filles et aux garçons**

En raison du faible taux global de rétention chez les adolescents, il est indispensable d'encourager les adolescents bénéficiant des services liés au VIH à poursuivre leurs soins et de les mettre en relation avec les différents points de prestation de services. Pour cela, il est nécessaire d'investir dans les plateformes technologiques permettant de partager les informations sur les services disponibles avec les adolescents et d'impliquer ces derniers dans l'amélioration de ces services. Il est tout aussi important de veiller à ce que les outils et produits (p. ex., les préservatifs) dont les adolescents ont besoin pour prendre davantage soin d'eux soient mis à leur disposition. Par ailleurs, les agents de santé, les parents, les enseignants et les travailleurs sociaux doivent recevoir des conseils afin d'être capables d'écouter et de soutenir les adolescents en faisant preuve de sensibilité et de leur prodiguer des conseils appropriés.

Le renforcement des compétences des agents de santé en matière de conseil sur les questions de santé de la reproduction est un élément central qui nécessite souvent une attention accrue. Il est judicieux de proposer des services de soutien par les pairs, en particulier aux adolescents ayant subi des violences<sup>80</sup>. Parmi les autres éléments importants à prendre en compte pour améliorer l'accès des adolescents à l'information et aux services figurent la promotion des politiques et des prestations permettant aux adolescents d'accéder à un large éventail de services de santé, notamment de santé sexuelle et reproductive, ainsi que la réalisation de travaux de recherche sur la mise en œuvre des services destinés aux adolescents.

## **3. Accélérer la provision de services de prévention combinée du VIH aux adolescents courant le plus grand risque d'infection à VIH en misant sur de nouveaux programmes et de nouvelles technologies**

Certains pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre ont commencé à introduire de nouvelles méthodes de prévention combinée du VIH, telles que l'auto-dépistage et la prophylaxie préexposition, en vue d'accroître les interventions actuelles de lutte contre le VIH. Bien que l'on note un intérêt croissant des pays pour ces nouvelles méthodes, leur déploiement reste limité et leur accès est principalement réservé aux adultes.

La prestation de services de dépistage mobile ou à domicile du VIH (liés à la prise en charge et au traitement) et l'auto-dépistage du VIH garantissent autonomie et confidentialité aux adolescents à risque, deux grands obstacles à leur accès aux services de santé. Quelle que soit l'intervention de dépistage proposée, elle doit immédiatement permettre la mise en relation des adolescents avec les services de prise en charge et de traitement.

La prophylaxie préexposition présente un intérêt unique pour les adolescents et les jeunes femmes courant un risque d'infection important, puisqu'elle n'a pas besoin d'être prise au moment du rapport sexuel. L'administration d'une prophylaxie préexposition aux adolescents particulièrement exposés à l'infection à VIH, et ce,

« dans un endroit sûr » permettra de réaliser d'importantes économies, comparé au traitement à vie<sup>81</sup>. L'utilisation efficace de la prophylaxie préexposition chez les adolescents et les autres groupes de population passe par la poursuite des soins et l'observance du traitement. Ainsi, les pays optant pour cette méthode de prévention doivent accroître en parallèle leurs efforts de prise en charge, de traitement et de soutien.

Les médias sociaux et les technologies associées font déjà partie intégrante de la vie des jeunes dans beaucoup de régions du monde, y compris en Afrique de l'Ouest et du Centre. Ils peuvent permettre d'impliquer davantage les adolescents dans la prise de décisions relatives à leur propre santé et d'améliorer leur accès aux services liés au VIH. Plusieurs initiatives utiles et prometteuses ont été introduites pour tirer profit de cette « connectivité » croissante et diffuser des messages de sensibilisation au VIH axés à la fois sur la prévention et l'observance thérapeutique, tels que des rappels pour la prise des antirétroviraux<sup>82</sup>.

Par exemple, l'outil U-Report, une plateforme sociale élaborée par l'UNICEF en 2011 et utilisant les SMS, connaît une utilisation croissante dans sept pays de la région. S'y ajoutent de nouvelles applications visant à améliorer l'accès des adolescents aux services de prévention, de dépistage et de traitement, et à accroître leur utilisation. Le nouveau centre national d'appels du Nigéria aura recours aux SMS pour favoriser les consultations interactives et réciproques et l'orientation des adolescents et des jeunes sur les questions liées au VIH et à la santé sexuelle et reproductive.

## **4. S'attaquer aux facteurs structurels qui augmentent la vulnérabilité des adolescents**

De nombreux éléments contribuent à la vulnérabilité des adolescents au VIH, dont les violences basées sur le genre, les obstacles les empêchant de suivre (jusqu'au bout) un enseignement secondaire, les mariages et grossesses précoces et le manque de possibilités de génération de revenu. La prévention du VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes passe avant tout par l'éradication des discriminations et des violences de genre.

Les pays doivent promouvoir des normes et politiques tenant compte du VIH dans les différents secteurs sociaux concernés en vue de réduire les vulnérabilités et les risques liés au VIH/sida, en particulier chez les adolescentes et les jeunes femmes. Ils doivent également veiller à ce que les lois, les politiques et les pratiques défendent les droits des femmes de tous horizons, y compris les femmes vivant avec le VIH, les filles victimes d'exploitation sexuelle, les professionnelles du sexe, les femmes transgenres, les femmes autochtones et celles vivant dans des zones de conflit<sup>83</sup>.

Les pays souhaitant garantir des systèmes nationaux de protection de l'enfance efficaces doivent investir dans les services sociaux et judiciaires, et les déployer à plus grande échelle, afin de fournir des services de prévention, d'intervention et de réinsertion aux filles victimes de maltraitance et de mariage précoce ou ayant été isolées en raison d'une grossesse précoce. Pour cela, il convient de rapprocher les systèmes de santé et d'éducation en mettant en place des systèmes de référence pour une prise en charge adaptée, et d'encourager la réforme des lois et politiques discriminatoires et restrictives à l'échelle régionale, nationale et communautaire.

Les programmes aidant les adolescentes à poursuivre leur scolarité dans l'enseignement secondaire sont de précieux moyens de lutte contre le VIH dans la région. En revanche, les pays doivent accroître leurs efforts pour proposer d'autres solutions pédagogiques aux

adolescentes (et adolescents) non scolarisés et prévoir d'autres dispositifs d'information et de soutien s'agissant de l'éducation à la sexualité, de la dimension de genre, des pratiques parentales, de la communication non violente, de la consolidation de la paix et de la responsabilité sociale.

En tant qu'approche intersectorielle, les transferts monétaires peuvent permettre d'atténuer le risque d'infection à VIH chez les adolescentes à plusieurs égards. En effet, une baisse des taux de mariage et de grossesse précoces chez les adolescentes a été observée dans plusieurs pays de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe ayant mis en place des transferts monétaires, soit comme mesure indépendante de prévention du VIH, soit en intégrant la composante VIH à un programme de transfert monétaire existant<sup>84</sup>.

## ÉTUDE DE CAS

### Élargir les services de dépistage du VIH et d'accompagnement chez les adolescents et les jeunes de l'État de Benue (Nigéria)

Une analyse de la situation de référence réalisée en 2013 dans l'État de Benue (Nigéria) a montré que près de 70 % des adolescents et des jeunes (de 15 à 24 ans) vivant dans les communautés rurales n'avaient pas recours aux services liés au VIH. Leur accès aux services de dépistage du VIH et d'accompagnement est limité, car la plupart des sites de dépistage sont implantés dans les hôpitaux, loin des lieux de vie des adolescents. De ce fait, l'accès aux traitements des adolescents et des jeunes vivant avec le VIH reste lui aussi faible<sup>85</sup>.

Entre 2014 et 2016, l'UNICEF, l'Agence nationale de lutte contre le sida et l'Agence de lutte contre le sida de l'État de Benue ont lancé une initiative visant à fournir des services liés au VIH complets aux adolescents et aux jeunes utilisant les services de dépistage du VIH et d'accompagnement, en se servant de ces derniers comme point d'entrée dans deux administrations locales de cet État. Ce projet pilote avait pour but de tester les différents modèles de services de dépistage du VIH et d'accompagnement et de renforcer les liens avec les services de suivi en matière de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien. Cette initiative s'est accompagnée de mesures de stimulation de la demande en services de dépistage ciblant les adolescents non scolarisés par le biais de services de dépistage du VIH et d'accompagnement mobiles ou en structures de santé.

Dans l'ensemble, 39 677 adolescents et jeunes ont pu être dépistés, dépassant ainsi l'objectif initial de 35 000 jeunes. La majorité des jeunes dépistés avaient entre 20 et 24 ans, et près de 64 % d'entre eux étaient de jeunes garçons de 15 à 24 ans. Plus de 96 % des tests réalisés étaient négatifs, ouvrant ainsi la voie à des mesures de prévention actives<sup>86</sup>. Au vu des résultats de l'initiative pilote, plusieurs recommandations ont été émises aux fins d'amélioration des modèles de services de dépistage du VIH et d'accompagnement, notamment les suivantes : améliorer la prestation de ces services dans les structures de soins de santé primaires, mener des campagnes de sensibilisation par téléphone portable, généraliser l'accompagnement par les pairs pour aider les adolescents et les jeunes diagnostiqués séropositifs à accéder aux services de prise en charge et de traitement.



# 6

## ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DE PROGRAMMATION

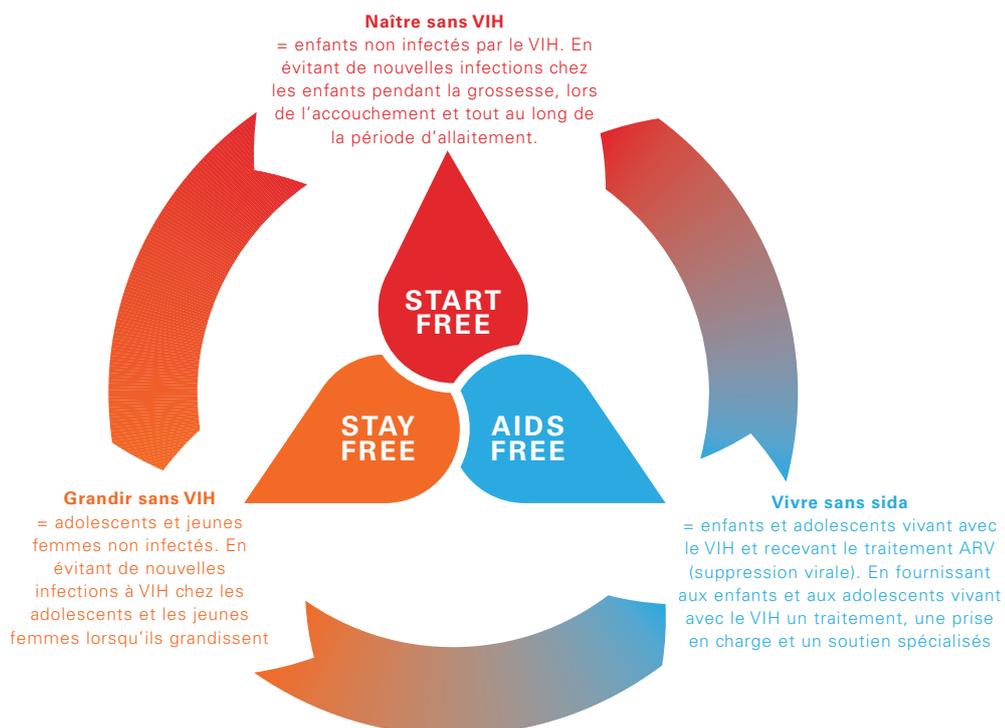
**Pour en finir avec le sida chez les enfants, le Cadre pour une accélération accrue de l'action en vue de mettre fin au sida chez les enfants, les adolescents et les jeunes femmes appelle à réaliser un objectif ambitieux : intensifier et généraliser les programmes en vue d'atteindre les cibles suivantes<sup>87</sup>:**

- Fournir un traitement antirétroviral à vie à 95 % des femmes enceintes vivant avec le VIH d'ici à 2018.
- Réduire à moins de 40 000 par an d'ici à 2018 et à moins de 20 000 d'ici à 2020 le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants.
- Réduire le nombre de nouvelles infections chez les adolescents et les jeunes femmes à moins de 100 000 par an d'ici à 2020.
- Fournir un traitement antirétroviral à vie à 1,6 millions d'enfants âgés de 0-14 ans et 1,2 millions d'adolescents âgés de 15-19 d'ici à 2018.
- Fournir un traitement antirétroviral à vie à 1,4 millions d'enfants âgés de 0-14 ans et 1 million d'adolescents âgés de 15-19 d'ici à 2020.
- Proposer la circoncision médicale volontaire à 25 millions d'hommes supplémentaires âgés de 10 à 29 ans, dont 11 millions dans les zones géographiques les plus fortement touchées par le VIH.

Ces cibles constituent les piliers du cadre des « Three Frees » – Naître sans VIH ; Grandir sans VIH ; Vivre sans sida – qui relie la prévention chez les adolescentes et les jeunes femmes à la prévention de la transmission verticale du VIH ainsi qu'au traitement et à la prise en charge des enfants et des adolescents vivant avec le VIH (figure 6.1).

Figure 6.1

**Cadre pour une accélération accrue de l'action en vue de mettre fin au sida chez les enfants, les adolescents et les femmes : les « Three Frees » du cycle de vie de l'enfant**



Source : schéma adapté par l'UNICEF à partir du Cadre des « Three Frees » élaboré par l'ONUSIDA, 2017.

Mary a appris qu'elle était séropositive lorsqu'elle est tombée enceinte de son premier enfant, à l'âge de 16 ans. Elle a bénéficié d'un programme de PTME et son enfant est né séronégatif. Elle est actuellement prise en charge afin d'éviter qu'elle ne transmette le VIH à son deuxième enfant. © UNICEF/UN042019/Menezes

Au rythme actuel des progrès, la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre n'atteindra aucun des objectifs de super accélération pour en finir avec le sida chez les enfants (figure 6.2). Ainsi, afin de réaliser les cibles relatives aux femmes enceintes, la région doit plus que doubler le taux actuel de couverture en ARVs afin qu'il passe de 42 % en 2016 à 95 % en 2018. Si le rythme de la riposte reste le même, la couverture devrait atteindre 75 % à la fin de l'année cible. La couverture du traitement chez les enfants âgés de moins de 15 ans doit quant à elle être multipliée par plus de quatre afin de passer de 21 % en 2016 à 95 % en 2018. Si le rythme actuel se poursuit, la cible de 95 % est près de trois fois supérieure à la couverture qui devrait être atteinte en 2018, estimée à 32 %.

Le Nigéria, pays qui abrite la moitié des personnes de la région vivant avec le VIH, n'atteindra les cibles de super accélération qu'à condition que sa couverture en ARVs chez les femmes enceintes soit plus que quadruplée pour atteindre 95 % d'ici à 2018 (contre 20 % en 2016). La couverture en ARVs chez les enfants âgés de moins de 15 ans doit être multipliée par plus de quatre afin d'atteindre 95 % en 2018 (contre 21 % en 2016).

Les cibles de super accélération sont ambitieuses, et il est important de maintenir un sentiment d'urgence pour les atteindre. Les nombreux obstacles et défis rencontrés doivent être surmontés, et non servir de prétexte pour tolérer les inégalités d'accès au traitement auxquelles sont confrontés les enfants qui vivent avec le VIH. Qu'elles soient ou

Figure 6.2

Tendances et projections des objectifs de super accélération pour 2018 et 2020, Afrique de l'Ouest et du Centre, 2010-2020



Remarques :

1. Les cibles ont été estimées en déterminant les contributions de la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre à la réalisation de la cible mondiale (20 000 nouvelles infections chez les enfants) à partir des chiffres enregistrés dans la région en 2016. Les projections ont été établies en calculant le taux annuel moyen de réduction entre 2010 et 2016, et en appliquant ce taux jusqu'en 2020. Les projections relatives à chaque cible tablent sur l'hypothèse d'un taux annuel moyen positif entre 2016 et 2020.
2. Les projections ont été établies en calculant le taux annuel moyen d'augmentation de la couverture en ARVs entre 2010 et 2016 et en appliquant ce taux jusqu'en 2020. Elles ne tiennent pas compte de l'évolution de la démographie ni de l'épidémie de VIH (p. ex., taux d'incidence ou de mortalité). Les projections relatives à chaque cible tablent sur l'hypothèse d'un taux annuel moyen positif entre 2016 et 2018 et entre 2016 et 2020.

3. Les cibles ont été estimées en déterminant les contributions de la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre à la réalisation de la cible mondiale (100 000 nouvelles infections chez les adolescentes et les jeunes femmes) à partir des chiffres enregistrés dans la région en 2016. Les projections ont été établies en calculant le taux annuel moyen de réduction entre 2010 et 2016, et en appliquant ce taux jusqu'en 2020. Les projections relatives à chaque cible tablent sur l'hypothèse d'un taux annuel moyen positif entre 2016 et 2020.
4. Les projections ont été établies en calculant le taux annuel moyen d'augmentation de la couverture en ARVs entre 2010 et 2016 et en appliquant ce taux jusqu'en 2020. Elles ne tiennent pas compte de l'évolution de la démographie ni de l'épidémie de VIH (p. ex., taux d'incidence ou de mortalité). Les projections relatives à chaque cible tablent sur l'hypothèse d'un taux annuel moyen positif entre 2016 et 2018 et entre 2016 et 2020.

Source : analyse réalisée par l'UNICEF à partir des estimations 2017 de l'ONUSIDA.

non réalisées dans les délais fixés, ces cibles constituent d'excellents points de repère pour orienter les interventions et le plaidoyer, et doivent inciter les gouvernements et les autres parties prenantes à intensifier et à canaliser leurs actions de lutte contre le VIH. Les parties prenantes doivent prendre conscience qu'il est possible de mettre rapidement en place une riposte élargie et globale contre le VIH, en faveur des enfants, des adolescents et des jeunes femmes, et qu'il faut agir d'urgence en Afrique de l'Ouest et du Centre.

Plusieurs orientations stratégiques sont proposées ci-dessous. Ces dernières visent à créer un environnement favorable en matière de politique et de mise en œuvre, qui permettra à tous les pays de la région d'atteindre plus rapidement les objectifs de super accélération de l'ONUSIDA pour 2018 et 2020, au profit des enfants et des adolescents. Les aspects relatifs à ces orientations stratégiques ont été abordés dans les précédents chapitres du présent rapport. Ils sont rappelés ici et regroupés sous quatre grands volets : (1) différencier la riposte contre le VIH ; (2) favoriser l'intégration des services ; (3) encourager l'appropriation communautaire et la gouvernance locale ; et (4) investir dans l'innovation et l'apprentissage. Ensemble, ces orientations offrent des approches de programmation prometteuses, qui tiennent compte du contexte propre à chaque pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre.

Toutes ces approches sont fondées sur des données probantes, et certaines ont été mises en œuvre avec succès dans d'autres régions.

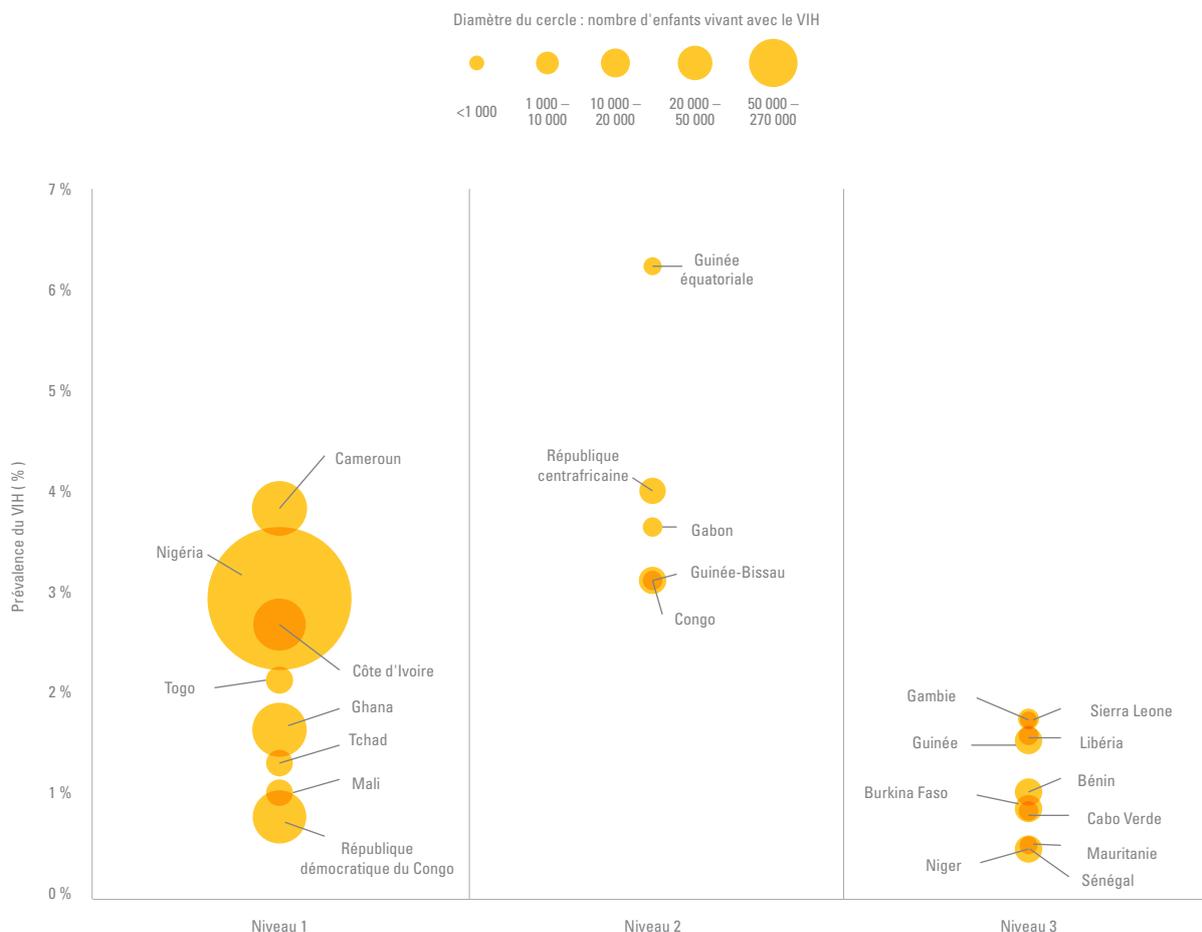
## 1. Moduler la riposte au VIH pour atteindre les cibles plus rapidement.

Parce que les caractéristiques de l'épidémie de VIH diffèrent d'un pays à l'autre, voire au sein d'un même pays, il est nécessaire de mettre en place des interventions différenciées. Dans la pratique, cela consiste à hiérarchiser l'affectation des ressources en fonction de la situation géographique et de la population présentant les plus grands besoins. L'accent est mis sur les pays, les zones sous-nationales, les districts et les municipalités les plus affectés par le VIH. De même, les services sont conçus pour les enfants, les adolescents et les mères les plus exposés au virus, notamment au sein des populations clés, et les personnes vivant dans des contextes difficiles et fragiles. Pour mettre en place et pérenniser une riposte modulée, il faut faire meilleur usage des données épidémiologiques et programmatiques sous-nationales (p. ex., les données relatives à la couverture des services et à l'affectation des ressources), afin de donner aux activités et aux interventions une orientation adaptée aux contextes locaux (figure 6.3).

La première étape à suivre pour mettre en place une riposte différenciée contre le VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre consiste à regrouper les pays en trois niveaux (Figure 6.3) afin de mieux les différencier :

**Figure 6.3**

### Prévalence du VIH chez les adultes (âgés de 15 à 49 ans) et nombre d'enfants (âgés de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH, par niveau, Afrique de l'Ouest et du Centre, 2016



**Remarques :** Ce graphique représente les pays selon trois niveaux définis en fonction du poids du VIH (enfants vivant avec le VIH) et de la prévalence du VIH au sein de la population générale. Le niveau 1 regroupe les pays qui concentrent à eux seuls 85 % des enfants de la région vivant avec le VIH. Le niveau 2 regroupe les pays qui comptent moins d'enfants vivant avec le VIH, mais où la prévalence du VIH est supérieure à 3 % (nettement plus élevée que la prévalence régionale moyenne du VIH chez les adultes [âgés de 15 à 49 ans], égale à 2,05 % [1,58-2,59 %]). Le niveau 3 regroupe les pays où la prévalence du VIH et le nombre d'enfants vivant avec le VIH sont les plus faibles.

**Source :** analyse réalisée par l'UNICEF à partir d'estimations 2017 de l'ONUSIDA.

- **Pays où le nombre d'enfants affectés par le VIH est élevé – pays qui concentrent 85 % des enfants vivant avec le VIH dans la région** (Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Nigéria, Mali, République démocratique du Congo, Tchad et Togo). Compte tenu de la part importante que les enfants représentent parmi les personnes affectées par le VIH, c'est dans ces pays qu'il convient d'intensifier d'urgence les programmes de lutte contre le VIH destinés aux enfants et aux adolescents. Les investissements doivent porter sur l'élimination des obstacles politiques et systémiques persistants qui entravent la généralisation des programmes et la mise en place d'approches de programmation innovantes.
- **Pays où le nombre d'enfants vivant avec le VIH est faible, mais où la prévalence du VIH au sein de la population générale est importante (supérieure à 3 %)** (Congo, Gabon, Guinée-Bissau, Guinée Equatoriale et République Centrafricaine) Dans ces pays, les programmes doivent mettre l'accent sur une approche ciblée, en agissant en priorité dans les zones géographiques où l'incidence et la prévalence du VIH sont élevées au sein de la population générale âgée de 15 à 49 ans, en éliminant les obstacles systémiques qui entravent la généralisation rapide des services, et en se concentrant sur les enfants et les adolescents les plus vulnérables, notamment les adolescents des populations clés.
- **Pays où la prévalence du VIH est la plus faible et le nombre d'enfants vivant avec le VIH, faible à modéré** (Bénin, Burkina Faso, Cabo Verde, Gambie, Libéria, Mauritanie, Niger, Sénégal et Sierra Leone). Dans ces pays, les programmes doivent continuer à mettre l'accent sur la prévention chez les adolescents et les jeunes femmes, notamment au sein des populations clés, et les plans nationaux doivent fixer des objectifs plus ambitieux en faveur des enfants, conformément aux principes Start Free (« Naître sans le VIH ») et AIDS Free (« Rester sans le VIH »). Au cours des années à venir, certains pays tels que le Burkina Faso ou Cabo Verde pourraient devenir des exemples dans la région en matière d'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants<sup>88</sup>.

Dans le cadre d'une riposte modulée, il convient de mettre davantage l'accent sur l'analyse et l'utilisation de données sur le VIH ventilées à l'échelle sous-nationale en vue d'évaluer l'équité, d'identifier les obstacles et de promouvoir leur élimination, ainsi que d'éclairer les mesures correctives, notamment en faveur des populations les plus vulnérables (enfants, adolescents et femmes). La prise de décisions doit reposer sur une analyse à l'échelle sous-nationale du poids du VIH et des écarts de couverture des programmes de lutte contre le VIH destinés aux enfants, aux adolescents et aux femmes, avec une attention particulière sur l'équité, afin d'intégrer les analyses de situation relatives aux populations et sous-populations plus spécifiques. Cette analyse doit éclairer l'affectation des ressources et les orientations géographiques et démographiques en vue d'intensifier la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes. Les efforts doivent porter sur le renforcement des capacités d'utilisation des données et d'adaptation de la riposte.

Dans tous les pays, qu'ils relèvent du niveau 1, 2 ou 3, il est essentiel de mieux intégrer les programmes relatifs aux enfants et au VIH aux secteurs de la santé et aux secteurs sociaux concernés pour concevoir et mettre en place des interventions différenciées, ainsi que pour obtenir des résultats positifs.

## 2. Favoriser l'intégration des services de lutte contre le VIH à l'action menée en faveur d'un développement durable et résilient.

**Services spécialisés dans le VIH.** La réponse apportée aux besoins des femmes enceintes, des enfants et des adolescents en matière de VIH doit tenir compte de leur état de santé général, de leur éducation et de la protection qui leur est nécessaire tout au long de leur vie. S'agissant du passage à échelle des programmes, les pays doivent favoriser une approche centrée sur la famille<sup>89</sup>. Les services spécialisés dans le VIH doivent être intégrés aux différentes plateformes d'offre de services, notamment à celles axées sur les soins prénatals et la santé maternelle, sexuelle et reproductive, et sur l'éducation. Ces efforts visent à atteindre les objectifs suivants :

- **Identifier les femmes enceintes, les enfants et les adolescents vivant avec le VIH.** Le dépistage du VIH doit faire partie du paquet des services de santé de routine dispensés aux mères, aux enfants et aux adolescents, quel que soit le contexte. Lorsque des enfants, des adolescents ou des femmes enceintes sont diagnostiqués séropositifs, ils doivent être immédiatement orientés vers les services de traitement à vie et de prise en charge. Les plateformes de prestation de services doivent inclure les centres de santé, et les communautés, ainsi que des systèmes permettant d'assurer une coordination efficace et complémentaire entre ces derniers. L'accélération de la réduction des nouvelles infections à VIH dans tous les contextes passera par l'amélioration de l'accès des adolescents et des jeunes à risque aux services de santé sexuelle et reproductive en proposant des interventions innovantes en matière de lutte contre le VIH, telles que la prophylaxie préexposition et l'auto-test.
- **Traiter les enfants, les adolescents et les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH et les maintenir dans le système de soins et de soutien tout en leur proposant des services complets.** Pour cela, il convient d'aligner les directives nationales sur la politique du test and treat (« tester et traiter ») établie par l'OMS en 2016, et de décentraliser efficacement les services de traitement antirétroviral vers des formations sanitaires de niveau inférieur. Dans la plupart des pays de la région, des politiques de délégation des tâches permettent aujourd'hui à des infirmiers formés de dispenser un traitement antirétroviral dans le cadre des services de PTME, et cette approche doit être élargie afin de répondre aux besoins en ARVs des enfants et des adolescents. Les pays doivent encourager davantage les communautés de femmes vivant avec le VIH à apporter leur soutien dans le cadre des programmes de PTME. Ils doivent également renforcer la participation des adolescents, en tant que pairs, afin d'améliorer l'observance du traitement et la poursuite des soins. Les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre peuvent tirer des leçons de l'expérience d'autres régions ayant mis en place avec succès des programmes et des services de traitement du VIH plus solides et plus complets.

En raison de son hétérogénéité et d'une prévalence du VIH relativement faible par rapport aux autres régions, l'Afrique de l'Ouest et du Centre a besoin que les pays qui la composent améliorent leur utilisation des données afin de déterminer les plateformes et les services qui seraient les plus propices à l'intégration des services spécialisés dans le VIH. Une meilleure utilisation des données permettra d'affiner l'orientation géographique (p. ex., en

vue d'intensifier l'identification des cas de VIH) et d'optimiser les approches de prestation de services intégrés.

**Politiques et interventions sensibles au VIH.** Les enfants, les adolescents et les jeunes femmes qui vivent en Afrique de l'Ouest et du Centre font face à des vulnérabilités multiples et croisées, notamment la sensibilité à l'infection à VIH et l'inefficacité du traitement. C'est pourquoi l'intégration des services spécialisés dans le VIH, comme indiqué ci-dessus, est une priorité absolue. L'amélioration de l'accès et des résultats nécessitera en outre de s'attaquer aux causes structurelles et sociales de ces vulnérabilités. Pour cela, les pays devront notamment investir dans le renforcement des services sociaux essentiels (santé, éducation et protection) et intégrer des interventions de lutte contre le VIH ciblées et adaptées aux enfants dans leur action en faveur du développement social. Ce dernier point est essentiel, en particulier dans les pays les plus touchés par le VIH et où les taux d'infection à VIH sont les plus importants.

Les interventions de lutte contre le VIH permettent en outre d'autonomiser et de protéger les enfants, les adolescentes et les jeunes femmes les plus vulnérables. Par exemples, des données récentes provenant de pays fortement touchés par l'épidémie en Afrique de l'Est et en Afrique australe montrent que l'existence de paquets de protection combinée (allocations familiales, gratuité scolaire, cantines scolaires, appui des enseignants et surveillance parentale) contribue à réduire sensiblement les comportements à risque chez les adolescents<sup>90-93</sup>. Il est également prouvé que les transferts monétaires et les bourses d'études permettent de retarder l'âge du premier rapport sexuel et de réduire le nombre de mariages précoces<sup>94</sup>. Ce soutien ciblé peut être mis en place par les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre dans leurs cadres politiques afin de permettre aux adolescentes de poursuivre leur scolarité, et ce, dans des environnements protégés.

D'autres politiques et programmes tenant compte des questions de genre impliquent les hommes en tant qu'agents du changement afin de combattre les normes de genre qui continuent d'exposer les adolescentes et les jeunes femmes aux maltraitements, à l'exploitation et à un risque accru de VIH. De la même façon, lorsqu'ils s'engagent dans l'élaboration de politiques et de programmes de Couverture Maladie Universelle, les pays doivent s'assurer que les services de lutte contre le VIH destinés aux femmes, aux enfants et aux adolescents font partie des services de base couverts.

### 3. Mettre en avant l'appropriation communautaire et la gouvernance locale dans la lutte contre le VIH.

Les familles et les membres de la communauté demeurent les plus indiqués pour faire face à la stigmatisation liée au VIH, qui entrave les progrès dans la lutte contre le sida en Afrique de l'Ouest et du Centre et dans le monde entier. Cet élément renforce l'approche différenciée de la riposte contre le VIH décrite ci-dessus. Les « leaders communautaires » et les autorités locales devront mener une action plus vigoureuse aux niveaux sous-national et communautaire, en privilégiant une série d'interventions à fort impact, notamment la provision de traitements antirétroviraux, conçues localement pour répondre aux besoins spécifiques des enfants et des adolescents vivant avec le VIH et des personnes exposées à un risque d'infection nettement plus élevé.

Pour ce faire, un cadre conceptuel intitulé « communauté amie des enfants », est en train d'être mis en place en Afrique de l'Ouest et du Centre avec le soutien de l'UNICEF (voir encadré). Au niveau des villages et des municipalités, les autorités locales mèneront une action transversale afin de promouvoir des systèmes ascendants de responsabilité partagée. Appliquée de manière efficace, cette

## ENCADRÉ

### Le concept de « communauté amie des enfants » :

- **Met l'accent sur les besoins des enfants (approche axée sur les enfants) en tenant compte des problématiques et des données relatives à l'équité afin d'identifier les communautés les plus défavorisées qui comptent le plus grand nombre d'enfants vulnérables**, et remédie dans une démarche intégrée aux multiples privations croisées dont ils sont victimes, plutôt que de répondre aux besoins d'un seul programme ou secteur.
- **Favorise la convergence multisectorielle des zones géographiques, des systèmes et des interventions** afin de répondre de manière globale aux besoins des enfants et d'accroître la rentabilité.
- **Applique l'approche du cycle de vie** afin de répondre aux besoins propres à chaque stade de développement de l'enfant, de permettre un suivi individualisé et longitudinal depuis la conception jusqu'à l'adolescence, et de contribuer à l'amélioration du bien-être à l'âge adulte.
- **Donne aux communautés les moyens de s'appropriier et de diriger** les processus de survie, de développement et de transformation de l'enfant. Le bien-être de l'enfant devient une responsabilité véritablement partagée par la communauté, qui bénéficie de l'appui technique des ministères concernés.
- **Favorise la mise place d'un mécanisme de responsabilité mutuelle ascendant** doté de systèmes multisectoriels conjoints de planification et de suivi permettant aux communautés d'évaluer dans quelle mesure elles ont réalisé les droits des enfants et répondu à leurs besoins.
- **Instaure un système de certification (et/ou d'évaluation) communautaire** qui fonctionne à la demande (« pull system ») et permet de mobiliser (« push system»), en particulier, les communautés vulnérables. Les critères, la méthodologie et la fréquence de certification devront être adaptés au contexte, tout comme les modalités d'appui aux communautés en cours de certification.

approche pourrait renforcer l'appropriation communautaire ainsi que la gouvernance et la responsabilité locales, en vue d'accroître l'accélération de la riposte.

Les jeunes peuvent et doivent impulser le changement social. Ils sont en mesure de mobiliser les réseaux et d'encourager leurs amis, leurs partenaires sexuels et d'autres parties prenantes à s'engager en faveur de la santé et du bien-être des adolescents en leur demandant des comptes. Les pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre doivent encourager et soutenir la participation active des adolescents, et notamment ceux vivant avec le VIH et issus des populations clés, à l'élaboration de la riposte au VIH, aussi bien au niveau national qu'à l'échelle communautaire. Les pays doivent en outre s'appuyer sur les réseaux de personnes présents dans la région et à l'échelle mondiale afin de renforcer leurs capacités et de les impliquer dans l'accélération des résultats en faveur des enfants, des adolescents et de leurs familles.

#### **4. Investir dans l'innovation pour surmonter les obstacles qui empêchent le passage à l'échelle des interventions.**

L'Afrique de l'Ouest et du Centre doit tirer parti de l'innovation et encourager l'apprentissage collaboratif afin d'intensifier les efforts déployés pour dépister les nourrissons, les enfants, les adolescents et les femmes enceintes ou allaitantes vivant avec le VIH, les orienter vers un traitement et les maintenir dans le système de soins. Les nouvelles approches diagnostiques et biomédicales innovantes telles que le diagnostic sur le lieu du soins, l'auto-test du VIH et la prophylaxie préexposition ont été décrites dans les chapitres précédents du présent rapport. Les outils de diagnostic sur le lieu du soins peuvent améliorer l'accès au dépistage précoce du VIH et au suivi de la charge virale chez les nourrissons dans les structures de niveau inférieur, et accroître l'efficacité des systèmes. L'auto-test du VIH, qui contribue à l'élimination des obstacles au dépistage du VIH et à la réduction des délais d'obtention des résultats d'examen, permet quant à lui d'améliorer l'accès à ce service des adolescentes, des jeunes femmes et des jeunes hommes difficiles à atteindre, en particulier au sein des populations clés. La prophylaxie préexposition peut réduire efficacement l'acquisition du VIH et devrait constituer une option de prévention supplémentaire proposée aux personnes présentant un risque élevé d'infection au VIH, notamment les adolescentes, dans le cadre d'approches de prévention combinée du VIH. L'OMS a récemment lancé une série d'outils visant à appuyer la mise en œuvre de la prophylaxie préexposition.

Les pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre devraient en outre adopter des innovations technologiques éprouvées et les adapter à l'environnement local. La pénétration rapide des téléphones mobiles et d'Internet transforme le paysage des programmes de lutte contre le VIH en donnant aux bénéficiaires les moyens de jouer un rôle actif en faveur de leur santé et de leur bien-être personnel et, plus largement, dans le suivi des programmes. Les applications mobiles de santé fonctionnant par SMS peuvent améliorer l'efficacité du transfert d'informations et l'observance des patients, accroître la sensibilisation au VIH et favoriser la connaissance approfondie du VIH, stimuler la demande de services de prévention à fort impact, et permettre aux adolescents et aux jeunes de participer en temps réel au suivi de la qualité des services. L'outil U-Report, décrit au chapitre 5, déjà utilisé dans neuf pays de la région (Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Nigéria, République centrafricaine, Sénégal et Sierra Leone), a prouvé sa capacité à impliquer massivement les adolescents et les jeunes dans les interventions nationales de lutte contre le VIH<sup>95</sup>.

L'élaboration, l'expérimentation et la mise en œuvre de toutes les innovations techniques et programmatiques mentionnées ci-dessus, ainsi que de celles qui sont appelées à prendre de l'importance dans l'avenir, demandent un travail et un engagement considérables. Bien qu'elles requièrent des investissements relativement importants, on pourrait avancer des arguments convaincants pour démontrer que la plupart de ces innovations seront rentables dans le temps – y compris dans une perspective plus large de prévention des nouvelles infections. La satisfaction des besoins en ressources humaines, qui constitue également un enjeu financier, représentera un défi particulièrement important. De plus en plus de professionnels de la santé et de partenaires de la société civile seront nécessaires sur le terrain, en particulier si l'intensification des interventions s'accélère avec la mise en place des innovations. Ces professionnels et partenaires devront être régulièrement formés. Enfin, l'innovation ne pourra produire les effets escomptés que si les engagements pris en faveur de l'amélioration et de la pérennité des interventions de lutte contre le VIH sont clairement exprimés et suivis de mesures concrètes. Compte tenu de la situation actuelle de la région, il sera essentiel de favoriser en temps voulu le partage et l'apprentissage des bonnes pratiques et des outils émergents au moyen de diverses plateformes, aussi bien à l'intérieur des pays qu'entre eux.



En Côte d'Ivoire, Sylla est assise devant sa maison entre son plus jeune fils Ladj, cinq ans, et sa fille aînée Djona, dix ans. Sylla n'a découvert sa séropositivité que lors de sa quatrième grossesse.

© UNICEF/UN061612/Dejongh



# 7

## PERSPECTIVES D'AVENIR

**Le présent rapport a montré comment, pourquoi et où les enfants et les adolescents qui vivent en Afrique de l'Ouest et du Centre demeurent vulnérables au VIH, une situation plus inquiétante que dans la plupart des autres régions. Ce groupe de population accuse un retard quel que soit leur âge, les indicateurs étudiés et leurs points de données de base, depuis l'accès des femmes enceintes et des enfants vivant avec le VIH au traitement qui leur permettra de rester en vie, jusqu'à l'évolution de la mortalité liée au sida des adolescents plus âgés.**

Pourtant, comme le souligne également le présent rapport, les interventions de lutte contre le VIH qui accusent un retard dans la région font l'objet d'une surveillance plus attentive aux niveaux local, régional et mondial. Il est de plus en plus largement admis que les droits et les besoins des personnes vivant avec le VIH ou plus exposées au risque d'infection, y compris les enfants et les adolescents, sont négligés dans la région. La vulnérabilité des filles et des jeunes femmes n'est plus considérée comme tolérable. Les gouvernements, les partenaires de la société civile, les donateurs, les agences multilatérales telles que l'UNICEF et les autres parties prenantes engagées dans la lutte contre le VIH sont tous mis au défi, tant au niveau interne qu'externe, de trouver des solutions permettant d'aboutir à des améliorations durables.

La prise de conscience des difficultés et des lacunes identifiées doit se traduire par des mesures crédibles ; il s'agit d'une priorité essentielle et immédiate. Quatre orientations stratégiques de programmation ont été précédemment décrites dans le présent rapport sous les volets suivants : moduler la riposte contre le VIH, favoriser l'intégration des services, encourager l'appropriation communautaire et la gouvernance locale, et investir dans l'innovation et l'apprentissage. Au-delà de ces orientations programmatiques, il est néanmoins indispensable que les interventions et les activités de plaidoyer soient guidées par les principes fondamentaux suivants :

- **L'urgence** : Selon un rapport récemment publié par le Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, d'ici à 2030, la population devrait augmenter d'environ 50 % en Afrique de l'Ouest et du Centre, et les enfants et les adolescents de moins de 18 ans pourraient représenter au moins la moitié de la population. Face à cette « explosion de la part des jeunes dans la population », la croissance démographique pourrait se traduire par la persistance d'un nombre élevé d'infections à VIH et de décès liés au sida chez les enfants et les adolescents, à moins d'une amélioration de la riposte au VIH, tant au niveau de la prévention que du traitement. La lenteur actuelle des progrès dans la lutte contre le VIH

dans la région est tout simplement inacceptable, et les gouvernements et la communauté mondiale ne peuvent plus tolérer cette situation.

- **L'équité** : Dans le cadre du VIH, les priorités sont établies de façon inéquitable, ce qui a pour effet d'enrayer les progrès de la région et doit donc être rectifié. En ce qui concerne les enfants et les adolescents, cette lutte est caractérisée et affaiblie par de trop nombreuses disparités et insuffisances, notamment des inégalités d'accès au traitement antirétroviral qui favorisent les adultes par rapport aux jeunes enfants, et les adolescentes par rapport aux adolescents. D'autres lacunes contribuent également à creuser les inégalités dans la région, et ce à plusieurs niveaux : entre les pays à faible prévalence (p. ex., le Niger) et ceux à forte prévalence (Guinée équatoriale) par rapport à la moyenne régionale ; à l'intérieur des pays, comme les importantes disparités constatées d'impact et de risques entre les États du Nigéria ; et entre l'Afrique de l'Ouest et du Centre et les autres régions.
- **Des systèmes résilients** : Les systèmes de santé de la région doivent être renforcés afin de surmonter les limitations actuelles, notamment les goulots d'étranglement qui, dans un grand nombre de pays, empêchent une réelle décentralisation et l'intégration du dépistage et du traitement du VIH dans les systèmes de santé maternelle, néonatale et infantile et les services de santé sexuelle et reproductive de routine. L'accélération des progrès dans la région doit passer par un renforcement de l'intégration et des synergies intersectorielles grâce à une collaboration entre le Ministère de la Santé et les autres ministères et partenaires concernés, en vue de consolider les systèmes qui constituent des points d'entrée pour la prestation de services de lutte contre le VIH destinés aux enfants. Compte tenu de la prévalence relativement faible enregistrée dans certaines zones des pays de la région, on ne peut se permettre de lutter contre le VIH par le biais de systèmes

indépendants. Les services intégrés, en particulier lorsqu'ils sont conçus et dirigés localement, peuvent simplifier et accélérer l'identification des femmes enceintes des enfants et des adolescents vivant avec le VIH, puis leur référence au traitement. Le rythme des progrès dépend également de l'appui à la mise en place de systèmes communautaires solides, à même de faciliter l'approvisionnement, la création de la demande et la prestation de services.

- **Les données :** En Afrique de l'Ouest et du Centre, comme dans d'autres régions du monde, il est nécessaire d'améliorer l'utilisation et l'analyse de données sous-nationales en matière de VIH, selon des facteurs et des caractéristiques plus diversifiés, tels que la zone géographique, l'âge, le sexe et les populations à risque (p. ex. professionnel(le)s du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, consommateurs de drogues), afin de concentrer les efforts là où les enfants et les jeunes les plus vulnérables sont susceptibles de se trouver. Dans le cadre d'une riposte modulée contre le VIH dans la région, les données produites doivent être analysées et diffusées en temps réel afin d'éclairer les interventions nécessaires et la responsabilisation à tous les niveaux. Les données sont essentielles au suivi des progrès accomplis dans le passage à l'échelle des programmes, et serviront de base factuelle à des fins de plaidoyer politique. Si nécessaire, des corrections plus rapides et mieux ciblées pourront être apportées en cours de mise en œuvre.
- **La dimension de genre :** Les adolescentes et les jeunes femmes, sont particulièrement vulnérables au VIH, et sont affectées de manière disproportionnée par l'épidémie. Les filles possèdent souvent des connaissances limitées sur le VIH et sont moins bien préparées que les garçons à prendre des décisions éclairées en matière de prévention. De nombreuses filles se heurtent à des difficultés, telles que le manque d'accès à l'éducation et l'incapacité à poursuivre leur scolarité, des normes de genre qui les désavantagent lorsqu'il s'agit de négocier des rapports sexuels protégés, et la violence de genre présente dans de nombreux pays de la région. Les normes de genre concernent également les garçons et les hommes, qui sont censés prendre des risques (ce qui entraîne souvent des blessures et des maladies) et sont confrontés à des tabous lorsqu'ils décident de solliciter des services de santé. En conséquence, les hommes sont moins susceptibles de se faire dépister et traiter que les femmes, ce qui affaiblit les efforts globaux de prévention du VIH. À moins de s'attaquer également aux problèmes structurels, comportementaux et culturels, la lutte contre le VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre demeurera insuffisante et éphémère.
- **Les crises humanitaires frappant certains pays :** Dans la région, les crises politiques, les conflits et les catastrophes naturelles ont un effet disproportionné sur les enfants et les femmes, et une influence négative sur les programmes de lutte contre le VIH. Cette situation a été mise en lumière entre 2014 et 2015, lorsque l'épidémie d'Ebola qui a frappé la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone a mis sous pression les systèmes de santé, au point que les personnes vivant avec le VIH, en particulier les femmes et les enfants, n'étaient plus soignées. Autre exemple en République centrafricaine, où les conflits qui se répètent depuis 2012 ont conduit à la destruction de nombreux centres de santé et au déplacement de milliers de familles,

y compris des personnes et des enfants vivant avec le VIH dont le traitement a été interrompu. Parce que l'infection au VIH entraîne une infection chronique et qu'une mauvaise observance thérapeutique peut entraîner une résistance aux médicaments, il est essentiel de mettre en place des mesures adaptées aux situations de crise humanitaire pour assurer la continuité des programmes de prévention et de traitement du VIH. Dans le cadre de leurs engagements fondamentaux en faveur des enfants en situation de crise humanitaire, l'UNICEF et ses partenaires ont décidé de garantir l'accès ininterrompu des enfants, des jeunes et des femmes aux informations sur le VIH ainsi qu'aux services de prévention, de prise en charge et de traitement du VIH lors des crises humanitaires. Ce principe doit être adopté et pris au sérieux par tous les acteurs intervenant dans la riposte contre le VIH à travers la région.

- **Les partenariats :** L'initiative Accélérer la riposte de l'ONUSIDA, qui concerne les interventions mondiales en faveur des enfants, des adolescents et des jeunes femmes d'ici à 2020, appelle à un déploiement à grande échelle du programme en Afrique de l'Ouest et du Centre d'ici à 2018. Il y a dans la région un grand nombre de partenaires à pied d'œuvre qui ont répondu à cet appel et réalisent un travail remarquable dans des conditions souvent difficiles. Ces efforts doivent être soutenus et élargis. L'un des facteurs contraignants est l'état du financement du VIH, qui ne permet pas de répondre aux besoins et se limite à quelques donateurs principaux. Cette situation et, plus largement, la baisse des financements extérieurs de la lutte contre le VIH au niveau mondial, ont une incidence sur la flexibilité des financements et les possibilités de diversification des programmes sur le terrain.
- **Un haut niveau d'engagement politique :** Pour accélérer la riposte contre le VIH chez les enfants, les dirigeants politiques d'Afrique de l'Ouest et du Centre doivent renouveler leur engagement en faveur d'une génération sans sida. La région donne beaucoup à espérer. En effet, nombreux sont les dirigeants qui ont approuvé un plan de rattrapage, dans le but d'améliorer radicalement le traitement du VIH chez les adultes et les enfants d'ici à 2018. Ils doivent poursuivre ces efforts et aller beaucoup plus loin, notamment en comblant le fossé qui sépare les enfants et les adultes en matière de traitement. L'une des autres priorités consiste pour les dirigeants à adopter sur un pied d'égalité une feuille de route pour une prévention accélérée du VIH, en profitant de l'élan créé par l'initiative « All In! » en faveur de la prévention du VIH chez les adolescents et les jeunes femmes. Alors que les pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre s'efforcent de mener des interventions de haut impact destinées à lutter contre le VIH chez les enfants, les adolescents et les femmes difficiles à atteindre, l'engagement visant à augmenter les ressources nationales affectées à la lutte contre le VIH doit se traduire par des approches dirigées davantage à l'échelle locale, afin de passer à l'échelle et de pérenniser la riposte dans l'ensemble de la région.

# ABBREVIATIONS

---

|                |   |                |   |
|----------------|---|----------------|---|
| <b>ARV</b>     | antirétroviral  | <b>ODD</b>     | objectif de développement durable                                       |
| <b>CD4</b>     | classe de différenciation ou de désignation 4 : numération des globules blancs qui détermine l'éligibilité au traitement antirétroviral | <b>OMS</b>     | Organisation mondiale de la Santé                                       |
| <b>D&amp;A</b> | dépistage du VIH et accompagnement  | <b>ONUSIDA</b> | Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida                      |
| <b>DCT1</b>    | première dose de vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos  | <b>PEPFAR</b>  | Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida |
| <b>DP</b>      | dépistage précoce (du VIH)  | <b>PoC</b>     | diagnostic au plus près des personnes                                   |
| <b>DPT3</b>    | troisième dose de vaccin combiné diphtérie/coqueluche/tétanos   | <b>PrEP</b>    | prophylaxie préexposition   |
| <b>EDS</b>     | enquêtes démographiques et de santé   | <b>PTME</b>    | prévention de la transmission mère-enfant (du VIH)                      |
| <b>EIS</b>     | enquêtes sur les indicateurs du sida  | <b>sida</b>    | syndrome d'immunodéficience acquise                                     |
| <b>GIC</b>     | gestion intégrée communautaire  | <b>SMS</b>     | service de minimessages   |
| <b>MAS</b>     | malnutrition aiguë sévère   | <b>TAR</b>     | traitement antirétroviral   |
| <b>MICS</b>    | enquêtes en grappes à indicateurs multiples   | <b>TB</b>      | tuberculose   |
|                |   | <b>UNICEF</b>  | Fonds des Nations Unies pour l'enfance                                  |
|                |   | <b>VIH</b>     | virus de l'immunodéficience humaine                                     |

# ENDNOTES

- 1 Sauf indication contraire, les chiffres présentés dans le présent rapport sont tirés d'une analyse réalisée par l'UNICEF à partir des estimations 2017 de l'ONUSIDA. Le classement des régions de l'Afrique de l'Ouest et du Centre établi par l'UNICEF comprend les 24 pays suivants : Bénin ; Burkina Faso ; Cameroun ; Cabo Verde ; Congo ; Côte d'Ivoire ; Gabon ; Gambie ; Ghana ; Guinée ; Guinée-Bissau ; Guinée équatoriale ; Libéria ; Mali ; Mauritanie ; Niger ; Nigéria ; République centrafricaine ; République démocratique du Congo ; Sao Tomé-et-Principe ; Sénégal ; Sierra Leone ; Tchad ; et Togo.
- 2 Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, *En finir avec le sida : Progresser vers les cibles 90-90-90*, ONUSIDA, Genève, 2017.
- 3 Le classement des régions de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe établi par l'UNICEF comprend les 25 pays suivants : Afrique du Sud, Angola, Botswana, Burundi, Comores, Djibouti, Érythrée, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Seychelles, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Swaziland, Zambie et Zimbabwe
- 4 Pays et territoires ayant validé l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant auprès de l'OMS : Cuba (2015) ; Arménie, Belarus et Thaïlande (2016) ; Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Bermudes, Îles Caïmans, Montserrat, Saint-Kitts-et-Nevis (2017). OMS, « WHO validation for the elimination of mother-to-child transmission of HIV and/or syphilis », disponible à l'adresse : <http://www.who.int/reproductivehealth/congenital-syphilis/WHO-validation-EMTCT/en/>.
- 5 ONUSIDA/UNICEF/OMS, Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida, et estimations 2017 de l'ONUSIDA.
- 6 Concernant les estimations du nombre de personnes vivant avec le VIH, des nouvelles infections à VIH et des décès liés au sida dans les régions pour lesquelles l'UNICEF a recueilli des données, des intervalles de confiance sont disponibles uniquement pour les tranches d'âge suivantes : de 0 à 14 ans, de 15 à 49 ans et 15 ans et plus.
- 7 OMS, « Global Health Estimates 2015: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2015 », OMS, Genève, 2016.
- 8 Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, fiches régionales pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, 2016. Disponibles à l'adresse : <http://www.unaids.org/fr/regionscountries/westandcentralafrica> ; et ONUSIDA, fiches régionales pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique australe, 2016. Disponibles à l'adresse : <http://www.unaids.org/fr/regionscountries/easternandsouthernafrica>.
- 9 Nations Unies, « World Population Prospects: The 2017 revision – Key findings and advance tables », document de travail n° ESA/P/WP/248, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, New York, 2017.
- 10 Ibid.
- 11 Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, « L'Union africaine approuve de nouvelles initiatives majeures pour mettre fin au sida », déclaration à la presse, 3 juillet 2017. Disponible à l'adresse : [http://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2017/july/20170704\\_africanunion](http://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2017/july/20170704_africanunion) ; et Union africaine, « 2 millions d'agents de santé communautaires en Afrique – Tirer pleinement profit du dividende démographique, mettre fin à l'épidémie de sida et assurer durablement la pour tous en Afrique », Union africaine. Disponible à l'adresse : [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/African2mCHW\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/African2mCHW_fr.pdf).
- 12 Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, *Plan de rattrapage de l'Afrique de l'Ouest et du Centre – Accélérer le traitement du VIH d'ici à 2018*, ONUSIDA, 2017 ; et Ministère de la santé, « Plan de passage à l'échelle du dépistage et de la prise en charge médicale du VIH pédiatrique », Ministère de la santé du Burkina Faso, avril 2015.
- 13 Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, *Rapport d'avancement 2015 sur le Plan mondial visant à éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et maintenir leurs mères en vie*, ONUSIDA, Genève, 2015, p. 23. Le Plan mondial a été lancé à l'occasion de la Réunion de haut niveau sur le sida de l'Assemblée générale des Nations Unies qui s'est tenue en juin 2011. Il appelle à l'élimination quasi totale des nouvelles infections à VIH chez les enfants.
- 14 Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, *Start Free, Stay Free, AIDS Free : cadre pour une accélération accrue de l'action en vue de mettre fin au sida chez les enfants, les adolescents et les jeunes femmes d'ici à 2020*, ONUSIDA, Genève, août 2016, p. 16.
- 15 ONUSIDA, *Rapport d'avancement 2015 sur le Plan mondial*, p. 23.
- 16 Analyse des données mondiales réalisée par l'UNICEF.
- 17 Médecins Sans Frontières, « Le prix de l'oubli : des millions de personnes en Afrique occidentale et centrale restent en marge de la lutte mondiale contre le VIH », MSF, Bruxelles, avril 2016, p. 22.
- 18 Le Fonds mondial, « 35th Board Meeting: The challenging operating environments policy », décision du Conseil GF/B35/03, Le Fonds mondial, Abidjan, Côte d'Ivoire, 26-27 avril 2016.
- 19 Médecins Sans Frontières, « Le prix de l'oubli ».
- 20 UNICEF, West and Central Africa HIV Strategy 2018-2021, Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, p. 3, 10.
- 21 Helleringer, Stephane, « Understanding the Adolescent Gap in HIV Testing among Clients of Antenatal Care Services in West and Central African Countries », *AIDS and Behavior*, vol. 21, n° 9, septembre 2017, p. 2760-2773.
- 22 Kieffer, Mary Pat, et al., « Lessons Learned from Early Implementation of Option B+ : The Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation experience in 11 African countries », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 67, supplément 4, 2014, p. S188-S194.
- 23 UNICEF, « Synthèse de l'analyse situationnelle de la prise en charge du VIH pédiatrique en Afrique de l'Ouest et Centrale », Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, Dakar, février 2016, p. 9.
- 24 Ibid., p. 12.
- 25 Médecins Sans Frontières, « Le prix de l'oubli », p. 21.
- 26 Nigel, Rollins C., et al., « Improving Retention in Care among Pregnant Women and Mothers Living with HIV: Lessons from INSPIRE and implications for future WHO guidance and monitoring », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 75, supplément 2, juin 2017, p. S111-S114.
- 27 Sam-Agudu Nadia A., et al., « The Impact of Structured Mentor Mother Programs on 6-Month Postpartum Retention and Viral Suppression among HIV-Positive Women in Rural Nigeria: A prospective paired cohort study », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 75, supplément 2, juin 2017, p. S173-S181.
- 28 Ackerman Gulaid, Laurie, « Community-Facility Linkages to Support the Scale Up of Lifelong Treatment for Pregnant and Breastfeeding Women Living with HIV: A conceptual framework, compendium of promising practices and key operational considerations », UNICEF, juin 2015.
- 29 Ilesh, Jani, et al., « Effect of Point-of-Care Testing on Antiretroviral-Therapy Initiation Rates in Infants », résumé présenté lors de la Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes, 13-16 février 2017, Seattle, Washington, 2017.
- 30 Bourne, David E., et al., « Emergence of a Peak in Early Infant Mortality Due to HIV/AIDS in South Africa », *AIDS*, vol. 23, n° 1, 2 janvier 2009, p. 101-106.
- 31 Rodrigues, Jessica, « Point-of-Care HIV Diagnostics: A " game changer " for saving the lives of HIV-exposed infants », UNICEF, août 2017.
- 32 Rapport d'avancement sur les activités de PTME au Tchad, 2e, 3e et 4e trimestres de l'année 2013, janvier 2015.
- 33 Rapport d'avancement sur les activités de PTME au Tchad, 4e trimestre de l'année 2014, janvier 2015.
- 34 Ministère de la santé publique, « La République du Tchad: Plan national d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant 2017-2021 », p. 10.
- 35 ONUSIDA, <<http://aidsinfo.unaids.org/>>.
- 36 Ministère de la santé de la République centrafricaine, Campagne de dépistage familiale du VIH 2016-2017.
- 37 Kitetele, F et Vindu, E., « Impact de l'Approche centrée sur la famille (ACF) sur l'accès et la rétention dans les soins pédiatriques du VIH en RDC : expérience de l'hôpital pédiatrique Kalemebelembe à Kinshasa et Heal Africa à Goma », Ministère de la santé publique, Programme national de lutte contre le VIH/sida, 2017.
- 38 Singo, Assetina, et al., « Feasibility and Acceptability of Paediatric HIV Case Finding in Health Settings in Togo », manuscrit non publié, 2016.
- 39 UNICEF Nigéria, « Abstract on Feasibility and Impact of Implementing and Human Immunodeficiency Virus Risk Assessment within iCCM in Adamawa State », UNICEF Nigéria, 2016.
- 40 OMS, Consolidated Guidelines on HIV Testing Services, OMS, 2015, p. xiii.
- 41 Kitetele et Vindu, « Impact de l'Approche Centrée ».
- 42 Singo, et al., « Feasibility and Acceptability ».
- 43 Ministère de la Santé publique du Cameroun, « National Pediatric HIV Operational Plan 2016-2018 », 2015.
- 44 Kitetele et Vindu, « Impact de l'Approche Centrée ».

- 45 Long, Siân et Kelley Bunkers, « Building Protection and Resilience: Synergies for child protection systems and children affected by HIV and AIDS », document de travail de l'Équipe de travail interinstitutions chargée de la prévention et du traitement de l'infection à VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs enfants (IATT) ainsi que des enfants affectés par le sida (CABA), UNICEF et Vision mondiale, Genève, juillet 2013.
- 46 Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, « Synthèse de l'analyse situationnelle de la prise en charge du VIH pédiatrique en Afrique de l'Ouest et Centrale », 2016.
- 47 Ministère fédéral nigérian de la santé, « Report on the Assessment of Paediatric HIV in Nigeria: June-July 2014 », Ministère fédéral de la santé, Abuja, Nigéria, 2014.
- 48 Singo et al., « Feasibility and Acceptability ».
- 49 Getahun, Haileyesus, et al., « HIV Infection-Associated Tuberculosis: The epidemiology and the response », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 50, supplément 3, 2010, p. S201-S207.
- 50 Ministère de la santé publique, « Programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST », Rapport de l'analyse situationnelle de la prise en charge pédiatrique du VIH en République Démocratique du Congo, section 3.2.34, 2016, p. 37.
- 51 Chamla, Dick D., et al., « Patching the Gaps towards the 90-90-90 Targets: Outcomes of Nigerian children receiving antiretroviral treatment who are co-infected with tuberculosis », *Journal of the International AIDS Society*, vol. 18, supplément 6, 2 décembre 2015, p. 20251.
- 52 Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, « Synthèse de l'analyse situationnelle ».
- 53 Madec, Yoann, et al., « HIV Prevalence and Impact on Renutrition in Children Hospitalised for Severe Malnutrition in Niger: An argument for more systematic screening », *PLoS One*, vol. 6, n° 7, 2011.
- 54 Ministère fédéral nigérian de la santé, « Report on the Assessment of Paediatric HIV in Nigeria: June-July 2014 ».
- 55 OMS, Consolidated Guideline on Sexual and Reproductive Health and Rights of Women Living with HIV, OMS, Genève, 2017.
- 56 Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, « Synthèse de l'analyse situationnelle ».
- 57 Ibid.
- 58 Ministère fédéral nigérian de la santé, « Report on the Assessment of Paediatric HIV in Nigeria: June-July 2014 ».
- 59 Ibid.
- 60 Ibid.
- 61 Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, « Synthèse de l'analyse situationnelle ».
- 62 Ibid.
- 63 Hejoaka, Fabienne, « Care and Secrecy: Being a mother of children living with HIV in Burkina Faso », *Social Science & Medicine*, vol. 69, n° 6, juin 2009, p. 869-876.
- 64 Kitetele et Vindu, « Impact de l'Approche Centrée ».
- 65 Hejoaka, « Care and Secrecy ».
- 66 Kitetele et Vindu, « Impact de l'Approche Centrée ».
- 67 Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, « Synthèse de l'analyse situationnelle ».
- 68 Singo, et al., « Feasibility and Acceptability ».
- 69 UNICEF, Génération 2030 Afrique 2.0 : Favoriser les investissements dans l'enfance pour bénéficier du dividende démographique, UNICEF, New York, octobre 2017.
- 70 Sam-Agudu, Nadia A., Folayan, Morenike O. et Ezeanolue, Echezona E., « Seeking Wider Access to HIV Testing for Adolescents in Sub-Saharan Africa », *Pediatric Research*, vol. 79, n° 6, juin 2016, p. 838-845.
- 71 De Oliveira, Tulio, et al., « Transmission Networks and Risk of HIV Infection in KwaZulu-Natal, South Africa: A community-wide phylogenetic study », *The Lancet HIV*, vol. 4, n° 1, janvier 2017, p. e41-e50.
- 72 Commission nationale de la population du Nigéria, UNICEF Nigéria et les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, « Violence Against Children in Nigeria: Findings from a national survey – 2014 », UNICEF, Abuja, 2016.
- 73 UNICEF et UNESCO, Global Initiative on Out-of-School Children: West and Central Africa regional report, Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre et l'UNESCO, mars 2014.
- 74 Stevanovic Fenn, Natasha, et al., « Child Marriage, Adolescent Pregnancy and Family Formation in West and Central Africa: Patterns, trends and drivers of change », Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre et International Center for Research on Women, Dakar, 2015, p. 35, 43.
- 75 UNICEF, La situation des enfants dans le monde 2016 : l'égalité des chances pour chaque enfant, Tableau 9 : Protection de l'enfant, UNICEF, New York, juin 2016, p. 150-153.
- 76 ONUSIDA/UNICEF/OMS, Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida, et estimations 2017 de l'ONUSIDA.
- 77 Grosso, Ashley L., et al., « Structural Determinants of Health among Women who Started Selling Sex as Minors in Burkina Faso », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 68, supplément 2, 1er mars 2015, p. S162-S170.
- 78 Papworth, Erin, et al., « Epidemiology of HIV among Female Sex Workers, Their Clients, Men Who Have Sex with Men and People Who Inject Drugs in West and Central Africa », *Journal of the International AIDS Society*, vol. 16, supplément 3, 2 décembre 2013, p. 18751.
- 79 UNFPA, Adolescent Key Populations: West and Central Africa – Systematic review and policy analysis, Bureau région de l'UNFPA pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, Dakar, mai 2017, p. 25.
- 80 OMS, Normes mondiales pour la qualité des services de santé destinés aux adolescents : Guide pour la mise en œuvre d'une stratégie fondée sur des normes afin d'améliorer la qualité des services de santé pour les adolescents – Volume 1 – Normes et critères, OMS, Genève, 2015, p. 6.
- 81 Par exemple, voir Nichols, Brooke E, et al., « Cost-Effectiveness Analysis of Pre-Exposure Prophylaxis for HIV-1 Prevention in the Netherlands: A mathematical modelling study », *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 16, n° 12, décembre 2016, p. 1423-1429 ; et Bekker, Linda-Gail, « Adolescent PrEP Delivery: Opportunities and challenges », présentation PowerPoint, Desmond Tutu HIV Centre, université de Cape Town et la Société internationale du sida. Disponible à l'adresse : <https://www.hanc.info/behavioral/Documents/Adolescent%20PrEP%20Webinar%20Presentation%20-%20Dr.%20Linda-Gail%20Bekker.pdf>.
- 82 Rana, Yashodhara, et al., « Short Message Service (SMS)-Based Intervention to Improve Treatment Adherence among HIV-Positive Youth in Uganda: Focus group findings », *PLoS One*, vol. 10, n° 4, avril 2015.
- 83 OMS et UNITAID, « Landscape for HIV Rapid Diagnostic Tests for HIV Self-Testing », OMS et UNITAID, Genève, décembre 2015. Pour obtenir des informations mises à jour régulièrement sur les possibilités et obstacles associés à l'auto-dépistage dans chaque pays, veuillez consulter le site suivant : <[www.hivst.org](http://www.hivst.org)>.
- 84 Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et Union africaine, « Émanciper les jeunes femmes et les adolescentes : accélérer la fin de l'épidémie de sida en Afrique », ONUSIDA, Genève, 2015.
- 85 « Improving Youth Sexual and Reproductive Health in Northern Nigeria », étude de référence, 2013, citée dans le rapport d'expertise du Dr Georges Tiendrebeogo, « Stimulating Demand and Enabling Access to HIV Services for AYP: A Benue's pilot project approach to end adolescent AIDS », Nigeria Youth Network on HIV and AIDS, Education as a Vaccine, BenSACA et UNICEF, 2016.
- 86 « Stimulating Demand and Enabling Access to HIV Services for AYP », Dr Georges Tiendrebeogo, 2016.
- 87 Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Start Free, Stay Free, AIDS Free: Cadre pour une accélération accrue de l'action en vue de mettre fin au sida chez les enfants, les adolescents et les jeunes femmes, ONUSIDA, Genève, 2016.
- 88 Organisation mondiale de la Santé, Directives mondiales relatives aux critères et aux procédures de validation : Élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis, OMS, Genève, 2014.
- 89 Organisation mondiale de la Santé, Consolidated Guidelines on HIV Testing Services: 5Cs – Consent, confidentiality, counselling, correct results and connection, OMS, Genève, juillet 2015.
- 90 Cluver, Lucie D., et al., « Combination Social Protection for Reducing HIV-Risk Behavior among Adolescents in South Africa », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 72, n° 1, 1er mai 2016, p. 96-104.
- 91 Ministère du développement social, Agence sud-africaine de la sécurité sociale et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, The South African Child Support Grant Impact Assessment: Evidence from a survey of children, adolescents and their households, UNICEF Afrique du Sud, Pretoria, 2012.
- 92 Handa, Sudhanshu, et al., « The Government of Kenya's Cash Transfer Program Reduces the Risk of Sexual Debut among Young People Age 15-25 », *PLoS One*, vol. 9, n° 1, 2014, p. e85473.
- 93 Cluver, Lucie, et al., « Child-Focused State Cash Transfers and Adolescent Risk of HIV Infection in South Africa: A propensity-score-matched case-control study », *The Lancet Global Health*, vol. 1, n° 6, décembre 2013, p. e362-e370.
- 94 Baird, Sarah J., et al., « Effect of a Cash Transfer Programme for Schooling on Prevalence of HIV and Herpes Simplex Type 2 in Malawi: A cluster randomised trial », *The Lancet*, vol. 379, n° 9823, 7 avril 2012, p. 1320-1329.
- 95 Site mondial U-Report, <<https://ureport.in/ureporters/>>.

# ANNEXE

## TABLEAUX STATISTIQUES

### À PROPOS DES DONNÉES

#### Sources des données

Suivi mondial du sida en 2017 : Afin d'harmoniser la collecte des données et d'alléger le fardeau que représente, pour les pays, l'établissement de rapports, l'ONUSIDA, l'OMS et l'UNICEF ont mis au point un outil commun d'établissement de rapports. La liste des indicateurs a été révisée en 2016 afin que les rapports rédigés par les pays puissent s'inscrire dans le cadre de suivi du VIH pour la période 2016-2021. Les lignes directrices qui accompagnent cet outil guident les pays dans son utilisation et fournissent des indications détaillées sur les indicateurs utilisés. En mars 2017, les pays ont communiqué des données administratives ainsi que de nouvelles données issues des enquêtes de 2016. Après nettoyage et validation des données, un certain nombre d'indicateurs ont été publiés à l'adresse suivante : [aidsinfo.unaids.org](http://aidsinfo.unaids.org).

Estimations 2017 de l'ONUSIDA : L'ONUSIDA, l'OMS et l'UNICEF utilisent le logiciel de modélisation de l'organisation Avenir Health, Spectrum/EPP, afin d'établir des estimations relatives à certains indicateurs du VIH. Ces modèles mathématiques utilisent des données administratives et des données issues d'enquêtes nationales et sous-nationales afin d'estimer les chiffres passés, présents et futurs du VIH.

Enquêtes représentatives sur le plan national, 2010-2016 : Les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), les enquêtes démographiques et de santé (EDS), les enquêtes sur les indicateurs du sida (EIS), les enquêtes sur la santé de la reproduction, les enquêtes sur les comportements sexuels et d'autres enquêtes représentatives à l'échelon national sont actuellement utilisées pour recueillir des données sur les connaissances, les attitudes et les comportements liés au VIH et au sida. Certaines enquêtes démographiques portant sur le VIH permettent également de collecter des données sur les marqueurs biologiques du VIH.

Pour en savoir plus sur les données et avoir accès à tous les tableaux statistiques, consulter [data.unicef.org](http://data.unicef.org).

Tableau 1

## Indicateurs épidémiologiques du VIH, Afrique de l'Ouest et du Centre, 2016

| Pays                                   | ODD 3.3.1 : Incidence du VIH (nouvelles infections à VIH pour 1 000 habitants non infectés) |                   |                         | Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH |                    |                          |                         | Nombre estimé de nouvelles infections à VIH |                   |                          |                         | Nombre estimé de décès liés au sida |                    |                          |                         |
|--|---|-------------------|-------------------------|---|--------------------|--------------------------|-------------------------|---|-------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------------------|--------------------|--------------------------|-------------------------|
|  | Total (tous âges)   | Enfants (< 5 ans) | Adolescents (15-19 ans) | Total (tous âges)                             | Enfants (0-14 ans) | Adolescentes (10-19 ans) | Adolescents (10-19 ans) | Total (tous âges)                           | Enfants (< 5 ans) | Adolescentes (10-19 ans) | Adolescents (10-19 ans) | Total (tous âges)                   | Enfants (0-14 ans) | Adolescentes (10-19 ans) | Adolescents (10-19 ans) |
| Bénin                                  | 0.34  | 0.25              | 0.58                    | 67 000  | 6 300              | 2 800                    | 2 300                   | 3 600                                       | < 500             | < 500                    | < 500                   | 2 400                               | < 500              | < 100                    | < 100                   |
| Burkina Faso                           | 0.19  | 0.18              | 0.47                    | 95 000  | 10 000             | 6 600                    | 5 200                   | 3 400                                       | < 1 000           | < 1 000                  | < 500                   | 3 100                               | < 500              | < 200                    | < 500                   |
| Cabo Verde                             | -   | -                 | -                       | 2 800   | < 200              | < 100                    | < 100                   | < 200                                       | < 100             | < 100                    | < 100                   | < 100                               | < 100              | < 100                    | < 100                   |
| Cameroun                               | 1.39  | 1.09              | 2.41                    | 560 000                                       | 46 000             | 25 000                   | 15 000                  | 32 000                                      | 4 000             | 4 900                    | 1 100                   | 29 000                              | 3 200              | < 1 000                  | < 1 000                 |
| Congo                                  | 1.65  | 1.39              | 1.38                    | 91 000  | 6 000              | 2 400                    | 1 700                   | 7 600                                       | 1 100             | < 500                    | < 200                   | 3 800                               | < 1 000            | < 100                    | < 100                   |
| Côte d'Ivoire                          | 0.86  | 0.87              | 0.60                    | 460 000                                       | 36 000             | 14 000                   | 11 000                  | 20 000                                      | 3 300             | 1 300                    | < 200                   | 25 000                              | 2 600              | < 1 000                  | < 1 000                 |
| Gabon                                  | 0.92  | 0.95              | 1.57                    | 48 000  | 3 700              | 1 800                    | 1 100                   | 1 700                                       | < 500             | < 500                    | < 100                   | 1 500                               | < 500              | < 100                    | < 100                   |
| Gambie                                 | 0.65  | 0.47              | 0.23                    | 20 000  | 1 600              | < 500                    | < 500                   | 1 300                                       | < 200             | < 100                    | < 100                   | 1 100                               | < 200              | < 100                    | < 100                   |
| Ghana                                  | 0.78  | 0.79              | 0.83                    | 290 000                                       | 32 000             | 14 000                   | 9 600                   | 20 000                                      | 3 000             | 1 900                    | < 500                   | 15 000                              | 2 500              | < 500                    | < 1 000                 |
| Guinée                                 | 0.67  | 0.68              | 1.08                    | 120 000                                       | 10 000             | 5 400                    | 3 300                   | 8 300                                       | 1 300             | 1 100                    | < 500                   | 5 800                               | < 1 000            | < 200                    | < 200                   |
| Guinée-Bissau                          | 0.72  | 0.72              | 0.56                    | 36 000  | 4 200              | 1 100                    | < 1 000                 | 1 300                                       | < 500             | < 100                    | < 100                   | 2 000                               | < 500              | < 100                    | < 100                   |
| Guinée équatoriale                     | 2.71  | 1.35              | 2.36                    | 35 000  | 2 400              | < 1 000                  | < 1 000                 | 2 300                                       | < 200             | < 200                    | < 100                   | < 1 000                             | < 200              | < 100                    | < 100                   |
| Libéria                                | 0.66  | 0.47              | 1.49                    | 43 000  | 4 200              | 2 900                    | 2 000                   | 2 900                                       | < 500             | < 1 000                  | < 200                   | 2 800                               | < 500              | < 200                    | < 200                   |
| Mali                                   | 0.33  | 0.51              | 0.62                    | 110 000                                       | 14 000             | 5 600                    | 4 300                   | 5 900                                       | 1 600             | < 1 000                  | < 500                   | 6 100                               | < 1 000            | < 200                    | < 200                   |
| Niger                                  | 0.09  | 0.13              | 0.18                    | 48 000  | 5 800              | 2 400                    | 2 000                   | 1 800                                       | < 1 000           | < 500                    | < 200                   | 3 400                               | < 500              | < 200                    | < 200                   |
| Nigéria                                | 1.23  | 1.19              | 2.18                    | 3 200 000                                     | 270 000            | 130 000                  | 100 000                 | 220 000                                     | 37 000            | 26 000                   | 15 000                  | 160 000                             | 24 000             | 3 800                    | 4 200                   |
| République centrafricaine              | 1.80  | 0.80              | 1.51                    | 130 000                                       | 9 200              | 4 800                    | 3 900                   | 8 700                                       | < 1 000           | < 1 000                  | < 500                   | 7 300                               | < 1 000            | < 500                    | < 500                   |
| République démocratique du Congo       | 0.17  | 0.21              | 0.24                    | 370 000                                       | 48 000             | 18 000                   | 14 000                  | 13 000                                      | 2 900             | 1 700                    | < 500                   | 19 000                              | 2 800              | < 1 000                  | < 1 000                 |
| Sao Tomé-et-Principe                   | -   | -                 | -                       | -   | -                  | -                        | -                       | -   | -                 | -                        | -                       | -                                   | -                  | -                        | -                       |
| Sénégal                                | 0.08  | 0.16              | 0.12                    | 41 000  | 4 800              | 1 500                    | 1 300                   | 1 100                                       | < 500             | < 200                    | < 100                   | 1 900                               | < 500              | < 100                    | < 100                   |
| Sierra Leone                           | -   | -                 | -                       | 67 000  | 4 400              | 3 100                    | 1 900                   | 5 300                                       | < 500             | < 1 000                  | < 500                   | 2 800                               | < 500              | < 100                    | < 100                   |
| Tchad                                  | 0.34  | 0.38              | 0.38                    | 110 000                                       | 11 000             | 4 400                    | 3 300                   | 4 800                                       | < 1 000           | < 500                    | < 200                   | 2 800                               | < 1 000            | < 200                    | < 200                   |
| Togo                                   | 0.59  | 0.65              | 0.49                    | 100 000                                       | 12 000             | 4 200                    | 3 400                   | 4 100                                       | < 1 000           | < 500                    | < 100                   | 5 100                               | < 1 000            | < 200                    | < 500                   |
| <b>Afrique de l'Ouest et du Centre</b> | <b>0.78</b>   | <b>0.74</b>       | <b>1.25</b>             | <b>6 100 000</b>                              | <b>540 000</b>     | <b>260 000</b>           | <b>190 000</b>          | <b>360 000</b>                              | <b>60 000</b>     | <b>43 000</b>            | <b>19 000</b>           | <b>300 000</b>                      | <b>43 000</b>      | <b>7 700</b>             | <b>8 500</b>            |

La liste complète des pays et régions classés par régions, sous-régions et pays figure sur le site Internet <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il est déconseillé de comparer les données des rapports consécutifs de mise à jour des statistiques sur le VIH/sida.

#### DÉFINITIONS DES INDICATEURS

**Incidence du VIH pour 1 000 habitants non infectés** : nombre estimé de nouvelles infections à VIH pour 1 000 habitants non infectés, 2016. Données relatives aux enfants (< 5 ans), aux adolescents (15-19 ans) et à tous les âges.

**Personnes vivant avec le VIH** : nombre estimé de personnes vivant avec le VIH, 2016. Données relatives aux enfants (0-14 ans), aux adolescentes (10-19 ans), aux adolescents (10-19 ans) et à tous les âges.

**Nouvelles infections à VIH** : nombre estimé de nouvelles infections à VIH, 2016. Données relatives aux enfants (0-14 ans), aux adolescentes (15-19 ans), aux adolescents (15-19 ans) et à tous les âges.

**Décès liés au sida** : nombre estimé de décès liés au sida, 2016. Données relatives aux enfants (0-14 ans), aux adolescentes (10-19 ans), aux adolescents (10-19 ans) et à tous les âges.

#### PRINCIPALE SOURCE DE DONNÉES

Estimations 2017 de l'ONUSIDA, juillet 2017.

#### REMARQUES

- Données non disponibles.

## Couverture des principales interventions de lutte contre le VIH, Afrique de l'Ouest et du Centre, 2016

| Pays                                   | Pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH et recevant un traitement antirétroviral efficace dans le cadre de la PTME | Pourcentage de personnes vivant avec le VIH et recevant un traitement antirétroviral |                    |                         | Pourcentage d'adolescents (de 15 à 19 ans) déclarant avoir eu de multiples partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois et utilisé un préservatif lors du dernier rapport |          | Pourcentage d'adolescents (de 15 à 19 ans) ayant réalisé un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et reçu les résultats du dernier test |          | Pourcentage d'adolescents (de 15 à 19 ans) possédant des connaissances exactes et étendues sur le VIH |          |            |          |             |          |             |          |
|--|---|--|--------------------|-------------------------|--|----------|--|----------|---|----------|------------|----------|-------------|----------|-------------|----------|
|  |   | Total (tous âges)  | Enfants (0-14 ans) | Adolescents (10-19 ans) | Hommes   | Femmes   | Hommes   | Femmes   | Hommes  | Femmes   |            |          |             |          |             |          |
| Bénin                                  | > 95  | 57   | 32                 | -                       | 43.3   | -        | 38.1   | -        | 5.6   | -        | 7.3        | -        | 29          | -        | 21.6        | -        |
| Burkina Faso                           | 83  | 60   | 24                 | -                       | 76.4   | x,y      | 57.3   | x,y      | 4   | x        | 7.9        | x        | 30.9        | x        | 28.8        | x        |
| Cabo Verde                             | > 95  | 57   | 65                 | 40                      | -  | -        | -  | -        | -   | -        | -          | -        | -           | -        | -           | -        |
| Cameroun                               | 74  | 37   | 18                 | -                       | 69.6   | -        | 52   | -        | 6.9   | -        | 14.5       | -        | 29.8        | -        | 25.7        | -        |
| Congo                                  | 16  | 23   | 25                 | -                       | 56   | -        | 45.5   | -        | 3.8   | -        | 8          | -        | 25          | y        | 15.7        | -        |
| Côte d'Ivoire                          | 73  | 41   | 25                 | -                       | 70.1   | -        | 31.8   | -        | 5.2   | -        | 9.7        | -        | 20.9        | -        | 15          | -        |
| Gabon                                  | 76  | 63   | 39                 | 61                      | 77.3   | -        | 58.3   | -        | 6.1   | -        | 20.4       | -        | 34.8        | -        | 28.8        | -        |
| Gambie                                 | 69  | 30   | 33                 | -                       | -  | x        | -  | x,y      | 1.9   | -        | 5.9        | -        | 26.5        | -        | 21.9        | -        |
| Ghana                                  | 56  | 34   | 15                 | -                       | -  | -        | 21.6   | y        | 1.3   | -        | 4.5        | -        | 24.5        | -        | 18.1        | -        |
| Guinée                                 | 43  | 35   | 18                 | -                       | 46.2   | y        | 29.7   | -        | 0.9   | -        | 2.5        | -        | 28.7        | -        | 19.8        | -        |
| Guinée-Bissau                          | 85  | 33   | 15                 | -                       | 59.5   | -        | 40.9   | -        | 1.8   | -        | 4.8        | -        | 19.3        | -        | 20.3        | -        |
| Guinée équatoriale                     | 90  | 43   | 16                 | -                       | 31.4   | -        | 17.4   | -        | 6.8   | -        | 26.9       | -        | 12.3        | -        | 17.3        | -        |
| Libéria                                | 70  | 19   | 11                 | -                       | 21.6   | y        | 27.1   | -        | 3.6   | -        | 13.1       | -        | 19          | -        | 34.6        | -        |
| Mali                                   | 35  | 35   | 21                 | 7                       | 47   | -        | 25.7   | -        | 1.3   | -        | 7.6        | -        | 26.7        | -        | 20.7        | -        |
| Niger                                  | 52  | 32   | 17                 | 14                      | -  | -        | -  | -        | 1.5   | -        | 4.1        | -        | 21.3        | -        | 12.3        | -        |
| Nigéria                                | 32  | 30   | 21                 | -                       | 46.1   | y        | 38.1   | -        | 2.3   | -        | 4.2        | -        | 29.3        | -        | 22.4        | -        |
| République centrafricaine              | 81  | 24   | 18                 | 25                      | 49.8   | x        | 28.1   | x        | 6.8   | x        | 14.6       | x        | 26.4        | x        | 17.1        | x        |
| République démocratique du Congo       | 70  | 42   | 30                 | -                       | 17.3   | -        | 12.1   | -        | 1.4   | -        | 4.5        | -        | 20.3        | -        | 17.1        | -        |
| Sao Tomé-et-Principe                   | -   | -  | -                  | -                       | 78.5   | -        | -  | -        | 8   | -        | 22.1       | -        | 42          | -        | 40.5        | -        |
| Sénégal                                | 55  | 52   | 26                 | 31                      | -  | -        | -  | -        | 6   | -        | 9.6        | -        | 28.2        | -        | 26.1        | -        |
| Sierra Leone                           | 87  | 26   | 18                 | -                       | 23.5   | -        | 9.7  | -        | 3   | -        | 11         | -        | 28.5        | -        | 28          | -        |
| Tchad                                  | 63  | 39   | 14                 | -                       | -  | -        | 53.6   | -        | 1.5   | -        | 5.3        | -        | 11.6        | -        | 10.2        | -        |
| Togo                                   | 86  | 51   | 26                 | 27                      | -  | -        | -  | -        | 6.7   | -        | 11.2       | -        | 27.9        | -        | 22.8        | -        |
| <b>Afrique de l'Ouest et du Centre</b> | <b>49</b>   | <b>34</b>  | <b>21</b>          | <b>-</b>                | <b>42.7</b>  | <b>-</b> | <b>31.8</b>  | <b>-</b> | <b>2.7</b>  | <b>-</b> | <b>6.0</b> | <b>-</b> | <b>25.6</b> | <b>-</b> | <b>20.3</b> | <b>-</b> |

La liste complète des pays et régions classés par régions, sous-régions et pays figure sur le site Internet <data.unicef.org/regionalclassifications>.

Il est déconseillé de comparer les données des rapports consécutifs de mise à jour des statistiques sur le VIH/sida.

#### DÉFINITIONS DES INDICATEURS

**Femmes enceintes vivant avec le VIH et recevant un traitement antirétroviral dans le cadre de la PTME :** Pourcentage estimé de femmes enceintes vivant avec le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral efficace (à l'exception de la dose unique de névirapine) dans le cadre de la PTME, 2016.

**Personnes vivant avec le VIH et recevant un traitement antirétroviral :** Pourcentage estimé de personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral, 2016. Données relatives aux enfants (0-14 ans), aux adolescents (10-19 ans) et à tous les âges.

**Utilisation du préservatif chez les adolescents ayant de multiples partenaires :** Pourcentage de filles et de garçons (15-19 ans) ayant déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel, 2011-2016.

**Adolescents ayant réalisé un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et reçu les résultats du dernier test :** Pourcentage d'adolescents (15-19 ans) ayant réalisé un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant reçu les résultats du dernier test, 2011-2016.

**Connaissances exactes et étendues sur le VIH chez les adolescents :** Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 19 ans capables d'identifier les deux principaux moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH (utilisation du préservatif et relations sexuelles avec un seul partenaire fidèle et non infecté), de réfuter les deux idées fausses les plus répandues dans leur région sur la transmission du VIH, et de savoir qu'une personne qui a l'air en bonne santé peut être séropositive.

#### PRINCIPALES SOURCES DE DONNÉES

Femmes enceintes vivant avec le VIH et recevant un traitement antirétroviral dans le cadre de la PTME ; personnes vivant avec le VIH et recevant un traitement antirétroviral : estimations 2017 de l'ONUSIDA, juillet 2017.

Utilisation du préservatif chez les adolescents ayant de multiples partenaires ; adolescents ayant réalisé un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et reçu les résultats ; connaissances étendues du VIH chez les adolescents : bases de données mondiales de l'UNICEF sur le VIH et le sida, constituées à partir des MICS, des EDS, des EIS et d'autres enquêtes nationales auprès des ménages.

#### REMARQUES

- Données non disponibles.

x Les données ne portent pas sur la période étudiée et ne sont donc pas incluses dans les statistiques régionales.

y Basé sur de petits dénominateurs.



Restons connectés

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)

[www.unicef.org](http://www.unicef.org)

[www.childrenandaids.org](http://www.childrenandaids.org)



[blogs.unicef.org](http://blogs.unicef.org)



[www.twitter.com/unicef@unicef\\_aids](https://www.twitter.com/unicef@unicef_aids)



[www.facebook.com/unicef](https://www.facebook.com/unicef)



[www.instagram.com/UNICEF](https://www.instagram.com/UNICEF)



[www.google.com/+UNICEF](https://www.google.com/+UNICEF)



[www.linkedin.com/company/unicef](https://www.linkedin.com/company/unicef)



[www.youtube.com/unicef](https://www.youtube.com/unicef)

Publié par le

**Fonds des Nations Unies pour l'enfance**  
**Bureau régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre**  
**B. P. 29720**  
**Dakar-Yoff, Sénégal**

**Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida**  
**Équipe d'appui aux régions de l'ONUSIDA pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre**  
**B. P. 5748**  
**Dakar-Fann, Sénégal**

ISBN: 978-92-806-4928-1

© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)

Avril 2018