

# COMPTE-RENDU DE LA 55E RÉUNION DU CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME

**Documents supplémentaires pour ce point : N/A**

**Mesure requise lors de cette réunion — le Conseil de Coordination du Programme est invité à :**

- *Adopter* le rapport de la 55e réunion du Conseil de Coordination du programme.

**Implications financières pour la mise en œuvre des décisions : nulles**

## 1. Ouverture

### 1.1 Ouverture de la réunion et adoption de l'ordre du jour

1. Le Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA (le Conseil ou CCP) s'est réuni à Nairobi, au Kenya, et en ligne conformément aux modalités approuvées pour sa 55e réunion le 10 décembre 2024.
2. La Présidence du CCP, Son Excellence Harry Kimtai, secrétaire principal du département d'État pour les services médicaux, Kenya, a souhaité la bienvenue aux participants à la réunion. Après l'hymne national kenyan, une minute de silence a été observée à la mémoire de toutes les personnes décédées du sida.
3. La Présidence a informé la réunion des dispositions logistiques et du déroulement de la réunion, et a rappelé les décisions intersessions adoptées par le CCP sur les [modalités et les procédures pour les réunions du CCP de 2024](#).
4. Les participants ont adopté l'ordre du jour.

### 1.2 Examen du rapport de la 54e réunion du CCP

5. La Présidence a indiqué que le rapport révisé de la 54e réunion du CCP avait été publié sur le site Internet de l'ONUSIDA en octobre 2024 après l'approbation du Bureau et du Président du CCP. Les participants ont adopté le rapport.

### 1.3 Rapport de la Directrice exécutive

6. Winnie Byanyima, Directrice exécutive du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), a souhaité la bienvenue aux délégués et a remercié le Kenya d'accueillir la réunion du CCP à Nairobi. Elle a félicité le pays pour son programme de lutte contre le VIH, qui a permis de réduire considérablement le nombre de décès dus au sida et de nouvelles infections par le VIH. Elle a également souhaité la bienvenue aux nouveaux membres du CCP et aux délégués des ONG.
7. Mme Byanyima a appelé les gouvernements du monde entier à « emprunter la voie du droit », en référence au titre du rapport de la Journée mondiale de lutte contre le sida 2024. Elle a déclaré que l'examen à mi-parcours, présenté en juillet 2024, montrait des progrès positifs, mais identifiait également les défis à venir. Elle a reconnu qu'il ne serait pas facile d'atteindre les objectifs 95-95-95 d'ici 2025, mais elle a insisté sur le fait que cela était possible moyennant un investissement et un engagement sérieux de la part des États membres.
8. Il est cependant nécessaire de faire face à certaines « vérités difficiles », a déclaré la Directrice exécutive au CCP. La riposte mondiale au VIH est confrontée à un déficit croissant, qui s'élève à environ 9,5 milliards de dollars, a-t-elle expliqué, même si 60 % du financement de la lutte contre le VIH provient de ressources nationales. Les déficits de financement les plus importants se situent au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, ainsi qu'en Europe de l'Est et en Asie centrale, régions qui progressent également le plus lentement dans la lutte contre le sida. Mme Byanyima a appelé les gouvernements à combler le déficit de financement, notamment en contribuant à la reconstitution du Fonds mondial et en soutenant pleinement le plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR).
9. L'examen à mi-parcours de la stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 a également mis en évidence des opportunités, a-t-elle poursuivi, notamment le potentiel de « changement de la donne » des médicaments à longue durée d'action contre le

- VIH. Si les gouvernements prennent les décisions politiques et financières nécessaires pour mettre fin aux inégalités, faire reculer les nouvelles infections et exploiter les nouvelles technologies, le monde atteindra ses objectifs communs, a-t-elle déclaré.
10. L'ONUSIDA travaille sur plusieurs fronts pour aider les pays à atteindre l'objectif de 2030 et à maintenir les progrès au-delà, a déclaré Mme Byanyima. L'équipe spéciale mondiale sur les objectifs pour 2030 a achevé ses travaux, l'ONUSIDA aide les pays à élaborer des feuilles de route pour la durabilité (plus de 30 pays ont achevé leur feuille de route à ce jour), et elle a commencé les travaux du Groupe indépendant de haut niveau sur un Programme commun de l'ONUSIDA résilient et adapté à son objectif, a-t-elle déclaré. Les objectifs proposés pour 2030 seraient axés sur la réduction des nouvelles infections et des décès liés au sida d'ici à 2030 et sur des réponses intégrées qui garantiront des services et des systèmes durables de lutte contre le VIH après 2030. L'ONUSIDA travaille en étroite collaboration avec le PEPFAR, le Fonds mondial, les gouvernements et les communautés à l'élaboration d'un cadre de durabilité.
  11. La prochaine stratégie mondiale de lutte contre le sida devrait être axée sur une action concertée en faveur de la prévention du VIH et de la pérennisation des actions de lutte contre le VIH à l'horizon 2030 et au-delà. La prochaine stratégie mondiale de lutte contre le sida s'appuierait sur le cadre des inégalités de l'actuelle stratégie mondiale de lutte contre le sida et renforcerait la responsabilité, notamment en matière de droits humains, tout en mettant l'accent sur le rôle des communautés dans la conduite des ripostes au VIH. Il se concentrera également sur le coût de l'inaction dans le contexte des chocs climatiques et des crises humanitaires.
  12. La prochaine stratégie sera élaborée dans le cadre d'un processus progressif et consultatif et comprendra des réunions d'information régulières à l'intention du CCP, a expliqué Mme Byanyima. Le CCP recevra les grandes lignes de la stratégie en juin 2025 et devrait adopter la stratégie finale lors de sa réunion de décembre 2025.
  13. Le Groupe de haut niveau, composé de diverses parties prenantes, dont des personnes vivant avec le VIH et affectées par celui-ci et les pays les plus touchés par l'épidémie, est en train d'élaborer sa réflexion sur un modèle opérationnel révisé pour le Programme commun afin de rendre l'ONUSIDA apte à relever les défis de l'avenir, a-t-elle déclaré lors de la réunion. Le Groupe se penche sur des questions clés, notamment sur la manière dont le travail du Programme commun devrait évoluer, sur la manière dont il pourrait devenir plus rationnel et plus flexible, et sur la manière dont il pourrait adopter une approche plus intégrée de sa budgétisation, a-t-elle déclaré.
  14. Le Groupe s'est réuni deux fois et trois sous-groupes (sur la programmation, les partenariats et les ressources) se sont réunis à plusieurs reprises. Le Groupe a travaillé de manière consultative avec le soutien d'une facilitation externe. Les recommandations du Groupe seront reçues par la Directrice exécutive et le COC. Sur la base de ces recommandations, la Directrice exécutive et le COC feront rapport à la 56e réunion du CCP en juin 2025 sur le réexamen du modèle de fonctionnement pour examen par le Conseil. De plus amples informations sont disponibles sur le site Web de l'ONUSIDA.
  15. Les perspectives financières pour 2025 sont inquiétantes, a déclaré la Directrice exécutive, et le Programme commun agit pour s'adapter à l'évolution de la situation. La contribution de base prévue pour 2024 est restée à 140 millions de dollars US, soit 20 millions de dollars US de moins que le budget de fonctionnement de base convenu de 160 millions de dollars US. En 2025, les contributions de base devraient s'élever à environ 125 millions d'USD, soit 5 millions d'USD de moins que prévu.
  16. Mme Byanyima a remercié tous les donateurs qui ont continué à soutenir l'ONUSIDA

et qui ont fourni ou promis des montants en 2024 malgré le contexte économique mondial difficile. Elle a déclaré que le Programme commun dépendait de leur soutien continu en 2025 et au-delà, et elle a exhorté les donateurs qui n'ont pas encore fait d'annonces de contributions pour 2025 à le faire et à verser l'intégralité de leurs contributions pour 2025 dès que possible. Cela permettrait à l'ONUSIDA de poursuivre son travail essentiel en 2025.

17. La Directrice exécutive a reconnu que certains partenaires de longue date avaient dû prendre des décisions difficiles concernant leur niveau de soutien à l'ONUSIDA. Elle les a remerciés de rester actifs et engagés dans la mission du Programme commun et leur a demandé de faciliter l'obtention de ressources autres que les ressources de base dans les cas où les contributions annuelles de base ont été réduites.
18. Mme Byanyima a déclaré au CCP que l'ONUSIDA restait déterminé à accélérer la mobilisation des ressources en démontrant sa valeur ajoutée unique et à réaliser des économies supplémentaires lorsque cela est possible. Les dépenses pour 2025 ont été révisées à la baisse pour atteindre 150 millions de dollars et le Secrétariat s'est efforcé d'économiser 6 millions de dollars en gelant tous les postes vacants et en réduisant les frais de voyage et autres dépenses. Le gel des postes vacants accroît le stress du personnel et les responsables surveillent attentivement le bien-être du personnel. Les Coparrainants ont également été invités à trouver des économies de 4 millions de dollars pour 2025.
19. En ce qui concerne les perspectives d'accélération de la lutte contre le VIH, Mme Byanyima a déclaré que, chaque jour, plus de 3 500 personnes étaient nouvellement infectées et que 1 700 personnes mouraient de maladies liées au sida. Cependant, de nouvelles innovations en matière de prévention et de traitement à action prolongée pourraient ouvrir une nouvelle ère. La dernière innovation, le Lénacapavir, a montré que deux injections par an seulement pouvaient prévenir la transmission du VIH avec une efficacité allant jusqu'à 100 %. Parmi les autres nouvelles technologies qui changent la donne, citons le Cabotégravir injectable, un anneau vaginal à la Dapivirine d'une durée de trois mois et une prophylaxie préexposition (PrEP) orale à action plus longue (mensuelle), qui passera à la phase 3 des essais en 2025.
20. Mme Byanyima a déclaré que le monde avait une occasion rare d'ouvrir une nouvelle ère pour la riposte au VIH et de s'approcher du moment où la pandémie sera enfin maîtrisée. Elle a rappelé qu'il avait fallu près d'une décennie pour que les antirétroviraux (ARV) salvateurs atteignent les pays d'Afrique les plus touchés et que le déploiement de la PrEP orale en Afrique avait mis de nombreuses années à prendre de l'ampleur. Les retards et les inégalités dans l'accès aux technologies vitales prolongent la pandémie, a-t-elle averti, et elle a assuré le CCP que l'ONUSIDA et ses partenaires travaillaient dur pour garantir que les nouvelles technologies soient disponibles partout où elles sont nécessaires.
21. Mme Byanyima a exhorté les pays à utiliser la science et les innovations pour le bien de l'humanité tout entière. Les innovations en matière d'ARV à longue durée d'action pourraient être cruciales pour faire reculer les infections par le VIH et rendre la riposte au VIH durable pour les gouvernements, a-t-elle déclaré. Toutefois, si les tendances actuelles se maintiennent, la PrEP à longue durée d'action ne touchera que quelques milliers de personnes en 2025, alors que l'objectif mondial de la PrEP est de 10 millions.
22. Une grande ambition est nécessaire pour que les pays puissent déployer des ARV à longue durée d'action à grande échelle, a-t-elle déclaré. La capacité de fabrication de ces innovations et d'autres innovations cruciales devrait exister dans toutes les

régions, y compris en Afrique. Mme Byanyima a félicité le Brésil pour avoir dirigé le consensus du G20 en faveur d'une nouvelle coalition mondiale pour la production locale et régionale, l'innovation et l'accès équitable, et elle a remercié les gouvernements du G20 d'avoir inclus le VIH dans le cadre de cette initiative pour la production locale et régionale.

23. La Directrice exécutive a déclaré que chaque pays à revenu faible ou intermédiaire devrait être en mesure d'accéder à des génériques abordables, y compris en recourant aux flexibilités de l'accord sur les ADPIC, le cas échéant. Il est également important de soutenir de nouveaux essais cliniques pour de nouvelles combinaisons de traitement du VIH comprenant des ARV à longue durée d'action, afin que les régimes puissent être disponibles dans tous les pays.
24. Ce travail urgent et salvateur ne peut se poursuivre sans financement, a souligné Mme Byanyima. La réussite de la reconstitution du Fonds mondial et la réautorisation du PEPFAR pour les cinq prochaines années, qui devait intervenir en mars 2025, sont essentielles pour sauver des vies dans le monde entier.
25. Un chemin difficile s'annonce dans un monde en proie à de multiples crises, a-t-elle déclaré au CCP. Il n'y avait pas de « solution miracle ». Les nouveaux médicaments sont essentiels, mais ils ne résoudreont pas les problèmes des systèmes de santé et ne mettront pas fin à la stigmatisation et à la discrimination. La Directrice exécutive a appelé les gouvernements, les donateurs et les communautés à saisir les opportunités qui se présentent pour mettre fin à la pandémie.
26. La Présidence du CCP a laissé la place aux commentaires. Les membres et les observateurs ont remercié la Directrice exécutive pour son rapport opportun, complet et qui donne à réfléchir. Ils ont déclaré qu'ils étaient encouragés par les progrès documentés dans l'examen à mi-parcours de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026, mais ont averti que d'importants défis en matière de programmation et de finances publiques restaient à relever. Bien qu'il y ait eu beaucoup de raisons de se réjouir, il restait encore beaucoup de travail à accomplir. Le monde n'est pas sur la bonne voie pour atteindre les objectifs de 2030, et la riposte au VIH se trouve à un moment critique, ont-ils déclaré.
27. Le sous-investissement dans la prévention ralentit les progrès et les taux d'infection par le VIH ne diminuent pas assez rapidement, ont déclaré les intervenants au CCP. En outre, les programmes de traitement du VIH manquaient à plus de neuf millions de personnes vivant avec le virus, les enfants étant les plus touchés. L'étroitesse du soutien financier et le rejet des droits humains ont entravé les progrès nécessaires pour contrôler et mettre fin à la pandémie.
28. Les intervenants ont souligné que l'accent devait être mis sur la réduction décisive de l'incidence du VIH, de la morbidité et de la mortalité. Les fonds limités doivent être orientés vers les interventions les plus efficaces et un leadership politique astucieux est nécessaire pour gérer les ressources disponibles de manière optimale. La complaisance n'était pas une option. Les intervenants ont rappelé que les visites sur le terrain effectuées avant la réunion avaient clairement montré comment l'épidémie de VIH reflète et est alimentée par les inégalités et les injustices.
29. Les intervenants ont également souligné que le Programme commun avait permis au monde d'accomplir de grandes choses, mais que son travail n'était pas encore terminé. L'ONUSIDA et les membres du CCP ont dû faire face ensemble aux réalités collectives et ajuster leurs approches à la lumière des défis et contraintes géopolitiques.
30. Les intervenants ont noté avec une grande inquiétude que les ressources allouées à la

lutte contre le VIH n'avaient jamais été aussi faibles depuis dix ans et ont déclaré que ce déficit de financement entravait gravement la riposte mondiale au VIH. La plupart des financements provenaient de sources nationales, mais de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire étaient confrontés à une marge de manœuvre budgétaire limitée et à des obligations de remboursement de la dette élevées. Les intervenants ont appelé tous les pays à veiller à ce que les ressources nécessaires soient disponibles pour la lutte contre le VIH, tout en reconnaissant que, à court terme au moins, l'aide au développement pour la lutte contre le VIH resterait cruciale.

31. Les intervenants ont salué le travail de l'ONUSIDA, notamment en ce qui concerne la gestion et la diffusion d'informations stratégiques, le plaidoyer sur des questions vitales, ainsi que la mobilisation et la coordination de l'action. Ils ont déclaré être fiers de leur relation de longue date avec le Programme commun et de l'attention qu'ils portent aux questions de droits humains liées au VIH, notamment pour les femmes et les jeunes filles. Un ONUSIDA fort est essentiel pour mettre fin à la pandémie, ont-ils déclaré. L'abandon de la lutte mondiale contre le VIH aurait un coût énorme en termes de vies perdues et de communautés endommagées. Les intervenants ont exhorté les États membres à financer pleinement le Programme commun. Le Danemark a annoncé qu'il prévoyait de verser une contribution de base de 5,7 millions de dollars à l'ONUSIDA chaque année jusqu'en 2029, sous réserve de l'approbation du Parlement.
32. Les intervenants ont reconnu que la situation financière de l'ONUSIDA reflétait les tendances du paysage financier général. Ils ont invité l'ONUSIDA à élaborer des plans d'urgence pour différents scénarios de financement et à rechercher d'autres moyens d'utiliser les fonds disponibles de la manière la plus efficace possible. Les Coparrainants ont rappelé au CCP qu'ils plaidaient en faveur de la planification de scénarios depuis 2021. Le Programme commun doit faire plus avec moins en établissant des priorités et en évitant les doublons au sein du système des Nations Unies, ont déclaré les intervenants, qui ont également exprimé leur inquiétude quant à la diminution de la présence de l'ONUSIDA dans certaines régions, notamment au Moyen-Orient, en Asie et dans le Pacifique, où les nouvelles infections par le VIH sont en augmentation.
33. La nécessité d'un Programme commun adapté qui puisse se positionner efficacement dans un contexte instable a été soulignée tout au long du processus. Les intervenants se sont félicités de la convocation du Groupe de haut niveau et ont déclaré qu'ils espéraient qu'il contribuerait à redéfinir le rôle du Programme commun au sein de l'infrastructure mondiale de la santé. Le Groupe devait guider clairement ce processus de réexamen et présenter de manière précise les éléments clés d'un modèle opérationnel efficace, tout en tenant compte des fonctions vitales et des rôles changeants du Secrétariat de l'ONUSIDA et des Coparrainants.
34. Il devrait également reconnaître que tous les pays ne sont pas confrontés aux mêmes défis et que tous les Coparrainants n'ont pas les mêmes rôles et ressources en matière de VIH, ont déclaré les intervenants. Ils ont suggéré qu'il pourrait être approprié d'envisager une approche différenciée de l'allocation des ressources parmi les Coparrainants et au niveau national. Cela pourrait aider le Programme commun à fournir un soutien plus ciblé et mieux adapté. Le Groupe ne devrait pas hésiter à prendre des décisions audacieuses, ont insisté les intervenants, soulignant que le temps des décisions mineures était révolu.
35. Les membres et les observateurs ont souligné que le Groupe devait être transparent et indépendant. Les recommandations doivent être objectives et les conflits d'intérêts doivent être gérés lors de la finalisation des recommandations, a-t-on dit au CCP. Il a été suggéré que les recommandations du Groupe soient reportées à la fin du mois de mars 2025 afin de garantir qu'il dispose de suffisamment de temps pour remplir

correctement son mandat. Les membres ont déclaré qu'ils attendaient avec impatience d'examiner les conclusions et les recommandations.

36. Le CCP a été informé que les Coparrainants avaient subi une réduction de deux tiers de leur financement par l'ONUSIDA, avec des allocations réduites à 14 % du budget total de l'ONUSIDA. Les Coparrainants ont déclaré qu'ils s'efforçaient d'atténuer les effets en mobilisant d'autres fonds et en poursuivant l'intégration. Cela leur a permis de collecter environ 7 dollars pour chaque dollar reçu de l'ONUSIDA. Cependant, leurs capacités ont été mises à rude épreuve et le travail des équipes conjointes de l'ONUSIDA a été menacé. Les Coparrainants ont expliqué que le financement autre que de base qu'ils utilisaient pour compléter l'appui de base de l'ONUSIDA comprenait des financements en nature et autres et ne pouvait pas remplacer de manière réaliste le financement de l'ONUSIDA.
37. Les Coparrainants ont déclaré qu'ils reconnaissaient la nécessité de « redimensionner » le Programme commun, ce qui nécessite une cartographie des capacités par rapport aux besoins et au mandat, y compris un compte-rendu objectif des effectifs et de l'ancienneté au sein du Secrétariat et des 11 Coparrainants. En recherchant un Programme commun adapté, les Coparrainants ont déclaré qu'ils reconnaissaient la valeur des approches verticales du VIH, tout en mettant en œuvre des programmes intégrés de lutte contre le VIH. Ils ont toutefois souligné que l'intégration devait être poursuivie de manière responsable, avec des approches différenciées pour répondre aux différents besoins des personnes et s'adapter aux différents contextes.
38. Les nouvelles avancées médicales offrent de grandes possibilités d'accélérer la lutte contre le VIH, ont déclaré les intervenants : par exemple, le traitement a été amélioré et simplifié, et une PrEP très efficace a été mise au point. De nouveaux ARV à longue durée d'action pourraient révolutionner la prévention et le traitement et rapprocher le monde de l'objectif d'éradication du sida, ont-ils déclaré. Pour ce faire, les innovations doivent atteindre les personnes qui en ont le plus besoin, notamment en accélérant l'approbation réglementaire, en réduisant les prix, en facilitant la diversification de la fabrication et en fournissant des conseils techniques pour leur utilisation.
39. Il a également été reconnu que les médicaments seuls n'étaient pas suffisants et que d'autres conditions sous-jacentes à la lutte contre le VIH devaient également être remplies, notamment la résolution des faiblesses du système de santé, la réduction de la stigmatisation et de la discrimination, le respect des droits humains et la mise en place d'environnements politiques et législatifs favorables. Constatant que la prévalence du VIH tend à être plus élevée dans les pays dotés de lois répressives, les intervenants ont déclaré qu'il était impératif de réduire la stigmatisation et la discrimination, d'améliorer l'accès à la justice et d'abroger les lois pénalisantes. La prochaine Stratégie mondiale de lutte contre le sida doit faire avancer ces changements, ont-ils ajouté. Il faudra faire preuve d'audace et prendre des décisions difficiles. Les membres ont déclaré qu'ils attendaient avec impatience d'en savoir plus sur le processus de consultation pour la nouvelle stratégie.
40. Pour réussir, la réponse mondiale doit considérer le VIH comme une question de justice sociale et s'attaquer aux inégalités systémiques et à la discrimination qui sont à l'origine de la pandémie, ont déclaré les intervenants. Ils ont souligné le rôle vital et unique des communautés touchées et ont félicité l'ONUSIDA de soutenir et de créer un espace pour leurs voix et leurs activités.
41. Plusieurs membres ont informé la réunion des progrès réalisés dans leur riposte au VIH, des stratégies qu'ils utilisent et du soutien reçu de l'ONUSIDA. Ils ont souligné la valeur des cadres d'action à l'échelle des Nations unies et se sont référés aux

engagements renouvelés en faveur de la lutte contre le VIH pris par les dirigeants de l'Association des nations de l'Asie du Sud-Est (ANASE).

42. Des systèmes de santé solides, des environnements favorables et la protection des droits humains sont essentiels, ont déclaré les intervenants au CCP. Les pays qui ont réalisé des progrès considérables ont souligné qu'ils devaient désormais s'efforcer d'atteindre les populations difficiles à atteindre, les personnes vivant dans des zones reculées et celles qui sont confrontées à une stigmatisation et à une discrimination graves, ce qui représente un défi. Même dans les réponses apparemment réussies, certaines populations n'ont pas été prises en compte et certains pays ont activement refusé le traitement aux personnes séropositives qui consomment des drogues, a-t-on dit au CCP.
43. Les intervenants ont également noté que les conflits et les effets des changements climatiques posaient de nouveaux défis à leurs services de santé. Se référant à la guerre en Ukraine, un pays d'Europe de l'Est a déclaré que les réfugiés ukrainiens bénéficiaient d'un accès au dépistage et au traitement gratuits du VIH dans les mêmes conditions que leurs citoyens et que 3 200 réfugiés ukrainiens recevaient une thérapie antirétrovirale (TAR).
44. Les pays ont été invités à recentrer leurs efforts de lutte contre le VIH sur les enfants qui sont toujours à la traîne en matière d'accès au dépistage, au traitement et aux soins. Chaque enfant séropositif, quelle que soit la population, doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge complète du VIH. Il a également été rappelé au CCP que les jeunes se heurtaient à de nombreux obstacles pour prendre des décisions éclairées en matière de prévention du VIH, notamment les inégalités sociales et structurelles, la stigmatisation et la discrimination.
45. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a informé la réunion de ses travaux préparatoires relatifs aux nouvelles avancées technologiques, y compris la convocation d'un groupe chargé de rédiger des orientations sur les ARV à longue durée d'action.
46. Les intervenants ont rendu hommage à Cornelius Baker, défenseur de longue date du sida et de la santé publique, récemment décédé.
47. En réponse, Mme Byanyima remercie les intervenants pour leurs remarques et leur soutien. Elle a déclaré qu'elle appréciait la reconnaissance du travail acharné du Programme commun et que les rapports sur les progrès réalisés par les pays étaient encourageants. Pour l'instant, a-t-elle déclaré, l'accent doit être mis sur le renforcement de la prévention du VIH et sur la réduction de l'écart de traitement pour les enfants. Elle s'est dite encouragée par l'engagement des membres du CCP à fournir rapidement des ARV à longue durée d'action à tous ceux qui en ont besoin. Un plan concret pour ce déploiement est nécessaire, a-t-elle déclaré.
48. Le refus de respecter les droits humains est une préoccupation majeure, a déclaré la Directrice exécutive, notamment parce que les médicaments ne suffiront pas à mettre fin à la pandémie : il faut s'attaquer à la stigmatisation et à la discrimination, et défendre les droits humains des personnes. Le fait de voir les réalités vécues par les personnes les plus touchées par la pandémie lors des visites de sites précédant la réunion a rappelé que le VIH était en fin de compte une question de justice sociale, a-t-elle déclaré.
49. Remerciant l'assemblée d'avoir soutenu le Groupe de haut niveau, Mme Byanyima a assuré le CCP que le Groupe était indépendant, l'ONUSIDA jouant un rôle de soutien, et que l'ONUSIDA donnerait plus d'espace au Groupe à mesure qu'il avancerait et achèverait son travail.

50. La prochaine Stratégie mondiale de lutte contre le sida sera élaborée dans le cadre d'un processus consultatif et inclusif, a-t-elle assuré au CCP. Elle serait ambitieuse, s'appuyant sur de nouvelles alliances et collaborations tout en s'appuyant sur les meilleures approches et ressources existantes.
51. En ce qui concerne les perspectives financières, Mme Byanyima a déclaré que les recommandations du Groupe de haut niveau et la nouvelle Stratégie mondiale de lutte contre le sida contribueraient à affiner les activités du Programme commun au cours des prochaines années et façonneraient le prochain cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités (UBRAF).
52. Des ajustements ont déjà été effectués en fonction des réalités financières, mais le Programme commun fonctionne à un niveau de capacité « critique », a averti la Directrice exécutive. Elle a de nouveau remercié les donateurs qui se sont réengagés et/ou ont augmenté leurs contributions, notamment le Danemark, la France, l'Allemagne, les Pays-Bas, l'Espagne, le Royaume-Uni et les États-Unis d'Amérique. Elle a appelé tous les États membres à envisager d'investir dans le Programme commun, que ce soit par des contributions en nature ou des contributions modestes.
53. En conclusion, Mme Byanyima a remercié le Kenya pour l'action qu'il mène depuis des décennies contre l'épidémie, pour son soutien sans faille à l'ONUSIDA et pour ses efforts en faveur d'une solidarité mondiale contre la pandémie.
54. En accueillant les participants au CCP, Debra Barasa, secrétaire de cabinet du ministère de la santé du Kenya, a déclaré que la réunion se tenait à un moment où des progrès avaient été accomplis dans la lutte contre l'épidémie de VIH. Malgré cela, le monde n'est pas sur la bonne voie pour atteindre les objectifs de 2025 en raison d'investissements défaillants et d'inégalités persistantes. L'Afrique et le monde ont grandement besoin que l'ONUSIDA poursuive son travail, a-t-elle déclaré. L'ONUSIDA a joué un rôle clé dans la coordination de la réponse multisectorielle mondiale, mais la réduction du financement a mis ce travail en péril.

#### 1.4 Rapport du représentant des ONG

55. Cecilia Chung présente un résumé du rapport de la délégation des ONG et invite les participants à lire le rapport complet. Elle a expliqué que le rapport avait été élaboré sur la base d'une enquête communautaire en ligne, de huit dialogues régionaux, d'analyses d'informateurs clés et d'un processus d'examen de la littérature et des pairs.
56. Après avoir évoqué les différentes définitions des termes « leadership communautaire » et « organisations dirigées par la communauté », elle a déclaré que le leadership communautaire allait au-delà de la représentation des communautés au sein des organes de décision. Elle a brièvement passé en revue les étapes historiques et les principes du leadership communautaire dans la lutte contre le VIH. Le rôle des communautés dans la lutte contre le VIH a été mis en évidence dans les objectifs 30-60-80 relatifs au leadership communautaire et les objectifs 10-10-10 relatifs aux catalyseurs sociétaux de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida, a-t-elle expliqué, mais aucun de ces objectifs n'est en voie d'être atteint. Des systèmes de responsabilité et des cadres de suivi et d'évaluation plus solides sont nécessaires, de même que des systèmes de collecte de données et un engagement financier solides.
57. Mme Chung a souligné qu'un leadership communautaire fort et systémique était nécessaire pour mettre fin à la pandémie de VIH, mais que son plein potentiel était freiné par le rétrécissement de l'espace civique, les attaques du mouvement anti-genre et anti-droits, et un financement inadéquat. Citant un rapport de CIVICUS, elle a déclaré que près d'un tiers de la population mondiale vivait dans des pays où l'espace

civique était « fermé ». Certains pays utilisent des lois sur les « agents étrangers » pour limiter les activités de la société civile et adoptent des lois contre les communautés LGBTQI+.

58. Un mouvement anti-genre et anti-droits, bien coordonné et financé, cherche à faire reculer les protections des droits humains et défend des politiques et des lois néfastes, a déclaré Mme Chung au CCP. Elle a détaillé quelques-unes des façons dont ces actions sapent le leadership communautaire, notamment l'utilisation d'une législation punitive anti-LTBQI+, en particulier en Afrique, le durcissement des lois sur les stupéfiants et les attaques croissantes contre les droits des professionnel(le)s du sexe.
59. Dans le même temps, le financement des organisations communautaires a diminué. La plupart de ces fonds étaient basés sur des projets et liés à des résultats spécifiques, avec très peu de soutien pour le travail de base et le renforcement des capacités. Cette situation a exacerbé le volontariat qui avait caractérisé la lutte contre le VIH pendant des décennies. Les effets ont été particulièrement graves pour les organisations dirigées par des femmes, des jeunes et des populations clés, a-t-elle expliqué.
60. Mme Chung a appelé à un changement de paradigme dans la réponse au VIH. Le financement devrait être plus flexible, plus réactif et plus adapté au contexte. Le financement national est essentiel, mais il faut maintenir un certain nombre de financements externes réservés aux communautés, a-t-elle déclaré, en particulier pour les organisations dirigées par des populations clés. Le Fonds Robert Carr est une étude de cas exemplaire, a-t-elle noté.
61. Selon elle, l'espace civique, la solidarité et l'action coordonnée, ainsi qu'un contre-récit fondé sur la science et les preuves, sont nécessaires pour faire face au mouvement anti-genre et anti-droit. Mme Chung a déclaré que les Coparrainants de l'ONUSIDA et le Fonds mondial pouvaient faire davantage pour soutenir les alliances entre les communautés et les gouvernements et pour normaliser la participation significative des organisations dirigées par les communautés dans la prise de décision, tout en remettant en question les politiques et les pratiques qui nuisent à une riposte efficace au VIH.
62. Une plus grande responsabilisation est également nécessaire pour garantir le respect des engagements pris dans le cadre de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida et des stratégies connexes. Les dirigeants communautaires doivent être associés de manière significative à la prise de décision aux niveaux national, régional et mondial. Le rapport de l'ONG fournit une série de recommandations réalisables pour un financement durable et équitable, centré sur le leadership communautaire dans la riposte au VIH et le renforcement de la résilience pour contrer le rétrécissement de l'espace civique, a-t-elle déclaré en guise de conclusion.
63. La Présidence a laissé la place aux commentaires. Les intervenants ont remercié la délégation des ONG pour ce rapport opportun, important et axé sur les résultats, ainsi que pour les preuves et les recherches approfondies qui y sont présentées. Ils ont accueilli favorablement l'ensemble de ses propositions.
64. Rappelant au CCP que les communautés avaient sauvé la lutte contre le VIH dans de nombreux pays lors des pandémies de COVID-19, les intervenants ont déclaré que les communautés jouaient un rôle irremplaçable, mais que ce travail essentiel était attaqué. Ils ont réaffirmé leur engagement à faire progresser le leadership communautaire et les droits humains en tant que priorités de la riposte mondiale au VIH et ont appelé à une augmentation de la proportion de services gérés par les communautés, comme le prévoient les objectifs 30-80-60. Ils ont exhorté les membres du CCP à « suivre la science », à soutenir les efforts de décriminalisation, à investir

dans l'équité et à responsabiliser les communautés.

65. Les intervenants ont souligné le « paradoxe » selon lequel, là où le leadership communautaire est le plus nécessaire, il se heurte aux plus grands obstacles. Ils ont souligné les préoccupations liées à la réduction de l'espace civique, en particulier pour les organisations de base, et ont déclaré qu'ils soutenaient les efforts visant à renforcer la résilience des organisations communautaires pour contrer les mouvements anti-genres et anti-droits. Ces mouvements menaçaient de démanteler les acquis de la lutte contre le VIH et d'engloutir les organisations et les réseaux qui avaient réalisé des progrès. Les organisations communautaires sont asphyxiées, a-t-on dit lors de la réunion ; elles ne peuvent pas soutenir la riposte au VIH alors qu'elles sont constamment attaquées. Si ces organisations et l'espace civique n'étaient pas défendus, il en résulterait davantage d'infections par le VIH et des coûts de traitement plus élevés, ont averti les intervenants.
66. L'accent a également été mis sur la nécessité d'un financement suffisant et d'autres formes de soutien. Les gouvernements, les donateurs et les agences des Nations unies ont été invités à faire davantage pour renforcer les communautés, par exemple en les aidant à accéder à des ressources durables, y compris auprès du secteur privé. La dépendance des communautés à l'égard de quelques donateurs restants a dû être réduite. Les intervenants ont cité le Fonds Robert Carr comme un exemple instructif de la manière dont la question du financement peut être abordée. Ils se sont également fait l'écho des appels en faveur d'une réorientation des stratégies de financement vers des modèles plus directs, plus souples et à plus long terme. De nouvelles stratégies et approches sont nécessaires pour défendre et faciliter le travail des organisations communautaires. Les temps difficiles exigent de « sortir des sentiers battus », a-t-on dit au CCP.
67. Certains membres ont décrit la manière dont le leadership communautaire - aux niveaux national et infranational - a été intégré dans leurs réponses au VIH. Parmi les exemples, on peut citer le programme « Healthy Brazil », qui donne la priorité à l'action intersectionnelle et à des alliances solides avec les mouvements communautaires et sociaux.
68. Il a été rappelé au CCP que les organisations confessionnelles sont à la fois des prestataires de services, des partenaires essentiels et des passerelles vers les communautés. Il est important d'établir des dialogues et des collaborations avec eux pour faire avancer la lutte contre le VIH.
69. En réponse, Mme Chung a remercié les intervenants pour leurs commentaires et a déclaré qu'il était clair que certains des progrès réalisés au cours des 40 dernières années risquaient d'être perdus. Une action urgente et concertée est nécessaire pour éviter une telle issue.
70. Invoquant le droit de réponse, un membre a contesté les déclarations faites au sujet de la guerre en Ukraine et a déclaré qu'elles étaient trompeuses. Le représentant a indiqué que la Fédération de Russie accueillait plus de réfugiés ukrainiens que tout autre pays, et que l'accès aux services VIH en Ukraine avait augmenté depuis 2022. Le représentant a demandé aux intervenants de ne pas politiser la réunion.
71. Se référant aux points de décision du point 1.4 de l'ordre du jour, la Fédération de Russie a déclaré qu'elle se dissociait du point de décision 4.3 en raison d'une terminologie avec laquelle elle n'est pas d'accord.
72. En réponse, un orateur s'est inquiété de la difficulté de parvenir à un consensus sur certains termes dans les points de décision. Le Programme commun, avec les partenaires et la société civile, a été invité à entreprendre de nouvelles consultations

pour parvenir à des définitions plus claires et partagées de cette terminologie.

## 2. Leadership de la riposte au SIDA

73. En présentant les panélistes pour ce point de l'ordre du jour, Mme Byanyima a déclaré que les nouvelles percées biomédicales étaient cruciales, mais qu'elles n'éliminaient pas les autres défis, tels que les faiblesses des systèmes de santé, la stigmatisation et la discrimination, et les lois qui sapent les efforts de lutte contre le VIH.
74. Angeli Achrekar, directrice exécutive adjointe pour les programmes de l'ONUSIDA, a rappelé au CCP que, bien qu'il n'existe pas de vaccin ou de remède contre le VIH, l'énorme succès que représente la mise sous traitement de près de 31 millions de personnes a modifié l'épidémie en réduisant à la fois le nombre de décès liés au sida et le nombre de nouvelles infections par le VIH. Cette réussite est le fruit d'ambitions audacieuses, d'investissements importants, d'un plaidoyer communautaire et d'une action rapide pour améliorer les politiques et les systèmes de santé, a-t-elle déclaré.
75. Cependant, les 1,3 million de nouvelles infections par le VIH qui se produisent chaque année ne sont pas viables, a poursuivi Mme Achrekar. Les ARV à longue durée d'action constituaient une occasion unique de réduire plus rapidement l'incidence du VIH, non pas en tant qu'interventions autonomes, mais en tant qu'options et choix supplémentaires très efficaces. Ils représentaient le « moment 1996 » dans le monde, c'est-à-dire le moment où un traitement hautement efficace contre le VIH a été mis à disposition pour la première fois. Elle a exhorté le monde à saisir cette occasion en prenant des mesures ambitieuses et multilatérales qui rassemblent les secteurs privé et public et donnent la priorité à la santé des populations.
76. Ethel Maciel, secrétaire à la santé et à la surveillance de l'environnement au ministère de la santé du Brésil, a déclaré que les nouveaux ARV à longue durée d'action représentaient à la fois une grande opportunité et un défi, en raison du coût élevé de ces médicaments. Il faut trouver des moyens de rendre les nouvelles technologies accessibles à tous, a-t-elle déclaré.
77. Mme Byanyima a déclaré que le seul moyen de mettre fin à la pandémie de VIH était de réduire radicalement les nouvelles infections par le VIH et qu'un large accès aux ARV était l'outil le plus puissant pour y parvenir. Elle a indiqué au CCP que de nouveaux efforts étaient en cours pour diversifier la production d'ARV et d'autres médicaments essentiels, notamment la création de la Coalition mondiale du G20 pour la production locale et régionale, l'innovation et l'accès équitable, qui travaille avec Africa CDC pour explorer la production élargie de nouveaux médicaments contre le VIH.
78. Jerop Limo, directrice exécutive du programme Ambassador for Youth and Adolescent Reproductive Health, au Kenya, a déclaré qu'elle vivait avec le VIH depuis l'enfance et qu'elle prenait des ARV tous les jours. Cependant, les pilules sont toujours stigmatisées. Les ARV à longue durée d'action contribueraient à alléger ce fardeau et à aider les personnes, en particulier les jeunes, qui ont du mal à suivre le traitement. Les ARV permettraient également d'élargir les possibilités de prévention, en particulier pour les adolescentes et les jeunes femmes. Ces produits doivent atteindre les personnes qui en ont besoin, a insisté Mme Limo.
79. Cissy Kityo, du Joint Clinical Research Centre, en Ouganda, a déclaré qu'il fallait réduire plus rapidement les nouvelles infections par le VIH et les décès dus au sida. Après avoir rappelé au CCP que les personnes dont la charge virale est indétectable ne peuvent pas transmettre le VIH à d'autres personnes, elle a rappelé l'évolution de la PrEP. Bien que la PrEP orale soit un outil de prévention potentiellement important,

elle nécessite la prise d'une pilule quotidienne, ce qui n'est pas facile. Les ARV injectables à longue durée d'action promettent une nouvelle ère, a-t-elle déclaré. Le premier était le Cabotégravir, une injection bimensuelle, qui réduisait le risque de contracter le VIH de 66 à 88 %, selon deux études. L'accès était cependant lent. Plus récemment, a-t-elle poursuivi, des études ont montré qu'une injection semestrielle de Lénacapavir réduisait ce risque à presque zéro.

80. Mme Kityo a toutefois fait remarquer que les études sur les traitements antirétroviraux à longue durée d'action avaient été menées principalement dans les pays à revenu élevé, parmi des populations présentant des sous-types spécifiques de VIH et une résistance aux médicaments moins importante que dans certains des pays à forte charge de morbidité. Des études visant à fournir des données probantes sur les ARV à longue durée d'action dans les pays à revenu faible et intermédiaire sont en cours, notamment l'étude CARE menée dans huit sites d'Afrique orientale et australe, qui a donné de très bons résultats. Ces données doivent être utilisées pour orienter les politiques et les pratiques et pour faciliter l'accès. Il a fallu 13 ans pour que les ARV parviennent aux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ; ils ne devraient pas avoir à attendre aussi longtemps, a-t-elle insisté.
81. Sylvia Vito, responsable d'EVA Pharma pour l'Afrique, a déclaré que son entreprise avait reçu l'autorisation de fabriquer du Lénacapavir en Afrique par le biais d'une licence volontaire. Elle a expliqué que les étapes critiques consistaient à obtenir l'ingrédient pharmaceutique actif (IPA) et à faire enregistrer le produit. Son entreprise avait entamé le processus de réception de l'IPA du fournisseur et prévoyait de produire également son propre IPA.
82. L'entreprise, qui est basée en Égypte, demanderait l'approbation de l'autorité égyptienne des médicaments et constituerait ensuite une « fiche maîtresse du médicament » qui serait transmise à d'autres autorités de réglementation. L'approbation de l'autorité égyptienne était attendue pour le quatrième trimestre 2025, après quoi l'approbation formelle pourrait être demandée à d'autres organismes de réglementation. Mme Vito a déclaré qu'une estimation du prix n'était pas encore disponible, mais que l'entreprise s'engageait à rendre le médicament plus abordable que le prix actuel.
83. La Directrice exécutive a noté que le Lénacapavir coûtait environ 44 000 dollars par an sur le marché américain, bien que certaines estimations suggèrent que le prix pourrait être ramené à 40 dollars par an.
84. Javier Padilla Bernáldez, secrétaire d'État à la santé en Espagne, a déclaré que les programmes de lutte contre le VIH se trouvaient dans une situation exceptionnelle. Les ARV à longue durée d'action pourraient changer complètement le paysage du VIH, mais seulement si le monde évite de répéter les erreurs qui ont retardé l'accès aux ARV à la fin des années 1990 et au début des années 2000. Il a souligné la nécessité d'un dialogue constant avec les populations qui bénéficieraient le plus d'un traitement de longue durée et de la prévention. Un « changement de jeu » qui ne serait pas accessible à tous ceux qui en ont besoin ne changerait rien, a-t-il déclaré.
85. L'Espagne a approuvé une stratégie nationale multipartite pour l'industrie pharmaceutique, qui réunit le gouvernement, le secteur privé et le public dans le but de garantir le plein accès aux médicaments dans les situations de santé publique, a-t-il déclaré au CCP. Des approches similaires peuvent être adoptées au niveau mondial. Il a souligné qu'une perspective universelle était nécessaire pour le déploiement, en se concentrant sur les populations dans le besoin, où qu'elles se trouvent. Les habitants des pays à revenu intermédiaire ne doivent pas être perdants. Il est important de veiller à ce qu'il n'y ait pas de représailles ou de menaces à l'encontre des pays qui

cherchent à utiliser les exceptions prévues par l'accord sur les ADPIC, a déclaré M. Padilla.

86. Mme Byanyima a rappelé que les accords de licence actuels pour le Lénacavir excluient de nombreux pays à revenu intermédiaire, dont plusieurs sont fortement touchés par le VIH. Asia Russell, directrice exécutive de Health Gap, partage cet avis et déclare que la stratégie actuelle d'accès au lénacavir est défectueuse, car elle exclut de nombreuses communautés dans les pays à revenu intermédiaire. Une nouvelle coalition a été lancée pour faire pression en faveur d'un meilleur accès, a-t-elle déclaré au CCP. Elle demande au fabricant de supprimer les exclusions actuelles, d'étendre l'accord de licence à tous les pays et de fixer un prix d'accès unique et abordable pour tous les pays, de l'ordre de 40 dollars par patient et par an. La coalition demande également qu'aucune mesure ne soit prise à l'encontre des pays qui s'efforcent d'assurer un accès équitable, par exemple en délivrant des licences obligatoires. Mme Russell a également exhorté les dirigeants des pays à utiliser davantage les outils non volontaires lorsque cela s'avère nécessaire.
87. Carmen Perez Casas, directrice technique principale à Unitaïd, a déclaré que les innovations à longue durée d'action avaient transformé d'autres domaines de la santé (par exemple la contraception à longue durée d'action) parce qu'elles étaient efficaces et faciles à utiliser. Elle a souligné trois priorités pour les ARV à longue durée d'action : l'échelle et le volume (la demande) doivent être établis rapidement ; les étapes de réglementation, de fabrication et autres doivent être franchies rapidement afin que les innovations puissent avoir un impact rapide sur la vie réelle ; et l'équité doit être au centre des préoccupations, afin que les outils puissent atteindre tous ceux qui en ont besoin, où qu'ils se trouvent. Le prix devrait être compétitif par rapport à la PrEP orale si l'on veut atteindre l'échelle nécessaire. Elle a déclaré que les fabricants de génériques étaient prêts à intervenir, mais qu'il était important de stimuler la demande - les gens doivent savoir que ces options existent. Le contre-factuel d'un large accès est clair, a-t-elle déclaré au CCP : 1,3 million de nouvelles infections par le VIH chaque année représentent plus de 2 milliards de dollars en coûts de traitement chaque année pour la vie. Cette situation n'est pas viable, a-t-elle souligné.
88. Mme Barasa a déclaré que l'équité et la durabilité de l'accès étaient clairement cruciales, de même que la garantie de la disponibilité des ressources nécessaires et la poursuite de l'intégration des réponses au VIH dans d'autres programmes de santé.
89. La Présidence a laissé la place aux commentaires. Les membres et les observateurs ont remercié les panélistes et ont soutenu les appels en faveur d'un accès équitable aux outils de prévention et de traitement. La fin du sida en tant que menace pour la santé publique est en vue, ont-ils déclaré, mais il ne faut pas croire que c'est acquis : les progrès ne sont pas synonymes de succès. Chaque année, 1,3 million de personnes sont nouvellement infectées par le VIH et plus de 9 millions de personnes vivant avec le VIH ne bénéficient pas d'un traitement contre le VIH, alors qu'une série d'obstacles sociaux et juridiques, notamment la stigmatisation et la discrimination persistantes, s'y opposent. Pourtant, les outils permettant d'accélérer les progrès existent, notamment avec l'arrivée des ARV à longue durée d'action qui pourraient annoncer une « révolution de la prévention ».
90. Les intervenants se sont félicités de l'accent mis sur la mise à disposition de médicaments à longue durée d'action pour tous ceux qui en ont besoin et ont déclaré qu'ils attendaient avec impatience que l'OMS publie des orientations pour ces outils de prévention et de traitement dans les mois à venir. Les technologies à longue durée d'action pourraient transformer la riposte au VIH, mais seulement si elles atteignaient toutes les personnes susceptibles d'en bénéficier. Les coûts élevés constituaient un obstacle. Les intervenants ont déclaré qu'ils étaient heureux qu'Unitaid soit impliqué

dans ce travail important, car une collaboration plus étroite entre Unitaïd et l'ONUSIDA pourrait contribuer à rendre les ARV à longue durée d'action disponibles pour tous ceux qui en ont besoin.

91. Un orateur a fait remarquer que son pays avait participé aux études qui avaient démontré la très grande efficacité du Lénacapavir, mais qu'il avait été exclu de l'accord de licence qui a élargi l'accès à certains pays. Il a exhorté les pays et les parties prenantes à s'engager en faveur d'un traitement universel et à veiller à ce que les progrès scientifiques profitent à tous ceux qui en ont besoin, et pas seulement à quelques privilégiés.
92. Les intervenants ont convenu avec les panélistes qu'aucun outil n'était suffisant : les pays doivent également réduire les inégalités, fournir des informations et une éducation sur le VIH et protéger les droits humains des personnes marginalisées. Les outils biomédicaux doivent être intégrés au progrès social. L'expérience du Brésil en matière de mobilisation conjointe du gouvernement et des mouvements sociaux pour la mise en place d'un traitement contre le VIH a été rappelée aux participants.
93. Les intervenants africains ont appelé les donateurs à soutenir l'ONUSIDA, qui est un partenaire indispensable dans leurs efforts nationaux pour mettre fin à l'épidémie de VIH. Ils ont rappelé que les actions de l'ONUSIDA avaient été cruciales pour élargir l'accès équitable aux traitements, renforcer la lutte contre la stigmatisation et la discrimination et promouvoir des soins de santé complets.
94. Plusieurs membres ont fait le point sur les progrès réalisés dans leurs ripostes nationales au VIH.
95. En réponse, Mme Achrekar a déclaré qu'il y avait de l'enthousiasme pour saisir cette opportunité historique. Les panélistes ont convenu qu'une occasion spéciale s'était présentée et ont déclaré que le coût de sa dilapidation se mesurerait à la vie de millions de personnes. Ils ont appelé à des actions ambitieuses et ont exhorté les gouvernements et les agences des Nations unies à collaborer avec les communautés et les fabricants pour saisir cette opportunité.
96. Mme Kityo a déclaré que la recherche montrait des niveaux élevés de satisfaction à l'égard de cette option de prévention à longue durée d'action, ainsi que des niveaux d'efficacité extrêmement élevés. Elle a indiqué au CCP qu'une autre étude examinait la possibilité de combiner une dose de Cabotégravir tous les deux mois et une dose de Lénacapavir tous les six mois, dans le cadre d'un traitement à action prolongée contre le VIH. En outre, des recherches seront menées pour identifier et supprimer les obstacles à la mise en œuvre.
97. Mme Byanyima s'est dite d'accord et a déclaré que la prévention du VIH à longue durée d'action était ce qui se rapprochait le plus d'un vaccin dans la riposte au VIH. Il permettrait également d'éviter la stigmatisation liée à la plupart des autres outils de prévention du VIH. Les gouvernements pourraient encourager les réductions de prix, stimuler la demande et accélérer les processus réglementaires, tandis que le Programme commun jouerait son rôle crucial de soutien et de moteur du processus.

### **3. Suivi du volet thématique de la 54e réunion du CCP**

98. Jame Atienza Azcona, directeur de la pratique de financement équitable de l'ONUSIDA, a présenté le suivi du volet thématique de la 54e réunion du CCP et a déclaré que l'ONUSIDA proposait une nouvelle approche pour garantir la durabilité de la riposte au VIH.
99. Après avoir brièvement rappelé le contexte du volet thématique, M. Azcona a indiqué

que les intervenants avaient souligné la pertinence des recommandations incluses dans la note d'information, qui ont servi de base aux points de décision proposés pour ce point de l'ordre du jour.

100. Plusieurs messages clés sont ressortis de ce segment, a-t-il déclaré. La confiance dans la capacité du monde à mettre fin au sida d'ici 2030 a été tempérée par la crainte que la riposte au VIH ne progresse trop lentement et de manière inégale. La durabilité de la riposte au VIH dépendant de la réalisation des objectifs de 2025 et 2030, il est urgent d'accélérer l'action.
101. Les réponses au VIH doivent correspondre aux épidémies nationales et exprimer un engagement en faveur de l'efficacité et de l'établissement de priorités fondées sur le rapport qualité-prix et l'impact, a-t-il déclaré au CCP. Dans un contexte de baisse du financement de la santé et de la lutte contre le VIH, une combinaison de sources de financement nationales, internationales et autres est nécessaire. Des voies à long terme, propres à chaque pays, pour une riposte durable au VIH doivent être mises en place d'ici à 2025, a déclaré M. Azcona.
102. Le VIH n'est pas seulement une crise sanitaire, mais aussi une menace pour le développement et la sécurité, a-t-il déclaré avant de décrire brièvement des scénarios pour l'avenir. La modélisation a montré que le nombre de personnes vivant avec le VIH dépasserait 42 millions en 2030 et 46 millions en 2050 si les tendances actuelles se maintiennent, a-t-il averti. En atteignant les objectifs fixés pour 2025, ce nombre serait ramené à moins de 29 millions en 2050. En ce qui concerne le financement, M. Azcona a déclaré que le financement de la lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire avait diminué après le pic de 2017, même si les ressources nationales avaient augmenté de manière significative (60 %). La part du financement de la lutte contre le VIH par des donateurs internationaux autres que le PEPFAR et le Fonds mondial a diminué de 61 % depuis 2010.
103. La riposte au VIH a également dû faire face à plusieurs autres défis, a-t-il poursuivi. Les personnes vivant avec le VIH ont besoin de soins tout au long de leur vie ; la prévention manque de ressources et progresse lentement dans de nombreux pays ; la stigmatisation, la discrimination et la criminalisation restent monnaie courante ; et la société civile et les communautés sont pleinement impliquées. Des technologies innovantes étaient disponibles, mais elles n'étaient pas encore abordables partout. Les ripostes au VIH doivent également tirer parti des possibilités de convergence, y compris l'évolution vers les soins de santé primaires, la couverture sanitaire universelle et les ripostes centrées sur l'être humain.
104. M. Azcona a déclaré que les pays devaient se concentrer sur les trois piliers de la durabilité : politique, programmatique et financier. La viabilité politique exige un engagement politique au plus haut niveau, des partenariats avec les communautés et les personnes touchées par le VIH, une responsabilité partagée, des lois et des politiques habilitantes et des réponses équitables qui garantissent un prix abordable et un large accès aux principales innovations en matière de VIH, a-t-il déclaré.
105. Selon lui, la durabilité des programmes implique une recherche multidisciplinaire qui rassemble des données sociales et biomédicales, des stratégies multisectorielles, une participation significative des personnes et des communautés touchées par le VIH, ainsi que des systèmes de santé solides et dotés de ressources suffisantes. Enfin, la viabilité financière exige un financement intérieur accru et un financement extérieur adéquat pour le VIH, le recours à des solutions de financement adaptées aux pays, parallèlement à la solidarité mondiale nécessaire, et la recherche d'un meilleur rapport coût-efficacité.
106. Les feuilles de route pour le développement durable sont destinées à guider ces

actions, a-t-il expliqué. Les dialogues initiaux et les préparatifs ont commencé en 2024, et la partie B du processus se déroulera en 2025. L'élaboration de la feuille de route est déjà en cours dans 30 pays, a-t-il indiqué.

107. Prenant la parole, les participants ont remercié le Secrétariat pour la qualité de leurs rapports. Ils ont reconnu les résultats obtenus dans le cadre de la lutte contre le VIH, mais ont averti que la pandémie n'était pas terminée et que des revers pourraient entraîner une résurgence.
108. Les enfants, les adolescents et les jeunes restent parmi les populations les plus vulnérables face à la pandémie de VIH, ont-ils déclaré, et les pourcentages disproportionnés de nouvelles infections chez les adolescentes et les jeunes femmes en Afrique restent préoccupants. Le vieillissement de la population des personnes vivant avec le VIH a également nécessité une intégration plus poussée des services de lutte contre le VIH et des autres services de santé. L'efficacité à long terme de la lutte contre le VIH passe par la réduction des inégalités, ont déclaré les intervenants. Il a été rappelé aux participants que les taux de VIH sont disproportionnés parmi les populations autochtones d'Amérique du Nord et qu'elles n'ont pas accès aux services de lutte contre le VIH et à de nombreux autres services essentiels.
109. Les intervenants se sont félicités des progrès accomplis dans l'élaboration des feuilles de route nationales sur le développement durable. Le processus a nécessité un soutien financier, un leadership des communautés locales vers le haut, une forte implication de la base et un respect total des droits humains, ainsi qu'un accès universel aux outils et aux services de prévention, de diagnostic et de traitement. La diversification de la fabrication des ARV et d'autres produits essentiels contre le VIH pourrait contribuer à la réalisation de l'accès universel, ont-ils déclaré.
110. Des appels ont été lancés en faveur d'une approche stratégique et ciblée du financement de la lutte contre le VIH. Tout en reconnaissant la nécessité de progresser vers un financement propre aux pays, les intervenants ont noté que la marge de manœuvre budgétaire pour le VIH et la santé était très limitée. La plupart des pays d'Afrique dépensent davantage pour le service de la dette que pour la santé, dans un contexte de faible croissance économique, ont-ils déclaré lors de la réunion. Le financement par les donateurs resterait donc important alors que les pays s'orientent vers un financement national plus important. Les donateurs ont été invités à continuer d'inclure le VIH dans leur soutien au financement de la santé, tandis que les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ont été invités à rechercher des moyens d'élargir leur marge de manœuvre budgétaire pour les dépenses de santé.
111. La réussite de l'intégration dépend de la solidité des systèmes de santé, ce qui souligne l'importance des liens avec les programmes de soins de santé primaires et de couverture sanitaire universelle, ont déclaré les intervenants au CCP. Mais il est essentiel de le faire tout en garantissant la couverture et la qualité des services de lutte contre le VIH et en conservant leurs caractéristiques fondées sur les droits. Les services de programmation axés sur les droits humains pour les populations clés affectées et l'équité doivent être au centre des efforts de durabilité, qui à leur tour nécessitent des environnements sociaux et juridiques favorables, ont souligné les intervenants.
112. Certains intervenants ont mis en garde contre les risques liés à l'intégration de la lutte contre le VIH dans des systèmes de santé en difficulté, marqués par la stigmatisation et la discrimination. Les services devraient être exempts de stigmatisation et de discrimination, ont-ils insisté, appelant les gouvernements à faire davantage pour atteindre les objectifs 10-10-10. Une approche multidimensionnelle est nécessaire. La poursuite de l'intégration devrait s'accompagner d'approches différenciées, adaptées

aux besoins des différentes populations et respectueuses de leurs droits, ont-ils déclaré.

113. Selon certains intervenants, il est important de reconnaître et de faciliter le rôle important des organisations communautaires. Leur expertise et leurs contributions dépassent le cadre du VIH et sont également évidentes en ce qui concerne le COVID-19 et d'autres problèmes de santé. Les modalités de financement doivent soutenir les réponses apportées par les communautés, y compris par le biais de modèles de contrats sociaux. Se référant à une visite sur le terrain avant la réunion du CCP, les intervenants ont déclaré que les éducateurs pour les pairs travaillaient sans relâche et sans peur, mais qu'ils étaient extrêmement mal payés, ce qui n'était ni juste ni durable.
114. Il a été observé, par exemple, que les interventions de réduction des risques étaient devenues trop médicalisées et que leurs dimensions sociales et communautaires étaient négligées. L'autonomisation des communautés doit être maintenue, ce qui nécessite un soutien financier et un espace réglementaire pour les organisations dirigées par les communautés. Les intervenants ont souligné le rôle de l'ONUSIDA dans la promotion de programmes et d'interventions qui répondent aux besoins de toutes les populations et qui catalysent la coopération.
115. Certains membres et observateurs ont donné des détails sur les mesures qu'ils ont prises pour favoriser la durabilité de leurs ripostes au VIH, y compris l'approbation au plus haut niveau des principaux messages mis en évidence dans le volet thématique. Le représentant du Cambodge a déclaré que le sixième plan national de lutte contre le sida du pays était en cours d'élaboration sur la base de ces recommandations. L'autorité nationale de lutte contre le sida s'est engagée à renforcer la capacité des parties prenantes à planifier la viabilité à long terme, à approfondir l'intégration des principaux éléments de la riposte et à parvenir à une plus grande synergie avec d'autres secteurs qui influent sur les résultats en matière de VIH, a-t-il déclaré. La responsabilité ultime incomberait au Conseil des ministres du pays.
116. En réponse, M. Azcona remercie les intervenants pour leurs contributions. Il a souligné les remarques affirmant la nécessité d'un travail mené par les communautés, la réduction de la stigmatisation et de la discrimination et le respect des droits humains, le déploiement de réponses adaptées et la réduction des nouvelles infections en atteignant les populations laissées pour compte, notamment les adolescentes et les jeunes femmes en Afrique. Le financement durable est particulièrement important à la lumière de la dette et des autres contraintes auxquelles sont confrontés de nombreux pays, a-t-il déclaré, soulignant également la valeur d'une production diversifiée de médicaments essentiels. Il a reconnu la nécessité de mettre en place des processus de feuille de route pour la durabilité qui soient pris en charge et dirigés au niveau national et qui impliquent fortement les communautés touchées et les donateurs.
117. Mme Byanyima a déclaré à la réunion que l'ONUSIDA travaillait dur pour permettre aux pays et aux communautés de s'approprier leurs ripostes nationales au VIH et pour soutenir un leadership national fort qui assume progressivement une plus grande responsabilité dans la riposte au VIH. Cela fait partie de la valeur unique du Programme commun, a-t-elle déclaré.
118. Cependant, les pays à revenu faible et intermédiaire évoluent dans un contexte économique difficile et sont contraints par un endettement insoutenable. Une restructuration complète de la dette est nécessaire pour que ces pays puissent pleinement prendre en charge leurs ripostes nationales au VIH, a-t-elle déclaré au CCP. L'ONUSIDA s'efforce de contribuer à l'abaissement de ces obstacles, conformément à l'engagement pris par le Secrétaire général des Nations unies d'alléger la dette des pays très endettés.

119. Mme Byanyima a établi un lien entre le défi de la durabilité et les possibilités offertes par les ARV à longue durée d'action pour la prévention et le traitement : si l'épidémie de VIH pouvait être contrôlée en mettant ces outils à la disposition de tous ceux qui en ont besoin, la durabilité deviendrait beaucoup plus probable, a-t-elle prédit.
120. Se référant aux points de décision du point 3 de l'ordre du jour, la République islamique d'Iran s'est dissociée du point de décision 5.2b. Il a demandé que cela soit reflété dans le rapport et dans les points de décision.

#### **4. Conclusions de l'examen à mi-parcours de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026**

121. Angeli Achrekar et Christine Stegling, Directrices exécutives adjointes de l'ONUSIDA, ont présenté ce point de l'ordre du jour. Mme Achrekar a déclaré à la réunion que la riposte au VIH était à la croisée des chemins. De grands progrès ont été réalisés, mais la pandémie n'en est pas encore au stade du contrôle de la maladie : des actions intensives sont nécessaires pour réduire l'incidence du VIH et atteindre ce stade.
122. Les nouvelles infections sont en baisse, mais 1,3 million de personnes ont nouvellement contracté le VIH en 2023, soit bien plus que l'objectif de 370 000 personnes fixé pour 2025. De grands progrès ont été accomplis pour réduire le nombre de décès liés au sida à 630 000 en 2023, mais les objectifs fixés pour 2025 n'ont pas encore été atteints. Le traitement du VIH est une grande réussite de santé publique, et le monde se rapproche des objectifs 95-95-95, mais ne les atteint pas encore.
123. En outre, les progrès n'ont pas été les mêmes pour toutes les populations : l'épidémie et la riposte restent marquées par les inégalités. Par exemple, les niveaux de suppression virale au niveau mondial étaient de 48 % pour les enfants, mais de 78 % pour les femmes adultes et de 67 % pour les hommes adultes.
124. Alors que l'Afrique enregistrait une forte baisse des nouvelles infections, le reste du monde ne connaissait que très peu de changements et les nouvelles infections augmentaient en Europe de l'Est et en Asie centrale, en Amérique du Sud, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. Les options de prévention doivent être adaptées aux différentes populations, a conseillé Mme Achrekar. En Afrique au Sud du Sahara, les adolescentes et les jeunes femmes courent toujours un risque disproportionné de contracter le VIH. En dehors de cette région, les nouvelles infections concernaient principalement les populations masculines et 80 % des nouvelles infections concernaient les membres des populations clés et leurs partenaires sexuels.
125. La stigmatisation et la discrimination restent un obstacle important, les enquêtes montrant que 13 % des personnes vivant avec le VIH ont été victimes de stigmatisation et de discrimination lorsqu'elles ont cherché à se faire soigner pour le VIH et que 25 % ont vécu des expériences similaires lorsqu'elles ont cherché à se faire soigner pour d'autres raisons. Un tiers des personnes qui avaient été victimes de stigmatisation et de discrimination avaient arrêté ou interrompu leur traitement et leurs soins contre le VIH.
126. L'intégration des soins liés au VIH dans d'autres services offre d'importantes possibilités, mais elles ne sont pas encore toutes exploitées (même pour la gestion des traitements antirétroviraux et antituberculeux), a déclaré Mme Achrekar. Elle a averti que l'intégration devait être poursuivie avec prudence et ne devait pas compromettre la qualité et l'accessibilité des services. La caractéristique de la riposte au VIH - répondre aux besoins de populations diverses - doit être préservée.
127. Mme Achrekar a souligné la grave pénurie de fonds pour la lutte contre le VIH dans

les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Environ 19,8 milliards de dollars étaient disponibles en 2023, soit près de 9,5 milliards de dollars de moins que le montant nécessaire en 2025. L'aide au développement pour la lutte contre le VIH restera essentielle, le PEPFAR et le Fonds mondial jouant un rôle crucial.

128. Elle a présenté un aperçu des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de 2025, qui montre que la plupart des progrès ont été accomplis dans le domaine du dépistage et du traitement du VIH, tandis que les réponses n'étaient pas à la hauteur des objectifs de prévention du VIH et des objectifs liés à l'égalité des genres et à l'autonomisation, aux droits humains et à la discrimination, ainsi qu'au traitement pédiatrique. Elle a appelé à une action urgente dans les domaines et les questions où les progrès sont trop lents ou inexistantes. Les catalyseurs sociétaux sont essentiels pour avoir un impact, a-t-elle déclaré, se référant aux projections modélisées qui ont montré que les nouvelles infections par le VIH et les décès liés au sida augmenteraient si les catalyseurs sociétaux n'étaient pas en place.
129. En conclusion, Mme Achrekar a déclaré que si les objectifs de 2025 n'étaient pas atteints, le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde atteindrait environ 46 millions en 2050, contre environ 29 millions si les objectifs étaient atteints. La réduction de l'incidence du VIH doit être accélérée et les lacunes dans la chaîne de traitement doivent être comblées. Cet objectif pourrait être atteint grâce à un effort important en matière de prévention du VIH, à l'aide de nouvelles technologies.
130. En 2030, entre 30 et 40 millions de personnes auront besoin de soins et de traitements contre le VIH et devront être en mesure de rester sous traitement et d'avoir une charge virale supprimée. Pour ce faire, il faut également s'attaquer aux obstacles structurels et sociétaux, ce qui nécessite une réponse multisectorielle reliant les secteurs de la santé, des finances, de la justice, de l'éducation et de l'aide sociale. En outre, l'intégration des services a nécessité un effort minutieux pour garantir que des services de qualité, non stigmatisés, soient disponibles pour tous ceux qui en ont besoin.
131. Poursuivant sa présentation, Mme Stegling a déclaré que la prochaine stratégie mondiale de lutte contre le sida viserait à renforcer l'adhésion politique et à s'appuyer sur l'approche actuelle du « prisme des inégalités ». Pour que la stratégie ait du poids dans un monde confronté à de nombreuses crises interdépendantes (notamment le fardeau de la dette, les problèmes de sécurité et les conflits, les chocs liés au changement climatique, les violations des droits humains et le rétrécissement de l'espace civique), il fallait un discours fort. Les feuilles de route nationales en matière de développement durable éclaireraient la stratégie, de même que les objectifs de 2030 et les exemples de réussite des pays.
132. La Stratégie doit être élaborée en six phases. La première phase comprenait un exercice de cadrage et de larges consultations des parties prenantes, suivi par l'identification des principaux problèmes et solutions, l'établissement de priorités et de critères, et la consultation de plusieurs parties prenantes, a-t-elle déclaré. L'adoption de la version finale de la stratégie mondiale de lutte contre le sida était prévue pour la réunion du CCP de décembre 2025.
133. Mme Achrekar a poursuivi la présentation en faisant le point sur les travaux réalisés par une équipe spéciale mondiale en vue d'élaborer un ensemble d'objectifs fondés sur des données probantes pour 2030. Les objectifs constituaient le « quoi » de la riposte au VIH, tandis que la stratégie présentait le « comment » atteindre les objectifs. Les consultations ont montré qu'il y avait un soutien pour la continuité avec la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 existante, mais que les objectifs pouvaient être rationalisés davantage, a-t-elle expliqué. L'accent serait mis sur la

réduction des nouvelles infections et des décès, ainsi que sur la lutte contre les inégalités et la mise en place d'une riposte intégrée garantissant des services et des systèmes durables de lutte contre le VIH après 2030.

134. Elle a présenté les projets d'objectifs fondamentaux. Les principaux résultats seraient les suivants : 90 % de nouvelles infections à VIH en moins en 2030 par rapport à 2010 et une baisse continue de 5 % par an après 2030 ; 90 % de décès liés au sida en moins en 2030 par rapport à 2010 ; et assurer la durabilité de la riposte au VIH après 2030.
135. Mme Stegling a ensuite évoqué le travail effectué sur la durabilité et a déclaré que la nouvelle stratégie devait permettre au monde de pérenniser les résultats de la riposte au VIH au-delà de 2030. Les feuilles de route pour la durabilité s'appuieraient sur des partenariats régionaux et mondiaux, fourniraient des cadres permettant aux parties prenantes d'aligner leurs plans d'action sur les visions nationales, esquisseraient des pistes pour tirer parti de la collaboration et des ressources multisectorielles, en accordant un rôle particulier aux communautés, et chercheraient à garantir la protection des droits humains.
136. Le prochain Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités (UBRAF ou équivalent) du Programme commun couvrira la période 2027-2031 et sera adopté en 2026. Il s'appuiera sur la nouvelle Stratégie mondiale de lutte contre le sida, ainsi que sur les recommandations du Groupe de haut niveau sur le nouveau modèle de fonctionnement et les décisions connexes du CCP, tandis que, comme prévu, un plan de travail et un budget du Programme commun « de transition » pour 2026 dans le cadre de l'actuel UBRAF 2021-2026 seront approuvés en 2025.
137. Mme Stegling a conclu en présentant le calendrier des travaux du Groupe de haut niveau, qui devrait présenter un rapport contenant des recommandations en mars 2025. Sur la base de ces recommandations, la Directrice exécutive et le COC feront rapport à la 56e réunion du CCP en juin 2025 sur le réexamen du modèle de fonctionnement pour examen par le Conseil.
138. Au cours de la discussion, les membres et les observateurs ont remercié le Secrétariat pour l'analyse solide présentée dans l'examen à mi-parcours et ont déclaré qu'il s'agissait d'un rappel sobre des défis et des opportunités qui attendent la riposte au VIH. Ils ont fermement soutenu les conclusions de l'examen et ont déclaré qu'elles devaient guider la voie à suivre, y compris pour le processus du Groupe de haut niveau et l'élaboration de la prochaine Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026-2031 et de l'UBRAF.
139. Ils se sont félicités des progrès substantiels enregistrés dans le cadre de l'examen à mi-parcours, notamment en ce qui concerne les traitements et les soins, dont une grande partie est fournie gratuitement, mais ils ont noté que des lacunes et des obstacles persistants empêchaient le monde d'atteindre les objectifs fixés pour 2025. Les nouvelles infections par le VIH augmentent dans au moins 28 pays, dans un contexte d'inégalités profondes, d'accès inégal aux services et au soutien, et de stigmatisation et de discrimination persistantes. De nombreux pays fortement touchés par le VIH ont également dû rembourser une grande partie de leur dette.
140. Les intervenants ont rappelé que le monde disposait des outils et des connaissances nécessaires pour mettre fin au sida d'ici à 2030. Pourtant, l'examen à mi-parcours a clairement montré que la riposte au VIH était entravée par les problèmes persistants de la stigmatisation et de la discrimination, des inégalités, des violations des droits humains et de la violence, ainsi que par les perturbations causées par les conflits et la crise du changement climatique. Les visites sur le terrain ont clairement montré la nécessité de supprimer les politiques et les lois qui limitent l'accès des personnes aux

services et aux médicaments, y compris les services de réduction des risques. Des progrès plus rapides et plus équitables dans la lutte contre la pandémie ne seraient pas possibles sans s'attaquer à ces questions et sans travailler en étroite collaboration avec les organisations communautaires, ont-ils déclaré.

141. L'attention et l'action doivent notamment porter sur la diminution de l'engagement politique dans certains pays, les déficits de financement et l'étranglement de la base de financement de la lutte contre le VIH, l'accès inéquitable aux médicaments, l'importance et les ressources insuffisantes accordées à la prévention du VIH, la faiblesse et le financement inadéquat des systèmes de santé, la persistance de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH et le recul des droits humains au niveau mondial.
142. Les innovations scientifiques sont porteuses d'espoir, mais elles doivent être accessibles et abordables, et atteindre les populations qui en ont besoin, a-t-on expliqué lors de la réunion. Les intervenants ont souligné la possibilité d'une coopération plus étroite avec Unitaïd pour parvenir à un déploiement rapide de la PrEP à longue durée d'action et du traitement.
143. Ils ont approuvé l'accent mis par l'examen sur les rôles essentiels de la société civile dans la riposte au VIH et ont appelé les pays et les donateurs à soutenir les organisations qui peuvent atteindre les populations les plus touchées et les plus défavorisées. Les participants ont également souligné la valeur d'une analyse épidémiologique convaincante et de solides dossiers d'investissement.
144. Le CCP a été informé que les défis à relever nécessitaient un effort de transformation plutôt que de maintenir le cap et que les feuilles de route pour le développement durable étaient l'occasion de se rallier aux actions les plus cruciales. Les intervenants ont félicité l'ONUSIDA pour avoir soutenu et facilité l'élaboration des feuilles de route.
145. Constatant la nécessité de repenser la voie à suivre, les intervenants ont salué le processus du Groupe de haut niveau et ont déclaré attendre avec impatience ses recommandations pour adapter le Programme commun afin qu'il puisse apporter une réponse plus forte aux défis identifiés dans l'examen à mi-parcours.
146. Soulignant que le Programme commun doit être adapté à son objectif et capable de fonctionner dans les limites de son budget, ils l'ont encouragé à assurer la cohérence entre ses différents volets de travail.
147. Ils ont insisté sur le fait que le processus du Groupe de haut niveau devait être transparent, consultatif et significatif, et ont suggéré que des consultations régionales pourraient être utiles pour saisir les évolutions et les réalités spécifiques.
148. Les intervenants ont déclaré que la prochaine Stratégie mondiale de lutte contre le sida serait cruciale pour relever les nombreux défis identifiés dans l'examen à mi-parcours. La prochaine série d'objectifs et la Stratégie mondiale de lutte contre le sida doivent trouver un équilibre entre le réalisme et l'ambition dans un contexte de défis multiples, ont-ils noté. Une nouvelle stratégie allégée et repensée était nécessaire pour galvaniser le soutien politique, et tant la nouvelle stratégie que l'UBRAF devaient répondre aux implications des déficits de financement persistants. Les intervenants ont déclaré qu'ils espéraient que la prochaine stratégie montrerait clairement comment les efforts et le financement des pays en matière de VIH peuvent être déployés le plus efficacement possible pour atteindre les objectifs d'ici 2030 et au-delà.
149. En ce qui concerne le contenu de la prochaine Stratégie mondiale de lutte contre le sida, ils ont souligné l'importance d'une accélération de la prévention, d'un accès équitable aux ARV, y compris aux versions à longue durée d'action, et

d'investissements dans les systèmes de santé et les systèmes communautaires afin d'assurer un accès rapide aux services et aux technologies de lutte contre le VIH, en particulier pour les populations marginalisées. La stratégie devait également refléter le fait que la viabilité à long terme nécessitait une forte volonté politique et une solide mobilisation de la communauté pour surmonter les obstacles à l'équité, protéger les droits humains et faire progresser l'égalité des genres. Il a également été conseillé de mettre l'accent sur l'intégration des interventions en matière de VIH dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive, de la tuberculose, des soins de santé primaires et du programme plus large de couverture sanitaire universelle.

150. La prochaine Stratégie mondiale de lutte contre le sida, ont déclaré les intervenants, doit continuer à se concentrer sur le maintien des priorités qui ont permis de réaliser des progrès, tout en concevant de nouveaux moyens de relever les défis actuels et nouveaux. Il a été suggéré de mettre en évidence les stratégies les plus efficaces et d'indiquer clairement quelles sont les interventions qui doivent être maintenues et celles qui doivent être renforcées. Il a également été suggéré que la stratégie soit formulée de manière à permettre aux pays de la mettre en œuvre conformément aux priorités de leurs parties prenantes nationales.
151. Les intervenants ont insisté pour que la prochaine Stratégie mondiale de lutte contre le sida soit élaborée de manière transparente et inclusive et ont demandé au Secrétariat d'expliquer comment les parties prenantes étaient impliquées dans son élaboration. Il a été demandé au Secrétariat si la prochaine Stratégie mondiale de lutte contre le sida inclurait des mécanismes de responsabilité pour la mise en œuvre.
152. Les intervenants se sont dits impressionnés par les nombreux processus en cours, mais ont souligné la nécessité d'une complémentarité. En fin de compte, ont-ils déclaré, le CCP doit sortir de sa réunion de décembre 2025 avec une vision claire de la manière dont le monde va s'y prendre pour atteindre les cibles et les objectifs en matière de sida.
153. Certains membres ont informé la réunion des progrès réalisés dans leurs ripostes au VIH, notamment l'augmentation de la couverture des traitements antirétroviraux et des niveaux de suppression virale, l'accès accru à la prévention de la transmission mère-enfant (PrEP) et l'intégration plus poussée du VIH dans le système de santé général. Ils ont toutefois noté que la fourniture d'ARV à longue durée d'action était limitée par des coûts élevés ; la plupart des pays à revenu intermédiaire ne bénéficiaient pas des réductions de prix offertes pour le Lénacapavir. Les Pays-Bas ont annoncé qu'ils prévoient de verser 23 millions d'euros à l'ONUSIDA en 2025.
154. Des inquiétudes ont été exprimées quant à la fermeture du bureau régional de l'ONUSIDA au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, une région où la riposte au VIH est à la traîne. Ils ont demandé si l'ONUSIDA accordait suffisamment d'attention à la région et ont déclaré que les programmes de lutte contre le VIH qui rencontrent les principaux problèmes et limites devraient faire l'objet d'une plus grande attention.
155. En réponse, Mme Achrekar remercie les intervenants pour leurs remarques et leurs suggestions. Elle a déclaré que l'objectif de l'examen à mi-parcours était de décrire l'état de la riposte mondiale au VIH et d'orienter les améliorations. Il s'agit d'une contribution fondamentale à la prochaine stratégie mondiale de lutte contre le sida, au prochain UBRAF et aux processus connexes et complémentaires. Tout au long de ces activités, l'ONUSIDA s'est engagé à garantir des processus inclusifs, y compris pour les jeunes.
156. Mme Stegling a remercié les intervenants pour leurs contributions, leurs conseils et leur soutien continu. En réponse aux remarques sur les réponses régionales, elle a déclaré que l'ONUSIDA examinerait si une approche plus régionalisée pourrait être

nécessaire, y compris dans le cadre de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida. Elle a assuré les participants que l'engagement avec la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord se poursuivait par l'intermédiaire de trois autres bureaux régionaux de l'ONUSIDA et de quelques bureaux nationaux restants, tout en reconnaissant l'inquiétude que suscite la trajectoire de l'épidémie de VIH dans cette région. Cependant, l'ONUSIDA a dû faire face à la réalité d'une diminution des ressources à sa disposition. Tout en reconnaissant l'importance d'une analyse des risques liés au coût de l'impossibilité de maintenir certaines formes de soutien, elle a fait remarquer que l'établissement de priorités et le recentrage avaient des conséquences - tout ne pouvait pas rester en l'état.

157. En conclusion, Mme Stegling a déclaré que, bien que les discussions aient porté sur des problèmes de longue date, il était important de se concentrer également sur les nouvelles possibilités de relever ces défis et d'accélérer les progrès.

158. Le point de décision est adopté.

## 5. Le VIH dans des prisons et autres centres de détention

159. Fariba Soltani, coordinatrice mondiale pour le VIH à l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDD), a commencé sa présentation en rappelant les points de décision antérieurs du CCP et en partageant les dernières données épidémiologiques sur le VIH dans les prisons et autres milieux fermés.

160. Elle a indiqué au CCP que la population carcérale mondiale augmentait, avec 11,5 millions de personnes détenues à un moment ou à un autre de l'année, soit 5,5 % de plus qu'il y a dix ans. Les hommes représentent 94 % des personnes incarcérées. Les prisons étaient surpeuplées dans au moins 60 % des pays, en grande partie à cause du recours excessif à la détention provisoire et de l'incarcération de délinquants non violents. En 2022, 7 millions de personnes ont été en contact formel avec la police pour des questions liées à la consommation de drogue, par exemple. Elle a déclaré que la surpopulation exacerbait les problèmes et les risques sanitaires, violait les droits des personnes et entraînait une augmentation de la violence dans les prisons, y compris des viols - autant d'éléments qui font obstacle à la protection des personnes contre le VIH et d'autres menaces sanitaires.

161. La prévalence médiane du VIH dans les lieux d'incarcération au niveau mondial était de 1,3 % en 2023, soit environ le double de la prévalence chez les adultes de 15 à 49 ans dans la population générale, a-t-elle poursuivi. Les détenus présentent également des taux plus élevés de tuberculose et d'hépatite C. La prévalence des infections sexuellement transmissibles est de 2 à 10 fois plus élevée dans les prisons que dans la population générale et les complications liées à la santé mentale sont beaucoup plus fréquentes dans les populations carcérales.

162. Mme Soltani a noté qu'il n'y avait pas suffisamment de données pour suivre les progrès réalisés en matière de VIH pour les personnes incarcérées. Il est nécessaire d'améliorer et de mieux cibler la collecte de données relatives au VIH parmi les détenus, notamment en ce qui concerne la couverture des traitements antirétroviraux et les taux de suppression virale.

163. Poursuivant la présentation, Ehab Salah, conseiller sur les prisons et le VIH, ONUDD, a déclaré que les données disponibles montraient que la couverture des services liés au VIH était très limitée dans les prisons. Parmi les 37 pays qui ont communiqué ces données, la couverture en ARV dépassait 95 % dans 18 pays et était inférieure à 50 % dans cinq pays, tandis que les services de réduction des risques étaient rares, 11 pays seulement proposant des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues dans certaines prisons (alors que 92 pays ont déclaré disposer de tels programmes dans la

- communauté au sens large). La Naloxone serait disponible en milieu carcéral dans 11 pays ; la plupart des pays fournissant des services de réduction des risques dans les prisons se trouvent en Europe occidentale et en Amérique du Nord, a-t-il indiqué.
164. Selon lui, l'offre de préservatifs a augmenté, des préservatifs étant disponibles dans au moins quelques établissements pénitentiaires dans 55 pays en 2024, contre 45 en 2021. Mais les services de lutte contre le VIH ne sont généralement pas adaptés à des sous-populations spécifiques, telles que les femmes, les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ou les personnes transgenres. La stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes incarcérées, des personnes vivant avec le VIH ou des personnes LGBTQI+ constituent des défis majeurs.
  165. Parmi les autres défis à relever figurent le manque de données et de suivi, les obstacles juridiques et structurels (notamment le recours excessif à l'incarcération et à la détention provisoire, et l'emprisonnement pour des délits non violents), le manque de volonté politique, le manque de financement et la résistance aux réformes juridiques, la continuité insuffisante des soins et l'engagement limité de la société civile, a-t-il ajouté.
  166. Les activités du Programme commun ont conduit ou soutenu plusieurs réalisations, a-t-on dit au CCP, notamment : des orientations normatives pour la prestation de services, un plaidoyer plus fort, l'examen et l'amélioration des politiques ; une assistance technique accrue ; et le renforcement des capacités des partenaires, y compris des organisations de la société civile. Les Coparrainants de l'ONUSIDA ont également élaboré des publications et des outils techniques et autres lignes directrices, notamment pour la prévention, le dépistage, le traitement et les soins du VIH, de l'hépatite virale et des IST, ainsi que pour la prévention de la transmission verticale du VIH, entre autres.
  167. Doreen Namyalo Kyazze, de Penal Reform International, a déclaré à la réunion que la prise en compte des droits et de la santé des personnes emprisonnées était un impératif moral et une nécessité de santé publique, et que leur santé et leurs droits faisaient partie intégrante de l'agenda plus large de la riposte au VIH. Soulignant les contributions potentielles des organisations de la société civile, elle a déclaré que le groupe de travail informel sur la santé pénale nouvellement créé s'efforcera de faire en sorte que les besoins des personnes incarcérées soient entendus et pris en compte dans les forums mondiaux. C'est l'occasion d'inscrire plus fermement la santé des prisons à l'ordre du jour de la santé et du VIH et de veiller à ce que la riposte mondiale au VIH soit véritablement inclusive, a-t-elle déclaré.
  168. Parmi les recommandations formulées dans le rapport figurent : l'élaboration d'outils et d'indicateurs standard pour le suivi et la mesure des progrès accomplis ; l'intensification des activités de plaidoyer du programme conjoint en faveur de la santé dans les prisons et de la réforme de la justice pénale, notamment en ce qui concerne l'incarcération avant jugement ; et l'abrogation des lois discriminatoires.
  169. Au cours de la discussion, les membres et les observateurs ont remercié l'ONUSDC pour son excellent rapport.
  170. Les intervenants ont fait part des taux élevés d'infection par l'hépatite virale dans les prisons, ainsi que des niveaux élevés de stigmatisation, de discrimination et de violence. Le manque chronique d'accès à des seringues propres et à des préservatifs dans les prisons, ainsi que l'exposition des hommes et des femmes à la violence sexuelle et à d'autres formes de violence ont été mis en évidence. La santé en milieu carcéral doit être plus fermement inscrite à l'ordre du jour de la santé publique et de la lutte contre le VIH, ont déclaré les intervenants. Ils ont appelé les gouvernements à

aligner leurs systèmes de santé dans les prisons sur les normes internationales en matière de droits humains.

171. L'accent a également été mis sur l'importance d'améliorer la collecte et le partage des données sur la santé dans les prisons et d'introduire des changements politiques et juridiques afin d'améliorer la santé des détenus. Les intervenants ont toutefois reconnu que ce travail était difficile, notamment parce qu'il nécessitait un renforcement de la politique et de la collaboration entre les différents secteurs gouvernementaux.
172. Les gouvernements ont été invités à appliquer le principe de justice compassionnelle et à réduire le recours à l'emprisonnement pour des délits mineurs et non violents en envisageant des alternatives à l'emprisonnement. Les personnes qui consomment des drogues sont particulièrement surreprésentées dans les milieux carcéraux, avec des centaines de milliers de personnes incarcérées pour la possession de petites quantités de drogues, ont déclaré les intervenants au CCP. Ils ont exhorté les gouvernements à envisager la dépénalisation de la consommation de drogues, du travail sexuel et des relations consensuelles entre personnes du même genre. Les preuves scientifiques démontrent les avantages de la décriminalisation, ont-ils déclaré.
173. Il a été demandé aux gouvernements et aux autres donateurs de veiller à ce que le travail de l'ONUSIDA et de ses partenaires en matière de VIH dans les prisons continue d'être financé. Les intervenants ont noté que les nouvelles lignes directrices et les nouveaux outils fournis par le Programme commun pourraient être utilisés pour remodeler les politiques de santé dans les prisons.
174. Certains membres ont donné des détails sur les mesures prises pour améliorer l'accès au VIH et aux services de santé connexes, y compris la PrEP, dans les prisons. Ils ont toutefois noté que de nombreux défis restaient à relever, notamment en ce qui concerne la prévention de la violence et la fourniture de services de réduction des dommages.
175. Un pays européen a indiqué qu'il s'agissait notamment d'un meilleur accès aux ARV et de l'introduction d'un traitement contre le virus de l'hépatite C et d'un traitement par agonistes opioïdes dans les prisons. Un représentant d'un pays européen a décrit le succès de la mise en place de services de réduction des risques dans toutes les prisons de l'État et de l'éducation par les pairs en collaboration avec des organisations non gouvernementales. La prévalence du VIH dans les prisons a ensuite fortement diminué. Un pays d'Asie centrale travaille avec les autorités pénitentiaires sur les services liés au VIH à l'intérieur et à l'extérieur des prisons, y compris l'information et l'éducation, le dépistage et les services de réduction des risques pour le VIH et l'hépatite C. Ces changements et d'autres ont contribué à réduire la prévalence du VIH dans les prisons de plus de 2 % à moins de 0,8 %, a-t-on indiqué au CCP.
176. Le représentant d'un pays d'Amérique latine a décrit les mesures prises pour renforcer la coopération entre les ministères de la santé et de la justice afin d'améliorer les services de lutte contre le VIH, l'hépatite virale et les autres IST, ainsi que la tuberculose. Une formation spéciale a également été mise en place pour les fonctionnaires de l'administration pénitentiaire, notamment pour réduire la stigmatisation et la discrimination.
177. En réponse, Mme Soltani a remercié les intervenants pour leurs importantes observations. Elle a noté que les données relatives aux prisons étaient incomplètes et n'étaient pas encore suffisamment désagrégées. Elle a également reconnu que la couverture des services de lutte contre le VIH était encore trop faible pour avoir un impact sur l'épidémie de VIH dans son ensemble.
178. M. Salah a rappelé que la négligence systématique de la santé des personnes

incarcérées était devenue particulièrement évidente pendant la COVID-19. L'intégration des données relatives à la santé des détenus dans les systèmes d'information sanitaire est importante, notamment pour mobiliser davantage de ressources, a-t-il noté, ajoutant que les services devaient être accessibles, acceptables et de bonne qualité s'ils voulaient avoir l'impact requis.

179. Il a également souligné l'importance du travail multisectoriel et de l'intégration du travail des différentes sections du système de santé. Étant donné que la santé en milieu carcéral relève de la responsabilité des prestataires de soins de santé des deux côtés du mur de la prison, l'intégration entre les services de santé en milieu carcéral et le système général de santé publique est vitale, a-t-il déclaré.
180. Répondant à une question, M. Salah a expliqué que la prévalence du VIH citée dans le rapport actuel semblait être inférieure au chiffre rapporté en 2021 parce que les dernières estimations portaient sur la prévalence médiane, alors que les estimations précédentes portaient sur la prévalence moyenne. En outre, un modèle statistique différent a été utilisé pour calculer les dernières estimations.

## **6. Rapport annuel du Bureau d'évaluation et réponse de la direction de l'ONUSIDA**

181. Adam Ruiz Villalba, directeur de l'évaluation indépendante à l'ONUSIDA, a présenté ce point en rappelant brièvement le contexte de la création de la fonction d'évaluation et ses fonctions actuelles au sein de l'ONUSIDA. Jyothi Raja Nilambur Kovilakam, conseillère principale, Évaluation indépendante, ONUSIDA, a ensuite présenté le rapport annuel et a indiqué que 2024 avait été une année de transition pour le Bureau de l'évaluation, avec deux évaluations et un examen réalisés en 2024, et une évaluation reportée à 2025.
182. Les évaluations achevées étaient l'évaluation conjointe du plan d'action mondial pour une vie saine et le bien-être pour tous (SDG3 GAP), qui avait été menée par l'OMS avec 13 agences signataires du SDG3 GAP. Elle avait recommandé deux voies : soit clôturer le GAP, soit élaborer un nouveau cadre. La plupart des agences ont opté pour la première option. Mme Kovilakam a résumé les autres conclusions et a indiqué à l'assemblée que le rapport complet était disponible sur le site Web de l'ONUSIDA.
183. La deuxième évaluation achevée était une évaluation à mi-parcours par le Secrétariat de l'accord de coopération (2021-2026) entre l'ONUSIDA et les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis. Elle a constaté que l'accord était en bonne voie, mais que sa mise en œuvre variait selon les pays et les domaines stratégiques. L'amélioration du suivi communautaire figure parmi les cinq recommandations du rapport.
184. En outre, un rapport sur l'examen des évaluations du Programme commun (2020-2024) a été réalisé en tant que première étape de l'évaluation du rôle du Programme commun dans la pérennisation de la riposte au VIH prévue pour 2025. Il a montré que l'ONUSIDA excellait dans le leadership mondial sur le VIH, l'information stratégique et le plaidoyer. Cependant, des problèmes de coordination interne (entre le Secrétariat et les Coparrainants), des contraintes de ressources et des facteurs externes ont considérablement entravé les progrès vers la réalisation de plusieurs objectifs programmatiques.
185. Le modèle de fonctionnement du Programme commun s'est avéré présenter des points forts (collaboration multisectorielle) et des points faibles (lacunes en matière de coordination, incohérences des données et inefficacité de l'allocation des ressources), les réformes des Nations unies et l'évolution du paysage de la santé mondiale ajoutant

à la complexité de la situation. Le modèle de fonctionnement actuel nécessitait des ajustements importants pour améliorer l'efficacité, la responsabilité et la viabilité à long terme, a déclaré Mme Kovilakam.

186. Mme Kovilakam a indiqué que les conclusions de l'examen des évaluations du Programme commun de l'ONUSIDA, entrepris par le Bureau d'évaluation, alimenteront le travail du Groupe de haut niveau sur un Programme commun de l'ONUSIDA résilient et adapté dans le contexte de la durabilité de la riposte au VIH, tout comme la réponse de la direction. Le Groupe de haut niveau a commencé son travail en octobre 2024 et devrait fournir une série de recommandations sur le modèle de fonctionnement du Programme commun d'ici avril 2025, qui seront reçues par la Directrice exécutive et le COC. Sur la base de ces recommandations, la Directrice exécutive et le COC feront rapport à la 56e réunion du CCP en juin 2025 sur le réexamen du modèle de fonctionnement pour examen par le Conseil.
187. Notant que certains membres du CCP ont signalé des chevauchements entre le travail du Groupe de haut niveau et l'évaluation du Programme commun, elle a déclaré que le travail du Groupe ne se substituait pas à celui de l'évaluation. Ce dernier se déroulera conformément au plan de travail approuvé par le CCP. Elle a demandé au CCP de contribuer à garantir l'utilité de l'évaluation et de ses conclusions pour le Programme commun et de ne pas la considérer comme un simple exercice supplémentaire. En ce qui concerne les dépenses, elle a déclaré que 85 % des allocations budgétisées avaient été dépensées.
188. M. Villalba a ensuite fait le point sur le comité consultatif d'experts en évaluation. Le mandat de deux des membres du comité arrivait à échéance et un autre membre se retirait pour six mois, a-t-il déclaré. La nomination de la délégation des ONG du CCP a été soumise à l'approbation du CCP. Le Bureau d'évaluation et le Bureau du CCP ont convenu que le Comité resterait pleinement fonctionnel avec cinq membres. Il a également rappelé au CCP que le Bureau d'évaluation avait été transféré à Bonn, en Allemagne, et qu'un nouveau directeur avait été nommé en août 2024. En ce qui concerne l'avenir, il a déclaré que l'examen de la politique d'évaluation de l'ONUSIDA (qui doit avoir lieu tous les quatre ans) arrivait à nouveau à échéance ; un examen par les pairs de la fonction d'évaluation est nécessaire pour que la politique puisse être réexaminée en 2025.
189. M. Villalba a déclaré que le Bureau d'évaluation continuerait à renforcer la culture de l'évaluation dans l'ensemble du Programme commun et chercherait à décentraliser et à renforcer l'utilisation des évaluations par les partenaires. Il espérait introduire de nouvelles méthodes de travail, notamment en utilisant une « carte des lacunes en matière de preuves » pour accroître la valeur et l'utilité des évaluations. Il espérait également introduire de nouvelles méthodes de travail et de nouvelles approches.
190. Mahesh Mahalingham, chef de cabinet de l'ONUSIDA, a déclaré que 2024 avait été une année de transition pour le Bureau de l'évaluation et que l'ONUSIDA était heureux d'accueillir M. Villalba à son poste de directeur de l'évaluation indépendante. Les réponses de l'administration aux évaluations spécifiques sont en cours d'élaboration en consultation avec les partenaires concernés, a-t-il déclaré, et le Secrétariat soutient pleinement l'examen professionnel par les pairs de la fonction d'évaluation qui a été proposé.
191. La Présidence a laissé la place aux commentaires. Les intervenants ont félicité l'ONUSIDA pour son engagement dans la fonction d'évaluation, ont remercié le Bureau d'évaluation pour son rapport et l'ont félicité pour la mise en œuvre des activités prévues malgré la période de transition. Ils ont félicité le personnel du Bureau d'évaluation pour son excellent travail et ont demandé à la Directrice exécutive de

veiller à ce que le Bureau soit suffisamment financé. Ils ont également demandé à la direction de l'ONUSIDA d'accélérer l'élaboration de ses réponses aux différents rapports d'évaluation qu'elle a reçus.

192. Soulignant l'importance de la bonne gouvernance et de cadres de responsabilité solides, les intervenants se sont dits encouragés par l'engagement de renforcer les outils d'évaluation. Ils ont également apprécié les conclusions claires des évaluations achevées, y compris celles concernant la valeur ajoutée du Programme commun.
193. Les intervenants ont félicité le Programme commun pour les résultats mis en évidence dans l'évaluation, notamment ses succès considérables en matière de plaidoyer, de mobilisation d'un leadership mondial pour la riposte au VIH, de gestion et de diffusion d'informations stratégiques essentielles et de soutien à la mobilisation sociale. Toutefois, les conclusions relatives aux faiblesses de la coordination et de l'allocation des ressources ont suscité des inquiétudes.
194. Les intervenants ont suggéré que les résultats montraient la nécessité d'un ajustement significatif du modèle de fonctionnement actuel afin de renforcer l'efficacité et la responsabilité et d'assurer la viabilité institutionnelle et financière à long terme. Se référant aux difficultés apparentes de coordination, ils ont demandé si la division actuelle du travail était suffisamment claire pour éviter les doubles emplois. Les déficits de financement restent également un problème important et empêchent la pleine réalisation des objectifs du programme, ont-ils déclaré.
195. Les intervenants ont indiqué que l'évaluation complète du rôle du Programme commun dans la pérennisation de la riposte au VIH en 2025 permettrait d'approfondir ces questions et d'apporter des éléments importants à la prise de décision du CCP sur la manière de rendre le Programme commun plus durable, plus résilient et plus adapté à son objectif. Ils ont convenu que cette évaluation était différente des travaux du groupe de haut niveau et qu'elle compléterait les recommandations de ce dernier.
196. Les intervenants se sont félicités des résultats encourageants de l'examen de l'accord de coopération entre le Programme commun et le CDC, qui a confirmé que les investissements du PEPFAR produisaient des résultats positifs. Se référant à l'évaluation du GAP de l'ODD 3, ils ont déclaré qu'ils attendaient avec impatience d'entendre le point de vue du Secrétariat sur les conclusions et sur la manière dont il entendait remédier aux lacunes relevées dans l'évaluation.
197. Ils se sont également félicités de la reconnaissance des contributions essentielles des organisations communautaires en matière de suivi, mais ont noté que les résultats montraient également qu'il était urgent de prendre de nouvelles mesures. Le suivi mené par la communauté est important, notamment pour réduire la stigmatisation et la discrimination et pour mettre en évidence les lacunes persistantes en matière de capacité et de financement. Ils ont déclaré que les communautés étaient prêtes à rendre des comptes, mais ont averti que le rétrécissement de l'espace civique empêchait les organisations dirigées par les communautés de fonctionner efficacement.
198. Les intervenants ont déclaré qu'ils étaient favorables au maintien des lignes de responsabilité par le biais de l'examen par les pairs prévu pour la fonction d'évaluation et d'autres actions planifiées. Ils ont rappelé les conclusions positives de la MOPAN concernant la création et le fonctionnement de l'Office d'évaluation indépendant et les évaluations qui ont été menées. Il a été demandé au Secrétariat de tout mettre en œuvre pour que l'examen par les pairs ait lieu en 2025.
199. Le Bureau d'évaluation a été invité à clarifier le budget total alloué aux différentes évaluations, ainsi que le rôle du Comité consultatif d'experts en évaluation par rapport

au Comité consultatif indépendant de supervision externe.

200. En réponse, M. Villalba a remercié les intervenants pour leurs commentaires et a abordé les questions soulevées. Il a indiqué que les réponses de la direction aux évaluations réalisées en 2024 pourraient prendre un certain temps et que le rôle du suivi mené par les communautés pourrait être examiné de plus près dans l'une des évaluations prévues. Le Bureau d'évaluation clarifiera les dépenses et fournira des tableaux supplémentaires pour examen, et il poursuivra ses relations étroites avec les Coparrainants, a-t-il déclaré au CCP. L'examen par les pairs en 2025 sera un exercice clé pour la fonction d'évaluation et nécessitera une pleine participation au processus, a-t-il déclaré. Mme Kovilakam a ajouté que certains pays avaient demandé au Bureau de mettre davantage l'accent sur l'engagement communautaire et le suivi par les communautés dans les évaluations.
201. M. Mahalingham a déclaré que le Secrétariat partageait l'appréciation du CCP pour le travail du Bureau d'évaluation et a assuré la réunion qu'il prenait les évaluations très au sérieux. Il a indiqué que le Secrétariat et les Coparrainants ont également investi beaucoup de travail pour soutenir les évaluations, traiter les résultats et les intégrer dans leurs domaines de travail respectifs. Se référant au rapport du GAP, il a déclaré qu'une réunion des 13 principaux signataires avait été convoquée pour discuter du rapport d'évaluation et convenir d'une marche à suivre.

## 7. Prochaines réunions du CCP

202. Morten Ussing, directeur de la gouvernance de l'ONUSIDA, a présenté les thèmes des volets thématiques des réunions du CCP en 2025, ainsi que les dates des 60e et 61e réunions du CCP. Il a décrit le processus par lequel les thèmes des volets thématiques sont décidés. Cinq propositions ont été reçues en 2024 et le Bureau du CCP s'est mis d'accord sur les deux thèmes pour 2025, sur la base de quatre critères (pertinence générale, réactivité, ciblage et champ d'action) :
- Après 2025 : Lutter contre les inégalités en matière de santé en soutenant la riposte au VIH, les droits humains et la réduction des risques pour les personnes qui consomment des drogues, pour la 56e réunion du CCP en juin 2025 ; et
  - Après 2025 : Antirétroviraux à action prolongée : la possibilité de combler les lacunes en matière de prévention et de traitement du VIH, pour la 57e réunion du CCP en décembre 2025.
203. Les dates des prochaines réunions du CCP ont également été sélectionnées : 29 juin - 1er juillet 2027 (60e réunion du CCP) et 14-16 décembre 2027 (61e réunion du CCP).
204. Les intervenants se sont prononcés en faveur des dates fixées pour les prochaines réunions du CCP. Ils ont remercié le Kenya d'avoir accueilli une excellente réunion et le Secrétariat de l'avoir organisée avec compétence.
205. Se référant aux points de décision de ce point de l'ordre du jour, la Fédération de Russie a déclaré qu'elle se dissociait du point de décision 9.1a. Il a demandé que cela soit reflété dans le rapport et dans les points de décision.

## 8. Élection du bureau

206. M. Ussing, directeur de la gouvernance à l'ONUSIDA, a informé la réunion que 21 États membres étaient éligibles à l'élection des membres du Bureau du Conseil. Après avoir expliqué le processus de sélection des membres du Bureau, il a indiqué que des manifestations d'intérêt avaient été reçues de la part des Pays-Bas pour assurer la vice-présidence et du Kenya pour assurer le rôle de rapporteur, tandis que

le Brésil assumera la présidence en 2025.

207. Cinq nouveaux délégués pour la délégation des ONG pour 2025-2026 ont été confirmés. Pour l'Afrique : Humanity First Cameroon ; pour l'Asie et le Pacifique : Youth LEAD ; pour l'Europe : Trans Europe et Asie centrale ; pour l'Amérique latine et les Caraïbes : Organizacion Llanto, Valor y Esfuerzo ; et pour l'Amérique du Nord : National Native America HIV Prevention Center.
208. Il a remercié les délégués sortants des ONG du CCP pour leurs excellents services.
209. Au cours de la discussion, les intervenants ont remercié les délégués sortants des ONG pour leurs contributions cruciales et le Kenya pour son excellente présidence des réunions du CCP et son accueil chaleureux de la 55e réunion du CCP. Ils ont également rendu hommage au travail important de la société civile et au soutien du Programme commun, de l'OMS et du Fonds mondial.
210. Se référant aux points de décision de ce point de l'ordre du jour, la Fédération de Russie a déclaré qu'elle se dissociait de ces points de décision. Il a demandé que cela soit reflété dans le rapport et dans les points de décision. Le président a remercié le CCP d'avoir soutenu le Kenya dans son rôle de président et a souhaité bonne chance au nouveau président.

#### **jeudi 12 décembre 2024**

### **10. Volet thématique : Combattre les inégalités chez les enfants et les adolescents pour mettre fin au sida d'ici à 2030**

211. Le volet thématique a examiné les inégalités et autres facteurs qui font obstacle aux progrès dans la lutte contre le sida chez les enfants et les adolescents d'ici à 2030.

#### **Discours d'introduction et liminaires**

212. Les modérateurs pour la session étaient : Shaffiq Essajee, conseiller principal sur le VIH et spécialiste de la santé infantile à l'UNICEF, et Ikpeazu Akudo, cheffe d'équipe pour le VIH, la tuberculose, l'hépatite et les IST au bureau de l'OMS pour la région africaine.
213. Angeli Achrekar, directrice exécutive adjointe pour les programmes de l'ONUSIDA, a déclaré que des progrès majeurs avaient été réalisés dans le cadre des programmes de transmission verticale, permettant d'éviter quelque quatre millions de nouvelles infections chez les enfants depuis 2000. Pourtant, la réponse au VIH n'était pas suffisamment efficace pour les adolescents et les enfants. Chaque infection d'un enfant par le VIH peut être évitée, a-t-elle déclaré, mais 120 000 enfants auront contracté le VIH en 2023, dont plus de 80 % en Afrique au Sud du Sahara. Presque la moitié des enfants vivant avec le VIH n'étaient pas sous traitement. En conséquence, les enfants représentaient 3 % des personnes vivant avec le VIH, mais 12 % des décès liés au sida, a-t-elle ajouté.
214. Il s'agit là de bien plus qu'un défi biomédical, a déclaré Mme Achrekar. Les droits des enfants et des adolescents doivent être respectés et les inégalités, la violence fondée sur le genre et la stigmatisation liée au VIH qui les touchent doivent être combattues. Selon elle, il existe des obstacles comportementaux et structurels qui doivent également être abordés. Les lacunes en matière de financement freinent également les programmes de transmission verticale. Les dépenses consacrées aux programmes de lutte contre le VIH pour les enfants et les adolescents dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire étaient inférieures d'un milliard de dollars au niveau

nécessaire.

215. Une vidéo a été projetée avec une contribution du ministre sud-africain de la santé, Aaron Motsoaledi. Il a déclaré que l'ambition de mettre fin au sida d'ici 2030 était menacée si les pays ne surmontaient pas les inégalités qui conduisent à des services, des soins et un soutien inadéquats pour les jeunes. Il a déclaré que l'Afrique du Sud avait réalisé des progrès importants dans la lutte contre l'épidémie. Son programme de prévention de la transmission verticale du VIH est le plus important au monde et a permis de réduire le taux de transmission verticale de 31 % en 2000 à un peu plus de 2 % en 2024. Cependant, les services de traitement et de soins n'atteignaient pas tous les enfants et adolescents qui en avaient besoin. En 2023, la cascade de traitement était de 96-79-95 pour les adultes, mais de 87-80-70 pour les enfants et les adolescents. Plus de 150 000 enfants vivaient avec le VIH en 2023 et plus de 6 500 enfants ont contracté le VIH cette année-là.
216. Faisant référence à l'Alliance mondiale pour mettre fin au sida chez les enfants d'ici à 2030, il a déclaré que cette collaboration avait conduit au lancement du plan national de l'Afrique du Sud visant à accélérer et à recentrer sa riposte au VIH pour les enfants et les adolescents. Environ 80 % des enfants recevant un traitement contre le VIH sont passés à de nouveaux schémas thérapeutiques à base de dolutégravir, les schémas thérapeutiques ont été simplifiés et l'aide à l'observance du traitement a été renforcée. La stigmatisation et la discrimination restent cependant des obstacles omniprésents. M. Motsoaledi a décrit l'approche multisectorielle adoptée et les outils et programmes utilisés pour réduire la stigmatisation liée au VIH.
217. Il a ajouté que les adolescents vivant avec le VIH étaient confrontés à de nombreux défis qui se recoupent, les filles étant particulièrement touchées, mais il a déclaré que l'autonomisation par l'éducation, les compétences et les opportunités économiques pouvait contribuer à briser le cycle de la pauvreté et de l'inégalité. Il a décrit les mesures prises pour protéger les adolescentes dans les écoles, ainsi qu'un vaste système de protection sociale comprenant d'importants programmes d'alimentation scolaire. Une éducation sexuelle complète est mise en œuvre dans les écoles des neuf provinces afin que les adolescents disposent des connaissances et des compétences nécessaires pour prendre des décisions en connaissance de cause.
218. Sitsope Adjovi Husunukpe, directrice exécutive du réseau Positive Children, Adolescents and Youth Network, au Togo, a déclaré que la couverture des traitements antirétroviraux n'était que de 35 % parmi les enfants vivant avec le VIH en Afrique occidentale et centrale. L'absence de politiques, de programmes et d'interventions adaptés tue les enfants et les adolescents, a-t-elle déclaré. Après avoir rendu hommage à Patrick-Alain Fouda, un militant de la lutte contre le sida décédé récemment, Mme Husunukpe a déclaré que les personnes vivant avec le VIH étaient déterminées à changer les lois, les structures et les politiques qui les discriminent et les privent de leurs droits et de leur dignité. Elle a raconté avoir découvert, enfant, qu'elle était séropositive et que ses parents étaient décédés de causes liées au sida. La solidarité et le soutien de ses pairs lui ont permis de survivre et de renforcer sa détermination, a-t-elle déclaré au CCP. Une nouvelle génération de jeunes s'est engagée à mettre fin aux inégalités et à l'oppression, a-t-elle déclaré, appelant à investir davantage dans des approches efficaces pour prévenir les nouvelles infections, combler les lacunes en matière de traitement et éduquer les adolescentes et les jeunes femmes. Elle insiste sur le fait que les populations concernées doivent être activement impliquées dans les décisions qui les concernent. Les adolescents ne sont pas des « bénéficiaires », ils essaient activement d'améliorer leur vie, a-t-elle déclaré.

## Aperçu de la session

219. Cette session a permis de présenter les points de la note d'information du volet thématique. Elle comprenait une analyse des besoins, des lacunes et des défis d'une réponse accélérée au sida chez les enfants et les adolescents, ainsi qu'une mise à jour du statut épidémiologique du VIH chez les femmes enceintes et allaitantes, les enfants et les adolescents.
220. Mary Mahy, directrice du département « Données pour un impact » au secrétariat de l'ONUSIDA, a insisté sur le fait qu'il était possible d'éradiquer le sida chez les enfants. Les interventions biomédicales existent pour atteindre cet objectif, mais les lacunes sociétales et structurelles doivent être comblées. Elle a mis l'accent sur quatre éléments : la réduction de l'incidence du VIH chez les femmes, la prévention de la transmission verticale du VIH, le dépistage des enfants exposés au VIH et la réduction des écarts pour les enfants qui vivent avec le VIH, mais ne sont pas encore sous traitement.
221. Le fardeau du sida pédiatrique pèse essentiellement sur l'Afrique au Sud du Sahara, a déclaré Mme Mahy. En 2023, on estime à 50 000 le nombre de nouvelles infections pédiatriques par le VIH en Afrique orientale et australe, à 48 000 en Afrique occidentale et centrale, et à 19 000 le nombre d'enfants dans le reste du monde. Comme l'incidence du VIH diminue, a-t-elle expliqué, moins de femmes vivant avec le VIH ont des enfants - et moins d'enfants sont exposés au VIH. Une forte diminution des nouvelles infections par le VIH chez les femmes était en cours en Afrique orientale et australe, mais les progrès étaient plus lents en Afrique occidentale et centrale. La transmission verticale peut également être évitée en veillant à ce que les femmes vivant avec le VIH suivent un traitement, a-t-elle ajouté, mais la couverture en traitements antirétroviraux est beaucoup plus faible en Afrique occidentale et centrale (54 %) qu'en Afrique orientale et australe (94 %). Par conséquent, la réduction de la transmission verticale a été très différente dans ces deux régions.
222. La plupart des nouvelles infections chez les enfants d'Afrique australe et orientale sont liées au fait que les mères ont contracté le VIH pendant la grossesse ou l'allaitement, ou qu'elles n'ont pas bénéficié d'un traitement antirétroviral, a-t-elle expliqué. Cela pourrait être évité grâce à la PrEP, au conseil et au dépistage, ainsi qu'à l'orientation vers un traitement. En Afrique occidentale et centrale, la plupart des nouvelles infections sont dues au fait que les femmes enceintes séropositives ne bénéficient pas d'un traitement antirétroviral. On pourrait y remédier en élargissant l'accès aux soins prénatals et en veillant à ce que les femmes puissent bénéficier d'un test de dépistage du VIH et recevoir un traitement. Toutefois, l'accès aux soins prénatals et au dépistage du VIH en Afrique occidentale et centrale reste faible.
223. Mme Mahy a déclaré qu'il y avait d'énormes lacunes dans le dépistage des enfants exposés au VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie. Dans le monde, environ 600 000 enfants vivant avec le VIH ne recevaient pas de traitement antirétroviral ; près des deux tiers d'entre eux étaient âgés de 5 à 14 ans. La couverture du traitement chez les enfants séropositifs était de 42 % pour les 0-4 ans, 60 % pour les 5-9 ans, 67 % pour les 10-14 ans et 64 % pour les 15-19 ans.
224. Il est essentiel de s'attaquer au risque permanent d'infection par le VIH, notamment chez les adolescentes et les jeunes femmes. Les désavantages liés au VIH qui affectent les adolescentes et les jeunes femmes étaient déjà évidents chez les 15-19 ans. Au niveau mondial, elles étaient deux fois plus susceptibles de contracter le VIH que leurs homologues masculins et, en Afrique au Sud du Sahara, elles étaient cinq fois plus susceptibles de le contracter. Les adolescentes et les jeunes femmes sont également très touchées par la violence entre partenaires intimes, ce qui a

- augmenté le risque d'infection par le VIH. L'utilisation du préservatif chez les partenaires non réguliers était faible chez les femmes, ce qui s'explique principalement par un manque d'éducation au VIH et d'éducation sexuelle complète, ainsi que par un accès insuffisant aux services.
225. Parmi les priorités figuraient la réduction des inégalités et la fourniture de services de santé et de lutte contre le VIH sans stigmatisation, ainsi que l'association des services de dépistage du VIH aux soins prénatals et l'amélioration des soins maternels pour les femmes vivant avec le VIH et qui allaitent. Les enfants exposés au VIH doivent être testés tôt et souvent, a déclaré Mme Mahy, et le coût du test doit être réduit pour les femmes enceintes et les enfants. Un soutien accru est également nécessaire pour faciliter la difficile transition de l'enfance à l'adolescence et à l'âge adulte pour les enfants en traitement.
226. Meg Doherty, directrice du département « Programmes mondiaux de lutte contre le VIH, l'hépatite et les infections sexuellement transmissibles » à l'OMS, a mis l'accent sur cinq domaines qui devraient être renforcés : le diagnostic et le traitement des enfants et des adolescents ; les services intégrés ; le soutien aux communautés pour qu'elles prennent les devants ; des investissements plus ciblés ; et la connaissance de l'évolution de l'épidémie chez les enfants, les adolescents et les femmes enceintes. Parmi les principales lacunes et les principaux obstacles, elle a cité la formation limitée aux soins pédiatriques, les services trop centralisés et non adaptés aux besoins des adolescents, les problèmes de consentement pour les tests et les services de santé sexuelle et génésique, les services limités pour les jeunes populations clés et les lacunes en matière de données. Les problèmes structurels comprennent les inégalités entre les genres, la violence entre partenaires intimes et les obstacles qui bloquent l'accès des adolescents et des jeunes adultes aux services de santé sexuelle et génésique. Les lacunes en matière de financement et l'engagement insuffisant des dirigeants ont ajouté aux difficultés, a-t-elle déclaré. Les programmes dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ont été sous-financés d'environ 1 milliard de dollars par an.
227. Mme Doherty a mis en évidence plusieurs moyens éprouvés de combler les lacunes. La première consistait à tester les nourrissons et les enfants qui avaient été exposés au VIH et à les orienter vers des soins et des traitements, si nécessaire. Des innovations sont disponibles, a-t-elle déclaré, notamment le diagnostic précoce des nourrissons et l'amélioration de la détection des cas pédiatriques par le biais de tests d'indexation et de tests effectués à l'initiative du prestataire de soins dans les endroits où les enfants malades se présentent pour recevoir des soins. Pour les enfants séropositifs, des régimes très efficaces à base de dolutégravir constituaient la norme de soins et des combinaisons à triple dose fixe étaient disponibles.
228. Deuxièmement, les services devraient être décentralisés et mieux intégrés aux soins de santé primaires. L'initiative de triple élimination a été l'occasion de faire avancer ce travail, a-t-elle déclaré. Pour les populations clés, les soins liés au VIH seraient plus efficaces s'ils étaient intégrés à des soins communautaires offrant des services à guichet unique. Troisièmement, les communautés ont besoin d'être soutenues pour mener des activités. Quatrièmement, les investissements ciblés doivent augmenter, y compris à partir de sources nationales. Un financement plus important est nécessaire pour la PrEP pour les adolescentes et les jeunes femmes, pour les programmes destinés aux populations clés et pour le soutien économique. Cinquièmement, les pays devaient suivre l'évolution de leurs épidémies, ventiler les données, suivre les paires mère-enfant dans le temps et relier les données sanitaires entre les services de santé.
229. Les membres et les observateurs ont remercié les intervenants et ont déclaré qu'il

était inacceptable que 120 000 enfants contractent le VIH chaque année et que tant d'enfants vivant avec le VIH ne reçoivent pas de traitement. Les programmes de lutte contre le VIH semblent toujours s'adresser principalement aux adultes. La situation en Afrique occidentale et centrale a été mise en évidence, de même que les défis auxquels sont confrontées les adolescentes, en particulier celles qui ont des enfants, et leur besoin de services de soutien et de services adaptés. Les intervenants ont évoqué les difficultés particulières rencontrées dans les pays où la prévalence du VIH est faible et où les prestataires de soins de santé ont moins d'expérience en ce qui concerne le VIH chez les enfants. Des intervenants ont souligné la nécessité d'une éducation sexuelle complète et de la suppression des obstacles structurels, mais ont demandé comment cela pouvait se faire efficacement dans le climat politique actuel.

230. Certains orateurs (dont la Chine, la République dominicaine et la République islamique d'Iran) ont partagé des informations sur leurs efforts pour mettre fin au sida chez les enfants, notamment l'amélioration de l'accès aux nouveaux diagnostics et traitements pédiatriques, ainsi que l'aide à la protection sociale.
231. En réponse, Mme Doherty a déclaré que la stigmatisation (y compris l'auto-stigmatisation) restait un problème délicat et qu'il était difficile de la réduire au sein du personnel de santé, bien qu'il y ait quelques exemples de réussite.

### **Table ronde 1 : S'attaquer aux derniers obstacles à l'élimination de la transmission verticale du VIH**

232. Cette session a permis de discuter des solutions aux défis spécifiques que pose l'élimination de la transmission verticale du VIH, y compris la triple élimination, en mettant l'accent sur l'utilisation des données, l'amélioration de la sensibilisation des femmes marginalisées, l'amélioration des résultats chez les adolescentes et les jeunes femmes, et la lutte contre l'infection incidente par le VIH chez les femmes enceintes et les mères qui allaitent.
233. Mariana Iacono, Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH-Latina, Argentine, a rappelé l'évolution des politiques visant à éliminer la transmission verticale et a déclaré que des approches plus holistiques étaient nécessaires. La violence à l'égard des femmes devait être combattue, et le soutien en santé mentale — y compris pour les femmes souffrant de dépression post-partum ainsi que pour les enfants et les adolescents atteints de dépression — était essentiel, mais restait insuffisant. Le droit des femmes enceintes et des mères à l'information sur la santé doit être respecté, a-t-elle déclaré.
234. Dvora Joseph Davey, de la Desmond Tutu HIV Foundation et de l'Université du Cap, en Afrique du Sud, a déclaré que les risques accrus de contracter le VIH chez les femmes enceintes et allaitantes étaient dus à une série de facteurs, notamment la violence, la stigmatisation et les inégalités entre les hommes et les femmes. Elle a demandé que l'on mette davantage l'accent sur la prévention primaire, y compris l'accès à la PrEP à longue durée d'action. La modélisation a montré que l'administration de Cabotégravir à action prolongée pendant la grossesse pouvait réduire de 40 % l'incidence du VIH chez les femmes enceintes et les mères allaitantes, a-t-elle ajouté, tandis que deux doses de lénacapavir pouvaient prévenir l'acquisition du VIH chez la mère et l'enfant pendant la grossesse. La prévention primaire est essentielle pour contrôler les épidémies d'hépatite B et d'IST. Elle a rappelé que la syphilis était associée à des issues défavorables de la grossesse, y compris des mortinaissances et des décès néonataux, ainsi qu'à un risque accru d'acquisition du VIH et de transmission verticale. Le dépistage de la syphilis pendant la grossesse et le traitement en temps opportun sont d'une importance capitale et doivent être intégrés aux soins prénataux, a-t-elle déclaré.

235. Artur Olhovetchi Kalichman, du département national du VIH/sida, de la tuberculose, de l'hépatite virale et des infections sexuellement transmissibles au Brésil, a déclaré que le programme de traitement du VIH du pays s'étendait à 27 unités fédérales et à plus de 500 municipalités. Il a décrit les services et les produits liés au VIH fournis par le système de santé, notamment pour éliminer la transmission verticale du VIH (et de la syphilis), il a déclaré qu'environ 60 % des femmes enceintes séropositives connaissaient leur statut sérologique avant de se rendre aux soins prénatals. Un processus infranational d'élimination de la transmission verticale, commençant au niveau municipal, est en cours. À ce jour, sept unités fédérales et 151 municipalités ont été certifiées pour l'élimination du VIH et/ou de la syphilis et de l'hépatite B.
236. Soeurette Policar, de l'Observatoire du Forum de la société civile en Haïti, a indiqué au CCP que le pays connaissait des conditions politiques et sécuritaires très difficiles et que de nombreux centres de santé et hôpitaux avaient été fermés. Plus de 800 000 personnes ont été déplacées et nombre d'entre elles luttent pour obtenir des médicaments et des services dans des conditions extrêmement dangereuses, les travailleurs de la santé sont attaqués, tués, violés et enlevés. Le ministère de la Santé publique, avec des partenaires internationaux, a mis en place une cellule de crise pour retrouver les personnes absentes des programmes de traitement du VIH. Des centres ont également été mis en place pour aider les personnes déplacées dans les camps. Son organisation fournit à la fois la PrEP et les ARV aux femmes. Mme Policar a lancé un appel au soutien international pour aider les services de santé et assurer la protection des travailleurs de la santé et des citoyens.
237. Les membres et les observateurs ont remercié les intervenants pour leurs contributions. Plusieurs membres (dont le Cambodge et le Kenya) ont décrit leurs progrès en matière de réduction de la transmission verticale du VIH et/ou de la syphilis et ont affirmé leur détermination à mettre fin au sida chez les enfants. L'élimination de la transmission verticale exige que les femmes puissent prendre des décisions éclairées sur leur corps sans craindre la coercition ou la force, ont déclaré les intervenants ; or, les systèmes de santé ne respectent pas la dignité et les droits des femmes et des filles et privilégient trop souvent le contrôle sur les soins. Ils ont insisté sur le fait que la santé sexuelle et reproductive était un droit fondamental et qu'elle devait être intégrée aux services de lutte contre le VIH. L'intégration a favorisé un dialogue ouvert sur la santé sexuelle, a contribué à réduire la stigmatisation entourant le VIH et la santé sexuelle, a stimulé l'utilisation des services et a amélioré les résultats en matière de santé, ont-ils déclaré. La valeur de l'intégration de la santé mentale dans la prestation de services liés au VIH a également été soulignée, de même que l'importance d'utiliser une approche centrée sur la personne pour la prestation de services et d'impliquer de manière significative les adolescentes et les jeunes femmes, y compris en tant que mentors.
238. En réponse à une question concernant la disponibilité d'outils et de lignes directrices sur la santé des enfants et des adolescents, le représentant de l'OMS a indiqué qu'il existait de nombreuses recommandations normatives fondées sur des données probantes, ainsi que d'autres publications destinées aux enfants et aux adolescents, et qu'elles étaient régulièrement mises à jour. Répondant à une question, M. Kalichman a déclaré que la cascade de traitements pour les enfants et les adolescents au Brésil était moins performante que pour les adultes. Cependant, une fois que les enfants vivant avec le VIH ont été identifiés, diagnostiqués et mis sous traitement, la couverture est très élevée.

**Table ronde 2 : Lutter contre les inégalités d'accès aux traitements et aux services de soins pour les enfants et les adolescents**

239. Cette session a permis de discuter des solutions à apporter pour identifier et traiter efficacement les enfants et les adolescents, filles et garçons, vivant avec le VIH.
240. Umahi Godwin, Paediatric and Adolescent HIV Services, Nigeria National Programme Implementing Partner, Nigeria, a déclaré qu'en 2020, seulement 35 % des femmes enceintes au Nigeria avaient eu accès à des soins prénatals dans des établissements de santé qui fournissaient également des services de prévention de la transmission verticale. Le taux de transmission verticale était de 23 % et seuls 35 % des enfants vivant avec le VIH avaient été diagnostiqués. Il a décrit comment un processus fondé sur des données était utilisé pour améliorer l'accès au dépistage pour les nourrissons exposés au VIH dans des établissements de soins de santé qui connaissaient d'importantes lacunes en matière de services. Cela comprenait des améliorations qui ont été apportées au système d'information sanitaire du district afin d'améliorer la saisie des données et de les relier à la formation lorsque des problèmes ont été identifiés.
241. Gibstar Makangila, de Circle of Hope (Zambie), a déclaré que les organisations confessionnelles avaient une grande portée, jouissaient d'une grande confiance et possédaient des connaissances locales, et qu'elles constituaient le plus gros « fruit à portée de main » disponible pour la riposte au VIH. Il a exhorté les programmes de lutte contre le VIH à favoriser les partenariats avec les églises et les mosquées afin de sensibiliser la population et de susciter une demande pour les types de services offerts par son organisation, Circle of Hope.
242. Tumie Komanyane, Forntline AIDS, Botswana, a déclaré que la vie et la situation des adolescents et des jeunes étaient en constante évolution et a insisté sur l'importance de les impliquer de manière significative. Les programmes devraient s'inspirer des systèmes de connaissances indigènes lorsqu'ils décident des types de services et d'approches à utiliser. Elle a aussi souligné que l'accent a également été mis sur l'importance d'améliorer la collecte de données et la défense des adolescents et des jeunes, et de les associer à des activités génératrices de revenus et de moyens de subsistance. Elle a suggéré à l'ONUSIDA d'envisager de déplacer le volet thématique au premier jour de la future réunion du CCP afin d'assurer une meilleure participation.
243. Ayu Oktariani, Indonesia Positive Women Network, Indonésie, a déclaré que la stigmatisation était omniprésente et avait un impact énorme sur les enfants vivant avec le VIH. Elle a contraint certains enfants à quitter l'école, tandis que les personnes qui s'occupent d'eux n'avaient souvent pas les connaissances nécessaires pour aider les enfants en raison de leurs propres craintes et de leur propre stigmatisation, laissant les enfants en rade. L'absence d'ARV appétissants pour les enfants compromet également l'observance du traitement, a-t-elle dit, tandis que les mères sont souvent accusées d'avoir transmis le VIH à leurs enfants, ce qui les isole, elles et leurs enfants. Les systèmes éducatifs et les programmes devraient contribuer à garantir que les enfants vivant avec le VIH sont à l'abri de la stigmatisation et de la victimisation, a-t-elle insisté.
244. Au cours du débat, les intervenants ont salué les présentations et les témoignages personnels et ont insisté sur le fait que chaque enfant et adolescent vivant avec le VIH doit recevoir le traitement et les soins dont il a besoin. Les niveaux de couverture des traitements antirétroviraux et de suppression virale chez les enfants étaient beaucoup trop faibles. Les ressources nécessaires doivent être allouées aux programmes les plus efficaces pour mettre fin au sida chez les enfants, ont-ils insisté. Un orateur a décrit le travail du réseau Gap-f, qui a été créé pour accélérer le déploiement du traitement pour les enfants, notamment en facilitant les transitions opportunes vers les meilleurs schémas ARV disponibles. L'autorisation accordée à un fabricant de

génériques de produire de l'Abacavir/Lamivudine/Dolutégravir (ALD) pédiatrique constitue une évolution récente importante (compte tenu des problèmes d'approvisionnement en traitements ARV pédiatriques optimaux), ce qui porte à quatre le nombre de fabricants de génériques préqualifiés et agréés pour cet ARV révolutionnaire. Les intervenants ont parlé de la valeur d'une coordination plus forte entre les prestataires de services pédiatriques et adultes pour prévenir les interruptions de traitement, sur le rôle de la stigmatisation et des obstacles juridiques et politiques dans la limitation de l'accès aux services de dépistage, de traitement et de prévention, et sur l'importance de traiter systématiquement les coinfections du VIH, de l'hépatite B et C, et de la syphilis.

245. Répondant à une remarque selon laquelle tous les chefs religieux n'étaient pas favorables à l'utilisation d'outils de prévention du VIH, M. Makangila a appelé à une collaboration plus forte entre les différentes confessions autour de valeurs communes telles que l'empathie, l'amour et la compassion. Chaque système religieux pourrait alors chercher à promouvoir ces valeurs de la manière qui lui convient le mieux, a-t-elle suggéré. En réponse à la question de savoir quelles sont les interventions et les approches dont on peut se passer, les panélistes ont déclaré que les cycles de financement à court terme devraient être abandonnés, de même que le travail en vase clos et la concurrence. Si les programmes étaient intégrés plus efficacement au niveau des communautés et des établissements, les ressources pourraient être mieux gérées et utilisées, ont-ils déclaré. Ils ont souligné l'importance d'améliorer l'accès au dépistage et au diagnostic du VIH pour les enfants et de rendre les chaînes d'approvisionnement plus résistantes et plus efficaces. Les investissements dans la vie et le bien-être des enfants, des adolescents et des mères sont des investissements dans leurs communautés et leurs sociétés, ont déclaré les panélistes. Ils ont exhorté les donateurs et les gouvernements à réserver des fonds aux enfants et aux adolescents.

### **Table ronde 3 : Financement de la lutte contre le sida chez les enfants et les adolescents**

246. Ce panel a discuté des investissements financiers pour mettre fin au sida chez les enfants, des déficits de financement et des opportunités.
247. Thembisile Xulu, du Conseil national de lutte contre le sida d'Afrique du Sud, a déclaré que son pays progressait fortement vers l'éradication du sida chez les enfants, mais qu'il était confronté à un dilemme : comment assurer un financement éthique face aux contraintes budgétaires et aux priorités concurrentes ? L'Afrique du Sud a réduit la transmission périnatale à moins de 2,5 %, a déclaré Mme Xulu, et a développé le diagnostic précoce chez les nourrissons ainsi que l'accès à des cliniques et à des services adaptés aux enfants et aux jeunes. Le gouvernement national a financé 75 % de la lutte contre le VIH, notamment en fournissant gratuitement un traitement antirétroviral à plus de 5,6 millions de personnes et en finançant la prévention du VIH. Cependant, lorsqu'il s'agit de piloter de nouvelles technologies et méthodes, il dépend encore largement du soutien du PEPFAR et du Fonds mondial, a-t-elle expliqué. Mais les programmes pilotés par les donateurs n'ont pas toujours été abordables une fois qu'ils ont été transformés en programmes financés au niveau national. Les programmes nationaux ont eu tendance à donner la priorité aux services destinés aux adultes en raison de l'ampleur de l'épidémie chez les adultes, ce qui a souvent laissé les services pédiatriques et les services destinés aux adolescents sous-financés et dépourvus de priorité.
248. Plusieurs mesures pourraient être prises, a déclaré Mme Xulu, à commencer par la production d'éléments probants sur les interventions rentables et leur présentation sous forme de dossiers d'investissement pouvant être « vendus » au Trésor public. D'autres étapes consistent à réaliser des études de coûts et d'intégration afin de

déterminer le coût de la mise en œuvre des interventions prioritaires (actuellement financées par les donateurs) par l'intermédiaire des plateformes de mise en œuvre gouvernementales existantes ; et à plaider en faveur de réformes de la gestion des finances publiques, telles que la création de lignes budgétaires distinctes et de subventions conditionnelles liées à l'amélioration des résultats en matière de santé, afin que les dépenses consacrées aux enfants et aux jeunes puissent être affectées à des fins spécifiques. Il est également possible de classer les districts par ordre de priorité pour le financement de la lutte contre le VIH, sur la base d'indices comprenant des données épidémiologiques sur le VIH, la pauvreté et le bien-être de la population, a-t-elle déclaré.

249. Annah Page Sango, du GNP+ et membre de la Coalition pour les enfants touchés par le sida au Zimbabwe, a déclaré que les inégalités en matière de dépistage et de traitement du VIH chez les enfants étaient dues en grande partie à des obstacles structurels. Retrouver les enfants « disparus » ne devrait pas être difficile : ils se trouvaient dans les communautés locales, dans les écoles et leurs parents fréquentaient des églises ou des mosquées. Cependant, la stigmatisation et la discrimination restent des problèmes majeurs. Les enfants et les adolescents ne sont pas sortis du système de soins, a-t-elle déclaré, ils ont été poussés à sortir du système de soins. La violence fondée sur le genre et la violence entre partenaires intimes constituent un autre défi ; elles augmentent le risque d'acquisition du VIH pour les femmes et d'exposition au VIH pour les enfants, compromettent leur prise en charge et les traumatisent. Les obstacles juridiques constituent une difficulté supplémentaire, notamment pour atteindre les enfants des populations clés.
250. Hilary Wolf, PEPFAR, a indiqué que le PEPFAR finançait environ 47 % de la réponse au VIH pour les enfants et les adolescents dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Ce soutien comprend 210 millions de dollars pour la prévention, les soins et le traitement des adolescents, l'initiative « Lift-up » pour des activités dans 12 pays d'Afrique occidentale et centrale fortement touchés, 150 millions de dollars pour l'élimination de la transmission verticale et une allocation annuelle de 10 % pour les soins et le soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables. Des partenariats très engagés comme l'Alliance mondiale sont une grande priorité pour le PEPFAR, a-t-elle déclaré. Afin d'améliorer l'impact et l'efficacité du financement existant, le PEPFAR visait à mettre l'accent sur des interventions telles que la recherche de cas et à utiliser des stratégies innovantes et fondées sur des données probantes, notamment pour le suivi et l'évaluation, ainsi que pour le soutien social et économique. Il vise également à promouvoir les partenariats, notamment avec les ministères, le secteur confessionnel et le secteur privé, afin d'apporter une réponse mieux coordonnée et plus efficace. Selon elle, parmi les autres domaines d'action, citons l'identification des obstacles politiques et juridiques, la promotion et la planification de leur élimination, ainsi que l'amélioration de la collecte et de l'analyse des données pédiatriques afin d'identifier et de combler les lacunes.
251. Yogan Pillay, de la Fondation Bill et Melinda Gates, a déclaré que la Fondation apportait un soutien catalytique, en particulier pour les innovations et les approches qui peuvent être mises à l'échelle et qui sont pratiques et abordables. Les nouvelles initiatives soutenues par la Fondation comprenaient l'exploration de modèles de soins maternels et infantiles après l'accouchement, le lancement de HIVE, qui consiste à aider six pays à partager leurs expériences et à mettre en œuvre des initiatives d'élimination à grande échelle, et le soutien au déploiement du double dépistage du VIH et de la syphilis au niveau des programmes, notamment en s'attaquant aux problèmes de la chaîne d'approvisionnement. D'autres activités ont consisté à soutenir les efforts du gouvernement sud-africain pour que 1,1 million de personnes vivant avec le VIH (y compris des enfants) bénéficient d'un traitement antirétroviral ; à collaborer avec le Fonds mondial et Gilead pour l'achat de Lénacapavir et la mise à

disposition de versions génériques au prix le plus abordable ; et à collaborer avec certains pays pour mettre davantage l'accent sur les enfants et les adolescents dans leurs feuilles de route en matière de développement durable.

252. Les participants ont déploré le manque de financement pour mettre fin au sida pédiatrique. Chaque dollar investi dans les enfants et les adolescents fait la différence pour eux, leurs communautés et l'avenir, ont-ils déclaré. Les intervenants ont déclaré que les restrictions liées à l'âge du consentement limitaient l'accès aux services de santé et mettaient les adolescents en danger. Ils ont appelé à une plus grande implication des enfants et des adolescents dans les programmes de lutte contre le VIH et ont déclaré que les médias sociaux pourraient être utilisés plus efficacement pour les informer.
253. En réponse, les panélistes se sont accordés sur la nécessité de veiller à ce que les produits nécessaires soient disponibles pour les enfants. Ils ont appelé les donateurs à coordonner leurs efforts et à cibler les lacunes les plus importantes en matière de financement de la lutte contre le VIH pour les enfants. Ils ont également appelé à redoubler d'efforts pour éliminer les obstacles structurels et sociétaux qui mettent les enfants et les adolescents en danger. En réponse à une question sur les fonds affectés, les intervenants ont souligné la nécessité de protéger et de donner la priorité au financement des services pédiatriques et des services de lutte contre le VIH pour les adolescents.

### **Conclusions et perspectives d'avenir**

254. Lucy Wanjiku Njenga, Directrice exécutive, Positive Young Women Voices, Kenya, a souligné que les programmes devaient atteindre les adolescents avant qu'ils ne contractent le VIH, que la violence entre partenaires intimes devait être réduite, qu'une plus grande sensibilisation à l'épidémie était nécessaire et que l'initiative U = U devait être promue plus largement. Elle a appelé à une augmentation des investissements, notamment pour les systèmes de soutien par les pairs et les organisations communautaires. Elle a ajouté qu'il fallait laisser les communautés prendre les devants.
255. Christine Stegling, directrice exécutive adjointe chargée des politiques, du plaidoyer et des connaissances au secrétariat de l'ONUSIDA, a remercié les panélistes et les participants. Elle a déclaré que la riposte mondiale au VIH avait beaucoup progressé, mais que les progrès s'essouffaient pour les enfants et les adolescents, l'Afrique au Sud du Sahara supportant toujours un fardeau disproportionné de transmission verticale. Elle a pris note des conseils concernant les interventions que les bailleurs de fonds devraient privilégier et a convenu que l'éradication du sida pédiatrique devait être une priorité majeure. Elle a également noté l'accent mis sur une approche multisectorielle et sur des interventions à long terme et à plusieurs niveaux, ainsi que les rappels que les services et les programmes doivent refléter le fait que les enfants et les adolescents changent constamment au fur et à mesure qu'ils grandissent. Rappelant la remarque selon laquelle les gens n'abandonnent pas les soins liés au VIH, mais sont poussés à les abandonner, elle a déploré que la stigmatisation reste un obstacle aussi important.
256. Il est important de traduire les discussions en actions concrètes, a-t-elle insisté. Cela pourrait se faire en renforçant les partenariats existants et en forgeant de nouvelles collaborations (en particulier avec le secteur professionnel), en mobilisant de nouvelles ressources pour les enfants et les adolescents (et en protégeant le financement existant), et en faisant davantage pour éliminer les inégalités sous-jacentes. Les orateurs ont montré de manière frappante le pouvoir du travail communautaire, y compris les activités de soutien par les pairs. Mme Stegling a

remercié les modérateurs et les organisateurs et a appelé à un regain d'urgence et d'engagement pour mettre fin au sida chez les enfants.

## 11. Questions diverses

257. Aucune autre question n'a été abordée.

## 12. Clôture de la réunion

258. Le président a noté que le 12 décembre marquait également le 60<sup>e</sup> anniversaire de l'indépendance du Kenya. Il a déclaré que le monde pouvait mettre fin au sida pédiatrique s'il éliminait les obstacles sociétaux et structurels, mettait fin à la stigmatisation, plaçait les jeunes et les communautés au premier plan et investissait suffisamment dans des interventions fondées sur des données probantes.
259. Les membres ont remercié le Kenya d'avoir accueilli la réunion à Nairobi, les membres du Bureau pour leur travail, le Secrétariat et l'équipe de gouvernance pour la gestion de la réunion, et les délégués des ONG sortantes pour leurs services. Ils ont également remercié les États membres qui ont contribué financièrement au Programme commun et ont rendu hommage à Elizabeth Benomar, de l'UNFPA, à la veille de son départ à la retraite.
260. La Présidence entrante, le Brésil, a remercié le Kenya pour sa présidence efficace du CCP et a remercié le CCP de l'avoir élu président pour 2025.
261. La Présidence a fait le point sur la finalisation des points de décision en suspens et a souligné l'importance de la recherche d'un consensus, conformément à l'engagement en faveur de l'inclusivité dans la riposte au VIH.
262. Les points de décision ont été adoptés.
263. En présentant les remarques de clôture, Mmes Achrekar et Stegling, directrices exécutives adjointes de l'ONUSIDA, ont remercié le Kenya pour son excellente présidence du CCP en 2024 et ont souhaité la bienvenue au président, au vice-président et au rapporteur entrants, aux délégués des ONG et aux États membres entrants, aux membres sortants du Conseil, au président entrant du Comité des Organismes coparrainants et aux Coparrainants pour leur soutien.
264. Ils ont rendu hommage à Elizabeth Benomar de l'UNFPA et ont reconnu ses contributions considérables au cours de ses 29 années de relation avec le Programme commun ; ils ont remercié Efraim Gómez, directeur des relations extérieures et ancien chef de cabinet de l'ONUSIDA, pour ses services et ont reconnu le travail du personnel du bureau national du Kenya, des communautés qui ont accueilli les visites sur le terrain, de l'équipe de gouvernance de l'ONUSIDA, de l'équipe des technologies de l'information et des interprètes.
265. Les directeurs exécutifs adjoints ont déclaré que le CCP s'était mis d'accord sur des points de décision importants et avait souligné la nécessité de saisir les opportunités pour mettre fin au sida, notamment en rendant les ARV à longue durée d'action rapidement disponibles pour tous ceux qui en ont besoin. Se référant au groupe de haut niveau et à la prochaine stratégie mondiale de lutte contre le sida, ils ont déclaré que l'année 2025 offrait de grandes possibilités d'accélérer et de soutenir la riposte au VIH.
266. Ils ont remercié les donateurs - notamment la Côte d'Ivoire, le Danemark, la France, l'Allemagne, les Pays-Bas, l'Espagne, le Royaume-Uni et les États-Unis - pour leur engagement en faveur du Programme commun et de la lutte contre le VIH. Le CCP a

placé les communautés au centre de ses préoccupations, notamment en faisant participer à la réunion des jeunes, des praticiens et des activistes, ont-ils déclaré.

267. La 55e réunion du Conseil d'Administration a été ajournée.

*[Annexes à suivre]*

## CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME

UNAIDS/PCB (55)/24.24

Date de publication : 30 août 2024

### 55e RÉUNION

DATE : 10-12 décembre 2024

HORAIRES : 09:00-18:00 (EAT/UTC+3:00)

LIEU : Nairobi, Kenya, et virtuel

## Ordre du jour annoté

### MARDI 10 DÉCEMBRE

#### 1. Ouverture

##### 1.1 Ouverture de la réunion et adoption de l'ordre du jour

*La Présidence prononcera le mot d'ouverture de la 55e réunion du CCP et présentera au Conseil le projet d'ordre du jour pour adoption.*

*Documents : UNAIDS/PCB (55)/24.24 ; UNAIDS/PCB (55)/24.24*

##### 1.2 Examen du rapport de la 54e réunion du CCP

*Le rapport de la 54e réunion du Conseil de Coordination du Programme sera présenté au Conseil pour adoption.*

*Document : UNAIDS/PCB (54)/24.23*

##### 1.3 Rapport de la Directrice exécutive

*La Directrice exécutive présentera son rapport au Conseil.*

*Document : UNAIDS/PCB (55)/24.25*

##### 1.4 Rapport du représentant des ONG

*Le rapport du représentant des ONG mettra en évidence les perspectives de la société civile sur la riposte mondiale au sida.*

*Document : UNAIDS/PCB (55)/24.26*

#### 2. Leadership de la riposte au SIDA

*Un intervenant majeur s'adressera au Conseil sur une question d'intérêt actuel et stratégique.*

#### 3. Suivi du volet thématique de la 54e réunion du CCP

*Le Conseil d'administration recevra un rapport de synthèse sur les résultats du volet thématique sur la pérennisation des acquis de la riposte mondiale au VIH à l'horizon 2030 et au-delà.*

*Document : UNAIDS/PCB (55)/24.27*

**MERCREDI 11 DÉCEMBRE**

4. **Conclusions de l'examen à mi-parcours de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026**  
*Le Conseil recevra un rapport sur les conclusions de l'examen à mi-parcours de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 et une mise à jour des préparatifs pour l'élaboration de la prochaine Stratégie mondiale de lutte contre le sida et de l'UBRAF.*  
*Document : UNAIDS/PCB (55)/24.28*
5. **Mise à jour sur le VIH dans les prisons et autres milieux fermés**  
*Le Conseil recevra un rapport sur la situation du VIH dans les prisons et autres lieux fermés.*  
*Document : UNAIDS/PCB (55)/24.29*
6. **Rapport d'évaluation et réponse de la direction**  
*Le Conseil recevra le rapport annuel du Bureau d'évaluation de l'ONUSIDA et la réponse de la direction au rapport annuel.*  
*Documents : UNAIDS/PCB (55)24.30 ; UNAIDS/PCB (55)24.31*
7. **Prochaines réunions du CCP**  
*Le Conseil conviendra des sujets des volets thématiques pour ses 56e et 57e réunions du CCP en juin et décembre 2025, ainsi que des dates des 60e et 61e réunions du CCP en 2027.*  
*Document : UNAIDS/PCB (55)24.32*
8. **Élection des membres du bureau**  
*Conformément aux procédures du CCP et au paragraphe 22 du Modus Operandi de l'ONUSIDA, le Conseil élit les membres du Bureau du Conseil pour 2025 et est invité à approuver les nominations des délégués des ONG.*  
*Document : UNAIDS/PCB (55)24.33*

**JEUDI 12 DÉCEMBRE**

10. **Volet thématique : Combattre les inégalités chez les enfants et les adolescents pour mettre fin au sida d'ici à 2030**  
  
*Documents : UNAIDS/PCB (55)/24.34 ; UNAIDS/PCB (55)/24.35 ; UNAIDS/PCB(55)/CRP1*
11. **Questions diverses**
12. **Clôture de la réunion**

[Fin du document]

12 décembre 2024

**55e session du Conseil de Coordination du programme de l'ONUSIDA, Genève, Suisse**

**10-12 décembre 2024**

**Décisions**

Le Conseil de Coordination du programme de l'ONUSIDA,

Rappelant que tous les aspects du travail de l'ONUSIDA sont régis par les principes directeurs suivants :

- Alignement avec les priorités des parties prenantes nationales ;
- Implication significative et mesurable de la société civile, et en particulier des personnes vivant avec le VIH et des populations les plus vulnérables à une infection par le VIH ;
- Respect des droits humains et de l'égalité des genres ;
- Utilisation des meilleures connaissances techniques et scientifiques disponibles ;
- Promotion d'une riposte globale au sida intégrant prévention, traitement, soins et soutien ; et
- Principe de non-discrimination.

*Décisions intersessions :*

Rappelant qu'il a décidé par le biais de la procédure entre les sessions (voir les décisions dans UNAIDS/PCB(54)/24.2) :

- Convient que, si la situation sanitaire le permet, les réunions du CCP 2024 se tiendront en personne avec une participation en ligne facultative, conformément aux modalités et aux règles de procédure énoncées dans le document intitulé « Modalités et procédures des réunions du CCP 2024 ».

**Point 1,1 de l'ordre du jour : Ouverture de la réunion et adoption de l'ordre du jour**

1. *Adopte* l'ordre du jour ;

**Point 1,2 de l'ordre du jour : Examen du rapport de la 54e réunion du CCP**

2. *Adopte* le rapport de la 54e réunion du Conseil de Coordination du Programme.

**Point 1,3 de l'ordre du jour : Rapport de la Directrice exécutive**

3. *Prend note* du rapport de la Directrice exécutive.

Point 1,4 de l'ordre du jour : Rapport du représentant des ONG

- 4.1 *Prend note* du rapport du représentant des ONG ;

- 4.2 *Réaffirme* le rôle essentiel des communautés dans la riposte au VIH et *demande* aux États membres, en étroite collaboration avec les organisations de lutte contre le VIH dirigées par les communautés et d'autres organisations et partenaires de la société civile concernés, avec le soutien du Programme commun, d'accélérer la mise en œuvre d'actions ciblées et mesurables en vue d'atteindre les objectifs fixés pour 2025 ;
- 4.3 Notant avec inquiétude que la réalisation de l'objectif consistant à mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030 est affectée par la diminution du financement des ripostes au VIH menées par les communautés, les restrictions de l'espace civique et la régression de l'égalité des genres et des droits humains tels que reconnus par le droit international des droits humains, ainsi que la stigmatisation et la discrimination persistantes dans la riposte au VIH, appelle les États membres et le Programme commun à :
- a. Augmenter et faciliter les mécanismes de financement durable, à long terme et de base pour les organisations communautaires engagées dans la lutte contre le VIH, en rendant compte de ce financement de manière transparente ;
  - b. Faciliter le soutien, y compris le soutien d'urgence, aux communautés confrontées à des violations des droits humains dans le contexte du VIH ;
  - c. Renforcer la collaboration au sein du Programme commun et avec les communautés de personnes vivant avec le VIH, affectées par le virus et les plus exposées au risque d'infection, afin d'accroître le soutien à l'espace civique et aux droits humains, et de faire progresser l'égalité des genres, en notant l'importance du partenariat mondial pour l'action visant à éliminer toutes les formes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH ;
  - d. Réitérer l'engagement à donner la priorité à la participation significative des communautés, des personnes vivant avec le VIH, affectées par le VIH ou les plus exposées au risque d'infection, ainsi que les populations clés et les adolescentes et les jeunes femmes dans les régions très touchées, dans l'élaboration de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026–2031 et les préparatifs de la réunion de haut-niveau de l'Assemblée générale des Nations unies sur le VIH et le sida de 2026 ;
  - e. Réaffirmer l'importance des objectifs 30-80-60 et accélérer les progrès vers leur réalisation.

### **Point 3 de l'ordre du jour : Suivi du volet thématique de la 54e réunion du CCP**

- 5.1 *Prend note* de la note de fond (UNAIDS/PCB (54)/24.22) et du rapport de synthèse (UNAIDS/PCB (55)/24.27) du volet thématique du Conseil de Coordination du Programme sur « Pérenniser les acquis de la riposte mondiale au VIH à l'horizon 2030 et au-delà » ;
- 5.2. Notant l'importance de systèmes de santé durables, résilients et dotés de ressources suffisantes et d'une approche équitable et multisectorielle pour mettre fin durablement au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030 et au-delà, et notant également le contexte difficile du financement de la santé, y compris les coûts élevés du service de la dette, auquel sont confrontés en particulier les pays en développement, *encourage* les États membres à :

- a. Faire progresser, en collaboration avec les communautés et les partenaires, le cas échéant, l'élaboration de feuilles de route sur la durabilité de la riposte au VIH qui soient propres à chaque pays ;
- b. Faire progresser la planification de la viabilité à long terme de la lutte contre le VIH, notamment par l'intégration des réponses au VIH dans les soins de santé primaires dotés de ressources suffisantes, ce qui inclut des synergies avec la santé sexuelle et reproductive, les droits reproductifs, la tuberculose et d'autres programmes pertinents, afin de répondre aux besoins de tous, y compris des populations clés ;
- c. Accroître le financement national et international de la riposte et souligner qu'il est nécessaire d'agir pour garantir la responsabilité politique, programmatique et financière et la durabilité à tous les niveaux, tout en intégrant des modèles de contrats sociaux pour les ripostes au VIH et le suivi menés par les communautés ;
- d. Garantir des politiques et des environnements juridiques favorables soutenant des services de lutte contre le VIH équitables, accessibles, abordables et de haute qualité, sans laisser personne de côté, avec le soutien du leadership communautaire et des catalyseurs sociaux afin de mettre fin à la stigmatisation liée au VIH, à la discrimination, aux inégalités de genre et aux inégalités en matière de santé ;
- e. Promouvoir un accès durable et équitable à des interventions sûres, efficaces et abordables pour prévenir, diagnostiquer et traiter le VIH et ses co-infections et comorbidités, y compris à des technologies de santé innovantes, pour toutes les personnes, en particulier dans les pays en développement, en facilitant l'avancement de la production locale et régionale de diagnostics et de thérapies du VIH ;
- f. *Réaffirme* l'accord de l'Organisation mondiale du commerce sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (accord sur les ADPIC) tel que modifié, et *réaffirme* également la déclaration de Doha de l'OMC de 2001 sur l'accord sur les ADPIC et la santé publique, qui reconnaît que les droits de propriété intellectuelle devraient être interprétés et mis en œuvre d'une manière qui appuie le droit des États membres de protéger la santé publique et, en particulier, de promouvoir l'accès de tous aux outils de santé essentiels, et note la nécessité de prévoir des incitations appropriées pour la mise au point de nouveaux produits de santé ;

### 5.3 *Demande* au Programme commun de :

- a. Continuer à soutenir et à faciliter les efforts déployés par les pays pour élaborer et mettre en œuvre des feuilles de route de viabilité à long terme de la riposte au VIH qui soient holistiques et propres à chaque pays ;
- b. Fournir au Conseil de Coordination du Programme, en décembre 2025, une mise à jour de l'état d'avancement des feuilles de route pour la durabilité de la riposte au VIH ;
- c. Favoriser un accès rapide, mondial, à des antirétroviraux à action prolongée qui soient rentables, abordables, de haute qualité et efficaces ;

## **Point 4 de l'ordre du jour : Conclusions de l'examen à mi-parcours de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026**

### 6.1 *Prend note* du rapport sur les conclusions de l'examen à mi-parcours de la Stratégie

mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 (UNAIDS/PCB (55)/24.28) ;

- 6.2 Sur la base des conclusions de l'examen à mi-parcours de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026, du processus de définition des objectifs pour 2030 et de l'examen en cours du modèle opérationnel du Programme commun, et reconnaissant le besoin de cohérence et de transparence entre ces processus parallèles, *demande* à la Directrice exécutive de :
- a. Présenter l'ébauche annotée de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026-2031, qui doit être élaborée dans le cadre d'un processus consultatif multipartite inclusif et transparent, pour examen par le Conseil de Coordination du Programme lors de sa 56e réunion en juin 2025 ;
  - b. Présenter le plan de travail et le budget transitoires d'un an de l'UBRAF pour 2026, dans le cadre de l'UBRAF actuel, lors de la 56e réunion du CCP ;
  - c. Rappelant la décision 7.5 de la 50e réunion du CCP, établir un groupe de travail pour le développement du prochain UBRAF qui devra être opérationnel d'ici septembre 2025 ; et
- 6.3 Rappelant le point de décision 6.5 de la 53e réunion du CCP, attend *avec impatience* le rapport de la Directrice exécutive et du Comité des organismes coparrainants à la 56e réunion du CCP sur les recommandations issues de l'examen du modèle opérationnel du Programme commun par le Groupe de haut niveau sur un Programme commun de l'ONUSIDA résilient et adapté à son objectif dans le contexte de la durabilité de la riposte au VIH.

#### **Point 5 de l'ordre du jour : Mise à jour sur le VIH dans les prisons et autres milieux fermés**

- 7.1 *Prend note* du rapport sur le VIH dans les prisons et autres milieux fermés ;
- 7.2 *Note avec inquiétude* l'absence de progrès en matière de prévention, de traitement et de soins du VIH et les défis qui subsistent en matière de stigmatisation et de discrimination liées au VIH pour les personnes en prison et dans d'autres milieux fermés ;
- 7.3 Rappelant les décisions prises lors de la 49e réunion du CCP en 2021, *exhorte* les États membres à renouveler leur engagement à accélérer la mise en œuvre des actions prioritaires en matière de VIH dans les prisons et autres milieux fermés, lorsqu'applicable, afin d'atteindre les objectifs fixés pour 2025 ;
- 7.4 *Appelle* les États membres, avec le soutien du Programme commun et des organisations de la société civile engagées et travaillant dans le contexte du VIH et/ou des prisons et autres milieux fermés à :
- a. Collecter des données désagrégées sur les tendances épidémiologiques concernant le VIH et la fourniture de services connexes, tel qu'approprié, et rendre compte des progrès accomplis par l'intermédiaire du système mondial de surveillance du sida ;
  - b. Améliorer encore la collaboration entre les services pénitentiaires et de santé publique, les services communautaires et les autres parties prenantes concernées afin de renforcer la prévention globale et intégrée du VIH, de la tuberculose, des infections sexuellement transmissibles et de l'hépatite virale, y

compris l'utilisation de la prophylaxie pré-exposition et des services de diagnostic et de traitement, et garantir le respect des droits humains et la prise en charge globale des personnes incarcérées ;

- c. Créer un cadre social, juridique et politique qui contribue à améliorer les conditions carcérales, notamment en réduisant la surpopulation, afin de réduire la transmission du VIH et d'améliorer les résultats en matière de VIH et de santé ;
- d. Intensifier les efforts pour éliminer la stigmatisation, la discrimination, toutes les formes de violence et les autres violations des droits humains dont sont victimes les populations clés et les personnes vivant avec le VIH, tout en développant les soins pour les survivants de la violence et en promouvant un accès équitable à la prévention, au dépistage et au traitement du VIH ainsi qu'à d'autres services de soins de santé en milieu carcéral ;
- e. Accorder une priorité adéquate à l'allocation de ressources pour le dépistage complet du VIH, le traitement et les soins dans les prisons et autres lieux fermés, dans le cadre des feuilles de route nationales pour le développement durable.

#### 7.5 *Demande* au Programme commun de :

- a. Accroître le soutien technique aux États membres en renforçant les capacités, en développant des outils de collecte de données normalisés, le cas échéant, en collaboration avec les agences statistiques nationales, et en établissant des cadres de suivi pour garantir la collecte systématique de données ventilées dans les prisons ; Promouvoir la collaboration entre les services de santé des prisons et les programmes nationaux de lutte contre le VIH afin d'évaluer les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs 2025 et de combler les lacunes en matière de données pour permettre des interventions cohérentes et fondées sur des données ;
- b. Fournir un appui technique aux États membres afin d'améliorer la disponibilité et la qualité d'interventions globales, fondées sur des données probantes et tenant compte des sexospécificités en matière de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH dans les prisons ;
- c. Faire rapport au Conseil de Coordination du Programme, si approprié, dans le cadre du rapport annuel sur les résultats de l'UBRAF, sur les progrès associés au VIH en ce qui concerne les personnes en prison et dans d'autres milieux fermés.

### **Point 6 de l'ordre du jour : Rapport d'évaluation et réponse de la direction**

- 8.1 *Rappelle* la décision 7.5 de la 53e session du Conseil de Coordination du Programme approuvant le Plan d'évaluation de l'ONUSIDA pour 2024-2025, ainsi que le point 7.10 de la décision de la 53e session du Conseil de Coordination du Programme demandant que le prochain rapport annuel soit présenté au Conseil de Coordination du Programme en 2024 ;
- 8.2 *Félicite* les progrès continus dans la mise en œuvre du Plan d'évaluation pour 2024-2025 (UNAIDS/PCB (53)/23.30) et du rôle du Bureau d'évaluation dans la production de preuves des contributions du Programme commun de l'ONUSIDA aux résultats ;
- 8.3 *Prend note de* la synthèse des principaux résultats des évaluations menées en 2024 ;

- 8.4 *Prend note* de la réponse de la direction au rapport annuel sur l'évaluation 2024 (UNAIDS/PCB (55)/24.31) ;
- 8.5 Rappelant le point de décision 7.7 de la 53e réunion du CCP, *nomme* le candidat désigné par la délégation des ONG du CCP et *approuve* la composition complète du Comité consultatif d'experts proposée par le Bureau du CCP pour 2025, comme mentionné à l'Annexe 1 du rapport annuel sur l'évaluation (UNAIDS/PCB (55)24.30) ;
- 8.6 *Prend note*, avec satisfaction, conformément à la disposition 73 de la politique d'évaluation, que l'examen par les pairs du Groupe d'évaluation des Nations unies sera entrepris en 2025 ;
- 8.7 *Attend avec impatience* le rapport annuel sur l'évaluation qui sera présenté au Conseil de Coordination du Programme en 2025.

*[Fin du document]*