

SUIVI DU VOLET THÉMATIQUE DE LA 55E RÉUNION DU CCP

Combattre les inégalités chez les enfants et les adolescents pour mettre fin au sida d'ici à 2030

Documents supplémentaires pour ce point : N/A

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

- *Noter avec inquiétude* qu'il y aura encore 120 000 nouvelles infections par le VIH chez les enfants en 2023, en particulier en Afrique au Sud du Sahara ; que 600 000 enfants (âgés de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH ne sont actuellement pas sous traitement ; que plus d'un tiers (36 %), soit 370 000, des adolescents âgés de 15 à 19 ans vivant avec le VIH ne reçoivent pas de thérapie antirétrovirale ; que les enfants représentent 12 % de tous les décès liés au sida, alors qu'ils ne constituent que 3 % des personnes vivant avec le VIH ; et que les enfants et les adolescents ont beaucoup moins de chances que les adultes de bénéficier d'une suppression virale en raison de l'insuffisance des services et de l'aide ;
- *Prendre note* de la note de fond (UNAIDS/PCB (55)/24.34) et du rapport de synthèse (UNAIDS/PCB (56)/25.5) du volet thématique du Conseil de Coordination du Programme sur « Combattre les inégalités chez les enfants et les adolescents pour mettre fin au sida d'ici à 2030 » ;
- *Demander* aux États membres, en étroite collaboration avec les organisations communautaires et d'autres organisations et partenaires de la société civile, avec le soutien du Programme commun, d'accélérer la mise en œuvre d'actions ciblées et mesurables en vue d'atteindre les objectifs de 2030 :
 - a. Développer des interventions de prévention et de traitement du VIH de haute qualité, intégrées et centrées sur la personne pour les femmes enceintes et allaitantes, les enfants et les adolescents, y compris par le biais de modèles de prestation de services dirigés par la communauté dans le cadre des soins de santé primaires et des structures communautaires ;
 - b. Mettre en œuvre des stratégies de recherche de cas fondées sur des données probantes et déterminées en fonction du contexte afin d'identifier les enfants et les adolescents vivant avec le VIH qui n'ont pas été diagnostiqués et de veiller à ce qu'ils commencent à suivre un traitement en temps voulu et à ce qu'ils le conservent ;
 - c. Soutenir davantage les communautés à diriger, y compris les organisations de lutte contre le VIH dirigées par les communautés et les jeunes et les organisations de la société civile particulièrement pertinentes d'adolescentes et de jeunes femmes, de populations clés et de personnes vivant avec le VIH, en renforçant leur représentation à tous les niveaux où sont prises les décisions en matière de financement et de programmation ;
 - d. Renforcer les systèmes d'information sanitaire pour collecter des données de cohorte qui suivent les paires mère-bébé, les enfants vivant avec le VIH, les groupes à haut risque tels que les parents adolescents et les enfants des membres des populations clés, accroître l'utilisation des analyses de données de programme qui permettent d'identifier les causes des nouvelles infections par le VIH chez les nourrissons, et utiliser ces données pour guider la conception de programmes efficaces et durables et orienter le financement vers les domaines où il est le plus nécessaire ;
 - e. Augmenter les investissements ciblés dans la lutte contre le sida chez les enfants et les adolescents pour une riposte durable et planifiée au-delà de 2030 ;

Implications financières pour la mise en œuvre des décisions : nulles

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

1. 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

2. 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 régional de l'OMS pour l'Afrique.
3. **Angeli Achrekar**, directrice exécutive adjointe pour les programmes de l'ONUSIDA, a introduit la première session en déclarant 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, qui ne représentent que 3 % des personnes vivant avec le VIH, sont malheureusement à l'origine de 12 % des décès liés au sida, a-t-elle ajouté.
4. Il s'agit là de bien plus qu'un défi biomédical, a déclaré la Dre 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, de même que les obstacles comportementaux et structurels. 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, a-t-elle noté.
5. 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. Les enfants vivant avec le sida doivent être une plus grande priorité.
6. M. Motsoaledi a rappelé au CCP que l'Afrique du Sud était le pays le plus touché par le VIH dans le monde et a déclaré que les moteurs de l'épidémie étaient multiples. Le pays avait pourtant fait de grands progrès 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 Afrique du Sud, la cascade de traitement pour les adultes était de 96-79-95 en 2023, mais pour les enfants et les adolescents, elle était de 87-80-70. Plus de 150 000 enfants vivaient avec le VIH en 2023 et plus de 6 500 enfants ont contracté le VIH cette année-là.
7. Faisant référence à la création de 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. Après avoir décrit les améliorations apportées au programme sud-africain de lutte contre le VIH, il a indiqué que 80 % des enfants

traités étaient passés à de nouveaux schémas thérapeutiques à base de Dolutegravir, que le traitement avait été simplifié et que l'aide à l'observance du traitement était renforcée. La stigmatisation et la discrimination restent toutefois des obstacles omniprésents qui empêchent le plein accès aux services et compromettent l'adhésion au traitement. Il a décrit l'approche multisectorielle adoptée en Afrique du Sud et les outils et programmes utilisés pour tenter de réduire la stigmatisation liée au VIH.

8. M. Motsoaledi a noté que les adolescents vivant avec le VIH étaient confrontés à de nombreux défis qui se recoupent, les filles étant particulièrement touchées. En leur donnant les moyens d'agir grâce à l'éducation, aux compétences et aux opportunités économiques, le cycle de la pauvreté et de l'inégalité pourrait être brisé. 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.
9. **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. Elle a déclaré que les sociétés prétendaient chérir leurs enfants, tout en excluant leurs voix. L'absence de politiques, de programmes et d'interventions adaptés tue les enfants et les adolescents, a-t-elle déclaré.
10. 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, à l'âge de neuf ans, qu'elle était séropositive et avoir réalisé que ses parents étaient décédés de causes liées au sida. La solidarité et le soutien de ses pairs lui ont permis de survivre et l'ont aidée à 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 les approches les plus efficaces pour prévenir les nouvelles infections, combler les lacunes en matière de traitement et éduquer les adolescentes et les jeunes femmes. Il est impératif de soutenir l'Alliance mondiale pour l'éradication du sida chez les enfants, a-t-elle déclaré, y compris son centre régional en Afrique occidentale et centrale.
11. En conclusion, Mme Husunukpe a insisté sur le fait que les populations touchées devaient être activement impliquées dans les décisions qui les concernent et devaient disposer des ressources nécessaires pour participer aux programmes liés au VIH. Selon elle, les adolescents ne sont pas des « bénéficiaires », mais des personnes engagées dans des activités visant à améliorer leur vie.

Aperçu de la session

12. Cette session a permis de présenter les principaux 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.
13. **Mary Mahy**, directrice du département « Données pour l'impact » au Secrétariat de l'ONUSIDA, a mis en lumière des données essentielles pour rendre les pays responsables de leur riposte. Elle a rappelé que les données présentées provenaient des pays, mais qu'elles constituaient également un « bien mondial » pour le plaidoyer,

la collecte de fonds et l'amélioration des programmes et des interventions.

14. Se référant aux visites de terrain effectuées avant la réunion du CCP, elle a déclaré que même dans les systèmes de santé solides, il existait des lacunes, qui affectaient particulièrement les personnes défavorisées. Elle 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.
15. 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.
16. 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 expliqué Mme Mahy. Cela pourrait être évité grâce à la PrEP, au conseil et au dépistage, ainsi qu'à l'orientation vers un traitement, a-t-elle déclaré. 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 si nécessaire. Toutefois, l'accès aux soins prénatals et au dépistage du VIH en Afrique occidentale et centrale reste faible.
17. Mme Mahy a souligné la nécessité d'identifier les enfants exposés au VIH avant l'âge de deux mois et a déclaré qu'il y avait d'énormes lacunes dans le dépistage précoce des enfants exposés au VIH. 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. En outre, environ 63 % des adolescents (15-19 ans) vivant avec le VIH ont été infectés par voie périnatale, ce qui signifie que les services de lutte contre le VIH ne les prennent pas en charge pendant une grande partie de leur vie.
18. Il est essentiel de s'attaquer au risque permanent d'infection par le VIH, en particulier chez les adolescentes et les jeunes femmes, ainsi que chez les femmes enceintes et celles qui allaitent, a-t-elle souligné. 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, dont il a été démontré qu'elle

augmentait 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.

19. 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.
20. **Meg Doherty**, directrice du département « Programmes mondiaux de lutte contre le VIH, les hépatites et les infections sexuellement transmissibles » à l'OMS, a présenté les points saillants de la note d'information de la session thématique. Elle a mis l'accent sur cinq domaines d'action qui devraient être renforcés : l'accès aux diagnostics et aux traitements pour les enfants et les adolescents, la fourniture de services intégrés, le soutien aux communautés, l'augmentation des investissements ciblés et la compréhension de l'évolution de l'épidémie chez les enfants, les adolescents et les femmes enceintes.
21. Parmi les principales lacunes et les principaux obstacles, Mme Doherty 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, notamment le manque de données de cohorte qui a limité les efforts de suivi. Les inégalités structurelles 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.
22. Mme Doherty a mis en avant plusieurs moyens éprouvés pour combler les lacunes, comme le dépistage des nourrissons et des enfants qui ont été exposés au VIH et leur mise en relation avec les soins et le traitement, si nécessaire. De nombreuses innovations sont à portée de main, 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. Les programmes n'utilisaient pas pleinement ces possibilités, même si elles permettaient d'obtenir des résultats rapides (comme le montre une étude de cas au Kenya, où plus de 4 000 enfants exposés au VIH ont été testés en 2023). 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 désormais disponibles. S'il était pleinement utilisé, il entraînerait une augmentation des taux de suppression virale.
23. Deuxièmement, a déclaré Mme Doherty, les services devraient être décentralisés et mieux intégrés aux soins de santé primaires. Le Zimbabwe, par exemple, a commencé à fournir une PrEP à longue durée d'action aux jeunes femmes enceintes ; dans une étude de cas, il n'y a eu aucune séroconversion pendant la grossesse parmi quelque 600 femmes. L'initiative de triple élimination est l'occasion de faire avancer ce travail, a-t-elle déclaré, en soulignant que la Namibie était devenue le premier pays à forte

charge de morbidité à demander la validation de la triple élimination. 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, a-t-elle ajouté.

24. Troisièmement, il est important d'aider les communautés à mener des activités. C'est ce qui ressort des études menées en Afrique du Sud, au Nigeria (où un soutien psychosocial et des interventions menées par des pairs étaient disponibles) et en République-Unie de Tanzanie (où une approche centrée sur la famille a été utilisée). Quatrièmement, les investissements ciblés doivent être augmentés, a déclaré Mme Doherty. Il a donc été demandé d'augmenter les ressources nationales et d'allouer davantage de fonds à la PrEP pour les adolescentes et les jeunes femmes, aux programmes destinés aux populations clés et au 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. Un grand nombre d'études de cas ont montré ce qui a fonctionné pour combler les écarts, a déclaré Mme Doherty : ces actions doivent être transposées à plus grande échelle pour avoir un impact maximal. L'Alliance mondiale mobilise 12 pays à cette fin et constate des améliorations, a-t-elle déclaré lors de la réunion.
25. Prenant la parole, 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 alors qu'il existe des outils pour prévenir ces infections 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 des enfants et des adolescents vivant avec le VIH en Afrique occidentale et centrale a été mise en évidence, de même que les défis considérables auxquels sont confrontées les adolescentes, en particulier celles qui ont des enfants, et leur besoin de services de soutien et de services adaptés.
26. 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. Ce problème pourrait être résolu en reconnaissant que les enfants séropositifs ont besoin de services de soins spécifiques. Il a été demandé aux présentateurs s'il existait des exemples positifs de formation pédiatrique pour les travailleurs de la santé afin de les aider à fournir des services sans stigmatisation. Il leur a également été demandé comment éviter la stigmatisation lorsque les services sont intégrés.
27. 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 fournie aux enfants vivant avec le VIH. Le représentant du Botswana a rappelé que son pays avait été le premier en Afrique au Sud du Sahara à obtenir la certification de niveau « or » pour l'élimination de la transmission verticale.
28. En réponse, Mme Doherty a déclaré que la stigmatisation (y compris l'auto-stigmatisation) restait un problème. Elle a reconnu qu'il s'avérait difficile de réduire la stigmatisation au sein du personnel de santé, mais a relevé quelques exemples de réussite (par exemple, Zvendari au Zimbabwe).
29. D'autres intervenants ont souligné la nécessité d'une éducation sexuelle complète et de la suppression des obstacles structurels qui empêchent les enfants et les adolescents de progresser, mais ils ont demandé comment cela pouvait se faire efficacement dans le climat politique actuel. Ils ont souligné leur inquiétude face à la

campagne contre les droits de l'homme et à ses effets sur la réalisation de l'objectif d'éradication du sida chez les enfants et les adolescents d'ici 2030. Les intervenants ont également souligné l'importance des connaissances en matière de santé et de la santé mentale, en particulier pour les adolescents et les jeunes vivant avec le VIH, et ont indiqué que l'OMS mettait davantage l'accent sur ce domaine d'activité.

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

30. 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.
31. **Mariana Iacono**, de la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH-Latina (Argentine), a expliqué comment les femmes enceintes et allaitantes restaient engagées dans les services de traitement, de soins et de soutien, notamment en utilisant des approches centrées sur la famille et la communauté. Après avoir rappelé l'évolution des conseils et des politiques visant à éliminer la transmission verticale du VIH, elle a déclaré que des approches plus globales étaient nécessaires. Il est essentiel de s'attaquer à la violence à l'égard des femmes, qui les empêche d'utiliser les services et de suivre le traitement. Le soutien en matière de santé mentale, notamment pour les femmes souffrant de dépression post-partum et pour les enfants et les adolescents souffrant de dépression, était également essentiel, mais restait rare. Le droit des femmes enceintes et des mères à l'information sur la santé doit être concrétisé afin qu'elles puissent prendre des décisions en connaissance de cause et savoir où les services sont disponibles, a déclaré Mme Iacono.
32. **Dvora Joseph Davey**, de la Desmond Tutu HIV Foundation et de l'Université du Cap, en Afrique du Sud, a déclaré que les femmes enceintes et allaitantes n'étaient pas suffisamment prises en compte. Elle a détaillé les risques accrus de contracter le VIH pour les femmes enceintes et allaitantes en raison d'une série de facteurs, notamment la violence, la stigmatisation et l'inégalité des genres. Cependant, il existe des produits innovants pour prévenir l'acquisition du VIH pendant la grossesse et l'allaitement, notamment la PrEP à longue durée d'action.
33. Mme Davey 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. Elle a fait référence à une modélisation mathématique montrant que la fourniture de cabotégavir à longue durée d'action pendant la grossesse pourrait réduire de 40 % l'incidence du VIH chez les femmes enceintes et les mères qui allaitent. En outre, l'essai Purpose-1 a montré que le Lénacavir pouvait être utilisé en toute sécurité pendant la grossesse. Deux doses seulement sont nécessaires pour couvrir la période de grossesse et d'allaitement et permettent de prévenir l'acquisition du VIH chez la mère et l'enfant, a-t-elle précisé. Les femmes devraient également être en mesure de faire des choix différents en matière de prévention au fil du temps, a-t-elle déclaré, notant que les comportements sexuels changent souvent au cours de la grossesse et de la période postnatale.
34. En outre, la prévention primaire est essentielle pour contrôler les épidémies d'hépatite B et d'IST. Notant que les taux de syphilis augmentent dans de nombreux pays, 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 complet de la syphilis pendant la grossesse, y compris l'utilisation d'un double test VIH et syphilis, et le

traitement en temps opportun sont d'une importance capitale et doivent être intégrés aux soins prénatals, a-t-elle déclaré. En conclusion, Mme Davey a appelé à un accès rapide à des options de prévention rentables telles que les agents PrEP à longue durée d'action et à des lignes directrices simplifiées pour la prescription et l'utilisation de diagnostics et de traitements.

35. **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 qu'il y avait environ 1,1 million de personnes vivant avec le VIH au Brésil et que le programme de traitement du VIH du pays s'étendait à 27 unités fédérales et à plus de 500 municipalités. Après avoir 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 et se fonde sur le processus de certification de l'OPS et de l'OMS. Sept unités fédérales et 151 municipalités ont été certifiées pour l'élimination du VIH et/ou de la syphilis et de l'hépatite B.
36. **Soeurette Policar**, de l'Observatoire du Forum de la société civile en Haïti, a évoqué les obstacles à l'élimination de la transmission verticale dans son pays. Elle a indiqué qu'Haïti 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 médecins et le personnel de santé sont attaqués, tués, violés et enlevés.
37. 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. Comme il est très difficile pour les personnes déplacées dans les camps de suivre leur traitement, des centres ont également été mis en place pour les aider. Son organisation fournit à la fois la PrEP et les ARV aux femmes, y compris aux femmes enceintes et à celles qui allaitent. 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.
38. Les membres de l'assemblée et les observateurs ont remercié les présentateurs 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. Le représentant du Kenya, par exemple, a déclaré que son pays était parvenu à réduire considérablement les taux de transmission verticale et a décrit les principaux éléments de son plan national pour l'élimination du sida chez les enfants d'ici à 2027.
39. La réunion a été informée que le programme national du Cambodge atteignait une couverture ART très élevée chez les adultes, mais que le taux de transmission verticale était encore de 8 % et que la couverture du traitement chez les enfants était faible. Plusieurs initiatives sont en cours d'introduction, notamment un système de transfert d'argent liquide pour les femmes enceintes démunies, un soutien à la protection sociale pour les personnes vivant avec le VIH et l'amélioration des liens avec d'autres services de santé, y compris la santé génésique. Des mécanismes ont également été mis en place pour intégrer les données des prestataires de soins privés dans le système national d'information sanitaire (environ 78 % des naissances au Cambodge ont lieu dans des établissements publics), suivre les paires mère-enfant tout au long du continuum de services et mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination dans les établissements de soins de santé. U = U a également été

promu auprès des femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH.

40. Les orateurs 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 et de réduction de la violence fondée sur le genre, car cela était essentiel pour protéger la santé des femmes et des jeunes filles et pour parvenir à la triple élimination de la transmission verticale du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B. L'intégration des services favorise un dialogue ouvert sur la santé sexuelle, contribue à réduire la stigmatisation qui entoure le VIH et la santé sexuelle, stimule l'utilisation des services et améliore 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, afin que les services reflètent leurs besoins réels.
41. En fin de compte, les orateurs ont déclaré que l'élimination de la transmission verticale du VIH nécessitait de relever les défis auxquels sont confrontées les femmes et les jeunes filles. Ils ont déclaré que les systèmes de santé ne respectaient toujours pas la dignité et les droits des femmes et des filles et donnaient trop souvent la priorité au contrôle plutôt qu'aux soins, et ils ont souligné que l'élimination de la transmission verticale exigeait que les femmes puissent prendre des décisions éclairées concernant leur corps sans craindre la coercition ou la force. Ils ont souligné l'importance de l'éducation, permettant aux filles de rester à l'école, l'intégration de l'éducation à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, et l'amélioration de l'accès aux opportunités économiques.
42. En réponse à une question concernant la disponibilité d'outils et d'orientations sur la santé des enfants et des adolescents, le représentant de l'OMS a indiqué que des orientations normatives détaillées et d'autres publications pour les enfants et les adolescents étaient disponibles. Il s'agit notamment de nouvelles orientations fondées sur des interventions probantes pour les jeunes adultes et les adolescents vivant avec le VIH. Les documents sont disponibles en ligne et sont régulièrement mis à jour sur la base de nouvelles données.
43. 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

44. 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.
45. **Umahi Godwin**, Paediatric and Adolescent HIV Services, Nigeria National Programme Implementing Partner, Nigeria, a discuté des moyens d'améliorer le diagnostic du VIH chez les nourrissons et les jeunes enfants exposés au VIH. En 2020, seules 35 % des femmes enceintes ont bénéficié de soins prénatals dans des établissements de santé offrant 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. Un tableau de bord a été mis en place pour suivre les données relatives aux tests effectués sur les femmes enceintes dans les établissements de santé.
46. M. Godwin a décrit comment un processus fondé sur des données a été utilisé pour

améliorer l'accès au dépistage pour les nourrissons exposés au VIH dans 11 établissements de soins de santé qui connaissaient d'importantes lacunes en matière de services. Les causes profondes des problèmes ont été identifiées et les capacités de 70 travailleurs de la santé ont été renforcées, a-t-il ajouté. Pour ce faire, des améliorations ont été apportées au système d'information sanitaire du district afin d'améliorer la saisie des données et de les relier à la formation continue lorsque des problèmes ont été identifiés. Dans les établissements ciblés, les taux de diagnostic précoce chez les nourrissons sont passés de 66 % à 83 %. Les couples mère-bébé ont également fait l'objet d'un suivi dans le cadre de l'initiative, l'accent étant mis sur la compréhension des facteurs qui les empêchent d'utiliser les services prénatals et de lutte contre le VIH. Il a déclaré que l'amélioration de la collecte et l'utilisation plus stratégique des données permettraient de garantir que tous les enfants exposés au VIH aient accès au dépistage et au traitement.

47. **Gibstar Makangila**, Circle of Hope, Zambie, a présenté les meilleures pratiques des organisations confessionnelles pour faciliter l'accès des enfants aux tests de dépistage du VIH, aux traitements et aux soins. Citant les prévisions selon lesquelles un milliard d'enfants vivront en Afrique d'ici 2050, il a déclaré que le « capital relationnel » devait être exploité plus efficacement afin d'améliorer la vie et les perspectives des enfants. Les structures confessionnelles, a-t-il rappelé, ont une grande portée, jouissent d'une grande confiance et ont des connaissances locales - elles sont le plus grand « fruit à portée de main » disponible pour la riposte au VIH, et pourtant elles sont sous-utilisées, a-t-il dit.
48. M. Makangila 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. Outre le traitement, les enfants vivant avec le VIH ont besoin d'un soutien psychosocial, d'une scolarisation, d'une protection contre la pauvreté et la faim, etc. Son organisation s'est associée aux ministères zambiens de la santé et de l'éducation lors des fêtes nationales pour offrir des services de dépistage, par exemple.
49. **Tumie Komanyane**, Frontline AIDS, Botswana, s'est concentré sur la recherche d'adolescents vivant avec le VIH et sur la mise en place d'un traitement grâce à des soins et à un soutien axés sur la famille et la communauté. Elle 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. Elle a cité en exemple le projet Ready Plus, qui prévoit des interventions différenciées et à plusieurs niveaux pour les adolescents et qui s'engage auprès de leurs communautés et des personnes qui s'occupent d'eux.
50. Les programmes devraient s'inspirer des systèmes de connaissances indigènes lorsqu'ils décident des types de services et d'approches à utiliser, a-t-elle conseillé. 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. En conclusion, elle a déclaré que le travail des adolescents avec leurs pairs avait besoin de fonds pour fonctionner correctement. Elle a également demandé 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.
51. **Ayu Oktariani**, Indonesia Positive Women Network, Indonésie, a évoqué certaines des inégalités à l'origine des lacunes dans le traitement des enfants dans son pays. La stigmatisation est omniprésente et a un impact énorme sur les enfants vivant avec le VIH, a-t-elle déclaré, et oblige certains enfants à quitter l'école, tandis que les soignants n'ont souvent pas les connaissances nécessaires pour défendre les enfants en raison de leurs propres craintes et de leur propre stigmatisation, ce qui prive les

enfants de tout soutien social. L'absence d'ARV appétissants pour les enfants compromet l'observance du traitement, a-t-elle poursuivi, tandis que les mères sont souvent accusées d'avoir transmis le VIH à leurs enfants, ce qui les isole, elles et leurs enfants, de l'aide dont ils ont besoin. Elle a déclaré que 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 et qu'ils peuvent bénéficier des mêmes possibilités d'éducation que leurs camarades.

52. 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, car les niveaux de couverture des traitements antirétroviraux et de suppression virale chez les enfants sont 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. Mais la réunion a également été invitée à examiner quelles sont les interventions dont l'impact est tel qu'elles ne peuvent être sacrifiées, et quelles sont celles dont on pourrait se passer si des décisions très difficiles devaient être prises en raison de contraintes financières.
53. 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 orateurs ont également souligné les recherches montrant l'efficacité des ARV à longue durée d'action pour le traitement et la PrEP et ont appelé à un accès équitable afin que les femmes puissent être protégées contre le VIH pendant la grossesse et l'allaitement.
54. D'autres commentaires ont porté sur 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.
55. L'absence de sensibilisation et d'éducation au VIH à la radio, à la télévision et dans d'autres médias a également été relevée. Les orateurs ont demandé si cette initiative pouvait être relancée et ont souligné que les médias sociaux pouvaient également être utilisés plus efficacement pour sensibiliser les jeunes et lutter contre la stigmatisation et la discrimination. Le soutien par les pairs est essentiel, notamment pour aider les personnes à faire face à la stigmatisation et pour soutenir l'adhésion au traitement, ont-ils déclaré.
56. 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 étroite entre les différentes confessions autour de valeurs communes telles que l'empathie, l'amour et la compassion. Chaque système religieux peut promouvoir ces valeurs de la manière qui lui convient le mieux. Répondant à une question sur la meilleure façon d'informer les enfants de leur séropositivité, Mme Oktariani a déclaré que cela dépendait de la personne et de sa situation, mais que c'était généralement plus facile lorsque les parents étaient soutenus par leurs réseaux sociaux.

57. 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, et ont déclaré que les programmes à plusieurs niveaux et multidimensionnels pour les enfants et les adolescents étaient les plus efficaces.
58. 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 pour l'avenir, 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

59. Ce panel a discuté des investissements financiers pour mettre fin au sida chez les enfants, des déficits de financement et des opportunités.
60. **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 ?
61. L'Afrique du Sud, qui dispose du plus grand programme de traitement antirétroviral au monde, 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.
62. 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 au CCP.

63. **Annah Page Sango**, GNP+ et membre de la Coalition pour les enfants touchés par le sida au Zimbabwe, s'est concentrée sur les inégalités de financement pour les mères, les enfants et les adolescents. Se référant à un récent rapport sur trois pays, elle a déclaré que les inégalités en matière de dépistage et de traitement du VIH pour 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. Toutefois, 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 rendent également très difficile l'accès des programmes aux enfants des populations clés, a-t-elle ajouté.
64. **Hilary Wolf**, du PEPFAR, a présenté quelques-uns des moyens par lesquels le financement américain de la santé mondiale contribue à mettre fin au sida chez les enfants. Elle 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. Un partenariat très engagé comme l'Alliance mondiale est une grande priorité pour le PEPFAR, a-t-elle déclaré.
65. Mme Wolf a déclaré au CCP que le PEPFAR avait l'intention de réduire son champ d'action afin que les pays soutenus par le PEPFAR puissent atteindre l'objectif de mettre fin au sida chez les enfants d'ici à 2030. Afin d'améliorer l'impact et l'efficacité du financement existant, il 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 professionnel et le secteur privé, afin d'apporter une réponse mieux coordonnée et plus efficace. 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. Elle a déclaré que les données du PEPFAR montraient que les enfants âgés de moins de cinq ans et vivant avec le VIH avaient toujours un risque de décès plus élevé que tous les autres enfants vivant avec le VIH.
66. **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. Il a indiqué que 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 afin d'atteindre le deuxième objectif « 95 » ; 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.

67. Les participants ont déploré le manque de financement pour mettre fin au sida pédiatrique, car chaque dollar investi dans les enfants et les adolescents fait la différence pour eux, leurs communautés et l'avenir. Il a également été noté qu'il était souvent demandé aux donateurs de fournir un financement non affecté afin que les organisations puissent décider de la meilleure façon d'utiliser le soutien. Toutefois, cela signifie également que le financement ne sera pas nécessairement utilisé pour les enfants et les adolescents. Les participants à la réunion ont demandé s'il était possible de trouver un équilibre entre l'appel à un financement sans affectation spéciale et le besoin perçu d'un financement ciblé.
68. 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.
69. En réponse, les panélistes ont convenu que les produits nécessaires devaient être 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 insisté sur la nécessité de redoubler d'efforts pour éliminer les obstacles structurels et sociétaux. En ce qui concerne la question des 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. Ils ont également souligné l'importance de la fabrication de produits pharmaceutiques en Afrique et de l'accès rapide aux nouvelles technologies.

Conclusion

70. **Lucy Wanjiku Njenga**, directrice exécutive de Positive Young Women Voices, Kenya, a rappelé les taux élevés de décès liés au sida parmi les adolescents et les jeunes au Kenya dans les années 1990 et au début des années 2000, qui ont conduit à la création de nombreuses organisations et initiatives de lutte contre le VIH. Elle 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. Mme Njenga a appelé à une augmentation des investissements, notamment pour les systèmes de soutien par les pairs et les organisations communautaires.
71. **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.
72. Mme Stegling a pris note des remarques et 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.

73. 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 confessionnel), en mobilisant de nouvelles ressources pour la riposte au VIH en ce qui concerne les enfants et les adolescents (et en protégeant le financement existant), et en faisant davantage pour éliminer les inégalités sous-jacentes, a-t-elle suggéré. Dans l'ensemble, il était clair que les communautés devaient être à l'avant-garde, a-t-elle ajouté. Les orateurs ont montré de manière frappante le pouvoir du travail communautaire, y compris les activités de soutien par les pairs. En conclusion, 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.

Propositions de décisions

Le Conseil de Coordination du Programme est invité à

74. *Noter avec inquiétude* qu'il y avait encore 120 000 nouvelles infections par le VIH chez les enfants en 2023, en particulier en Afrique au Sud du Sahara ; que 600 000 enfants (âgés de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH ne sont actuellement pas sous traitement ; que plus d'un tiers (36 %), soit 370 000, des adolescents âgés de 15 à 19 ans vivant avec le VIH ne reçoivent pas de thérapie antirétrovirale ; que les enfants représentent 12 % de tous les décès liés au sida, alors qu'ils ne constituent que 3 % des personnes vivant avec le VIH ; et que les enfants et les adolescents ont beaucoup moins de chances que les adultes de bénéficier d'une suppression virale en raison de l'insuffisance des services et du soutien ;
75. *Prendre note* de la note de fond (UNAIDS/PCB (55)/24.34) et du rapport de synthèse (UNAIDS/PCB (56)/25.5) du volet thématique du Conseil de Coordination du Programme sur « Combattre les inégalités chez les enfants et les adolescents pour mettre fin au sida d'ici à 2030 » ;
76. *Demander* aux États membres, en étroite collaboration avec les organisations communautaires de lutte contre le VIH et d'autres organisations et partenaires de la société civile, avec le soutien du Programme commun, d'accélérer la mise en œuvre d'actions ciblées et mesurables en vue d'atteindre les objectifs de 2030 :
- a. Développer des interventions de prévention et de traitement du VIH de haute qualité, intégrées et centrées sur la personne pour les femmes enceintes et allaitantes, les enfants et les adolescents, y compris par le biais de modèles de prestation de services communautaires dans le cadre des soins de santé primaires et des structures communautaires ;
 - b. Mettre en œuvre des stratégies de dépistage fondées sur des données probantes et adaptées au contexte afin d'identifier les enfants et les adolescents vivant avec le VIH qui n'ont pas été diagnostiqués et veiller à ce qu'ils commencent à suivre un traitement en temps voulu et à ce qu'ils le suivent correctement;
 - c. Soutenir davantage les communautés à diriger, y compris les organisations de lutte contre le VIH dirigées par les communautés et les jeunes et les organisations de la société civile particulièrement pertinentes d'adolescentes et de jeunes femmes, de populations clés et de personnes vivant avec le VIH, en renforçant leur

représentation à tous les niveaux où sont prises les décisions en matière de financement et de programmation ;

- d. Renforcer les systèmes d'information sanitaire pour collecter des données de cohorte qui suivent les paires mère-bébé, les enfants vivant avec le VIH, les groupes à haut risque tels que les parents adolescents et les enfants des membres des populations clés, accroître l'utilisation des analyses de données de programme qui permettent d'identifier les causes des nouvelles infections par le VIH chez les nourrissons, et utiliser ces données pour guider la conception de programmes efficaces et durables et orienter le financement vers les domaines où il est le plus nécessaire ;
- e. Augmenter les investissements ciblés dans la lutte contre le sida chez les enfants et les adolescents pour une riposte durable et planifiée au-delà de 2030 ;

[Fin du document]