



RÉSUMÉ ANALYTIQUE

RECUEIL: DE PRATIQUES PROMETTEUSES

dans les interventions des
communautés religieuses en
Afrique contre le VIH chez les
enfants et les adolescents

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), 2021

Certains droits réservés. Ce travail est disponible sous la licence Attribution – Pas d'Utilisation Commerciale – Partage dans les Mêmes Conditions 3.0 Organisations Internationales (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>).

Selon les termes de cette licence, vous êtes autorisé-e à copier, redistribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, à condition que l'œuvre soit correctement citée, comme indiqué ci-dessous. Toute utilisation de cette œuvre ne doit jamais laisser entendre que l'ONUSIDA soutient une organisation, des produits ou des services spécifiques. L'utilisation du logo de l'ONUSIDA n'est pas autorisée. Si vous adaptez l'œuvre, vous devez diffuser votre œuvre en utilisant la même licence Creative Commons ou une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, vous devez ajouter la clause de non-responsabilité suivante ainsi que la citation suggérée : « Cette traduction n'a pas été réalisée par l'ONUSIDA. L'ONUSIDA n'est pas responsable du contenu ou de l'exactitude de cette traduction. La version originale en anglais est la version contraignante et authentique. »

Toute médiation relative à des litiges découlant de la licence sera menée conformément au règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<https://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/index.html>).

Proposition de citation. [Titre]. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; [année]. Licence : [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](#)

Matériel tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel de cette œuvre qui est attribué à un tiers, par exemple des tableaux, des chiffres ou des illustrations, il vous incombe de déterminer si vous avez besoin d'une autorisation pour le réutiliser et d'obtenir le cas échéant l'autorisation du ou de la titulaire du droit d'auteur. Le risque de réclamations suite à une violation d'un élément appartenant à un tiers dans le cadre de l'œuvre incombe exclusivement à l'utilisateur ou l'utilisatrice.

Les désignations utilisées et la présentation du matériel dans la présente publication n'impliquent l'expression d'aucune opinion de la part de l'ONUSIDA concernant le statut juridique d'un pays, d'un territoire, d'une ville ou d'une région ou de ses autorités, ni la délimitation de ses frontières ou de ses limites. Les lignes pointillées sur les cartes représentent des limites approximatives pour lesquelles il n'y a peut-être pas encore d'accord définitif.

La mention d'entreprises spécifiques ou de produits de certains fabricants n'implique pas que l'ONUSIDA les approuve ou les recommande par rapport à d'autres de nature similaire qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreurs et omissions, les noms des produits déposés ou brevetés sont identifiables, car ils commencent par une majuscule.

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

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

RECUEIL: DE PRATIQUES PROMETTEUSES

dans les interventions des
communautés religieuses en
Afrique contre le VIH chez
les enfants et les adolescents

AVANT-PROPOS

AU RECUEIL DE PRATIQUES PROMETTEUSES DANS LES INTERVENTIONS DES COMMUNAUTÉS RELIGIEUSES EN AFRIQUE CONTRE LE VIH CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Ce rapport vital compile des enseignements essentiels tirés du rôle moteur exceptionnel des communautés religieuses pour combattre le VIH chez les enfants. Il documente des données sur le rôle fondamental joué par les communautés religieuses pour identifier les enfants non diagnostiqués vivant avec le VIH, améliorer la continuité du traitement et soutenir l'adhésion aux soins et au traitement.

Il répertorie également les enseignements tirés de la manière dont les responsables religieux ont mené des actions de plaidoyer pour s'attaquer à la stigmatisation et la discrimination et œuvrer en faveur de la réalisation des objectifs. Il permettra aux communautés religieuses, et à tous leurs soutiens et partenaires, de promouvoir un changement de taille dans les activités pour mettre fin au SIDA chez les enfants d'ici à 2030.

Il est indigne que le monde ne soit pas sur la bonne voie pour y parvenir. Toutes les heures, onze enfants meurent du SIDA. 1,7 million d'enfants vivent avec le VIH. Moins d'enfants atteints du VIH ont accès à un traitement essentiel que d'adultes. Si trois quarts (76%) des adultes vivant avec le VIH bénéficient d'un traitement, seule la moitié (52%) des enfants en bénéficie. Cet écart entre les enfants et les adultes pour bénéficier d'un traitement s'est accentué. Les enfants vivant avec le VIH sont encore plus vulnérables que les adultes: tandis que les enfants ne représentent que 4% de la population atteinte de VIH, ils représentent 15% des décès liés au SIDA. Cette inégalité est déchirante.

Mais l'espérance demeure. Nous pouvons remporter ce combat pour nos enfants. Le monde peut faire en sorte que tous les enfants vivant avec le VIH reçoivent un traitement et que plus aucun enfant ne naisse avec le VIH. Nous pouvons faire en sorte que les nouveau-nés, les enfants et les adolescents exposés au VIH soient testés; nous pouvons garantir les meilleurs traitements et les meilleurs soins pour ceux testés positifs; nous pouvons combler l'écart dans l'accès au traitement pour les femmes enceintes et les mères allaitantes vivant avec le VIH. Certains pays sont en passe d'atteindre les objectifs de traitement pédiatriques et d'autres s'y sont engagés. Nous disposons de nouveaux outils, les responsables mondiaux ont consenti de nouveaux engagements dans le cadre de l'Alliance mondiale pour mettre fin au SIDA chez les enfants, et de nouvelles données nous indiquent les solutions qui fonctionnent, des solutions que ce recueil promeut avec vigueur.



WINNIE BYANYIMA

Directrice exécutive ONUSIDA et
Secrétaire générale adjointe des
Nations Unies



JOHN N. NKENGASONG

Coordinateur mondial des États-
Unis pour la lutte contre le SIDA
et Représentant spécial pour la
Diplomatie en matière de Santé
mondiale

Mieux encore, nous disposons de la détermination inébranlable des communautés et des organisations d'inspiration religieuse pour que toutes les mères et tous les enfants accèdent aux services salvateurs dont ils ont tant besoin. Les communautés religieuses ont joué un rôle capital pour dispenser des soins de santé contre le VIH depuis le début de la pandémie de SIDA, tout particulièrement là où les ressources sont rares. Les groupes et les responsables religieux jouissent de liens forts avec les communautés et sont des partenaires vitaux pour faire changer les points de vue, fournir des données probantes et toucher les plus marginalisés de la société, qui souvent, sont ceux qui ont le plus besoin de soins de santé essentiels. Ils sont à pied d'œuvre pour apporter des services innovants, combattre la stigmatisation et veiller à ce qu'aucun enfant ne soit laissé pour compte. Ils combattent les inégalités qui entraînent de nouvelles infections au VIH et sont autant de liens essentiels avec les personnes touchées par le VIH pour qu'elles puissent bénéficier de services salvateurs. Ils ont fait preuve d'un rôle moteur crucial à maintes reprises dans les programmes élaborés dans le cadre de l'Initiative confessionnelle ONUSIDA-PEPFAR, notamment:

la Campagne 10 millions, la Plateforme interreligieuse de santé et le Plan d'action de Rome contre le VIH et la TB chez les enfants et ont joué un rôle moteur dans la création de l'Alliance mondiale pour mettre fin au sida chez les enfants.

Dans chaque communauté, dans chaque pays, les communautés religieuses et les organisations d'inspiration religieuse jouissent d'une confiance, d'un respect et d'une écoute rares. Leur capacité à influencer la compréhension du VIH et la riposte à son encontre est sans pareil.

Comme le prouvent les exemples présentés dans ce Recueil, le travail des communautés religieuses pour combattre le VIH chez les enfants a été très efficace. Dans les activités sur le terrain, les communautés religieuses et les organisations d'inspiration religieuse ont également rappelé au monde une leçon plus profonde: pour aider véritablement les plus vulnérables et les exclus, le souci d'autrui, la compassion et l'amour sont essentiels.

Nous pouvons mettre fin au SIDA chez les enfants. Nous devons mettre fin au SIDA chez les enfants. Ensemble, nous mettrons fin au SIDA chez les enfants. Ce recueil source d'informations et d'inspiration sera utilisé pour sauver et changer la vie des enfants.

RÉSUMÉ

ANALYTIQUE

La situation des enfants vivant avec le VIH a été qualifiée de «tragédie déchirante». Les objectifs pédiatriques fixés lors de la Réunion de haut-niveau des Nations Unies pour mettre fin au SIDA ont été manqués et sont loin d'être atteints. En 2021, près de la moitié (48%) des 1,7 million d'enfants dans le monde âgés de 0 à 14 ans et vivant avec le VIH ne bénéficiait pas d'un traitement antirétroviral (TAR). Il est troublant de constater que la couverture du traitement chez les enfants vivant avec le VIH est bien plus faible que chez les adultes: respectivement 52% et 76% en 2021². Par conséquent, près de 100 000 enfants sont morts de maladies liées au SIDA en 2021.

Le plus grand défi pour le traitement pédiatrique est d'identifier rapidement les enfants vivant avec le VIH qui n'ont pas été dépistés à la naissance et lors de l'allaitement et de leur procurer un traitement. Pour les enfants plus jeunes, il est préoccupant que seuls 62% des nouveau-nés exposés en 2021 aient été testés avant l'âge de deux mois. Or, sans traitement, 50% des enfants en bas âge souffrant du VIH mourront avant d'atteindre les deux ans. Il convient également de veiller à ce que tous les enfants vivant avec le VIH soient en mesure d'accéder à des traitements optimaux et adaptés.

Dans le monde, 1,7 million d'adolescents (1,2 à 2,2 millions) âgés de 10 à 19 ans sont atteints du VIH et ils sont encore plus nombreux à risquer d'y être infectés. Les jeunes demeurent moins susceptibles que les adultes de passer un test pour dépister le VIH, d'accéder aux soins de santé en temps utile et d'adhérer aux soins s'ils sont positifs au VIH³. Les taux de connaissances détaillées sur le VIH des adolescents restent en dessous des 50% dans la plupart des pays. Or, il est impératif qu'ils jouissent de connaissances complètes et exactes sur la prévention contre le VIH pour se protéger de l'infection.

La bonne nouvelle, c'est que les responsables mondiaux sont convenus lors de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le SIDA en

1 Rapport mondial actualisé sur le sida 2021. Faire face aux inégalités. Genève: ONUSIDA, 2021.

2 Rapport mondial actualisé sur le sida 2022. En danger. Genève: ONUSIDA, 2022.

3 Archary M, Pettifor A, Toska E. Adolescents and young people at the centre: global perspectives and approaches to transform HIV testing, treatment and care. J Int AIDS Soc. 2020; 23:(SS)e25581.



2021 d'un nouvel ensemble d'objectifs et d'engagements ambitieux pour 2025 et d'un objectif intérimaire pour 2023 qui pourraient enfin répondre aux défis auxquels les enfants et les adolescents vivant avec le VIH sont confrontés⁴.

En outre, la dernière Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021–2026 de l'ONUSIDA comporte des objectifs et des engagements ambitieux pour mettre fin à la transmission verticale et au SIDA pédiatrique⁵.

LE RÔLE DES COMMUNAUTÉS RELIGIEUSES

Les communautés religieuses soutiennent la riposte mondiale contre le SIDA depuis des années pour satisfaire les besoins des enfants et des adolescents touchés par le VIH. Toutefois, l'importance et la portée de cette contribution ne sont pas pleinement comprises, car, souvent, elles ne sont pas bien documentées. Par conséquent, les communautés religieuses n'ont pas été impliquées adéquatement pour accélérer et pérenniser les efforts mondiaux afin d'atteindre les objectifs en matière de dépistage, de prévention et de traitement pour les enfants et les adolescents.

Les communautés religieuses englobent un large éventail de parties prenantes: les responsables religieux, le personnel et les bénévoles travaillant pour des prestataires de soins de santé d'inspiration religieuse, les communautés, les membres des paroisses, les groupes communautaires religieux et les organisations d'inspiration religieuse (OIR).

Les communautés religieuses puisent leur inspiration dans un ensemble de croyances, de principes et de pratiques spirituelles qui ont motivé les personnes de différentes religions à dispenser des services de soins de santé de manière générale, et aussi contre le VIH, à toute personne dans le besoin, tout particulièrement, les plus marginalisés. Les communautés religieuses satisfont les besoins des personnes vivant

⁴ Déclaration politique sur le VIH et le sida: mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d'ici à 2030. 74e réunion plénière, 8 juin 2021, 75e session, Point 10 à l'ordre du jour. New York: Assemblée générale des Nations unies, 2021.

⁵ Stratégie mondiale contre le SIDA 2021–2026. Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida. Genève: ONUSIDA, 2021.

avec le VIH et touchées par le VIH et de leurs familles, et ce, dans de nombreux cas, depuis le début de la pandémie de SIDA au début des années 1980. Or, ce n'est que depuis récemment que la contribution de la communauté religieuse à la riposte mondiale contre le SIDA est largement reconnue et documentée.

RECUEILLIR LES PRATIQUES PROMETTEUSES

Pour mieux comprendre le rôle des communautés religieuses dans la riposte contre le VIH chez les enfants et les adolescents, et plus particulièrement, pour identifier les interventions innovantes et réussies et qui ont le potentiel de soutenir les ripostes contre le VIH chez les enfants et les adolescents de manière plus générale, l'Initiative confessionnelle ONUSIDA-PEPFAR, de concert avec la Plateforme interreligieuse de santé, s'est mise à recueillir et à documenter des éléments sur des interventions prometteuses des communautés religieuses. L'étude s'est appuyée sur plusieurs méthodes, y compris un examen de la littérature, un sondage en ligne et des entretiens de suivi des informateurs clés sélectionnés.

L'examen de la littérature publiée et non publiée sur les pratiques prometteuses potentielles⁶ a permis de révéler que les communautés religieuses disposaient de quatre atouts qui soutiennent la riposte contre le VIH de manière générale et la riposte contre le VIH chez les enfants et les adolescents en particulier. Les voici: (1) les services sont fournis par des prestataires de services de santé d'inspiration religieuse; (2) sensibilisation communautaire grâce aux groupes communautaires religieux; (3) génération de la demande dans les lieux de culte; et (4) plaidoyer des responsables religieux et des OIR sur les obstacles empêchant l'accès des enfants aux traitements et pour tenir les gouvernements comptables de leurs engagements.

Le sondage a été réalisé entre mars et juin 2021. Il était en anglais, en français et en portugais et comprenait un questionnaire pour recueillir des informations sur les pratiques prometteuses. Il a été diffusé sur le site Internet de la Plateforme interreligieuse de santé et contenait des liens pour que les acteurs clés puissent fournir des informations directement en ligne. Ce sondage s'est appuyé sur une définition large des interventions en faveur des enfants et des adolescents vivants avec le VIH et touchés par le VIH. Y figurait un large éventail de services apportés aux membres de la famille — jeunes femmes, mères, hommes et garçons — leur permettant d'accéder à la prévention, au dépistage, aux conseils, aux soins et au traitement, les services de soutien psychosocial et spirituel et les rôles sociaux joués par les différents membres de la famille, comme les hommes et les pères et le soutien qu'ils apportent aux enfants et aux adolescents. Nombre de ces pratiques prometteuses ont été identifiées dans le cadre de l'Initiative communautaire et confessionnelle du PEPFAR et sont reprises dans les Orientations sur le Plan opérationnel par pays 2022 du PEPFAR⁷.

Au total, 55 pratiques prometteuses potentielles ont été recueillies dans le cadre du sondage en ligne. Pour quelques pratiques, les informations ne suffisaient pas pour déterminer si elles devaient être comptées parmi les pratiques prometteuses et innovantes. Des courriers électroniques de suivi ont été envoyés pour combler les informations manquantes et obtenir des données clés sur les résultats. Dix pratiques prometteuses innovantes supplémentaires ont été identifiées grâce à l'examen de la littérature. Des entretiens ont été organisés avec des informateurs clés sélectionnés. L'ampleur des données détaillées et quantifiées disponibles variait considérablement

⁶ Plus de 100 documents publiés et non publiés, pour certains datant d'il y a 15 ans, ont été examinés pour identifier d'éventuelles pratiques prometteuses.

⁷ <https://www.state.gov/2022-country-operational-plan-guidance/>



© ONUSIDA

pour les différentes pratiques prometteuses, dans certains cas parce que les interventions n'étaient pas en cours depuis longtemps ou étaient réalisées dans des contextes délicats. Si pour certaines pratiques nous ne disposons pas d'autant de données quantifiées que souhaité, toutes ont démontré une valeur considérable, du moins au niveau conceptuel, voilà pourquoi elles sont qualifiées de «pratiques prometteuses» et non de «meilleures pratiques».

Au total, 41 pratiques prometteuses, sur les 55 reçues initialement, ont respecté les critères fixés⁸. Les interventions couvraient un large éventail de volets programmatiques pédiatriques et adolescents et les quatre volets les plus fréquents étaient: (1) l'accès au TAR, la rétention et l'adhésion; (2) l'identification et le dépistage des enfants et des adultes qui ne sont pas traités; (3) sensibilisation au VIH et à la santé; (4) prévention du VIH chez les adolescents et formation aux compétences de la vie.

⁸ Aux termes des critères, les interventions et les pratiques devaient comporter plusieurs des caractéristiques suivantes:

- La pratique doit porter sur l'un des quatre atouts de la communauté religieuse: les prestataires de services de santé d'inspiration religieuse; les groupes communautaires religieux; les lieux de cultes générateurs de demande pour les services contre le VIH; et les responsables religieux pour le plaidoyer.
- L'intervention peut manifestement satisfaire un besoin exprimé par les principaux bénéficiaires/ participants clés.
- L'intervention est efficace et pertinente pour le contexte local.
- Elle doit porter ses fruits dans un délai raisonnable;
- L'intervention doit être durable, p. ex. appropriation et rôle moteur locaux démontrés et inclusion dans les budgets.
- L'intervention doit être perçue par ses auteurs et par ses utilisateurs clés comme une pratique prometteuse, digne d'être reproduite.

CONSTATS

Il a été constaté dans le cadre de l'étude que les communautés religieuses apportent des contributions nettes à la riposte contre le VIH chez les enfants et les adolescents grâce à un grand ensemble d'interventions. Souvent, ces interventions ne sont pas bien documentées, d'où le manque de compréhension de ces contributions. Par conséquent, elles ne bénéficient pas de ressources adéquates. Or, elles témoignent d'une ingéniosité considérable et sont ancrées dans une bonne compréhension des situations locales; plusieurs adoptent une approche holistique et globale de la situation des enfants, des adolescents et de leurs familles. Au fil des années, les communautés religieuses ont soutenu la communauté pour combattre l'impact du VIH et, souvent avec des ressources limitées, ont trouvé l'inspiration dans leur foi pour témoigner compassion et gentillesse aux personnes dans le besoin. Les interventions énumérées dans le présent recueil, considérées comme des pratiques prometteuses (PP), identifient un ensemble de constats significatifs et illustrent pourquoi les communautés religieuses devraient être intégrées davantage dans les plans locaux et nationaux visant à la réalisation des objectifs mondiaux afin de dépister et de traiter tous les enfants et les adolescents vivant avec le VIH d'ici à 2025.

1. Les communautés religieuses ont mis en œuvre des approches et des interventions qui ont contribué considérablement à la riposte contre le VIH pour les enfants et les adolescents. L'analyse des 41 pratiques prometteuses a révélé un total de 28 constats, qui sont énumérés dans leur intégralité à la Figure 4 de l'Annexe 1. Les 12 constats les plus importants, qui sont mentionnés le plus fréquemment dans toutes les pratiques prometteuses, sont repris à la Figure 1 et sont expliqués plus en détail par la suite.



FIG 1. PRINCIPAUX CONSTATS SUR LES PRATIQUES PROMETTEUSES DES COMMUNAUTÉS RELIGIEUSES (FRÉQUENCE PAR ATOUT DES ACTEURS RELIGIEUX)⁹

<p>Hausse de l'identification, du dépistage et du lien des enfants et des adolescents vivant avec le VIH et ne bénéficiant pas de traitement (1.3, 1.6, 1.8, 1.9, 1.11, 1.13, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 2.9, 2.10, 2.15, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.7) [28].</p>
<p>Les lieux de culte peuvent fournir des services intégrés de soins de santé primaires et de soins contre le VIH pédiatrique, y compris des services holistiques de prévention, de dépistage et de traitement (1.2, 1.3, 1.11, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.9, 2.10, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.6, 4.7) [23].</p>
<p>Les responsables et les communautés religieuses mènent des activités pour atténuer la stigmatisation à cause du VIH (1.3, 1.8, 1.9, 1.10, 2.2, 2.4, 2.5, 2.7, 2.10, 2.11, 2.12, 2.14, 2.15, 3.5, 3.6, 4.1, 4.2, 4.3, 4.6, 4.7) [20].</p>
<p>Les hôpitaux des missions œuvrent en étroite collaboration avec les groupes communautaires religieux pour prodiguer divers services afin d'accroître l'adhésion aux antirétroviraux (1.1, 1.2, 1.3, 1.8, 1.9, 1.10, 1.11, 1.12, 1.13, 2.1, 2.2, 2.3, 2.7, 3.1, 3.4, 4.1, 4.4, 4.7) [18].</p>
<p>Niveaux accrus de continuité du traitement pour les enfants et les adolescents vivant avec le VIH (1.3, 1.5, 1.9, 1.10, 1.12, 1.13, 2.1, 2.2, 2.4, 2.12, 2.13, 2.14, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 4.3) [17].</p>
<p>Renforcer les taux de suppression de la charge virale pour les enfants et les adolescents vivant avec le VIH (1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.7, 1.9, 1.10, 1.11, 1.12, 2.1, 2.11, 2.12, 3.1) [14].</p>
<p>Donner les moyens à des groupes de soutien constitués de pairs d'autonomiser les enfants et les adolescents vivant avec le VIH (1.3, 1.8, 1.9, 1.10, 1.11, 2.2, 2.10, 2.11, 2.12, 2.13, 3.4, 4.1, 4.6) [13].</p>
<p>Mobiliser les responsables et les communautés religieuses peut accroître la sensibilisation à la prévention primaire du VIH (2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.10, 2.14, 2.15, 3.1, 3.3, 3.4, 3.5, 4.1, 4.2) [14].</p>
<p>Faciliter le soutien psychosocial et le soutien spirituel (1.2, 1.3, 1.9, 1.10, 1.11, 1.13, 2.1, 2.2, 2.4, 2.12, 2.13, 3.1, 3.4) [13].</p>
<p>Mobiliser les responsables et les communautés religieuses grâce à des efforts de sensibilisation pour mettre fin à la transmission verticale, améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux et aux programmes de santé pour les mères et les nouveau-nés (2.2, 2.3, 2.4, 2.7, 3.1, 3.2, 3.3, 3.5, 4.1, 4.2, 4.4, 4.5, 4.7) [13].</p>
<p>Recourir à des approches de soins et de soutien holistiques pour renforcer le respect du traitement antirétroviral et consolider la suppression de la charge virale (1.2, 1.3, 1.9, 1.10, 1.11, 1.13, 2.8, 2.13, 3.1, 3.2) [10].</p>
<p>Soutenir l'autodépistage du VIH (1.11, 2.4, 2.6, 3.1, 3.4, 3.5, 4.4, 4.5, 4.7) [9].</p>

LÉGENDE CODE COULEUR: Les couleurs utilisées font référence aux quatre atouts des communautés religieuses mobilisés dans les pratiques prometteuses:

Aqua: Prestataires de services de santé d'inspiration religieuse.

Kaki: Groupes communautaires religieux.

Carmin: Lieux de culte.

Cyan: Plaidoyer des responsables religieux.

- **L'identification et le dépistage des enfants et des adolescents** vivant avec le VIH qui ne bénéficient pas d'un traitement contre le VIH est la problématique qui fait l'objet du plus grand nombre de pratiques prometteuses (28). Les quatre atouts clés des communautés religieuses y contribuent. Il s'agit notamment des prestataires de service de santé d'inspiration religieuse s'appuyant sur des approches de gestion de cas au Kenya (PP1.3); la mise en place du diagnostic sur le lieu de fourniture de soins en Zambie (PP1.6); ou l'approche centrée sur la famille de Mildmay en Ouganda (PP1.13). D'autre part, les groupes communautaires religieux se sont appuyés sur les postes de sensibilisation communautaire en Zambie (PP2.1), les lieux de culte ont été utilisés comme postes de santé en Zambie (PP3.1) et pour tester les femmes enceintes au Nigeria (PP3.2). Le plaidoyer des religieux, défenseurs de la santé infantile a mis en lumière l'importance d'identifier et de dépister les enfants ne bénéficiant pas de TAR, comme au Kenya et dans le monde (PP4.1 et PP4.5).

9. Le sondage s'est appuyé sur une définition large des interventions en faveur des enfants et des adolescents vivants avec le VIH et touchés par le VIH. Y figurent un large éventail de services apportés aux membres de la famille — jeunes femmes, mères, hommes et garçons — leur permettant d'accéder à la prévention, au dépistage, aux conseils, aux soins et au traitement, les services de soutien psychosocial et spirituel et les rôles sociaux joués par les différents membres de la famille, comme les hommes et les pères et le soutien qu'ils apportent aux enfants et aux adolescents.

- **L'importance des lieux de culte dans la riposte** au VIH pour les enfants et les adolescents est l'un des constats clés mentionnés dans 23 pratiques prometteuses. Une sélection de ces 23 interventions englobe les éléments suivants: les églises et les mosquées ont joué un rôle central pour sensibiliser les membres des communautés religieuses au VIH au Kenya et en Zambie (p. ex. PP2.2 et PP3.4) et ont été utilisées comme centres de santé et comme des kiosques contre le VIH au Zimbabwe pour sensibiliser les populations ne suivant pas de traitement contre le VIH (PP3.3) et comme centre de dépistage du VIH, p. ex. comme installations pour les postes de santé en Zambie (PP3.1). Les lieux de culte ont été utilisés, avec succès, comme centres de distribution de kits d'autotests du VIH en Eswatini, au Kenya, au Malawi et au Nigeria (PP3.5, PP3.4, PP2.4 et PP4.7). Ils ont également fait office de centres de plaidoyer pour les responsables religieux promouvant la santé infantile, notamment au Kenya et au Zimbabwe (PP4.1 et PP4.4).
- De nombreux responsables religieux et de nombreuses communautés religieuses ont œuvré **à atténuer la stigmatisation au sein des communautés** et sont cités dans 20 pratiques prometteuses. Toutefois, pour nombre des cas avancés de réduction de la stigmatisation, les données fournies n'étaient pas assez robustes pour étayer cet impact. Les prestataires de service de santé d'inspiration religieuse ont coopéré avec des groupes communautaires de sensibilisation pour combattre la stigmatisation, comme au Kenya et en Namibie (p. ex. PP1.3 et PP4.6) et certains ont reconnu l'importance de ces efforts pour avancer efficacement vers une optimisation du traitement comme en Ouganda (PP1.1), ou comme aspect clé pour améliorer l'adhésion des adolescents au TAR, comme au Zimbabwe (PP1.8). Certaines communautés religieuses ont organisé des événements sportifs pour combattre la stigmatisation, notamment au Kenya et au Zimbabwe (PP2.5 et PP2.10).
- Les hôpitaux de mission et les centres de santé ont jugé bénéfique de **collaborer étroitement aux côtés des groupes communautaires religieux**, et 18 pratiques prometteuses ont souligné la valeur de ces partenariats. Plusieurs pratiques prometteuses illustrent les avantages d'une collaboration avec les



groupes communautaires religieux au Kenya pour améliorer le dépistage et le traitement (PP1.11) et d'autres pratiques (PP1.2, PP1.3 et PP1.9). Le niveau élevé de confiance et les valeurs religieuses partagées ont débouché sur des collaborations vigoureuses entre les prestataires de service de santé d'inspiration religieuse et les groupes communautaires religieux, comme en Ouganda (PP1.13). De telles collaborations peuvent faciliter la formation de groupes de soutien efficaces, comme au Zimbabwe (PP1.8), et les programmes de mentorat comme Améliorer les résultats des parents et des enfants (Improving Parent and Child Outcomes - IMPACT) et ses «Mother buddies» (Meilleures amies des mères) dans plusieurs pays, y compris au Malawi (PP2.3 et 2.4).

- **Renforcer la continuité du traitement antirétroviral des enfants et des adolescents** est un objectif important pour nombre (17) de pratiques prometteuses. Cela englobe plusieurs interventions impliquant l'optimisation du TAR, comme en Ouganda, où l'on s'est appuyé sur une approche d'amélioration continue de la qualité (ACQ) (PP1.1) et d'autres pratiques comme en Zambie et en Ouganda (PP1.4 et PP1.5). Certaines pratiques prometteuses, comme le programme Lea Toto au Kenya, ont mobilisé un ensemble complet de services pour combattre ce problème (PP1.2; voir aussi PP1.3). Certaines pratiques prometteuses se sont appuyées sur une approche de prestation de service différenciée (PSD), comme le Catholic Relief Services (CRS) l'a fait en Zambie (PP1.7). Pour d'autres pratiques, le recours à une approche holistique comportant des dimensions psychosociales et spirituelles a été capital, comme en Zambie (PP2.1 et 3.1) et au Kenya (1.11).
- **Renforcer la suppression de la charge virale pour les enfants et les adolescents vivant avec le VIH** a été au cœur de 14 pratiques prometteuses et a été possible grâce à différentes solutions, surtout en exploitant des approches holistiques. Il n'est pas surprenant qu'il y ait de fortes similitudes entre les pratiques prometteuses qui ont renforcé la suppression de la charge virale et celles qui ont renforcé les niveaux de traitement. Ainsi, la charge virale a été réduite grâce aux pratiques prometteuses portant sur l'optimisation du traitement (PP1.1, PP1.4 et PP1.5), par des programmes complets et dont le caractère holistique comportait des éléments psychosociaux et spirituels robustes (PP1.3, PP1.9, PP1.12, PP2.1 et PP3.1).
- Les communautés religieuses ont contribué à l'établissement et au renforcement des groupes de soutien composés de pairs et 13 pratiques prometteuses soulignent l'importance de ces groupes pour l'obtention de résultats. Ces groupes de soutien ont joué un rôle considérable pour appuyer des programmes cherchant à prévenir la transmission verticale chez les femmes enceintes vivant avec le VIH, comme au Kenya (PP2.2). On dénombre plusieurs exemples du renforcement des groupes de soutien pour les adolescents vivant avec le VIH comme les Clubs pour adolescents (Teen Clubs) et leurs équivalents en Eswatini, au Malawi et au Zimbabwe (PP2.11, PP2.4 et PP2.12), ainsi que les groupes de soutien pour les parents et les enfants vivant avec le VIH au Zimbabwe et en Namibie (PP1.8, PP4.6). Il existe également plusieurs exemples de groupes de soutien pour celles et ceux qui fournissent des soins complets aux enfants et aux adolescents vivant avec ou touchés par le VIH, comme au Kenya (PP1.3).
- Les responsables et les communautés religieuses ont joué un rôle de premier plan **pour intensifier la sensibilisation à la prévention primaire du VIH** et ont été identifiés dans 14 pratiques prometteuses. Les efforts de sensibilisation ont été adressés à différents groupes d'âge et à différentes populations. Ils ont requis



des activités avec des femmes enceintes et leurs familles au Kenya, au Malawi et au Nigeria (PP2.2, PP2.4 et PP3.2). Les hommes ont été impliqués davantage dans les programmes familiaux de lutte contre le VIH, comme en Zambie (PP2.7). Soulignons également un ensemble de pratiques prometteuses ciblant les adolescents comme au Malawi qui se sont appuyées pour certaines sur des approches axées sur la famille (PP2.6), et pour d'autres sur des événements sportifs et des coaches sportifs, comme au Kenya et au Zimbabwe (PP2.5 et PP2.10). Certaines approches en milieu scolaire ont impliqué des adolescents pour discuter de la prévention du VIH, comme dans le cadre d'une intervention dans plusieurs pays, notamment au Cameroun (PP2.15 et PP2.9).

- Le **soutien psychosocial et spirituel** a été une composante importante dans un nombre (13) significatif de pratiques prometteuses des communautés religieuses. Dans certains cas, il a été fourni par des groupes composés de pairs, par exemple pour des femmes enceintes dans plusieurs pays, notamment le Malawi (PP2.3 et PP2.4), mais aussi dans les mosquées au Kenya (PP2.2). Il existe d'autres exemples de soutien psychosocial et spirituel spécifique prodigué aux personnes vivant avec le VIH, notamment au Kenya (PP1.3 et PP3.4). En outre, plusieurs pratiques prometteuses englobent un soutien psychosocial et spirituel pour le personnel des programmes, notamment au Kenya et en Zambie (PP1.11 et PP3.1).
- Les communautés religieuses ont joué un rôle prépondérant dans le renforcement de la sensibilisation sur l'importance du **traitement, de la santé maternelle et de l'élimination de la transmission verticale**; 13 pratiques prometteuses ont été identifiées. Ces pratiques visaient à impliquer davantage les hommes dans les programmes familiaux contre le VIH, comme en Zambie (PP2.7) et plus précisément pour mettre fin à la transmission verticale en travaillant avec les femmes enceintes et leurs familles au Kenya, au Malawi et au Nigeria (PP2.2, PP2.3, PP2.4 et PP3.2). Un rôle important est également revenu aux responsables religieux en qualité de défenseurs de la santé infantile pour promouvoir ces enjeux au Kenya, au Nigeria, au Zimbabwe et ailleurs dans le monde (PP4.1, PP4.7, PP4.4, PP4.2 et PP4.5).
- Les communautés religieuses recourent assez fréquemment **aux approches holistiques de soins et de soutien** pour renforcer l'adhésion au TAR et accroître la suppression de la charge virale; dix pratiques prometteuses ont été identifiées dans l'étude. La principale caractéristique de ces pratiques réside dans le fait qu'elles fournissent aux individus et aux familles un soutien multisectoriel complet, englobant souvent les soins de santé, la nutrition, les services socio-économiques et un soutien psychosocial et spirituel, comme dans les pratiques prometteuses au Kenya et en Côte d'Ivoire (PP1.2, PP1.3, PP1.11 et PP1.10).
- **L'autodiagnostic du VIH** est une pratique prometteuse identifiée dans neuf interventions. Les lieux de culte ont été utilisés, avec succès, comme centres de distribution de kits d'autotests du VIH en Eswatini, au Kenya, au Malawi et au Nigeria (PP3.5, PP3.4, PP2.4 et PP4.7). On relève également trois exemples de communautés religieuses prônant un accès renforcé à l'autodiagnostic du VIH au Nigeria, au Zimbabwe et ailleurs (PP4.7, PP4.4 et PP4.5).
- **Certaines populations clés** ont été négligées presque entièrement dans les interventions des communautés religieuses, il s'agit de l'une des principales lacunes. Or, nombre d'enfants touchés par le SIDA ont des parents appartenant

à des groupes marginalisés comme les travailleurs du sexe, les personnes transgenres, les personnes consommant de la drogue et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Dans de nombreux cas, la stigmatisation planant sur leurs parents empêche ces enfants de bénéficier des services dont ils ont besoin, car leurs familles craignent la discrimination et/ou les répercussions juridiques dans les établissements où des services cliniques ou sociaux sont dispensés. Toutefois, seule une pratique prometteuse (1.11) au Kenya mentionne le travail avec des populations clés; dans ce cas, cette implication s'explique par l'attention prêtée au «karibu», à l'accueil, par tout le personnel et tous les professionnels communautaires de la santé à toutes les personnes sollicitant les services du programme. Ce constat négatif doit être traité d'urgence par les communautés religieuses pour que les enfants et les adolescents marginalisés vivant avec le VIH puissent accéder aux services pour combattre le VIH.

- Un total de 30 facteurs de réussite a été relevé dans les 41 pratiques prometteuses. Ces facteurs ont eu une influence positive sur la réalisation réussie des pratiques; ils sont énumérés intégralement à la Figure 5, à l'Annexe 1. Les neuf plus importants sont énoncés dans la Figure 2. Le facteur de réussite le plus important a été une collaboration et un réseautage efficace des communautés religieuses avec le personnel des centres du ministère de la Santé (MS) et des organisations non gouvernementales (ONG), nombre d'entre elles étant inspirées par la religion ou déterminées à soutenir leurs objectifs. L'importance d'un personnel hautement compétent et dévoué, tant rémunéré que bénévole, est reconnue comme essentielle pour la réussite. Il en va de même pour la collaboration interreligieuse efficace, surtout entre les responsables de différentes religions. L'implication active des communautés religieuses à tous les stades de la planification et de la mise en œuvre est cruciale pour nombre des pratiques prometteuses.

FIG 2. FACTEURS DE RÉUSSITE CLÉS DANS LA RÉALISATION DES PRATIQUES PROMETTEUSES, PAR FRÉQUENCE

Une bonne collaboration et un bon réseautage entre les centres de santé et les autres acteurs clés, p. ex., MS, ONG, ont amélioré la réalisation 1.1, 1.6, 1.7, 1.8, 2.3, 2.10, 2.13, 3.2, 3.3, 3.6 4.2, 4.5 [12] .
Un personnel hautement compétent, engagé et expérimenté , y compris les bénévoles de la communauté impliqués dans la santé, est essentiel: 1.2, 1.4, 1.9, 1.12, 2.1, 2.8, 2.9, .11, 3.1, 3.3 [10] .
Implication et soutien des responsables des différentes religions dans la sensibilisation au VIH dans leurs paroisses: 1.3, 2.1, 2.3, 2.10, 2.11, 2.12, 3.3, 3.4, 4.1 [9]
Implication active de la communauté religieuse à chaque étape de la mise en œuvre du programme, y compris la collecte de fonds: 1.3, 1.9, 1.13, 2.2, 2.6, 2.7,2.8, 3.3 [8] .
La présence de lieux de culte dans la communauté motive les membres des communautés religieuses à s'impliquer dans les programmes de lutte contre le VIH: 2.3, 2.4, 2.9, 2.12, 3.2 [5] .
Soutien des responsables et des mentors au sein des sièges des ONG d'inspiration religieuse (HQ-ONG) , y compris une information technique et stratégique grâce à une formation et un mentorat sur site des travailleurs des soins de santé, des bénévoles dans la communauté: 1.5, 1.6, 2.1, 2.5 [4] .
Les adolescents apprécient pouvoir interagir librement avec des pairs sans ingérence des adultes: 1.7, 1.9, 2.9, 2.14 [4] .
Collaboration forte entre les responsables religieux et traditionnel: 1.8, 2.5, 2.7, 2.8 [4] .
Les responsables religieux, y compris les pasteurs et les imams, ont des connaissances sur le VIH et reçoivent régulièrement des informations sur la prévention, le traitement, les soins et le soutien contre le VIH: 1.11, 3.2, 3.5, 4.1 [4] .

LÉGENDE CODE COULEUR: Les couleurs utilisées font référence aux quatre atouts des communautés religieuses mobilisés dans les pratiques prometteuses:

Aqua: Prestataires de services de santé d'inspiration religieuse.

Kaki: Groupes communautaires religieux.

Carmin: Lieux de culte.

Cyan: Plaidoyer des responsables religieux.

3. Au total, 19 facteurs entravent la mise en œuvre de 41 pratiques prometteuses et ont été répertoriés. Une liste complète est fournie dans la Figure à l'Annexe 1. Les sept plus importants sont énoncés dans la Figure 3. Le facteur le plus important qui entrave la mise en œuvre des pratiques est le niveau limité de financements et de ressources. Depuis 2020, la COVID-19 a également représenté un ensemble de défis qui ont entravé la réussite; ce fut également le cas des niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH et touchées par le VIH. S'il existe quelques centres de santé d'inspiration religieuse dans des endroits éloignés, les membres de communautés doivent toujours parcourir de longues distances, ce qui, compte tenu de la médiocrité des services de transport, réduit l'accessibilité des services de lutte contre le VIH dans ces zones. Plusieurs pratiques ont été entravées par les niveaux inadéquats de ressources humaines dans les centres de santé et par le manque de formation du personnel, des professionnels communautaires de la santé et des responsables religieux.

FIG. 3. FACTEURS CLÉS LIMITANT LA RÉALISATION DES PRATIQUES PROMETTEUSES, PAR FRÉQUENCE

Fonds et ressources limités pour les programmes: 1.3, 1.9, 1.12, 1.13, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.12, 2.13, 3.2, 3.3, 3.5, 3.6, 4.2, 4.6 [18].
Les difficultés engendrées par la COVID-19 ont réduit l'attention des membres de la communauté prêtée au VIH et aux services de santé 1.1, 1.2, 1.9, 1.12, 2.3, 2.4, 2.5, 2.7, 2.9, 2.10, 3.1, 3.4, 3.5, 4.4 [14].
Stigmatisation et discrimination à cause du VIH: 1.3, 1.9, 1.13, 2.1, 2.2, 2.9, 2.10, 2.11, 2.13, 4.7 [10].
Longues distances pour gagner certains centres de santé et médiocrité des services de transport: 1.3, 1.6, 1.9, 1.10, 1.13, 2.1, 2.2, 2.10, 2.11 [9].
Ressources humaines inadéquates dans les établissements de santé et les centres de santé communautaires: 1.1, 1.7, 1.9, 1.13, 2.1, 2.2, 2.6 [7].
Manque de formation du personnel, des professionnels communautaires de la santé et des responsables religieux: 1.13, 2.1, 2.2, 2.9, 2.10, 3.5 [6].
Ruptures de stock des TAR, des kits de dépistage et des tests de la charge virale: 1.5, 1.9, 2.9, 3.4 [4].

LÉGENDE CODE COULEUR: Les couleurs utilisées font référence aux quatre atouts des communautés religieuses mobilisés dans les pratiques prometteuses:

Aqua: Prestataires de services de santé d'inspiration religieuse.

Kaki: Groupes communautaires religieux.

Carmin: Lieux de culte.

Cyan: Plaidoyer des responsables religieux.

RECOMMANDATIONS

L'étude a souligné le rôle important joué par les communautés religieuses dans la programmation de la lutte contre le VIH chez les enfants et les adolescents. Plusieurs recommandations émanent de l'étude:

1. Les communautés religieuses doivent être soutenues grâce à des ressources et à un renforcement des capacités pour mesurer et documenter leurs pratiques prometteuses, tout particulièrement dans un format à même de permettre à des pairs de comprendre ce qui est nécessaire pour mettre en place et renforcer une intervention.
2. Soutenir l'élaboration de supports sur les pratiques prometteuses, tout particulièrement en créant des vidéos d'entrevues avec des personnes chargées de la mise en œuvre et des bénéficiaires afin d'expliquer les processus impliqués dans la planification et la mise en œuvre des interventions et pour indiquer comment les éventuelles difficultés ont été surmontées. Il importe également de collecter des guides et des boîtes à outils liés aux pratiques prometteuses pour soutenir leur intensification.
3. Seule une pratique prometteuse évoque le travail avec les populations clés, y



© UNUSIDA

compris les femmes et les enfants des populations clés. Il s'agit d'une lacune considérable dans les interventions des communautés religieuses qui requiert d'urgence l'attention de tous les groupes des communautés religieuses et un rôle moteur fort de leurs responsables.

4. Les communautés religieuses devraient redoubler d'efforts pour que leurs activités de lutte contre le VIH promeuvent les droits de la personne et renforcent le rôle moteur et l'implication significative des communautés touchées de femmes vivant avec le VIH, de familles vivant avec le VIH, d'adolescents et d'enfants vivant avec le VIH.
5. Encourager les personnes chargées de la planification des prochains programmes pour les enfants et les adolescents, surtout les programmes visant à atteindre les objectifs aux horizons 2023 et 2025, convenus lors de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur le VIH de 2021, à envisager les pratiques prometteuses des communautés religieuses susceptibles d'être soutenues pour en favoriser l'intensification. Les communautés religieuses pourraient apporter leur contribution dans trois domaines d'activités:
 - i. Mettre en place des outils et des stratégies innovants pour identifier et diagnostiquer les enfants vivant avec le VIH, y compris des plateformes de diagnostics rapides là où sont dispensés les soins de santé pour les nourrissons exposés au VIH et un indice des droits fondamentaux, des tests et des autotests pour les familles et les ménages pour dépister des enfants et des adolescents vivant avec le VIH et ne bénéficiant pas de traitement.
 - ii. Donner la priorité à une introduction et à un renforcement rapide de l'accès au traitement le plus récent contre le VIH adapté aux enfants, optimisé et recommandé par l'OMS et parvenir à une suppression soutenue de la charge virale.
 - iii. Combattre la stigmatisation, la discrimination et l'inégalité des normes sexospécifiques qui empêchent les femmes enceintes et allaitantes, surtout les adolescentes, les jeunes femmes et les populations clés d'accéder aux services de dépistage, de prévention et de traitement du VIH pour elles-mêmes et leurs enfants.
6. Organiser des ateliers nationaux, en personne et/ou en ligne, pour encourager le partage d'expériences au niveau local sur des interventions prometteuses et l'opérationnalisation potentielle.
7. Soutenir le recrutement et le renforcement des capacités de défenseurs religieux et de réseaux de défense de la santé des enfants pour promouvoir les interventions clés.

Vous pouvez obtenir de plus amples informations auprès de la Plateforme interreligieuse de santé, en écrivant à l'adresse interfaith.health.platform@gmail.com.

L'ONUSIDA REMERCIE LA CONTRIBUTION DU
DOCTEUR STUART KEAN À L'ÉLABORATION DE
CE RAPPORT.

La traduction en français et l'impression du résumé
du Recueil ont été possibles grâce au soutien du
Conseil œcuménique des Églises.

Vous pouvez lire le rapport dans son intégralité ici:
https://www.interfaith-health-platform.org/_files/ugd/38bdf_0e27cfc3dca472183b4e871812b9745.pdf

ONUSIDA
Programme commun des
Nations Unies sur le VIH/sida

20 Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666

unaids.org