

SUIVI DU SEGMENT
THEMATIQUE DE LA 45^E
REUNION DU CONSEIL DE
COORDINATION DU
PROGRAMME

Documents supplémentaires pour ce point : ONUSIDA/PCB (45)/19.35 ; ONUSIDA/PCB (45)/19.36 ; ONUSIDA/PCB (45)/CRP3

Les actions requises lors de cette réunion - le Conseil de Coordination du Programme est invité à

Voir les décisions dans les paragraphes :

104. *Prendre note* de la note d'information (UNAIDS/PCB (45)/19.36) et du rapport sommaire du segment thématique du Conseil de coordination du Programme sur l'impact du sida sur les enfants et les jeunes (UNAIDS/PCB (47)/20.27) ;
105. *Veiller* à ce que la prochaine stratégie de l'ONUSIDA au-delà de 2021 mette l'accent sur les lacunes critiques de la lutte contre le VIH chez les enfants, les adolescents et les jeunes ;
106. *Appeler les États membres à :*
 - a. *Prévenir* une nouvelle infection verticale (de la mère à l'enfant) par le VIH en assurant la prestation de services optimaux aux femmes enceintes et allaitantes ;
 - b. *Comblent* les lacunes en matière de diagnostic, de traitement et de suppression de la charge virale chez les nourrissons, les enfants, les adolescents et les femmes enceintes vivant avec le VIH en utilisant des modèles de prestation de services différenciés et communautaires ;
 - c. *Optimiser* la prestation de services aux enfants, aux adolescents et aux jeunes en utilisant des données pour identifier les lacunes en matière de diagnostic, de prévention et de traitement du VIH ; en améliorant la qualité et l'accès à des services de diagnostic, de prévention, de traitement et de protection sociale adaptés à l'âge et fondés sur des données probantes ; et en faisant participer les communautés touchées à tous les aspects de la conception et de la prestation des services ;
 - d. Accélérer leur collaboration avec le programme commun de l'ONUSIDA et d'autres partenaires clés (Fonds mondial, PEPFAR et autres) pour s'attaquer aux facteurs structurels qui augmentent la vulnérabilité au VIH des adolescentes et des jeunes femmes et des jeunes populations clés
 - e. Examiner les résultats annuels de l'UBRAF qui rendent compte des progrès réalisés dans la réduction des nouvelles infections par le VIH et de l'impact du sida sur les enfants, les adolescents et les jeunes.

Implications financières pour la mise en œuvre des décisions : aucune

INTRODUCTION

Le président du Conseil de coordination du programme (CCP) de l'ONUSIDA a introduit le débat thématique sur les enfants et les jeunes en rappelant que 2019 marquait le 30e anniversaire de la Convention des droits de l'enfant.

Chewe Luo, chef de la section VIH et directrice associée à l'UNICEF, a animé le débat thématique. Elle a affirmé que la réduction des nouvelles infections par le VIH chez les enfants (plus importante que chez les adultes) montrait que le succès était possible. Même si le rythme de cette baisse se ralentit, d'importants enseignements ont été tirés.

Selon elle, trop d'enfants sont encore infectés par le VIH et un trop grand nombre d'entre eux ne sont pas diagnostiqués et ne suivent pas de traitement. Les nouvelles infections chez les adolescentes étaient encore excessives. Les approches actuelles ne fonctionnent pas pour tout le monde, a fait remarquer Mme Luo, notamment en raison d'obstacles structurels.

Winnie Byanyima, Directrice exécutive de l'ONUSIDA, a rappelé au CCP que la Convention des droits de l'enfant s'appliquait à tous les enfants, y compris les adolescentes et les populations clés.

Elle a indiqué que les nouvelles infections chez les enfants étaient en baisse, mais qu'il y en avait encore eu 160 000 chez les enfants âgés de 0 à 14 ans en 2018, et que 300 enfants vivant avec le VIH mouraient chaque jour. Les systèmes ne sont pas parvenus à atteindre toutes les femmes enceintes séropositives et n'ont pas pu les protéger contre l'infection pendant la grossesse et l'allaitement.

Selon Mme Byanyima, une partie du problème réside dans le fait que de nombreuses femmes peinent à rester sous traitement antirétroviral. Les obstacles sociaux et structurels en sont souvent la cause, notamment la pauvreté, la violence sexiste et d'autres violations des droits de l'homme. Il faut y remédier.

Les services ne diagnostiquent pas et ne traitent pas les enfants vivant avec le VIH. Sur les quelque 1,7 million d'enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH en 2018, près de la moitié n'ont pas reçu de traitement. Même lorsqu'ils sont diagnostiqués et traités, les enfants ont souvent de moins bons résultats que les adultes en matière de santé.

Elle a également ajouté que de nombreuses jeunes femmes étaient infectées par le VIH : trois adolescents sur quatre (10-19 ans) ayant contracté le VIH en Afrique subsaharienne en 2018 étaient des filles. Leur vulnérabilité est due à l'inégalité et à l'iniquité entre les sexes, à la violence sexiste et au fait que les services de prévention du VIH et de santé sexuelle et procréative ne les atteignent pas.

Les jeunes représentent également une grande partie des nouvelles infections au sein des populations clés, notamment du fait de la stigmatisation, de la discrimination et de la criminalisation. Il ne suffit pas de disposer de services et de considérer que les populations les utiliseront. Mme Byanyima a réaffirmé à l'assemblée que les droits des personnes devaient être respectés. Les lois sur le consentement parental qui bloquent l'accès aux services et aux fournitures en matière de reproduction doivent être abolies ou réformées. Les enfants doivent rester à l'école et bénéficier d'une éducation sexuelle complète. Les outils pour concrétiser ces objectifs existent, mais ils doivent être développés et les obstacles doivent être supprimés.

Les participants ont ensuite écouté un message enregistré d'Henrietta Fore, Directrice générale de l'UNICEF. Elle a affirmé que le débat thématique était arrivé à une étape

critique. De nombreux enfants meurent en raison d'un manque d'accès aux services et les nouvelles infections par le VIH diminuent trop lentement pour mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030. Elle a appelé les pays à collaborer plus efficacement pour combler les lacunes pour tous.

Une jeune femme séropositive du Honduras a décrit son expérience d'adolescente séropositive, notamment son combat pour obtenir un traitement contre le VIH ainsi que la stigmatisation et la discrimination qu'elle a endurées. Elle a insisté sur le fait que les idées reçues largement répandues sur la transmission du VIH persistaient.

Le programme auquel elle a participé était axé sur la sensibilisation et la connaissance du VIH au sein des communautés afin de réduire la stigmatisation et la discrimination. Elle a estimé qu'il était important d'impliquer les jeunes, en particulier ceux qui vivent avec le VIH, car ils savent comment communiquer avec leurs pairs.

La stigmatisation et la discrimination restent cependant de graves problèmes. Mme Ramirez a expliqué qu'elle craignait que quelqu'un de son université découvre qu'elle était séropositive : elle ne l'avait pas encore révélé à ses amis en raison de la peur qu'elle ressentait à l'idée de le faire dans son pays. Bien qu'une loi existe pour protéger les personnes vivant avec le VIH, elle n'est pas appliquée correctement, a-t-elle expliqué au CCP. Certaines personnes ont également été confrontées à des problèmes de confidentialité dans des institutions médicales. Elle a affirmé que l'accès aux médicaments et au dépistage du VIH s'était considérablement amélioré, mais que la discrimination était toujours présente.

Shannon Hader, Directrice exécutive adjointe de la branche Programme à l'ONUSIDA, a introduit la séance de présentation. Elle a expliqué que la couverture des programmes visant à prévenir la transmission verticale avait augmenté de manière spectaculaire depuis 2010. Cependant, les progrès sont inégaux et ont connu une interruption ces deux dernières années.

L'Afrique orientale et australe a porté la couverture de ces programmes à 92 %, mais celle-ci était beaucoup plus faible (59 %) en Afrique occidentale et centrale. Moins d'enfants contractent le VIH pendant la grossesse et l'allaitement, mais les 160 000 nouvelles infections en 2018 représentent quatre fois l'objectif de 40 000. Elle estime que chaque nouvelle infection pédiatrique est synonyme d'échec du système à fournir les services nécessaires.

Mme Hader a précisé que différents programmes luttent contre différents problèmes, mais que trois raisons principales expliquaient les nouvelles infections pédiatriques par le VIH : les femmes enceintes n'ont pas accès aux services, elles ne sont pas prises en charge ou les femmes contractent le VIH pendant la grossesse ou l'allaitement. Les programmes doivent identifier qui sont les femmes « manquantes » et comment leur fournir les services dont elles ont besoin.

Les enfants nouvellement infectés ou ayant été exposés au VIH n'ont pas été diagnostiqués assez tôt. Mme Hader a noté que la couverture des tests à huit semaines était encore très faible et ne permettait d'identifier que les enfants infectés pendant la grossesse (et non pendant l'allaitement). Il est prioritaire de trouver et de tester tous les nourrissons exposés au VIH, y compris ceux qui le sont pendant l'allaitement.

Dans le monde, environ 700 000 enfants (0-14 ans) ne bénéficiaient pas de traitement antirétroviral en 2018. La couverture des traitements a augmenté, mais pas aussi rapidement qu'escompté. Elle est également très inégale. La couverture était

particulièrement faible en Afrique occidentale et centrale (28 %, contre une moyenne mondiale de 54 % et une couverture de 62 % en Afrique orientale et australe).

En outre, les enfants qui accèdent au traitement n'en bénéficient pas pleinement : leurs taux de suppression de la charge virale ne sont pas aussi élevés que ceux des adultes. Cela est dû en partie à l'utilisation de médicaments antirétroviraux sous-optimaux. Mme Hader a insisté sur la nécessité d'une amélioration des options antirétrovirales pédiatriques. Des partenariats ont été créés en vue d'accélérer le développement et l'introduction d'antirétroviraux pédiatriques améliorés, dont il faut espérer qu'ils produiront rapidement des résultats.

Mme Hader a ensuite évoqué d'éventuelles actions décisives. Selon elle, les améliorations du programme devraient cibler les zones où de nouvelles infections surviennent. Le dépistage devrait progresser afin que les enfants vivant avec le VIH soient diagnostiqués et traités rapidement (notamment grâce à l'amélioration du diagnostic précoce des nourrissons, au développement des technologies de dépistage sur les lieux de soins, etc.). Le meilleur traitement possible contre le VIH doit être fourni tout au long du processus. Des modèles de services différenciés, décentralisés et axés sur les communautés doivent être utilisés et ils doivent inclure l'éducation ainsi que des actions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination.

Mme Hader a poursuivi en indiquant que, chez les jeunes femmes, les nouvelles infections par le VIH diminuaient plus rapidement que chez les femmes plus âgées, mais que plus de 6 000 nouvelles infections étaient encore détectées chaque semaine chez les femmes de 15 à 24 ans. Elle a rappelé que l'épidémie variait selon les contextes et les époques : en Afrique, les jeunes femmes sont les plus exposées tandis qu'en Indonésie, par exemple, les jeunes hommes des populations clés courent un risque plus élevé d'être infectés par le VIH.

Cela signifie que les programmes doivent utiliser des approches adaptées à leur contexte et qu'ils doivent assurer les services que les jeunes souhaitent, ce qui explique à ses yeux la grande importance des interventions pilotées par les communautés.

Il est tout aussi primordial de s'attaquer aux facteurs structurels (notamment en modifiant les exigences en matière de consentement parental, en réduisant la violence sexiste et en garantissant l'accès à l'éducation et aux services de santé sexuelle et procréative). L'adoption à plus grande échelle d'innovations comme la prophylaxie pré-exposition et l'autodépistage pour les adolescents et les jeunes à haut risque d'infection par le VIH constitue à ses yeux une autre action décisive.

Ren Minghui, Sous-Directeur général de l'Organisation mondiale de la santé, a mis en évidence six moyens d'atteindre les objectifs en matière de traitement des enfants et des adolescents : éliminer les nouvelles infections pédiatriques, établir un diagnostic plus rapide et mieux ciblé, améliorer les médicaments antirétroviraux, renforcer les soins différenciés, renforcer la prévention primaire et s'attaquer aux facteurs structurels.

Le dépistage du VIH doit être effectué tout au long de la grossesse et les femmes positives doivent recevoir le meilleur traitement possible et continuer à le suivre. Selon lui, le diagnostic des nourrissons ne doit pas être un événement « unique ». Un diagnostic plus rapide à l'aide de nouvelles technologies de dépistage est nécessaire (y compris au sein des points d'entrée pertinents, comme les cliniques de tuberculose) et il faut promouvoir le dépistage index familial, ainsi que l'autodépistage du VIH chez les adolescents.

Pour M. Minghui, les enfants séropositifs devraient recevoir les meilleurs soins et traitements possibles. Il s'agit de surveiller le traitement et d'en encourager l'observance, de

proposer des protocoles antirétroviraux optimaux pour les différentes catégories d'âge ainsi que de prévenir et traiter les maladies associées au VIH (comme la tuberculose).

À ses yeux, les services doivent être adaptés aux différents groupes d'âge et aux différentes communautés, et les bénéficiaires visés doivent être impliqués dans la conception de ces services. Il a insisté sur le fait que les « approches universelles » ne fonctionnaient pas. Les besoins spécifiques des enfants et des adolescents doivent être pris en compte, et le meilleur moyen d'y parvenir est de s'appuyer sur le leadership et les connaissances des communautés.

De nouvelles infections pourraient être évitées en associant des approches biomédicales, comportementales et structurelles. Les mesures de prévention primaire du VIH sont essentielles, notamment l'éducation sexuelle complète, la prophylaxie pré-exposition et les préservatifs, la circoncision masculine médicale volontaire et l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination.

M. Minghui a conclu en appelant à la suppression des obstacles structurels, dont beaucoup bloquent également la couverture sanitaire universelle. Il s'agit notamment des inégalités entre les sexes, de la violence sexuelle et sexiste, des lois qui entravent l'accès aux services (comme les lois sur le consentement parental), de la pauvreté et d'opportunités d'éducation limitées.

GROUPE 1 : PRÉVENIR LES NOUVELLES INFECTIONS PAR LE VIH ET DÉPISTER LES ENFANTS, LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES VIVANT AVEC LE VIH

La première table ronde s'est concentrée sur l'identification des actions prioritaires et décisives qui permettraient aux pays d'améliorer la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME), de prévenir les nouvelles infections par le VIH chez les adolescents et les jeunes, y compris parmi les populations clés, et de diagnostiquer les nourrissons, les enfants, les adolescents et les jeunes vivant avec le VIH afin de garantir le lancement d'un traitement dans les meilleurs délais.

Angela Mushavi, coordinatrice nationale de la PTME et des soins et traitements pédiatriques du VIH pour le compte du ministère zimbabwéen de la Santé et de la Protection de l'enfance, a déclaré lors de la réunion que son pays avait atteint une couverture élevée des services de PTME, mais que les taux de transmission verticale du VIH étaient plus hauts que prévu. Elle a indiqué que son pays utilisait l'analyse « à barres empilées » pour identifier les lacunes avec plus de précision et affiner ses programmes.

Cette méthode a montré que les nouvelles infections chez les enfants étaient principalement dues à trois facteurs. Certaines femmes enceintes vivant avec le VIH ne reçoivent pas de traitement antirétroviral (elles ne se présentent pas aux soins prénatals ou ne sont pas orientées vers des services de traitement) ou l'interrompent. La couverture des services est élevée, mais cela ne signifie pas nécessairement que les femmes restent prises en charge. Les nouvelles infections par le VIH pendant la grossesse et l'allaitement constituent un troisième facteur.

Mme Mushavi a indiqué que les interventions devaient être intensifiées et que la qualité des échanges des personnes avec les cliniques devait être améliorée. Les cliniques et les communautés doivent coopérer. La prophylaxie pré-exposition pourrait par ailleurs être utilisée plus efficacement, et les conseils et les tests pour les couples doivent être intensifiés. Selon elle, la conclusion du processus a été l'étape la plus difficile.

La modératrice, Mme Luo, a résumé la présentation. Elle a noté les progrès réalisés dans les programmes de traitement pour adultes et dans la prévention de la transmission

verticale, en partie grâce à la décentralisation des services et à des orientations plus rapides et plus efficaces entre le dépistage d'une part et le traitement et les soins de l'autre. Cependant, elle a reconnu que les progrès étaient beaucoup plus lents en matière de traitement des enfants.

La modératrice a ensuite présenté Jennifer Cohn, directrice principale de l'innovation à la Fondation Elizabeth Glazer pour la lutte contre le sida pédiatrique (EGPAF), qui pilote le dépistage du VIH sur les lieux de soins pour les enfants, avec une orientation le jour même vers le traitement.

Mme Cohn a indiqué que d'importants obstacles existaient tout au long de la cascade de dépistage, de traitement et de soins. En raison de divers facteurs, les taux de dépistage chez les nourrissons sont très faibles et l'orientation vers le traitement s'avère médiocre. Les données de l'EGPAF montrent que, même lorsque les enfants exposés au VIH ont été testés à six semaines, seuls 19 % d'entre eux ont reçu leurs résultats dans le délai recommandé par l'OMS et un petit pourcentage de ces enfants a commencé à suivre un traitement dans les 60 jours.

Selon elle, le dépistage et le traitement sur le lieu de soins pourraient améliorer considérablement la situation, comme cela a été démontré dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne. Elle a indiqué au CCP que le pourcentage d'enfants diagnostiqués séropositifs ayant commencé un traitement antirétroviral dans les 60 jours était passé de 41 % à plus de 93 %. Elle a ajouté qu'il s'agissait d'une intervention durable mise en œuvre dans neuf pays et qui pourrait être étendue. Elle a décrit certains détails de son application, notamment la délégation de tâches à des infirmières formées, qui s'est avérée rentable.

Selon Mme Cohn, des formulations antirétrovirales pédiatriques améliorées devraient être proposées dans les prochaines années. Elle a toutefois souligné la nécessité d'y assurer un accès durable dès qu'elles seront disponibles. Elle a également insisté sur l'importance des outils d'aide à la suppression de la charge virale. Les tests de la charge virale sur le lieu de soins pourraient fournir des informations rapides et faciliter la prise de décision sur le traitement dans la même journée, ce qui sauverait des vies. À ses yeux, des engagements politiques, programmatiques et financiers sont nécessaires pour saisir ces opportunités.

La modératrice a présenté Doan Thanh Tung, directeur de Lighthouse Social Enterprise, au Vietnam, et jeune militant LGBT et pour la prise en charge du VIH. M. Tung a noté que les jeunes populations clés étaient au centre de l'épidémie en Asie et dans le Pacifique. Il est important de les impliquer dans l'ensemble du processus de conception, de mise en œuvre, de suivi et de documentation du programme. Pour réussir, les programmes doivent comprendre les communautés qu'ils sont censés servir, y compris où, comment et de qui les populations veulent recevoir des services.

Il estime que des services intégrés encourageraient les personnes à utiliser les dispositifs de prise en charge du VIH et qu'il est important que les populations se sentent en sécurité lorsqu'elles sont contactées. Les services pourraient par exemple être intégrés dans des événements communautaires ainsi que dans les bars et les saunas. Lighthouse a également mis en place une plateforme en ligne fournissant des informations et des conseils, grâce à laquelle les personnes peuvent s'inscrire à des services ou être orientées vers d'autres services. M. Tung insiste toutefois sur le fait que les services doivent répondre aux différents besoins des personnes : il n'y a pas d'approche universelle.

Macanjana Motsa, du ministère de l'Éducation et de la Formation d'Eswatini, a indiqué que son pays avait pris plusieurs mesures pour faciliter la scolarisation des filles, notamment la gratuité de l'enseignement primaire dans les deux premières années, des mécanismes pour réduire la violence, la fourniture de produits sanitaires aux filles et des processus de

réintégration des jeunes mères dans le système scolaire. Elle a précisé que les élèves pouvaient signaler des cas de violence sur une ligne téléphonique gratuite ou dans les écoles et que les chefs d'établissement étaient tenus d'enquêter sur les cas signalés puis de faire part de leurs conclusions aux directeurs régionaux de l'éducation.

Mme Motsa a expliqué qu'Eswatini avait intégré une éducation sexuelle complète dans ses programmes scolaires. Une éducation sexuelle complète est proposée de la seconde moitié du collège à la fin du lycée et s'appuie sur des données probantes, tout en tenant compte de la culture locale qui encourage l'abstinence jusqu'au mariage. La puberté et les menstruations sont abordées dans le programme scolaire. Le taux de grossesse chez les filles en âge d'être scolarisées semble avoir diminué. Cependant, étant donné que l'éducation sexuelle complète n'est pas une matière donnant lieu à un examen, elle a déploré que les enseignants aient tendance à y consacrer moins de temps et de travail.

La modératrice a ouvert la discussion pour les remarques de l'auditoire.

Les intervenants ont remercié les membres du groupe et les présentateurs, et ont noté que les présentations et le document de référence mettaient en évidence les nombreuses façons dont les pays et les programmes manquaient à leurs obligations à l'égard des enfants, des adolescents et des femmes.

Il a été rappelé aux participants que les enfants et les jeunes comptaient toujours parmi les plus exposés à l'épidémie de VIH, avec des taux d'infection élevés qui persistent chez les jeunes femmes et les filles ainsi qu'au sein des populations clés. L'infection par le VIH reste la principale cause de décès chez les femmes âgées de 15 à 49 ans. Des appels ont été lancés en faveur d'une discussion plus franche sur les enfants de moins de 15 ans qui vivent avec le VIH et qui représentent un pourcentage important des décès liés au sida.

Les participants estiment que les améliorations nécessitent plusieurs formes d'action : différenciation, intégration, innovation (en matière de médicaments et de diagnostics) et engagement (placer les enfants et les adolescents au centre de la riposte).

Ils ont mis l'accent sur des approches qui s'attaquent aux obstacles sociétaux, économiques et structurels et réduisent la violence sexiste et les inégalités entre les sexes. Les solutions ne sont pas simples, c'est pourquoi les populations touchées doivent orienter les stratégies. L'impact des programmes de protection sociale a été souligné, notamment en matière d'alimentation à l'école, de transfert d'argent et de subventions pour l'éducation.

Les intervenants ont déclaré que tous les jeunes devaient bénéficier d'une éducation sexuelle complète. Ils ont rappelé que les recommandations des Nations Unies sur l'éducation sexuelle comportaient l'abstinence, mais que les jeunes avaient clairement fait savoir qu'ils devaient également être éduqués sur d'autres questions importantes liées à la sexualité.

Les participants ont insisté sur le fait que toutes les femmes, y compris les jeunes femmes, devaient avoir accès aux services de santé sexuelle et procréative. Il faut pour cela abolir les lois discriminatoires, notamment celles sur le consentement parental, et développer les services au sein des communautés. L'âge du consentement a été désigné comme un obstacle important dans certains pays, environ 45 États maintenant des lois exigeant par exemple l'accord des parents pour un dépistage du VIH. Les obstacles financiers à l'utilisation des services doivent également être supprimés.

Il a été rappelé aux membres que les taux élevés d'incidence du VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes étaient en partie dus à des stratégies omettant de cibler de nombreux hommes vivant avec le VIH. Ces hommes n'ont pas été diagnostiqués et orientés vers un

traitement, et ont donc continué à transmettre le virus. Si davantage d'hommes savaient qu'ils vivent avec le VIH et suivaient un traitement, les femmes ne seraient pas aussi exposées à l'infection.

Les participants ont été mis en garde contre les espoirs irréalistes de voir disparaître le VIH pédiatrique à court terme : des questions non résolues appellent une action urgente. Les intervenants ont souligné la nécessité de diagnostiquer les nourrissons et les jeunes enfants vivant avec le VIH et de les orienter rapidement vers un traitement et des soins. Ils ont appelé la communauté internationale à unir ses forces pour accélérer l'accès des enfants aux médicaments antirétroviraux optimaux.

Les participants ont partagé des preuves de l'impact des technologies de dépistage sur le lieu de soins et ont appelé les pays à élargir le déploiement de ces innovations. Selon eux, malgré les preuves, le rythme d'adoption de ces technologies est au point mort. Les intervenants ont appelé l'ONUSIDA à aborder la question dans sa prochaine stratégie.

Les intervenants ont fait remarquer que le diagnostic des nourrissons n'était pas un événement occasionnel et qu'il devait se prolonger jusqu'à la fin de la période d'allaitement. Les stratégies de test doivent inclure un dépistage familial index et d'autres approches ciblées, notamment le dépistage des enfants présentant des maladies.

Selon les intervenants, les recommandations existantes sont très claires sur ces questions et devraient être reflétées dans les notes conceptuelles que les pays présentent au Fonds mondial. Ils ont noté avec inquiétude que le médicament antirétroviral Nevirapine n'avait pas été recommandé depuis plusieurs années et qu'il était censé être progressivement abandonné, alors que certains programmes le fournissent encore. Ils insistent sur le fait que les recommandations et les engagements doivent se traduire par des actions à tous les niveaux du système.

Certains membres (comme le Brésil, le Japon, le Mexique ou la Fédération de Russie) ont transmis des informations sur leurs différents programmes nationaux ou communautaires.

GROUPE 2 : MAINTENIR LES ENFANTS ET LES JEUNES DANS LE TRAITEMENT ET LES SOINS

Ce groupe a discuté de la manière d'introduire et d'étendre des programmes qui maintiennent les enfants, les adolescents et les jeunes dans le traitement et les soins liés au VIH et améliorent les résultats en matière de santé.

Job Odooyance Akuno, directeur de programme à *Jielimishe Uzazi na Afya* au Kenya, a évoqué son expérience d'accompagnement des jeunes dans la poursuite des soins. Il a décrit le programme, qui vise à soutenir les adolescents et les jeunes femmes éprouvant des difficultés à s'orienter dans le système de santé.

Celui-ci propose aux adolescentes des évaluations basées sur leurs besoins et élabore des plans individuels afin qu'elles puissent accéder aux services spécifiques qui leur sont nécessaires (par exemple, des plans de respect des rendez-vous). Selon lui, le fait que les professionnels de santé doivent être plus attentifs aux besoins des adolescents en constitue un enseignement majeur.

Le programme a tenté d'aider les femmes et les jeunes filles à surmonter les obstacles aux niveaux individuel, familial et communautaire, par exemple en les orientant vers des services et en les accompagnant à des rendez-vous. Pour M. Akuno, il est important de travailler avec les foyers et les écoles, ainsi qu'avec les individus. Les femmes et les jeunes filles ont par exemple été aidées pour rester à l'école ou y retourner. Les transferts d'argent

ont également aidé les jeunes mères à rester ou à retourner à l'école, en leur permettant de payer les services de garderie.

L'engagement actif des adolescents dans la conception du programme s'est avéré très important. Il a par exemple mis en évidence l'impact de la stigmatisation (y compris au sein des ménages) et la nécessité d'impliquer les partenaires masculins de manière positive. M. Akuno estime qu'il est essentiel de créer des environnements favorables au sein des ménages.

Eleanor Namusoke-Magongo, coordinatrice des soins et traitements pédiatriques et adolescents contre le VIH pour le compte du ministère ougandais de la Santé, a partagé quelques-uns des enseignements tirés en vue d'améliorer l'accès des enfants à un traitement antirétroviral. Elle a indiqué que l'Ouganda avait révisé ses recommandations en matière de traitement pédiatrique, effectué des prévisions précises et mis en place des mécanismes visant à garantir l'approvisionnement et la distribution des médicaments nécessaires.

Le ministère de la Santé a également renforcé les capacités des prestataires de soins de santé, notamment au niveau de l'utilisation d'outils de suivi (essentiels pour les rapports aux partenaires donateurs et la planification future). Elle a expliqué qu'un tableau de bord mis à jour chaque semaine avait été élaboré et qu'une équipe centrale au sein du ministère se réunissait de manière hebdomadaire afin d'évaluer le processus d'optimisation ainsi que de signaler les défis et d'en discuter.

Le dolutégravir est désormais l'antirétroviral de référence, une décision qui a nécessité l'implication du système de réglementation des médicaments (pour accélérer son approbation) et la mise en place d'une pharmacovigilance active. Celle-ci a été effectuée dans des établissements sélectionnés et ces expériences ont été utilisées pour piloter son déploiement dans d'autres lieux. Mme Namusoke-Magongo a indiqué que l'Ouganda avait développé un protocole de soins avancés, composé du traitement de la tuberculose, du paludisme et d'autres infections bactériennes. Ce programme a été déployé dans tout le pays, notamment par le biais d'une campagne de 100 jours.

Il est également important d'intégrer des services liés au VIH aux services de routine pour l'enfance, comme la vaccination. L'étape suivante consiste à s'assurer que ces services sont également proposés au sein des cliniques spécialisées dans le VIH. L'objectif est de fournir des services de type « guichet unique » ou, lorsque cela n'est pas possible, de garantir des parcours solides d'orientation et de recommandation. Mme Namusoke-Magongo a également souligné l'importance d'une volonté politique forte et a appelé les sociétés pharmaceutiques à soutenir les programmes de pharmacovigilance.

La modératrice a donné la parole au père Rick Bauer, qui a expliqué au CCP qu'une forte rétention dans les soins aux enfants nécessitait des services complets et holistiques. Il a fait remarquer que les niveaux de suppression de la charge virale chez les enfants étaient beaucoup plus faibles que pour les adultes.

Il a donné un exemple d'un tel service holistique, qui implique une évaluation complète (y compris pour la nutrition) par une infirmière, ainsi qu'un dépistage des problèmes de santé mentale, de maltraitance et de violence sexiste dans toute la famille. Le personnel des services sociaux a mené des entretiens afin de comprendre les besoins des enfants et de leur apporter un soutien psychosocial approprié. Il a précisé que cet accompagnement prenait de nombreuses formes, notamment des activités d'une journée, un appui par les pairs, la participation à des groupes Whatsapp, des réunions hebdomadaires et des visites à domicile par un agent de santé communautaire désigné. Des dossiers médicaux électroniques ont été conservés. Les données étaient importantes, mais c'est finalement

cette approche holistique composée de soins, de traitement et de soutien qui a fait la différence.

Dans sa présentation, Aaron Zea, du Réseau des jeunes vivant avec le VIH pour l'Amérique latine et les Caraïbes, a mis l'accent sur l'intérêt des services adaptés aux jeunes.

Selon lui, les jeunes doivent être entendus et impliqués, mais il est important de reconnaître que la génération actuelle de jeunes considère le VIH comme « quelque chose qui appartient au passé ». Il a expliqué que les jeunes avaient d'autres préoccupations, mais que les systèmes de santé ne semblaient pas en tenir compte dans leurs services. Le langage et la terminologie utilisés par les médecins et les infirmières, par exemple, leur semblent étrangers et les questions de sexualité ne sont pas abordées assez ouvertement.

M. Zea a ajouté que la stigmatisation et la discrimination restaient bien présentes, tout comme la dynamique des mouvements conservateurs et religieux dans de nombreux pays et leur impact sur les politiques de santé publique, notamment l'accès à une éducation sexuelle correcte.

Hu Yiyun, directeur de la division des échanges et de la coopération au sein du Centre national chinois de contrôle et de prévention du sida et des IST, a décrit un programme auquel il a participé visant à atteindre les étudiants des établissements d'enseignement supérieur.

La collaboration massive entre les secteurs gouvernementaux concernés, là où se trouvent les ressources nécessaires, s'est avérée être un élément important. Les commissions nationales sur la santé et de l'éducation ont ainsi travaillé conjointement au renforcement de la prévention du VIH dans les écoles. L'accent a également été mis sur le renforcement de la planification scientifique et du soutien technique, des secteurs collaborant dans le but d'élaborer des plans sur mesure adaptés aux contextes épidémiques locaux.

Il a indiqué que des changements pratiques avaient été introduits. L'agencement des cliniques de dépistage a été modifié et amélioré, et des kits et services de dépistage rapide ont été fournis dans les universités et les services de santé. Un programme national de renforcement des connaissances a été mis en œuvre dans plus de 7 000 universités, à travers des brochures distribuées en ligne et en format papier, et des cours de prévention du VIH ont été mis en place dans certains établissements. Des associations d'étudiants ont participé et ont été soutenues pour proposer des cours de santé sexuelle. Plus de 500 associations d'étudiants ont répondu présentes et ont formé des éducateurs pour les pairs.

Le Dr Yiyun a toutefois ajouté qu'il s'avérait plus difficile de renforcer la prévention du VIH en dehors des campus. Étant donné la portée limitée des médias traditionnels chez les jeunes, des applications pour ordinateurs et téléphones portables, les réseaux sociaux, Internet et des jeux vidéo ont été utilisés. En résumé, il a expliqué que la Chine avait mis en place un système de prévention dirigé par le gouvernement qui contribue à limiter la transmission du VIH parmi les étudiants. Elle souhaite partager son expérience et apprendre des expériences des autres pays.

La modératrice a invité les participants à faire part de leurs commentaires.

Les intervenants ont exhorté les membres du CCP à affronter le fait que de nombreux enfants de moins de 15 ans vivent avec le VIH et que les systèmes de santé continuent de laisser de côté un nombre important de femmes et d'enfants.

Les membres ont souligné qu'il était important de fonder les décisions et les stratégies sur les besoins réels des communautés et de les impliquer dans la conception et la mise en œuvre des programmes. Cela est essentiel dans le but de surmonter la stigmatisation et la discrimination et afin d'atteindre les populations marginalisées, comme les migrants. Certains intervenants ont expliqué comment ils avaient introduit des programmes différenciés de cette manière.

Les intervenants ont souligné la nécessité d'une utilisation plus large du diagnostic du VIH sur les lieux de soins pour les nourrissons ainsi que de protocoles antirétroviraux optimaux et adaptés à l'âge des enfants. Ils ont insisté sur le besoin d'adopter des approches nationales et locales coordonnées, de former les professionnels de santé et d'assurer un suivi afin d'identifier les lacunes. Ils ont mis en évidence le fait qu'une réponse accélérée nécessitait une collaboration forte et intelligente entre les principales parties prenantes.

DIALOGUE INTERACTIF : INTENSIFIER LES INTERVENTIONS VISANT À LEVER LES OBSTACLES STRUCTURELS ET À AIDER LES ENFANTS, LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES À S'ÉPANOUIR

Jayathma Wickramanayake, l'envoyée du Secrétaire général des Nations Unies pour la jeunesse, s'est adressée au CCP par message vidéo. Elle a affirmé que les jeunes réclamaient des changements et de la redevabilité. La riposte au VIH chez les adolescents et les jeunes a toujours été à la traîne, les femmes et les filles ainsi que les jeunes populations clés étant particulièrement touchées. Pour changer cela, il a fallu adapter les programmes aux besoins des jeunes et les impliquer dans la prise de décision, non pas pour « cocher la case », mais pour profiter de leur expérience et de leur expertise.

Mme Wickramanayake a affirmé que les jeunes ont prouvé qu'ils pouvaient être des partenaires, des leaders et des exécutants incontournables de la riposte au VIH partout dans le monde. Les programmes globaux pour la jeunesse qui intègrent plusieurs objectifs de développement durable (ODD) sont importants et doivent être élargis. Les technologies numériques doivent être utilisées pour atteindre les jeunes et les normes néfastes doivent être combattues et modifiées. Elle a rappelé que le mouvement de lutte contre le sida avait toujours été axé sur la justice sociale et a déclaré que les Nations Unies étaient engagées en faveur d'un monde où les droits de l'homme et le potentiel de chacun sont respectés.

La modératrice a ensuite présenté le dernier groupe, qui s'est concentré sur les moyens de surmonter certains des défis identifiés lors des précédentes discussions de groupe.

Lucie Cluver, professeur de travail social auprès des enfants et des familles à l'université du Cap, a indiqué qu'il était essentiel mais pas suffisant de fournir un traitement antirétroviral aux adolescents vivant avec le VIH. Il a également prendre en charge plusieurs autres besoins et capacités, dont la plupart faisaient partie des ODD.

Elle a expliqué que les données d'une étude d'ampleur menée pendant quatre ans auprès de 72 cliniques avaient montré qu'une part importante d'adolescents ayant été orientés vers des programmes de traitement du VIH n'étaient pas restés sous thérapie antirétrovirale pendant la première année. À la quatrième année, seuls 35 % d'entre eux suivaient encore une thérapie antirétrovirale. Selon l'étude, les mères adolescentes vivant avec le VIH sont confrontées à des défis encore plus importants, notamment le manque de connaissances en matière de conception sûre. Dans l'étude, 11 % d'entre elles avaient un enfant séropositif, 25 % n'avaient pas suivi de traitement antirétroviral, 16 % n'avaient pas pris d'antirétroviraux pendant la grossesse ou l'allaitement et 48 % avaient une charge virale détectable.

Pour comprendre ces réalités, a expliqué Mme Cluver, les chercheurs ont examiné les principaux facteurs au niveau des cliniques, qu'ils ont regroupés en cinq catégories

(surnommées « STACK ») : les cliniques sont-elles approvisionnées en médicaments ? Le personnel consacre-t-il suffisamment de temps aux adolescents lors des consultations ? Les femmes sont-elles accompagnées dans les cliniques ? Disposent-elles d'argent liquide pour le transport vers les cliniques ? Le personnel est-il aimable et prévenant ?

Mme Cluver a indiqué que lorsque les cinq besoins étaient comblés, les niveaux de rétention dans les soins atteignaient 70 %, contre seulement 3 % lorsqu'aucun des facteurs n'était satisfait. Elle a souligné que deux de ces facteurs étaient extérieurs aux cliniques.

Les résultats de l'étude ont également montré qu'une combinaison du soutien des pairs et des parents ainsi qu'un accompagnement alimentaire avaient permis d'augmenter l'adhésion au traitement à 82 % (contre 46 % lorsque ce soutien n'était pas disponible). Les violences perpétrées par les parents, les enseignants ou au sein des cliniques ont également eu des conséquences dramatiques sur l'observance du traitement antirétroviral. De même, concernant la prévention du VIH chez les adolescentes, les taux d'incidence diminuent fortement lorsque les filles se protègent contre la violence, ont accès à des subventions scolaires, bénéficient d'un soutien parental et reçoivent une éducation sur le VIH.

Mme Cluver a insisté sur le fait que le VIH ne devait pas être considéré comme un problème ou un objectif isolé. Des interventions bien planifiées en matière de VIH ont connu une interaction concluante avec des actions ciblant d'autres priorités des ODD (comme la réduction de la violence ainsi que l'amélioration de la nutrition et des résultats scolaires). Cela correspond à l'idée des « accélérateurs de développement ». Des études avaient identifié trois de ces « accélérateurs » : les transferts d'argent, le soutien aux parents et la sécurité des écoles (sans violence). Chacun d'entre eux est lié à une série d'autres résultats escomptés : lorsqu'ils sont associés, les effets sont amplifiés sur sept objectifs de développement durable.

Legee Tamir, une étudiante en droit qui travaille avec Youth LEAD en Mongolie, a souligné l'importance des organisations non gouvernementales pour impliquer et accompagner les jeunes dans la riposte au VIH. Elle a indiqué que les jeunes avaient besoin de lieux sûrs et devaient être protégés contre la stigmatisation, la discrimination et la violence. Elle soutient les activités menées par son organisation pour répondre à ces besoins, à l'image de la formation, de l'éducation par les pairs, du mentorat et du coaching.

Lorsqu'il lui a été demandé si son organisation avait rencontré des obstacles juridiques ou politiques, Mme Tamir a répondu que ces restrictions affectaient la prestation de certains services. Les exigences en matière d'âge du consentement ont constitué un frein, notamment pour le dépistage du VIH. Elle a expliqué que l'accès à une éducation sexuelle complète était difficile, en particulier pour les jeunes des zones rurales.

Ousmane Diaby, directeur de la coopération internationale pour le compte du ministère camerounais de la Santé, a évoqué la décision de son pays de supprimer les frais d'utilisation. Il a fait savoir que les données du programme indiquaient que les frais d'utilisation empêchaient les personnes de poursuivre les soins et de bénéficier d'un traitement antirétroviral. Le gouvernement a décidé de réduire ces frais d'utilisation, en ciblant dans un premier temps les femmes et les enfants. Les médicaments antirétroviraux sont fournis gratuitement, mais le gouvernement souhaite également lever tout autre obstacle financier pour les personnes vivant avec le VIH.

Les parties prenantes, notamment l'ONUSIDA et l'USAID, ont contribué à chiffrer la suppression des frais d'utilisation et à faire pression pour obtenir les financements nécessaires. La suppression des frais d'utilisation a permis d'augmenter le nombre de diagnostics chez les femmes vivant avec le VIH et de mieux les orienter vers les services de

traitement et de soins. Des défis restent cependant à relever. Le gouvernement travaille avec les parties prenantes afin de déterminer si les nouvelles politiques fonctionnent entièrement comme prévu et si la couverture est suffisante.

Michelle Madamombe, une jeune ambassadrice de DREAMS au Zimbabwe, a expliqué aux participants que ses parents étaient morts quand elle était très jeune et que ses proches avaient saisi les biens de la famille, la laissant dans une situation difficile. Pour elle, sa vie a changé lors de la mise en œuvre du programme DREAMS dans son lycée, offrant aux filles des conseils, des recommandations et d'autres formes de soutien. DREAMS a également payé ses frais de scolarité et d'examens, ce qui lui a permis de terminer le lycée avec succès. Elle est désormais animatrice de club extrascolaire et a créé une petite entreprise pour financer ses études universitaires.

Mme Madamombe a indiqué que les interventions devaient se dérouler à trois niveaux pour soutenir les adolescentes : à l'école, en dehors de l'école et dans les communautés. La violence sexiste, par exemple, touche les filles dans tous ces milieux et doit être systématiquement combattue.

Dans les écoles, les enseignants doivent être formés pour pouvoir dispenser une éducation sexuelle complète en mettant l'accent sur le VIH et la violence. De la même manière, les filles ont besoin d'endroits sûrs dans leurs communautés où elles peuvent partager leurs expériences, recevoir un appui ainsi que des informations et être mises en relation avec des services (notamment pour des activités d'autonomisation économique et des formations). Elle explique que les filles qui dirigent leur propre entreprise ou qui exercent un travail rémunéré sont moins dépendantes des relations intergénérationnelles qui conduisent souvent à des abus.

Mme Madamombe a décrit les activités spécifiques mises en place afin de fournir des informations et des services de planification familiale aux adolescentes, de lutter contre les normes néfastes dans la communauté, de réduire la violence sexiste et de promouvoir une éducation parentale positive.

Au cours de la discussion, les intervenants ont remercié les membres des groupes pour leur courage et pour avoir partagé leurs expériences. Ils ont rappelé la nécessité de supprimer les obstacles et de permettre aux jeunes d'obtenir beaucoup plus facilement les informations et les services dont ils ont besoin et qu'ils souhaitent, notamment les services de santé et de droits en matière de sexualité et de procréation. Cela implique également à leurs yeux de lutter contre les normes, notamment communautaires, qui déresponsabilisent les jeunes.

Les jeunes doivent être impliqués de manière réelle et concrète et ils estiment que le symbolique n'a pas sa place. Il faut également apporter un appui financier aux mouvements de jeunesse pour qu'ils puissent mener des activités significatives.

Certains membres ont décrit les mesures prises afin d'améliorer l'accès des adolescents aux services de santé, à l'image de l'âge que doivent avoir les adolescents en Namibie pour accéder à un dépistage confidentiel du VIH sans le consentement de leurs parents ou tuteurs, en vue de garantir un accès indépendant aux services et un démarrage rapide du traitement antirétroviral pour les personnes nouvellement infectées. En plus du traitement, les adolescents diagnostiqués séropositifs bénéficient d'un soutien continu, notamment de conseils psychosociaux. Les participants ont également souligné la nécessité d'adapter les services aux besoins spécifiques des différents milieux et catégories d'âge. Au Mexique, par exemple, les femmes vivant avec le VIH peuvent bénéficier de subventions de transport pour leurs visites à la clinique, ce qui a permis d'augmenter le taux de rétention de 52 %. Un autre programme a permis de verser une allocation à des jeunes démunis pendant qu'ils suivaient une formation de développement des compétences. Ces expériences ont mis en

évidence l'importance d'associer les interventions en matière de VIH et de santé à d'autres formes de soutien, comme l'alimentation, le logement et la formation professionnelle.

Les intervenants ont souligné la nécessité de penser et d'agir de manière holistique ainsi que de « superposer » les services et le soutien. Certains ont rappelé les origines du programme DREAMS en tant qu'approche à multiples facettes, avec le VIH comme indicateur d'impact, et ont décrit comment il était devenu le programme multi-pays à l'impact le plus prononcé (notamment avec une forte diminution de l'incidence du VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes). Le défi consistait à élargir ce type de programme. Les participants ont constaté qu'un investissement relativement modeste avait eu un impact énorme.

L'importance de l'inégalité entre les sexes a été soulignée, de même que la nécessité d'une éducation sexuelle complète ainsi que de services de santé et de droits en matière de sexualité et de procréation. Les intervenants ont insisté sur le fait que les femmes et les jeunes filles devaient pouvoir choisir si, quand et avec qui avoir des enfants.

Les participants ont également été informés des recommandations formulées par un groupe consultatif de femmes vivant avec le VIH mis en place par l'OMS. Les recommandations comprenaient le renforcement d'un programme de recherche solide sur le VIH pédiatrique, la priorité accordée aux interventions adaptées aux jeunes populations clés et leur lien avec des interventions politiques, la sensibilisation à la dynamique du genre et du pouvoir, la mise en relation des services de prise en charge du VIH avec d'autres services de santé (comme la santé mentale ainsi que la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation) et la reconnaissance du caractère essentiel de l'implication des communautés pour exploiter le potentiel des interventions, notamment biomédicales.

RÉSUMÉ ET CONCLUSION

Mme Hader a conclu le débat et a remercié la modératrice, le CCP et les participants pour cette session forte et riche en enseignements. Elle a fait savoir que l'ONUSIDA étudiait les moyens d'intégrer dans sa prochaine stratégie les types d'interventions « à plusieurs niveaux » mentionnés lors de la session.

Remerciant les jeunes participants d'avoir partagé leurs expériences, Mme Hader a déclaré qu'elle espérait voir leurs connaissances et leurs solutions se traduire par des politiques et des actions politiques. Elle a assuré aux participants que le Programme commun s'engageait à aider les pays à accomplir ces efforts et qu'il redoublerait de travail pour défendre les droits de l'enfant et aider les jeunes à s'épanouir.

Le Président du CCP a clôturé le débat thématique de la 45e réunion du CCP.

DÉCISIONS PROPOSÉES

Le CCP est invité à :

104. *Prendre note* de la note d'information (UNAIDS/PCB (45)/19.36) et du rapport sommaire du segment thématique du Conseil de coordination du Programme sur l'impact du sida sur les enfants et les jeunes (UNAIDS/PCB (47)/20.27) ;
105. *Veiller* à ce que la prochaine stratégie de l'ONUSIDA au-delà de 2021 mette l'accent sur les lacunes critiques de la lutte contre le VIH chez les enfants, les adolescents et les jeunes ;

106. Appeler les États membres à :

- a. Prévenir une nouvelle infection verticale (de la mère à l'enfant) par le VIH en assurant la prestation de services optimaux aux femmes enceintes et allaitantes ;
- b. Combler les lacunes en matière de diagnostic, de traitement et de suppression de la charge virale chez les nourrissons, les enfants, les adolescents et les femmes enceintes vivant avec le VIH en utilisant des modèles de prestation de services différenciés et communautaires ;
- c. Optimiser la prestation de services aux enfants, aux adolescents et aux jeunes en utilisant des données pour identifier les lacunes en matière de diagnostic, de prévention et de traitement du VIH ; en améliorant la qualité et l'accès à des services de diagnostic, de prévention, de traitement et de protection sociale adaptés à l'âge et fondés sur des données probantes ; et en faisant participer les communautés touchées à tous les aspects de la conception et de la prestation des services ;
- d. Accélérer leur collaboration avec le programme commun de l'ONUSIDA et d'autres partenaires clés (Fonds mondial, PEPFAR et autres) pour s'attaquer aux facteurs structurels qui augmentent la vulnérabilité au VIH des adolescentes et des jeunes femmes et des jeunes populations clés
- e. Examiner les résultats annuels de l'UBRAF qui rendent compte des progrès réalisés dans la réduction des nouvelles infections par le VIH et de l'impact du sida sur les enfants, les adolescents et les jeunes.

[Fin du document]