

**Note d'information**

**Fonds des Nations Unies pour l'enfance**  
Conseil d'administration  
**Première session ordinaire de 2017**  
7-9 février 2017  
Point 6 de l'ordre du jour provisoire\*

**Note de synthèse de rapport oral**

**Suite donnée par l'UNICEF aux recommandations et décisions formulées lors des 37<sup>e</sup> et 38<sup>e</sup> réunions du Conseil de coordination du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida**

**Introduction**

1. Le présent rapport donne un aperçu des principales recommandations et décisions du Conseil de coordination du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) qui revêtent un intérêt particulier pour l'UNICEF, et fait le point sur les activités des programmes de 2016 de l'UNICEF relatifs à la lutte contre le VIH et le sida couvrant les deux décennies de l'enfance (voir annexe jointe). Il s'agit du rapport de suivi des 37<sup>e</sup> et 38<sup>e</sup> réunions du Conseil de coordination de l'ONUSIDA qui se sont tenues respectivement du 26 au 28 octobre 2015 et du 28 au 30 juin 2016.

2. Le rapport met en lumière les actions menées actuellement par l'UNICEF et le suivi des activités liées aux quatre grandes problématiques évoquées lors de ces réunions :

- a) les actions de lutte contre le sida dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 ;
- b) la Stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA : Accélérer la riposte pour atteindre l'objectif zéro ;
- c) le financement du Cadre unifié de budget, des résultats et des responsabilités 2016-2021 (UBRAF) ;
- d) le rôle des communautés locales dans l'éradication du sida d'ici à 2030.

---

\*E/ICEF/2017/1.

3. L'annexe jointe décrit en détails l'état de l'épidémie de VIH chez les enfants et les adolescents et les réalisations et défis majeurs de l'UNICEF en matière de programmes de lutte contre le VIH chez les enfants pour la période 2015-2016.

### **Problématique 1 : les actions de lutte contre le sida dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030**

4. Lors de la réunion de haut niveau sur le VIH/sida organisée par l'Assemblée générale des Nations Unies et tenue à New York du 8 au 10 juin 2016, les États Membres ont fait état des avancées réalisées depuis la première Déclaration d'engagement de 2001 sur le VIH/sida et se sont engagés à mettre en œuvre un programme ambitieux visant à mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030.

5. Pour susciter un élan politique en faveur de l'action mondiale de lutte contre le sida, les États Membres ont adopté la Déclaration politique sur le VIH/sida : *accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030* (Résolution 70/266, Annexe, adoptée par l'Assemblée générale le 8 juin 2016). La Déclaration énonce des cibles à atteindre d'ici à 2020 dans le cadre des objectifs de développement durable pour mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030.

6. Les participants à cette réunion de haut niveau ont pris acte des progrès réalisés depuis le lancement du Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et pour maintenir leurs mères en vie : 2011-2015. En effet, le Plan a conduit à une accélération des efforts de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH ainsi qu'à une amélioration de l'accès des femmes enceintes aux traitements par antirétroviraux. On estime aujourd'hui à 85 environ le nombre de pays sur le point d'atteindre leur objectif d'élimination.

7. Tout en reconnaissant les avancées réalisées en matière de PTME, les États Membres, et notamment les facilitateurs de la réunion, à savoir la Suisse et la Zambie, ainsi que les représentants de la société civile ont exprimé, dans le cadre d'un dialogue avec l'UNICEF, des inquiétudes concernant, d'une part, le faible taux de dépistage du VIH et de traitement des enfants et des adolescents qui vivent avec le virus et, d'autre part, la lenteur des progrès dans la réduction du nombre de nouvelles infections par le VIH chez les adolescents. Pour combler ces lacunes, les parties prenantes ont donc proposé d'intégrer à la Déclaration politique des objectifs spécifiques en faveur des enfants et des adolescents et notamment des jeunes femmes, consistant à :

a) mettre un terme aux nouvelles infections chez les enfants d'ici à 2020 tout en garantissant l'accès aux traitements anti-VIH à 1,6 million d'entre eux à l'horizon 2018 ;

b) garantir l'accès à la prévention combinée pour 90 % de la population au moins, en particulier pour les adolescentes et les jeunes femmes dans les pays à forte prévalence du VIH et parmi les populations clés ;

c) mettre fin, d'ici à 2020, aux inégalités entre les sexes et, en particulier, à toutes les formes de discrimination à l'égard des filles et des femmes, des personnes vivant avec le VIH et des autres populations clés ;

d) veiller à ce que 90 % des jeunes bénéficient des connaissances, des compétences et des capacités nécessaires pour se protéger du VIH et aient accès à des services de santé sexuelle et

reproductive d'ici à 2020, afin de faire tomber le nombre des nouvelles infections chez les adolescentes et les jeunes femmes en deçà de 100 000 d'ici à 2020 ;

e) faire en sorte que 75 % de la population vivant avec le VIH bénéficie d'une protection sociale prenant en compte le VIH et qu'au moins 30 % des prestations de service soient gérées par les communautés locales.

8. Pour renforcer ces dispositions de la Déclaration politique et pour guider l'action en faveur des enfants et des adolescents à l'échelle des pays, l'UNICEF et l'OMS ont organisé en marge de la réunion de haut niveau de New York trois manifestations parallèles de haut niveau :

#### **A. Manifestation de haut niveau consacrée à l'éradication du sida pédiatrique**

9. Au cours de la manifestation, organisée dans le droit fil de la réunion ministérielle qui s'est tenue à Abidjan, en Côte d'Ivoire, en mai 2016 sous la direction de la Première Dame de Côte d'Ivoire, et intitulée « Vers la fin du sida pédiatrique : catalyser l'action mondiale pour combler les lacunes en matière de traitement du VIH chez les enfants », le Directeur général de l'UNICEF, le Directeur exécutif de l'ONUSIDA, le Directeur général d'ELMA Philanthropies et le Gouvernement du Luxembourg ont souligné l'urgence d'étendre d'ici à 2018 la couverture des traitements antirétroviraux à 95 % des femmes enceintes atteintes par le virus afin de réduire le nombre de nouvelles infections pédiatriques par le VIH à 20 000 à l'horizon 2020. Les participants à la réunion de haut niveau ont également appelé à agir de toute urgence pour améliorer l'accès aux traitements anti-VIH des enfants vivant avec le virus, lequel, à l'heure actuelle, stagne au taux extrêmement bas de 49 %.

#### **B. L'OMS valide l'élimination de nouvelles infections chez l'enfant en Arménie, au Bélarus et en Thaïlande**

10. En 2015, un rapport final a été publié en collaboration avec l'ONUSIDA, le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) et l'OMS, sur les avancées réalisées depuis le lancement du Plan mondial. Le rapport soulignait une baisse spectaculaire du nombre de nouvelles infections à VIH chez l'enfant contractées dans le cadre d'une transmission verticale, lequel a chuté de 60 % entre 2009 et 2015 dans les 21 pays prioritaires<sup>1</sup> d'Afrique subsaharienne visés par le Plan. Au cours de la réunion de haut niveau, trois pays soutenus par l'UNICEF (l'Arménie, le Bélarus et la Thaïlande) se sont vu remettre par l'OMS des certificats validant l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH lors d'une cérémonie organisée par l'OMS, l'UNICEF et leurs partenaires. La Thaïlande est le premier pays aux prises avec une importante épidémie de VIH (440 000 personnes vivant avec le virus en 2015) à bénéficier d'une telle reconnaissance mondiale.

#### **C. Lancement de l'initiative « Start Free. Stay Free. AIDS Free. »**

11. Les principaux responsables de l'UNICEF, de l'ONUSIDA, du PEPFAR, de l'OMS et de la Fondation Elizabeth Glaser Pediatric AIDS ont organisé une manifestation parallèle de haut niveau visant à mettre en avant les lacunes de traitement chez l'enfant. Cette consultation a conduit à l'élaboration du cadre « Start Free. Stay Free. AIDS Free. » (naître sans le VIH, vivre sans le VIH et

---

<sup>1</sup> Voir <http://emctt-iatt.org/priority-countries>.

sans sida) qui met l'accent sur les objectifs d'accélération fixés pour 2018 et 2020 lors de la réunion de haut niveau, afin de :

- a) mettre fin à la transmission mère-enfant du VIH (« Start Free ») ;
- b) réduire le taux des nouvelles infections chez les adolescents et les jeunes femmes (« Stay Free ») ;
- c) améliorer l'accès au traitement du VIH chez les enfants et les adolescents (« AIDS Free »).

12. Concernant la structure de gouvernance du cadre, l'UNICEF est codirigeant du pilier Stay Free en collaboration avec le PEPFAR et œuvrera en tant que partenaire central aux piliers Start Free et AIDS Free. Le pilier Stay Free s'appuiera sur plusieurs initiatives mondiales actuelles, en particulier sur l'initiative « All In »<sup>2</sup> conduite par l'UNICEF et l'ONUSIDA, qui vise à mettre fin à l'épidémie de sida chez les adolescents, sur le projet DREAMS<sup>3</sup> destiné aux adolescentes et aux jeunes femmes ainsi que sur l'initiative « Accelerating Children's HIV/AIDS Treatment »<sup>4</sup> (accélérer l'accès au traitement du VIH/sida chez les enfants) du PEPFAR. Parmi les autres initiatives auxquelles s'adossera le cadre, citons les projets de l'UNICEF financés par la Facilité internationale d'achat de médicaments (UNITAID) relatifs a) aux outils de diagnostic innovants dans les lieux de soins de proximité pour un dépistage précoce des enfants infectés par le VIH et la surveillance de la réponse au traitement ; et b) au recours à la prophylaxie avant exposition comme solution supplémentaire de prévention du VIH chez les adolescents les plus âgés exposés à un risque élevé d'infection.

13. En juillet 2016, le Directeur général de l'UNICEF a participé à la 21<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida organisée à Durban, en Afrique du Sud. La conférence a été l'occasion pour l'UNICEF de présenter les innovations auxquelles il recourt dans le cadre de la protection des enfants et des adolescents contre le VIH, telles que la mise en place de lieux de soins de proximité au sein des plateformes de santé infantile et les technologies mobiles (U-Report<sup>5</sup>). La conférence de Durban a également servi d'estrade pour rappeler aux 12 000 personnes présentes que les progrès mondiaux pour réduire le nombre des nouvelles infections au VIH, en particulier chez les adolescents, sont au point mort depuis quelques années.

## **Problématique 2 : la Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021 : Accélérer la riposte pour atteindre l'objectif zéro**

14. L'UNICEF a coopéré étroitement avec le secrétariat de l'ONUSIDA et les 11 autres organisations de co-parrainage du Programme commun pendant le processus de rédaction de la Stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA et de l'UBRAF, pour s'assurer que les deux documents comportent des objectifs relatifs aux femmes, aux enfants et aux adolescents. Les analyses, les campagnes de sensibilisation et la participation technique de l'UNICEF ont contribué à plusieurs actions plurinationales, lesquelles ont permis de fournir d'importants éléments de preuve

---

<sup>2</sup> Voir <http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/all-in>.

<sup>3</sup> Voir <http://www.pepfar.gov/partnerships/ppp/dreams/>.

<sup>4</sup> Voir <http://www.pepfar.gov/partnerships/ppp/234538.htm>.

<sup>5</sup> Voir <https://ureport.in>.

opérationnels et des rapports stratégiques<sup>6</sup> mais aussi d'éclairer la formulation de stratégies prioritaires visant à améliorer les résultats de la lutte contre le VIH chez les femmes, les enfants et les adolescents et consistant à :

a) *généraliser les tests de dépistage, la connaissance de l'état sérologique et l'accès aux traitements antirétroviraux.* Chez les femmes, les enfants et les adolescents, la réalisation de cet objectif s'appuiera sur un meilleur accès aux services de dépistage pour les personnes les plus exposées au risque d'infection par le VIH ainsi que sur le renforcement des diagnostics précoces chez les nourrissons, afin de garantir la mise en place immédiate d'un traitement antirétroviral ;

b) *mettre fin aux nouvelles infections par le VIH chez les enfants et améliorer la santé et le bien-être de leur mère.* Cette mesure sera rendue possible par un traitement immédiat de toutes les femmes enceintes vivant avec le VIH (option B+), un accès renforcé aux services de santé sexuelle et reproductive (y compris au planning familial) et une meilleure prise en charge de la tuberculose au sein des services de santé maternelle et infantile ;

c) *améliorer l'accès à la prévention combinée et les possibilités d'autonomisation des jeunes, et notamment des adolescentes et des jeunes femmes.* La réalisation de cet objectif est étroitement corrélée à l'intensification de la circoncision masculine médicale volontaire, à des services de santé sexuelle et reproductive intégrés pour 27 millions d'adolescents et d'hommes supplémentaires vivant dans les zones à forte prévalence ainsi qu'à une éducation sexuelle complète et de qualité, à la création d'une demande en matière de dépistage du VIH et de services de prévention et, enfin, à la participation active des adolescents ;

d) *mettre en place des services efficaces et ciblés de prévention d'ordre biomédical, comportemental et structurel pour les populations les plus exposées au VIH, notamment les professionnels du sexe, les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, les consommateurs de drogues injectables, les personnes transgenres, les prisonniers et les migrants.* Pour atteindre cet objectif, il est crucial de reconnaître les adolescents et leurs besoins spécifiques au sein de ces populations à risque, de même que les implications en matière de priorités programmatiques et les ajustements nécessaires des nouvelles stratégies de mise en œuvre tels que le recours à de nouveaux médias pour atteindre ce groupe clé ou à des technologies de prévention telles que la prophylaxie avant exposition ;

e) *faire en sorte que les communautés locales s'engagent et participent activement à la promotion et à l'établissement de normes sexospécifiques saines.* Les principales priorités de cet objectif sont notamment les suivantes : l'engagement, de la part des communautés, à mettre un terme aux violences sexuelles et liées au genre et à multiplier les possibilités, pour les femmes, de

---

<sup>6</sup> Parmi ces rapports, citons les analyses plurinationales sur les goulets d'étranglement de la PTME ; les projets nationaux pour optimiser l'accès aux services de PTME dans quatre pays ; les évaluations relatives à la situation des adolescents face au VIH dans plusieurs pays ; ainsi que les rapports suivants : a) Conseil de recherche médicale d'Afrique du Sud, « Report on the external mid-term, formative evaluation of the optimizing HIV treatment access (OHTA) for pregnant and breastfeeding women initiative in Uganda, Malawi, Ivory Coast and the Democratic Republic of Congo » (Rapport sur l'évaluation formative à mi-parcours par des experts externes de l'optimisation de l'accès aux services de traitement du VIH pour les femmes enceintes et les femmes qui allaitent (OHTA) en Ouganda, au Malawi, en Côte d'Ivoire et en République démocratique du Congo) (octobre 2015) et b) UNICEF, « All In: synthesis report of the rapid assessment of adolescent and HIV programme context in five countries: Botswana, Cameroon, Jamaica, Swaziland and Zimbabwe » (All In : rapport de synthèse sur l'évaluation rapide du programme de lutte contre le VIH chez les adolescents dans cinq pays : le Botswana, le Cameroun, la Jamaïque, le Swaziland et le Zimbabwe) (2015).

participer de manière significative au processus de prise de décision et à la mise en œuvre des actions de lutte contre le sida ;

f) *renforcer les systèmes de santé et des communautés locales afin de garantir la mise en place de services liés au VIH dans le cadre d'un programme davantage intégré qui tienne compte des besoins des femmes, des enfants et des adolescents au sens large.* Pour atteindre cet objectif, il est essentiel de soutenir l'autonomisation des femmes, des adolescents et des foyers touchés par le VIH à l'aide de programmes nationaux de protection sociale prenant en compte le VIH et notamment par le biais de transferts en espèces. Le but de cette mesure sera également de donner la priorité aux investissements en faveur de l'intégration des services fournis par la communauté locale au sein des systèmes de santé officiels.

### **Problématique 3 : financement du Cadre unifié de budget, des résultats et des responsabilités 2016-2021 (UBRAF)**

15. L'UBRAF, le volet opérationnel de la Stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA, repose sur un ensemble de 27 résultats. L'UNICEF est engagé dans 16 des 27 résultats de l'UBRAF.

16. Lors de sa 37<sup>e</sup> réunion<sup>7</sup>, le Conseil de coordination a approuvé la stratégie ainsi que l'UBRAF avec un budget de base à hauteur de 485 millions de dollars des États-Unis pour l'exercice biennal 2016-2017 et des allocations budgétaires pour les coparrainants et le secrétariat à un niveau semblable à celui de 2014-2015 (l'UNICEF avait reçu 24 millions de dollars des États-Unis pour cet exercice). Par ailleurs, le Conseil de coordination a appelé au financement total de l'UBRAF pour 2016-2021 ainsi qu'à l'octroi de fonds suffisants au secrétariat de l'ONUSIDA.

17. En dépit de ces recommandations budgétaires, les difficultés de financement actuelles ont eu une incidence sur les allocations de l'UBRAF en faveur de l'UNICEF et des autres coparrainants, lesquelles se sont vues réduites de moitié en 2016. Le Conseil de coordination a également recommandé de procéder à des coupes budgétaires supplémentaires, de sorte à atteindre 75 % des fonds levés pour 2017. Lors d'une réunion en novembre 2016 avec les principaux responsables des organisations de coparrainage, le Directeur exécutif de l'ONUSIDA s'est engagé à maintenir l'allocation de 2016 aux coparrainants (soit 50 % de réduction), une mesure rendue possible grâce aux économies réalisées via la réduction des effectifs au sein du secrétariat et du budget d'activités de 2016.

18. Le niveau de dépenses de 2015 de l'UNICEF (107 millions de dollars dont 12 millions de dollars provenant de l'UBRAF) pour les programmes de lutte contre le VIH est le plus bas parmi tous les domaines de résultats du Fonds et représente un déclin de 43 % par rapport au niveau record de 2009 (189 millions de dollars). Environ 50 % des dépenses de 2015 liées au VIH provenaient de ressources affectées (par ex., du Fonds mondial pour les produits de base ou pour les situations d'urgence), de projets catalyseurs spéciaux et d'initiatives de l'UNITAID, du Fonds MAC AIDS, de la Suède et de la Norvège visant à la réalisation de projets sélectionnés dans un nombre limité de pays. La part des fonds non affectés et servant à fournir une assistance technique de haute qualité pour la mise en œuvre des programmes a quant à elle chuté, entraînant des conséquences importantes pour la future programmation de lutte contre le VIH de l'UNICEF.

---

<sup>7</sup> Voir [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20151028\\_UNAIDS\\_PCB37\\_Decisions.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151028_UNAIDS_PCB37_Decisions.pdf).

19. Pour compenser la baisse des allocations de l'UBRAF et adapter sa réponse aux nouvelles stratégies mondiales, aux partenariats et aux évolutions en termes de financement, l'UNICEF a entrepris les trois actions suivantes :

a) *examiner et mettre à jour sa Stratégie de programme de lutte contre le VIH et le sida en axant principalement les actions sur l'éradication de l'épidémie mondiale de sida chez les mères, les enfants et les adolescents.* La nouvelle Stratégie de programme s'inscrit dans le cadre des objectifs de développement durable en matière de santé (objectif 3), d'égalité des sexes (objectif 5), de réduction des inégalités (objectif 10) et de partenariats (objectif 17). Les objectifs et les cibles de la nouvelle Stratégie de programme sont également alignés avec la stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA, l'initiative « All In » et le cadre « Start Free. Stay Free. AIDS Free. ». La Stratégie de programme de lutte contre le VIH et le sida révisée de l'UNICEF est détaillée en annexe ;

b) *parachever l'analyse des ressources requises pour lutter contre le VIH sur la période 2016-2021 en se référant au niveau de dépenses de la période 2007-2015.* L'analyse, qui se fonde sur le budget actuel et les éventuelles baisses de ressources à venir, devrait selon toute vraisemblance mettre en lumière les lacunes de financement en matière de programmation et d'effectifs de l'UNICEF à l'échelle des pays, des régions et du siège. Les premiers résultats indiquent que l'UNICEF a su attirer des financements affectés pour des projets destinés à des pays sélectionnés, notamment pour la mise en place d'innovations comme les outils de diagnostic du VIH ainsi que la sécurisation de l'approvisionnement en médicaments antirétroviraux dans les situations d'urgence. L'UNICEF a également collecté des ressources affectées auprès du Fonds mondial en qualité de bénéficiaire principal ou secondaire. Si de tels financements ont grandement facilité la programmation de l'UNICEF en matière d'initiatives et d'innovations ciblées, leur manque de souplesse ne permet pas à l'organisation de faire face à l'ensemble de ses responsabilités actuelles quant aux programmes de lutte contre le VIH. L'UNICEF devra donc recourir aux informations obtenues grâce à l'analyse des coûts pour élaborer une stratégie de levée de fonds consacrés à la programmation et à la dotation en effectifs pour la lutte contre le VIH, de manière à garantir un financement idoine de sa Stratégie de programme au cours du prochain cycle de planification stratégique (2018-2021) ;

c) *évaluer, en collaboration avec l'ONUSIDA et les autres coparrainants, les incidences des coupes budgétaires de l'UBRAF et des déficits attendus pour 2016 et 2017 sur le déploiement de la Stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA.* La crise financière a en effet des répercussions immédiates et lourdes de conséquences pour le travail de l'UNICEF :

i) le recul des financements aura des répercussions négatives sur la capacité à soutenir des évaluations à vérifications multiples qui font partie intégrante du processus de validation de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH, un rôle joué par l'UNICEF en sa qualité de membre du Global Validation Advocacy Group (groupe en faveur d'une validation globale de l'élimination de la transmission mère-enfant). Dans les pays sur le point d'atteindre cet objectif, une réduction des financements pourrait, si elle conduit à limiter la portée des programmes de PTME ou affecte la qualité des services, aboutir à l'incapacité de ces pays à mettre un terme aux nouvelles infections par le VIH chez l'enfant. En Afrique de l'Est et australe, où la couverture des services de PTME est en forte augmentation, une baisse des financements aura pour conséquence de retarder la généralisation du recours aux données permettant de procéder à des ajustements à mi-parcours et de restreindre l'appui au maintien des femmes enceintes et des mères dans le circuit des soins. En Afrique de l'Ouest et centrale, compte tenu du faible niveau de couverture des traitements antirétroviraux dans le cadre de la PTME, une baisse des ressources nuira à l'amélioration du suivi

et du traitement des femmes enceintes et allaitantes qui vivent avec le VIH. Enfin, l'action de l'UNICEF pour accélérer et soutenir l'accès aux traitements antirétroviraux pour les enfants et les adolescents risque d'être limité uniquement aux pays présentant le plus grand nombre d'enfants et d'adolescents infectés par le virus. L'assistance technique aux pays à faible prévalence ou connaissant une épidémie concentrée se limitera au suivi des réponses mises en place dans le cadre de la programmation de lutte contre le VIH et aux actions de sensibilisation ;

ii) à la lumière des discussions en cours sur le cadre « Start Free. Stay Free. AIDS Free. » et l'initiative « All In », l'UNICEF donnera la priorité à la prévention chez les adolescents et les jeunes femmes dans l'ensemble des régions. Néanmoins, le Fonds ne sera pas en mesure de fournir un soutien accru à la mise en œuvre, nécessaire pour combler les lacunes des programmes dans l'ensemble des 25 pays chefs de file ;

iii) l'UNICEF devra réduire ses actions de sensibilisation et son soutien à la société civile dans le cadre de la réduction des inégalités d'accès aux services de prévention et de traitement du VIH, des mesures qui s'adressent principalement aux populations clés et marginalisées des différentes régions, notamment au Moyen-Orient, en Afrique du Nord et en Europe centrale et orientale ainsi que dans la Communauté des États indépendants où l'épidémie est moins visible que dans les autres régions et les populations touchées très stigmatisées ;

iv) les effectifs de l'UNICEF affectés à la programmation de la lutte contre le VIH dans les bureaux nationaux, régionaux et au siège seront fortement touchés. En 2016, l'UNICEF comptait 111 employés à temps plein en contrat à durée déterminée œuvrant à la programmation de la lutte contre le VIH, contre 173 en 2015, soit un déclin de 36 %. Seules quatre des sept régions ont maintenu un conseiller régional de rang supérieur contre l'ensemble des régions en 2014. Le siège a par ailleurs réduit ses effectifs de moitié en 2016.

20. En dépit des effets immédiats de la baisse des ressources en 2016 et des perspectives pour les prochaines années, l'UNICEF s'engage à remédier aux lacunes de financement et continuera à participer à la riposte au VIH. Ainsi, par exemple, son Directeur général a-t-il entrepris des actions exceptionnelles pour maintenir les effectifs indispensables au siège de l'organisation en 2017. L'Équipe mondiale de gestion s'est réunie en juin 2016 pour discuter de l'avenir de la Stratégie de programme de lutte contre le VIH et le sida et est convenue à l'unanimité qu'il n'était pas question que l'UNICEF abandonne ses responsabilités concernant la programmation de la lutte contre le VIH. La Division Collecte de fonds et partenariats dans le secteur privé comme la Division des partenariats publics se sont donc vu confier la mission de faciliter les actions de levées de fonds en faveur des programmes de lutte contre le VIH et d'explorer de nouveaux partenariats susceptibles d'aboutir à des actions novatrices.

#### **Problématique 4: le rôle des communautés locales dans l'éradication de l'épidémie de sida d'ici à 2030.**

21. En juin 2016, l'UNICEF a œuvré de concert avec le secrétariat et les partenaires de l'ONUSIDA à l'organisation du débat thématique de la 38<sup>e</sup> réunion du Conseil de coordination relatif au rôle des communautés locales dans l'élimination du sida à l'horizon 2030. Dans le cadre de ce débat, l'UNICEF a présenté les conclusions de l'initiative d'Optimisation de l'accès aux services de traitement du VIH pour les femmes enceintes et les femmes qui allaitent (OHTA)<sup>8</sup>,

---

<sup>8</sup> Voir <http://childrenandaids.org/partnership/optimizing-hiv-treatment-access>.



lesquelles mettent en lumière le rôle essentiel joué par les communautés locales dans la dispense des soins et le soutien aux femmes enceintes et allaitantes qui ont accès aux services de PTME appliquant la méthode « test and start ». L'initiative OHTA, à laquelle ont participé la Côte d'Ivoire, le Malawi, l'Ouganda et la République démocratique du Congo, a été financée par la Norvège et la Suède.

22. Selon l'évaluation à mi-parcours<sup>9</sup> réalisée en 2015, le financement de l'initiative OHTA à l'échelle des établissements et des communautés locales a permis de dynamiser le rôle des populations locales tant au niveau de la demande que des prestations de services. Parmi les principaux résultats qui ont permis d'aboutir à cette conclusion positive, citons les suivants :

a) L'aide technique et matérielle fournie à l'entraide en faveur des mères dans les établissements de santé et au sein des communautés ainsi qu'aux groupes de soutien locaux ont contribué à augmenter le nombre de femmes enceintes suivies par les services prénataux, traitées par antirétroviraux et maintenues dans le circuit de soins. Des indicateurs types permettant de repérer et de suivre les services fournis par les communautés locales et les établissements ainsi que les acteurs dans l'obligation de rendre des comptes ont été conçus pour apprécier l'ampleur des actions menées par les acteurs locaux en Côte d'Ivoire. Les activités favorisant la participation des hommes ont également contribué à accroître le nombre de partenaires dépistés pour le VIH ;

b) le renforcement des systèmes de surveillance à l'échelle des districts et des établissements a permis de diminuer les inégalités d'accès aux services par le biais d'une meilleure identification des parties faillantes à leurs engagements, de l'appropriation locale des problématiques et de la compréhension des données contribuant à l'amélioration des services. Ces résultats en matière de renforcement des systèmes de santé étaient cruciaux tant pour le programme de PTME que pour les services de santé maternelle, néonatale et infantile en général.

23. Aussi, le débat thématique sur les communautés qui a eu lieu lors de cette 38<sup>e</sup> réunion du Conseil de coordination a-t-il fourni des éléments de preuve de poids concernant l'importance du rôle des communautés locales et du renforcement des dispositifs locaux pour la prévention, la prise en charge et le traitement du VIH, et pour les objectifs de développement dans leur ensemble.

---

<sup>9</sup> [www.unicef.org/evaldatabase/files/HQ-PD\\_Final\\_OHTA\\_report\\_October\\_2015.pdf](http://www.unicef.org/evaldatabase/files/HQ-PD_Final_OHTA_report_October_2015.pdf)

## Annexe

### Programmation de lutte contre le VIH couvrant les deux décennies de l'enfance pour la période 2015-2016

#### État de l'épidémie

1. Malgré les progrès accomplis en termes d'accès des personnes infectées par le VIH aux traitements antirétroviraux, chez les enfants, cependant, ces avancées se limitent principalement à des services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME). Quant aux enfants et aux adolescents vivant avec le virus, les défis demeurent importants.

**Figure 1**

**Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH et bénéficiant du traitement antirétroviral le plus efficace pour la prévention de la transmission mère-enfant du virus, et nombre d'enfants (âgés de 0 à 14 ans) nouvellement infectés par le VIH au cours de la période 2000-2015 dans les 21 pays d'Afrique subsaharienne visés par le Plan mondial.**



*Abréviations : PTME – prévention de la transmission mère-enfant du VIH*

*Source : analyse de l'UNICEF des estimations de 2016 du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).*

2. En 2015, dans le monde, 70 % des femmes enceintes vivant avec le VIH bénéficiaient d'un traitement antirétroviral à vie contre 49 % des enfants (âgés de 0 à 14 ans)<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Estimations 2016 du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).

3. D'après les chiffres des quelques pays ayant communiqué des données ventilées par âge, la couverture est encore moins bonne chez les adolescents âgés de 10 à 19 ans, et le sida reste l'une des premières causes de mortalité chez les adolescents de 10 à 14 ans dans le monde et la première cause de décès chez les adolescents en Afrique subsaharienne<sup>2,3</sup>. En effet, en 2015, 90 % environ des décès imputables au sida chez les adolescents concernaient cette région<sup>4</sup>.

4. La qualité des services dédiés aux adolescents est très variable selon les endroits. Le manque de compétences des agents de santé, les lois restrictives sur l'âge légal du consentement qui se répercutent sur l'accès au dépistage du VIH, la forte stigmatisation des personnes infectées par le virus, notamment dans les établissements de soins et les écoles, ainsi qu'une éducation et une communication en matière de santé inadaptées aux adolescents sont autant de facteurs qui contribuent à limiter l'accès aux informations et aux services de prévention du virus ainsi que l'accès aux traitements chez les adolescents.

5. En 2015, en Afrique subsaharienne, les trois-quarts des nouvelles infections chez les 15-19 ans concernaient des filles<sup>5</sup>. D'après le rapport de 2016 de l'ONUSIDA sur les lacunes en matière de prévention du VIH, le nombre de nouvelles infections par le VIH chez les adolescents et les adultes âgés de 15 ans et plus a stagné à 1,9 million entre 2010 et 2015. Au cours de cette même période, le nombre d'adolescents de 15-19 ans nouvellement infectés n'a que très peu décliné, passant de 270 000 à 250 000, contre une baisse de 290 000 à 150 000 chez les enfants âgés de 0 à 14 ans.

---

<sup>2</sup> Mokdad, Ali H. et al, « Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 », *The Lancet*, vol. 387, n° 10036 (11 juin 2016), pp. 2383-2401.

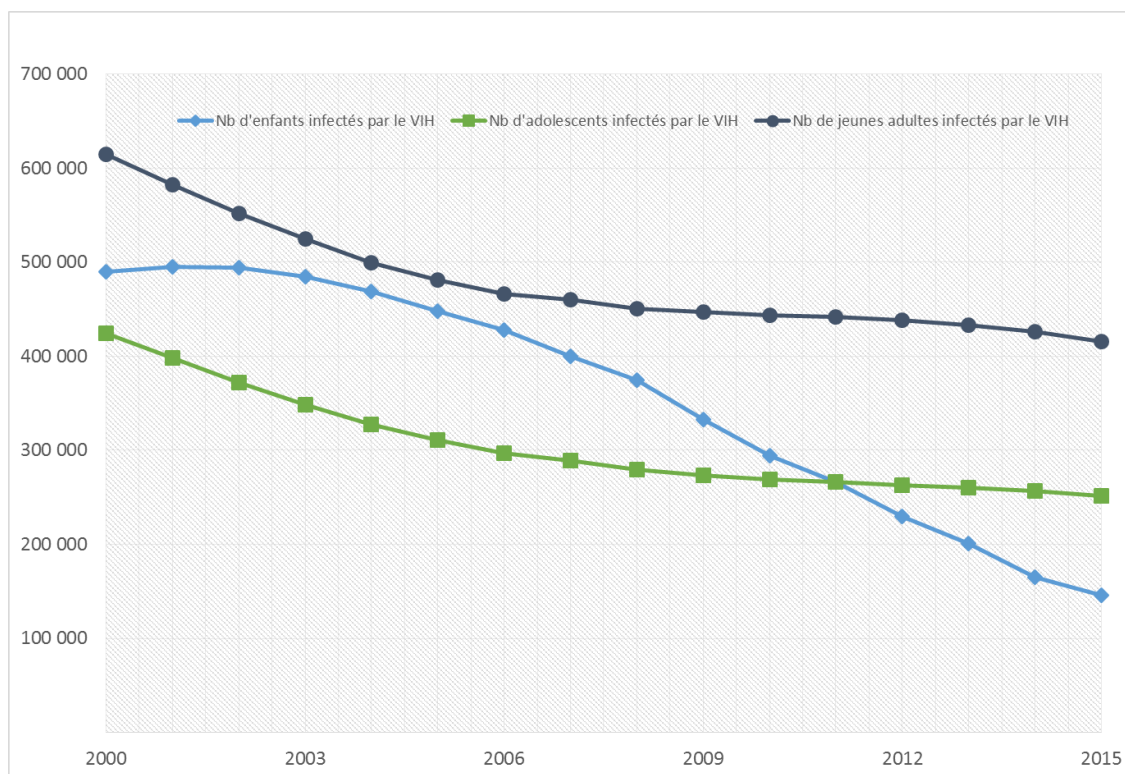
<sup>3</sup> Organisation mondiale de la Santé, « Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade » (La santé pour tous les adolescents du monde : une deuxième chance durant la deuxième décennie de l'enfance), mai 2014. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/adolescent/second-decade>.

<sup>4</sup> Estimations de l'ONUSIDA.

<sup>5</sup> Ibid.

**Figure 2**

**Nombre de nouvelles infections par le VIH chez les enfants (0-14 ans), les adolescents (15-19 ans) et les jeunes (20-24 ans) au cours de la période 2000-2015.**



Source : estimations 2016 de l'ONUSIDA.

6. Les investissements en faveur de la prévention du VIH se sont essentiellement concentrés sur la PTME, la circoncision médicale masculine et, de manière croissante, sur le traitement préventif par antirétroviraux des couples sérodiscordants. Néanmoins, d'autres éléments de la « prévention combinée » tels que les programmes de distribution de préservatifs, la communication pour les changements de comportements, la création de la demande, la protection sociale et notamment les transferts d'espèces, ainsi que les mesures pour prévenir et lutter contre les violences sexuelles et à l'égard des femmes, n'ont pas fait l'objet de financements idoines.

7. Dans toutes les régions confondues, les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes transgenres, les professionnels du sexe et les consommateurs de drogues injectables représentent les populations les plus largement touchées par le VIH. Ces populations vulnérables et socialement exclues sont celles à atteindre en priorité pour éradiquer l'épidémie de VIH. Réduire la vulnérabilité et le taux d'infection par le VIH de ces groupes de population requiert néanmoins une bonne compréhension des facteurs épidémiologiques et structurels, ainsi qu'un cadre réglementaire et politique propice à la mise en place de services et à l'accès à ces derniers. En outre, il conviendrait de réaliser des investissements plurisectoriels plus importants en faveur des programmes destinés aux adolescents et de leur autonomisation, et de renforcer les capacités des prestataires de service.

8. Promouvoir l'inclusion sociale et le respect de l'égalité et de la diversité des sexes pour tous les adolescents, améliorer la qualité des services et multiplier les possibilités d'autonomisation des

adolescents seront des mesures d'autant plus nécessaires que la taille absolue de la population adolescente continue de croître rapidement, en particulier en Afrique subsaharienne.

### Réalisations et défis

9. Début 2016, l'UNICEF, constatant la baisse des financements en faveur de la lutte contre le VIH, d'une part, et désireux d'aligner davantage son action de lutte contre le VIH avec les objectifs de développement durable<sup>6</sup> et la Stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA, d'autre part, a procédé à la révision de sa Stratégie de programme de lutte contre le VIH et le sida. La nouvelle stratégie, sur laquelle s'appuiera le Plan stratégique de l'UNICEF pour la période 2018-2021, comporte les objectifs prioritaires suivants :

a) accélérer la riposte au VIH d'ici à 2020 pour les femmes enceintes, les mères, les enfants et les adolescents ;

b) renforcer la résilience des dispositifs nationaux et locaux pour réduire les inégalités d'accès aux services de prise en charge du VIH chez les femmes enceintes, les mères, les enfants et les adolescents.

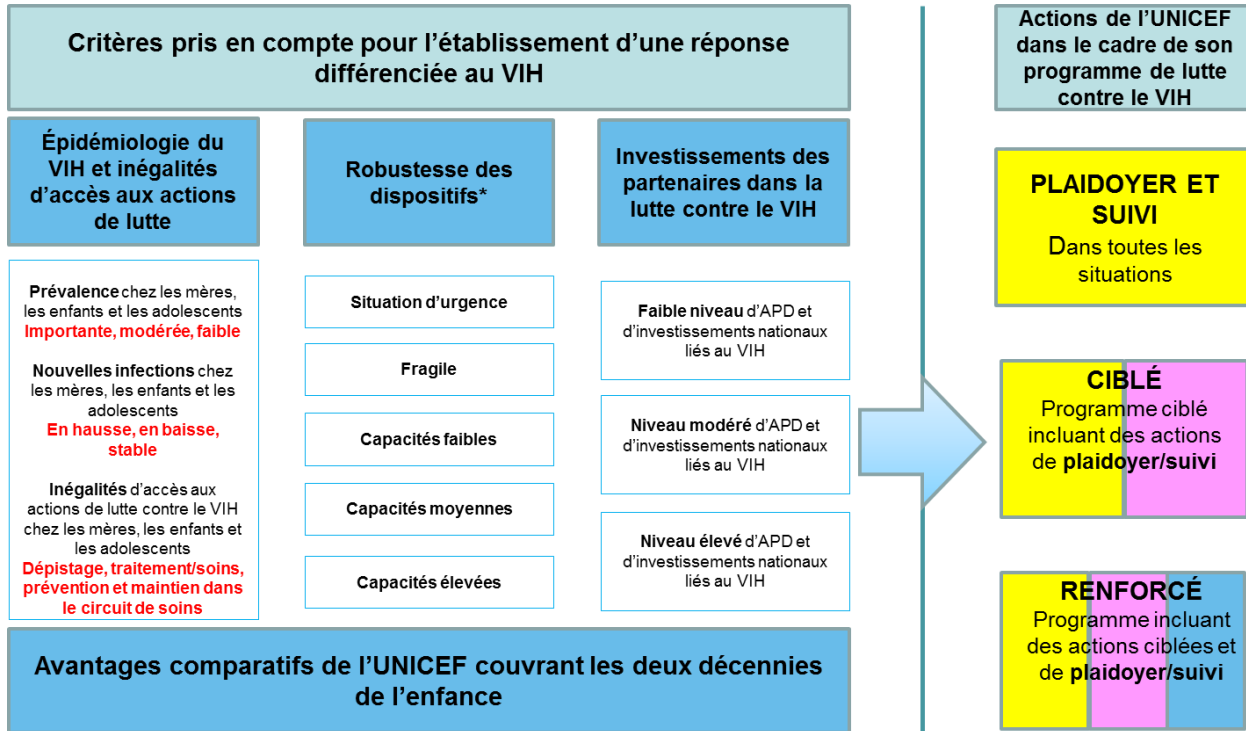
10. La nouvelle stratégie propose un cadre de programmation s'articulant autour de mesures différenciées selon les pays et prenant en compte trois critères principaux : a) l'évolution de l'épidémiologie du VIH ; b) la robustesse des dispositifs et c) les investissements disponibles. La figure 3 fournit un aperçu de la manière dont les programmes peuvent être différenciés pour convenir au mieux à la situation de chaque pays et pour adapter en conséquence les ressources affectées au VIH. La stratégie inclut : a) des actions de sensibilisation et de suivi quelle que soit la situation ; b) des programmes ciblés associés à des campagnes de sensibilisation et c) une approche renforcée dans les zones à forte prévalence, aux capacités faibles et aux ressources insuffisantes.

---

<sup>6</sup> Santé (objectif 3) ; Égalité des genres (objectif 5) ; Réduction des inégalités (objectif 10) ; et Partenariats (objectif 17).

Figure 3

Réponse différenciée en fonction du degré de priorité des programmes



\* Stratégie de l'UNICEF dans le domaine de la santé pour la période 2016-2030.

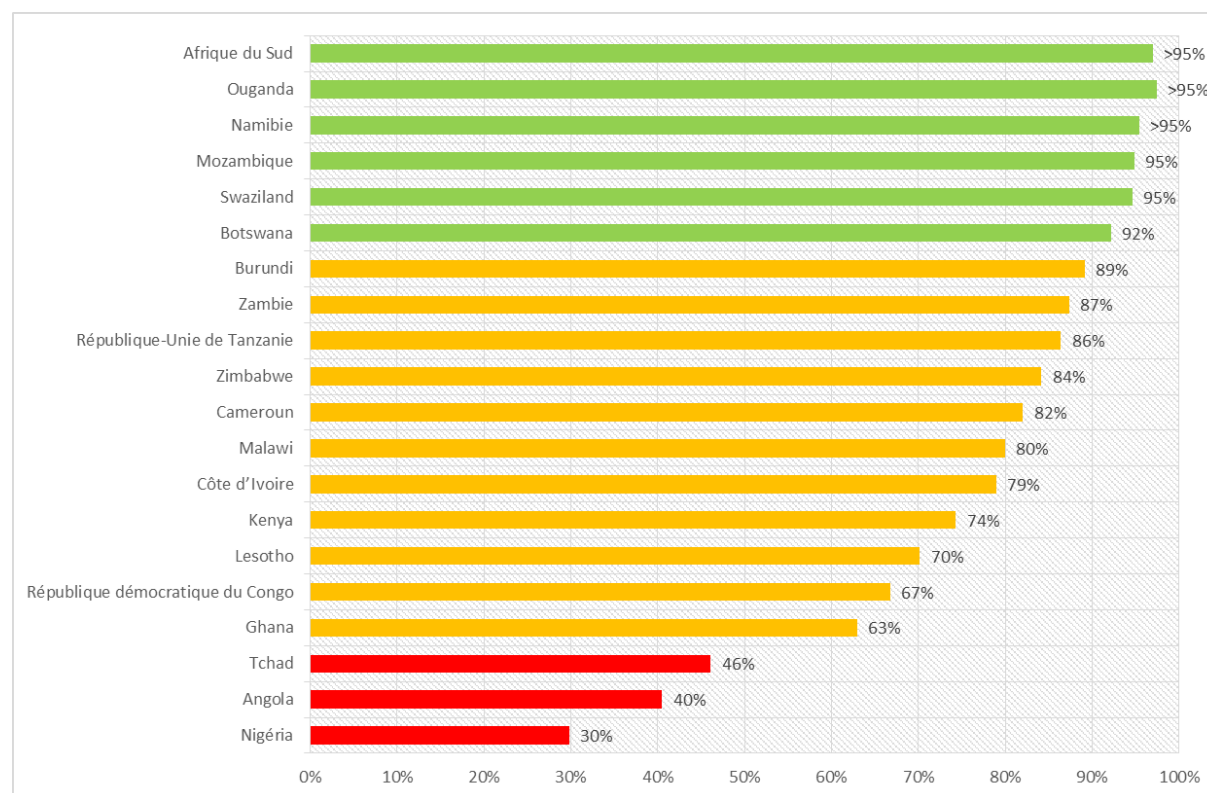
Résultats de la programmation de lutte contre le VIH couvrant la première décennie de l'enfance (0-10 ans)

11. L'UNICEF aide les pays à étendre leur approche « test and start » auprès des femmes enceintes et allaitantes au moyen de l'option B+. En juin 2016, les 21 pays d'Afrique subsaharienne ciblés par le Plan mondial avaient réussi à mettre en place un traitement antirétroviral à vie pour toutes les femmes enceintes infectées par le VIH, contribuant ainsi à un renforcement massif de l'accès aux thérapies par antirétroviraux. En 2015, dans sept des 21 pays (l'Afrique du Sud, le Botswana, le Burundi, le Mozambique, la Namibie, l'Ouganda et le Swaziland), le taux de couverture des traitements antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant avait franchi la barre des 90 % (voir figure 4).



**Figure 4**

**Pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH bénéficiant du traitement antirétroviral le plus efficace pour la prévention de la transmission mère-enfant du virus dans les 21 pays d'Afrique subsaharienne ciblés par le Plan mondial, 2015.**



*NB* : névirapine en dose unique exclue ; statistiques non disponibles pour l'Éthiopie.

*Source* : estimations 2016 de l'ONUSIDA.

12. Le secrétariat de l'Équipe spéciale interinstitutions sur la prévention et le traitement des infections à VIH chez les femmes enceintes, les mères et les enfants, hébergé au siège de l'UNICEF, et les agents de liaison des bureaux nationaux ont coordonné a) le déploiement de l'aide technique sur demande des pays et appuyé le suivi de l'accomplissement d'étapes clés, b) le renforcement des systèmes de surveillance longitudinale et de suivi pour les couples mère-enfant et c) le partage en temps opportun des outils et des enseignements tirés afin de catalyser l'action à l'échelle mondiale, régionale et nationale.

13. Aidés par les bureaux régionaux, les bureaux nationaux de l'UNICEF ont poursuivi leur soutien à l'analyse des goulets d'étranglement pour une meilleure planification fondée sur des données. En Afrique du Sud, au Ghana et en République démocratique du Congo, les dispositifs de surveillance pour l'élimination des obstacles au moment opportun ont contribué à l'extension des services de PTME et de prise en charge du VIH pédiatrique.

14. En 2012, l'UNICEF, en collaboration avec la Norvège et la Suède, a signé un accord triennal en vue d'adopter et de généraliser l'approche « test and start » (option B+ ou traitement par antirétroviraux tout au long de la vie) en Côte d'Ivoire, au Malawi, en Ouganda et en République démocratique du Congo. Le déploiement de cette mesure a nécessité le renforcement des capacités

des communautés locales ainsi que des liens avec les établissements de santé afin d'accroître la demande de services de PTME et de thérapies anti-VIH ainsi que le maintien au sein du circuit de soins des femmes enceintes et allaitantes nécessitant un traitement antirétroviral à vie. En 2016, la Norvège et la Suède ont étendu leur soutien à l'UNICEF pour une année supplémentaire de sorte que les pays puissent consolider leurs progrès et partager leurs connaissances en vue d'une mise en œuvre à plus grande échelle de la stratégie.

15. L'UNICEF aide les pays à améliorer le dépistage du VIH pédiatrique, le taux de couverture des traitements antirétroviraux et le maintien dans le circuit de soins. Au Nigéria, en République démocratique du Congo et au Zimbabwe, ces actions incluent le dépistage des enfants des familles à risque au sein des foyers à l'aide de l'identification d'un « cas de référence » (un autre enfant de la famille ou un parent diagnostiqué séropositif) afin d'encourager le dépistage de tous les enfants d'une même famille.

16. Depuis 2012, grâce aux financements d'UNITAID, l'UNICEF et l'initiative Clinton Health Access soutiennent la mise en place de tests de dépistage dans les lieux de soins de proximité et notamment du CD4. En 2016, les sept pays cibles (l'Éthiopie, le Kenya, le Malawi, le Mozambique, l'Ouganda, la République-Unie de Tanzanie et le Zimbabwe) affichaient d'importants progrès dans l'élaboration de politiques propices au développement de lieux de soins de proximité, de critères de sélection des sites pour le déploiement du test CD4 dans les lieux de soins de proximité et de mécanismes d'assurance de la qualité.

17. En 2016, le Conseil d'administration d'UNITAID a approuvé 95 millions de dollars de fonds supplémentaires pendant quatre ans en faveur de l'UNICEF et de l'initiative Clinton Health Access afin d'élargir l'accès aux tests de dépistage sur les lieux de soins de proximité pour le diagnostic précoce du VIH pédiatrique et la surveillance de la charge virale. Dans la pratique, il a pu être constaté que le dépistage dans ces lieux de soins peut accélérer les prises de décisions cliniques et réduire les délais de prise en charge du patient, donc augmenter de manière significative le recours aux antirétroviraux et ainsi réduire la morbidité et sauver des vies. Ces financements permettront donc d'élargir non seulement l'accès aux services de dépistage sur les lieux de soins de proximité mais aussi la couverture des tests VIH au moyen de nouvelles technologies et du renforcement des systèmes conventionnels des laboratoires d'analyse. Ces fonds contribueront également à l'expansion des programmes déployés dans les sept pays cibles d'Afrique orientale et australe à trois pays d'Afrique de l'Ouest et centrale (Cameroun, République démocratique du Congo et Sénégal).

18. Par ailleurs, dans le cadre d'une coopération avec la Fondation Elizabeth Glaser Pediatric AIDS, l'initiative Clinton Health Access et l'OMS, l'UNICEF a aidé le groupe de travail pédiatrique de l'Équipe spéciale interinstitutions à finaliser l'élaboration des directives opérationnelles relatives à l'emploi d'une nouvelle formulation pédiatrique du lopinavir et du ritonavir sous forme de comprimés et recommandées par l'OMS pour les jeunes enfants.

### **Résultats de la programmation de lutte contre le VIH couvrant la deuxième décennie de l'enfance (10-19 ans)**

19. En février 2015, l'UNICEF et l'ONUSIDA ont lancé l'initiative « All In » pour accélérer la riposte au niveau mondial et national visant à mettre fin à l'épidémie de sida chez les adolescents. L'action des nombreuses parties prenantes, et notamment des partenaires des Nations Unies, du Fonds mondial, des pouvoirs publics, de la Banque mondiale, de la société civile, des partenaires du

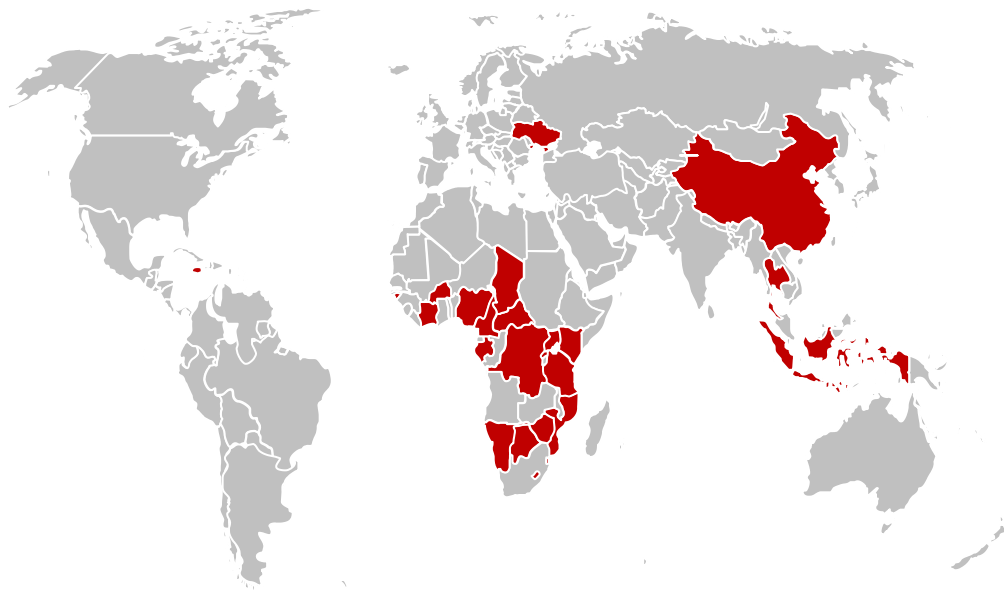


secteur privé et des réseaux d'adolescents et de jeunes ont attiré l'attention des décideurs politiques du monde entier et contribué à promouvoir les objectifs à atteindre d'ici à 2020 consistant à a) réduire de 65 % la mortalité liée au sida ; b) diminuer de 75 % les nouvelles infections chez les adolescents et c) mettre un terme à la stigmatisation et la discrimination des personnes infectées par le VIH. Enfin, les programmes de lutte contre le VIH destinés aux adolescents dans les 25 pays qui ont pris part aux évaluations All In peuvent désormais s'appuyer sur des informations éclairées.

20. L'UNICEF a apporté une assistance technique à de nombreux pays de plusieurs régions pour mobiliser les partenaires nationaux et recenser les obstacles majeurs à la mise en œuvre des mesures de lutte contre le VIH à fort impact chez les adolescents. Ces efforts multisectoriels ont été appuyés dans plus de 25 pays, lesquels sont désormais mieux armés pour répondre de manière adaptée à l'épidémie de VIH chez les adolescents.

### Figure 5

#### Les 25 pays ayant conduit une évaluation All In sur le VIH chez les adolescents, en novembre 2016



*NB* : Les frontières représentées sur cette carte ne signifient pas qu'elles ont été approuvées ou acceptées officiellement par les Nations Unies.

21. Après avoir effectué l'évaluation All In, certains pays (le Botswana, la Jamaïque, le Lesotho, la Namibie, les Philippines et le Swaziland) ont négocié la réaffectation des ressources du Fonds mondial à des priorités plus stratégiques telles que le ciblage axé sur la collectivité, la participation et l'autonomisation des groupes d'adolescents les plus vulnérables et les évaluations infranationales ciblées portant sur une planification équitable à travers le pays.

22. D'autres pays ont profité de l'exercice pour renforcer leurs plans d'action. Aux Philippines par exemple, les administrations locales des départements ayant la plus forte prévalence du VIH ont tiré parti de l'évaluation All In pour concevoir un programme de prévention du VIH destiné aux garçons adolescents homosexuels et bisexuels. Ce programme prévoit le recours aux médias sociaux et aux services de santé mobile pour améliorer l'accès à l'information, garantir un soutien

bienveillant en faveur des adolescents de la part des services de prévention disponibles et collecter de meilleures données ventilées par âge pour leur planification.

23. Au Nigéria, l'évaluation All In permet de rendre opérationnelle la stratégie nationale en faveur des adolescents et des jeunes et de lever des fonds auprès du gouvernement et des partenaires en vue d'augmenter l'enveloppe allouée aux programmes ciblant les adolescents. Afin de définir clairement les responsabilités et de mettre en place une action coordonnée visant à combler les lacunes et les goulets d'étranglement identifiés, des plans d'action ont été élaborés par 17 administrations locales dans deux États à forte prévalence.

24. En Côte d'Ivoire et au Zimbabwe, l'évaluation relative aux adolescents a mené à la promotion ciblée du dépistage du VIH dans ce groupe d'âge, ce qui a permis de conseiller au total 200 000 adolescents. Cette campagne aura contribué à diagnostiquer la séropositivité de près de 7 700 jeunes, lesquels ont ensuite été directement pris en charge par le circuit de soins<sup>7</sup>.

25. En 2015, de nouvelles preuves de l'efficacité de la prophylaxie avant exposition ont permis à l'UNICEF d'apporter un soutien accru à certains pays pour qu'ils intègrent à leurs stratégies nationales cet outil de prévention destiné aux adolescents. En septembre 2016, l'UNITAID a alloué 38 millions de dollars à l'UNICEF pour que ce dernier fournisse une prophylaxie avant exposition aux adolescents les plus âgés, sexuellement actifs et exposés à un risque plus élevé d'infection au Brésil, en Afrique du Sud et en Thaïlande. Il s'agira du premier projet plurinational de prophylaxie avant exposition par voie orale à être mis en œuvre dans une zone de santé publique étendue sur trois pays, et dont les résultats permettront de tirer des enseignements au niveau mondial, étant donné que chaque pays couvre différents aspects de l'épidémie de VIH au sein de divers contextes socio-culturels.

26. L'objectif de ce projet est de faire chuter l'incidence du VIH parmi les adolescents pour qui la prophylaxie avant exposition est indiquée. Il permettra en outre de collecter des informations indispensables au développement d'orientations mondiales sur la mise en œuvre d'une prévention combinée du VIH incluant une prophylaxie avant exposition pour les adolescents les plus âgés (15-19 ans), sexuellement actifs et exposés à un risque élevé d'infection. Les résultats attendus sont : a) le renforcement de l'accès à la prophylaxie avant exposition pour les adolescents éligibles, notamment via l'amélioration du cadre législatif, éthique et réglementaire ; b) la démonstration de l'efficacité de la prophylaxie avant exposition chez les adolescents ; et c) l'apport de connaissances sur l'utilisation de la prophylaxie avant exposition chez les adolescents éligibles, en vue d'élargir le recours à cette pratique dans les pays cibles et dans d'autres pays.

27. Le Fonds MAC AIDS a débloqué plus de 2,4 millions de dollars pour soutenir l'innovation et promouvoir les services destinés aux adolescents pendant une année (le programme prend fin en 2016) dans sept pays cibles : l'Afrique du Sud, le Brésil, la Chine, l'Inde, l'Indonésie, la Thaïlande et l'Ukraine. Ce financement a permis de développer des technologies et des approches innovantes, notamment : a) la télémédecine dans l'État du Maharashtra, en Inde, pour apporter une expertise clinique pédiatrique dans les zones rurales ; b) l'application SMS MomConnect en Afrique du Sud, qui aide les services de maternité, de néonatalité et de pédiatrie à rester en contact

---

<sup>7</sup> UNICEF, « Annual results report 2015: HIV and AIDS » (Rapport sur les résultats annuels 2015 : VIH et sida). Disponible à l'adresse [https://www.unicef.org/publicpartnerships/files/2015ARR\\_HIVAIDS.pdf](https://www.unicef.org/publicpartnerships/files/2015ARR_HIVAIDS.pdf).

avec les femmes enceintes et les mères vivant avec le VIH ; et c) une clinique mobile de dépistage du VIH tenue par des jeunes atteints par le VIH au Brésil et en Ukraine.

28. L'UNICEF travaille en partenariat avec la Fondation Praekelt au Nigéria pour renforcer l'utilisation, au niveau national, d'applications mobiles de santé, afin de repérer et d'atteindre les adolescents vulnérables, de les mettre en relation avec les services de soins et de les maintenir dans ces circuits. Une expérience pilote menée avec le National Call Centre on HIV/AIDS and Related Diseases (centre d'appel national pour le VIH/sida et les maladies associées) au Nigéria a permis d'élaborer un modèle conceptuel pour intégrer les applications mobiles de santé dans les systèmes nationaux en vue de sensibiliser au VIH, de donner de l'autonomie aux malades et de récolter des données. Ce centre d'appel a pour objectif de fournir à tous un accès facile à des informations sur le VIH/sida et d'autres maladies. À l'heure actuelle, les opérateurs du centre répondent à 46 000 appels par an. Les mises à niveau recommandées par le modèle conceptuel augmenteraient immédiatement la portée du centre à 53 millions de personnes, dont 11 millions d'adolescents. D'autres mises à niveau recommandées passeraient sa portée à 110 millions de personnes, doublant ainsi le nombre d'adolescents pour atteindre 23 millions et accélérant les améliorations en termes de connaissances, de demande et de mise en relation avec les services de prise en charge du VIH.

29. L'UNICEF a, en collaboration avec le Fonds sud-africain de lutte contre le sida et avec l'aide de cabinets d'avocats affiliés à la Fondation Thomson Reuters, appuyé l'examen juridique des lois et politiques sur le consentement dans 22 pays<sup>8</sup>, qu'il a complété par un examen des barrières éthiques, sociales et culturelles dans 11 pays<sup>9</sup> afin de comprendre dans quel contexte s'ancrent leurs lois, politiques et pratiques. L'examen juridique s'est penché sur le consentement aux relations sexuelles ; à la contraception ; aux traitements antirétroviraux ; à la prophylaxie post-exposition ; à la prophylaxie avant exposition ; à l'avortement ; aux soins prénataux ; au vaccin contre le papillomavirus et au dépistage et traitement du cancer du col de l'utérus ; et au dépistage du VIH. L'examen éthique, social et culturel s'est appuyé sur trois cadres de référence pour comprendre le contexte des dispositions légales et des pratiques générales liées au consentement des adolescents quant aux thématiques susmentionnées : a) les contradictions opposant éthique (ce qui devrait être fait sur le fondement des droits de l'Homme universels) et morale (ce que les gens pensent être juste au regard de leurs valeurs et croyances individuelles) ; b) les facteurs sociaux (la façon dont les communautés s'organisent et se forment une identité) ; et c) les facteurs culturels (les coutumes, traditions, pratiques, représentations, expressions et valeurs, à la fois modernes et traditionnelles).

### **À travers la première et la deuxième décennie de l'enfance**

30. Les épidémies, conflits, catastrophes naturelles, crises économiques et politiques et autres dangers peuvent interrompre les services de lutte contre le VIH. L'UNICEF intègre ces services de lutte contre le VIH dans ses Principaux engagements pour les enfants dans l'action humanitaire afin d'étendre l'accès à la prévention et aux traitements anti-VIH chez les enfants, les adolescents, les femmes enceintes et les mères vivant dans les zones à risque et les zones d'urgence. L'accès à la nourriture et la disponibilité des denrées alimentaires sont cruciaux pour l'observance du traitement anti-VIH et le maintien dans le circuit de soins. En effet, la mortalité est deux à six fois plus élevée

<sup>8</sup> Afrique du Sud, Botswana, Brésil, Canada, Côte d'Ivoire, France, Inde, Indonésie, Jamaïque, Kenya, Malawi, Maroc, Nigéria, République-Unie de Tanzanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (Angleterre et Pays de Galles), Suède, Swaziland, Thaïlande, Ukraine, Viet Nam, Zambie et Zimbabwe.

<sup>9</sup> Afrique du Sud, Brésil, Inde, Indonésie, Jamaïque, Nigéria, Ouganda, Philippines, Royaume-Uni, Thaïlande et Ukraine.

chez les enfants atteints du VIH qui commencent leur traitement dans un état de malnutrition sévère que chez ceux qui ne souffrent pas de malnutrition. Une étude datant de 2014 portant sur 18 pays d'Afrique subsaharienne, dont le Lesotho, le Malawi, le Mozambique, le Swaziland, la Zambie et le Zimbabwe, parmi les pays d'Afrique australe touchés par El Niño, a montré que les taux d'infection dans les zones rurales où le VIH est endémique avaient augmenté de 11 % lors de chacune des récentes sécheresses. Les pertes de revenu expliquaient en outre les importants écarts de prévalence du VIH (jusqu'à 20 %) entre les pays africains. L'UNICEF, à l'origine de l'étude sur le VIH et El Niño, a aidé les pays touchés à sa mise en œuvre.

31. Par ailleurs, dans le contexte de la publication, en 2016, par l'OMS et l'UNICEF du document *Guideline: Updates on HIV and Infant Feeding* (Lignes directrices : Mises à jour sur le VIH et l'alimentation du nourrisson), les sections Nutrition et VIH de l'UNICEF, en collaboration avec l'OMS et le Emergency Nutrition Network, ont organisé une consultation technique à Genève avec la participation des Nations Unies, des gouvernements, d'organisations non gouvernementales travaillant dans les secteurs de la nutrition et du VIH, ainsi que d'autres parties prenantes, afin de clarifier certaines questions liées aux programmes et aux stratégies de mise en œuvre, et d'élaborer un cadre et des principes clés autour de l'alimentation du nourrisson et du VIH dans les situations d'urgence humanitaire.

32. En outre, une note d'orientation sur les commandes de matériel pour la prise en charge clinique des agressions sexuelles perpétrées contre les femmes et les enfants est en passe d'être finalisée.

33. Pour répondre à la situation d'urgence humanitaire en Ukraine, l'UNICEF travaille avec le Fonds mondial dans l'optique d'assurer l'approvisionnement continu en médicaments rétroviraux. En 2016, l'UNICEF a consigné par écrit les approches, les évaluations et les enseignements tirés en matière de programmation tenant compte des risques, de résilience et de VIH dans les situations d'urgence.

34. L'Afrique de l'Est et l'Afrique australe sont les régions qui affichent la plus forte prévalence de VIH/sida chez les enfants, les adolescents et leur famille. En 2014, l'UNICEF a donc, en collaboration avec les pouvoirs publics de quatre pays de ces régions, mis sur pied l'intervention « Cash Plus Care » qui vise à renforcer les liens entre les services de lutte contre le VIH/sida et les programmes nationaux de protection sociale. Le projet, financé par les Pays-Bas, est mis en œuvre au Malawi, au Mozambique, en Zambie et au Zimbabwe. Dès 2016, ces quatre pays ont réalisé des progrès considérables dans la combinaison des services de lutte contre le VIH avec des transferts en espèces<sup>10</sup>. Au Zimbabwe, le projet, qui a été lancé dans deux districts, a pu atteindre 23 000 enfants. Des partenariats avec les communautés locales ont été noués entre le Ministère de la protection de l'enfance, les services sociaux et des bénévoles des communautés pour améliorer l'aiguillage vers les services concernés et le lien entre les familles bénéficiant des transferts d'espèces et ces services. Grâce à ce partenariat, les bénévoles locaux apportent un soutien psychosocial aux adolescents séropositifs et les orientent vers les services de santé, tandis que le Ministère de la protection de l'enfance distribue de l'argent liquide aux adolescents et à leur famille par le biais de points de paiement. Il est par ailleurs prévu d'introduire des systèmes internes d'épargne et de crédit

---

<sup>10</sup> Voir <http://childrenandaids.org/publication/building-hiv-sensitive-social-protection-systems-through-%E2%80%98cash-plus-care%E2%80%99-model-findings>.

pour aider les foyers à surmonter les obstacles économiques qui les empêchent d'accéder aux services de santé.

---