



AIDS 2016 Rapporteur and closing session

Transcription française

OWEN RYAN: Lyle est professeur adjoint de microbiologie médicale à l'université du Manitoba au Canada, associé de recherche au CAPRISA, à Durban et maître de conférences à l'université de Nairobi. Ses recherches portent sur l'immunologie des muqueuses de la transmission du VIH et la définition du risque de VIH dans des populations clés, parmi lesquelles les travailleuses du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Il est l'auteur de plus de 50 publications évaluées par des pairs et reçoit des fonds du NIH, du MRC d'Afrique du Sud et de l'Institut de recherche en santé du Canada. Veuillez accueillir Lyle.

(APPLAUDISSEMENTS)

LYLE MCKINNON: Je suis ravi de vous présenter quelques faits intéressants du Volet A. J'aimerais tout d'abord remercier mon équipe, qui a travaillé dur sur ce volet avec moi. Aida, Jeff, Rene et Zaza, merci beaucoup. Pour vous présenter un aperçu du Volet A, nous l'avons divisé en science fondamentale qui comprend la post-infection et la pré-infection. Nous l'avons ensuite divisé en thèmes clés de la conférence, parmi lesquels figurent les corrélats de l'acquisition du VIH. Un autre étant le vaccin expérimental contre le VIH et les corrélats de la production de ce vaccin. En ce qui concerne la post-infection, compte tenu de l'administration de plus en plus précoce des TAR, ce champ s'est plutôt orienté vers l'observation du réservoir latent du VIH et des opportunités de traitement, ainsi que vers les nombreuses études qui sont de plus en plus dédiées aux phases les plus aiguës de l'infection par le VIH.

Ce volet contient donc 57 entretiens, et je vais tâcher d'en sélectionner les faits les plus importants. Certains intervenants ont évoqué l'histoire des essais d'efficacité du vaccin contre le VIH. Larry Corey et Tony Fauci notamment ont comparé la situation que nous connaissions en 2000 à Durban, où il n'y avait pas beaucoup de recherches en cours pour un vaccin par comparaison au déploiement de ce domaine au fil des ans. Et je vais aborder trois études passionnantes qui sont actuellement en cours d'élaboration. Tony Fauci a également soulevé quelques points intéressants sur la différence entre la conception empirique et rationnelle du vaccin. Il a utilisé l'exemple de Maurice Hilleman, qui a découvert de nombreux vaccins sans aucune connaissance empirique de l'immunologie. Et nous pouvons comparer cela avec le champ du VIH, où notre connaissance de l'immunologie a en fait augmenté de façon spectaculaire, comme par exemple notre capacité à décrire les épitopes neutralisants sur l'enveloppe. Nous avons désormais de nombreuses connaissances sur la question. Mais nous ne savons toujours pas si cela se traduira oui ou non par un vaccin efficace. C'est donc un débat à la perspective très large.

L'un des principaux résultats a été présenté par Linda-Gail Bekker du Cap. Il s'agit des résultats de l'étude HVTN 100. Et voici la stimulation du clade C de LVAC et du clade C de la bivalente GP 120. Cet écran indique l'un des quatre critères d'objectif qui a été atteint dans cet essai, c'est-à-dire la fréquence des anticorps de liaison IgG à la GP 120. Nous pouvons voir qu'en vert, ces titres ont été en réalité plus élevés que ceux qui ont été observés dans l'essai RV 144. Grâce à



l'atteinte de ces critères d'objectif, nous allons commencer en novembre un essai de phase 2B-3, auprès de plus de 5 000 individus.

Deux autres intervenants ont passé en revue le programme P5, y compris le volet des corrélats et le volet de l'autorisation. Un autre intervenant a livré un aperçu du programme Janssen, qui adopte une stratégie différente de prime-boost et tâche de déterminer laquelle de ces combinaisons pourrait être la plus utile à tester lors d'un essai d'efficacité plus vaste. De nouveaux concepts de vaccins ont également été abordés, ainsi que la manière d'obtenir de meilleurs immunogènes d'anticorps neutralisants à large spectre, la reproduction des vecteurs, et comment optimiser la respiration et la durabilité. Et deux des intervenants des sessions ont réfléchi à la manière d'obtenir un meilleur ciblage V1 et V2, qui représente un corrélat important de la protection vaccinale. Ainsi que les vaccins qui offrent une couverture plus large.

Les intervenants ont aussi abordé le thème de la vaccination passive, en particulier l'étude AMP, ou l'étude sur la protection basée sur la médiation des anticorps, qui sera menée auprès de plus de 4 000 individus sur plusieurs continents. Celle-ci porte sur l'efficacité de l'administration passive d'un anticorps neutralisant à large spectre VRC 01, et les concentrations de cet anticorps pouvant offrir une protection. Et Larry Corey a donné un bon aperçu de quelques-unes des leçons que nous pouvons tirer de cette étude, à savoir ce qui arrive lorsque vous donnez ces anticorps et quelle concentration est nécessaire. Et il est intéressant de noter que ces anticorps peuvent aussi potentiellement jouer un rôle dans la recherche de traitement.

En termes de traitement, un très bon aperçu nous a été apporté par Debbie Persaud. Et elle a fait remarquer que, comme nous le savons tous, le TAR n'est pas curatif. Même si vous obtenez une suppression importante des niveaux indétectables du virus, celui-ci peut se développer chez certains individus. Cela s'explique, bien sûr, par le réservoir viral latent, qui est le plus grand obstacle à l'obtention d'un traitement contre le VIH. Le VIH exploite la mémoire immunologique en restant dans les cellules-T à mémoire. Ces cellules sont très difficiles à identifier. Elles sont réparties dans tout le corps. Elles sont très stables et ont une longue durée de vie. Son intervention a principalement porté sur les TAR précoces, en particulier chez les enfants, car ceux-ci commencent généralement le TAR au cours des premiers mois de l'infection. Ils commencent ainsi avec un réservoir de diversité plus faible. Et il existe des cas intéressants qui suggèrent que cette population pourrait être propice au test des stratégies thérapeutiques.

En termes de réservoir latent, les intervenants ont évoqué les différentes possibilités de mesure de ce réservoir. Et cela reste un problème majeur, car si nous disposons de plusieurs méthodes de mesure, nous ne savons pas nécessairement interpréter ces résultats. Il s'agit donc d'un domaine de recherche très actif. Ainsi vous pouvez mesurer l'ADN et l'ARN du VIH, et toutes ces mesures ont des significations légèrement différentes. Bien sûr, vous pouvez aussi produire le virus, et certains virus sont capables de se développer. Et certains virus sont défectueux. La compréhension de cet obstacle est donc un domaine de recherche très actif. Et cela indique simplement qu'il y a une composante cellulaire, mais aussi un tissu et un composant du corps entier.

Quelques résultats cliniques: au-dessus, en numéro un, la présentation par Jintanat du MHRP. Celui-ci fut un peu décevant car il s'agissait d'une combinaison de TAR et de trois autres médicaments. Et fondamentalement, vous pouvez voir que le taux de rebond est identique entre



les deux groupes. Le groupe en rouge et le groupe en bleu. Donc, il s'agissait de patients immunosupprimés ayant reçu un TAR de manière régulière, et ce traitement n'a eu aucun impact sur leur rebond viral.

Un autre discours, par Miles Davenport, a abordé une autre manière de mesurer le réservoir chez les primates non humains qui pourrait avoir d'importantes répercussions sur la façon dont nous contrôlons ces types d'essais.

Dans une autre présentation, Annmarie Wincing s'est penchée sur une étude d'observation de personnes ayant reçu une greffe de moelle osseuse. Et elle a présenté des données sur trois patients ayant reçu une greffe de moelle osseuse et présentant des niveaux de virus faibles, à peine détectables. Et il est intéressant de noter que deux des patients qui avaient la plus faible quantité de virus ont aussi présenté une réaction du greffon contre l'hôte de manière concomitante. Il est important de noter que ces patients sont encore sous TAR et qu'il s'agit d'une étude d'observation. Mais c'est aussi l'occasion de comprendre un scénario semblable que nous appelons le patient de Berlin.

Une autre présentation a porté sur une étude intéressante du service de banque de sang destiné aux essais dans l'identification des patients infectés pouvant être adaptés à des études de cas. Quelques nouveaux concepts de traitements ont également été présentés. Je vais simplement mettre l'accent sur trois d'entre eux très brièvement. Le premier consiste à éliminer réellement le VIH des cellules infectées via un système appelé CRISPR Ar9, qui est un sujet très brûlant en biologie moléculaire actuellement. Et certaines des données précliniques ont été présentées sur ce concept. Un autre concept implique le retrait de la CCR5, qui est un co-récepteur viral important. Et il existe certaines études cliniques ainsi qu'une présentation sur les primates non humains. Et cela, nous le savons, peut potentiellement réduire le nombre de cellules cibles du VIH et donc réduire le réservoir. Une troisième étude portait également sur des primates non humains: le blocage d'une molécule appelée PD1, qui est à la fois une molécule du réservoir, un marqueur du réservoir, et des lymphocytes T et B épuisés. Ces données sont donc prometteuses, en considérant comment cette combinaison de l'activation du réservoir puis de l'augmentation de l'immunité pourrait constituer une possible stratégie thérapeutique. Et toutes ces études prouvent clairement que davantage de travail est nécessaire avant qu'elles ne puissent réaliser leur plein potentiel. Mais elles semblent prometteuses.

Nous allons maintenant parler des corrélats de l'infection. L'une des sessions s'est penchée sur les cellules cibles du VIH et comment celles-ci peuvent entraîner chez certaines personnes l'augmentation du risque d'infection par le VIH. Donc, la première présentation a été faite par Lenine Liebenberg du CAPRISA. Elle a montré que le temps de clairance du HPV était associé à un niveau plus élevé de ces cellules cibles du VIH dans l'appareil reproducteur féminin, le site de l'exposition au virus chez les femmes. Des données similaires ont été montrées par Doug Kwon de Ragon, à savoir que les femmes qui prennent des contraceptifs injectables ont un niveau plus élevé de cellules de la molécule CCR5 dans l'utérus. De même, Sinaye Ngcapu (je prononce mal) du CAPRISA, a montré que les contraceptifs augmentaient la densité de certaines de ces cellules cibles. Tom Hope a montré certaines données prouvant que les cellules TH-17, qui sont un sous-ensemble des lymphocytes T, sont une cible importante du VIH au moment de l'infection, à la fois dans l'appareil reproducteur féminin et dans la muqueuse anale. Et une autre présentation a examiné le taux de dissémination suite à une infection de la muqueuse rectale, et



a montré que le SIV-AGM peut se disséminer très rapidement, dans les jours suivant l'exposition. Ainsi, cette fenêtre de protection, lorsqu'il s'agit de cellules cibles, doit être très rapide en termes de prévention.

Une présentation du CAPRISA a observé les effets de l'inflammation génitale et a étudié certaines des causes et conséquences du microbiome. Voici la composition des bactéries dans l'appareil reproducteur féminin qui a été associée dans le coin supérieur gauche à un taux élevé d'augmentation des cytokines. Il semble que ces mauvaises bactéries soient responsables du taux élevé de cytokines, qui, nous le savons, est équivalent à un risque d'infection.

Ensuite, une présentation par Adam Burgener a observé comment la présence dominante de lactobacilles, ou un bon environnement dans l'appareil reproducteur féminin par rapport à un mauvais environnement, affecte l'efficacité de ténofovir en gel. Ainsi, les femmes qui utilisent régulièrement le gel et qui ont ce bon environnement bactérien bénéficient d'une efficacité beaucoup plus élevée par rapport aux femmes avec un mauvais environnement bactérien. Puis d'autres causes sous-jacentes de ces effets ont été montrées, par exemple les individus avec de mauvaises bactéries ont davantage de cette molécule appelée LPS, qui, nous le savons, est un élément déclencheur dans l'inflammation naturelle des muqueuses.

Et la présentation par Nikki Klatt a montré qu'une partie de cet effet indiqué à gauche pourrait dépendre de la façon dont les mauvaises bactéries ont une incidence sur la pharmacocinétique de ténofovir dans l'environnement.

Ainsi, collectivement, ces études montrent vraiment l'impact du microbiome et son importance en tant que facteur déterminant du risque pour le VIH et de l'efficacité de ténofovir.

Quelques présentations portent sur l'importance du tractus gastro-intestinal comme réservoir du VIH. Jim Arthos a montré chez un modèle de primate non humain que le blocus du tractus gastro-intestinal réduisait la quantité de VIH dans l'intestin et produisait des effets à long terme de restauration des cellules des muqueuses C4, élément essentiel au maintien de la santé de l'intestin. Ceci pourrait faire partie intégrante de la stratégie thérapeutique visant à lutter contre l'infection par le VIH.

J. P. Routy a montré, à l'instar de Tom Hope, que les cellules positives CCR6, ou les cellules TH-17, peuvent être un réservoir important. On trouve ainsi des niveaux de virus plus élevés dans ces cellules. Et le travail de Nikki Klatt a montré, au-delà de ces cellules cibles, que d'autres cellules sont importantes dans les muqueuses. Elle a donc étudié différents sous-ensembles de neutrophiles et comment ces neutrophiles interagissent avec les bactéries sur le site.

Il me reste une dernière diapositive. Et on en revient aux implications fondamentales du traitement précoce. Un intervenant a examiné le taux d'évolution virale et a montré que chez un individu traité précocement après 16 ans, l'évolution était très limitée, ce qui suggère que dans l'intestin, ce traitement peut vraiment supprimer le virus, tout du moins chez cette personne. Zaza Ndhlovu a montré qu'avec un traitement précoce, on peut réellement prévenir la conversion sérique chez un grand nombre de participants, en supprimant la charge virale. Et ces personnes conservent un grand nombre des fonctions de leurs cellules T CD8 positives.



Enfin, deux autres études ont observé les indicateurs de l'évolution de la maladie dans les cas d'infection très précoce, y compris l'épuisement des cellules T CDH. Et il est intéressant de noter, pour en revenir au réservoir, les motifs de raccordement de l'ARN et Talia Mota a aussi parlé de ce sujet et comment ces tendances pourraient avoir une influence sur les stratégies thérapeutiques.

C'est donc une présentation très rapide de ce volet. Et je voudrais juste vous recommander la conférence R4P à Chicago, qui présentera ces éléments plus en détail.

OWEN RYAN: Je vous remercie, Lyle. Beau travail. Je n'ose même pas imaginer à quel point il a dû être difficile de faire ce résumé à partir de données aussi larges. J'ai maintenant l'honneur de vous présenter Juan Ambrosioni. Juan a obtenu son diplôme de médecine en 2001 et de spécialité en maladies infectieuses en 2006 à l'université de Buenos Aires, en Argentine. Il a travaillé dans l'unité VIH et dans le service des maladies infectieuses de l'hôpital de l'université de Genève, à Genève, en Suisse, entre 2008 et 2013, avant de rejoindre le service des maladies infectieuses de l'hôpital clinique de Barcelone, en Espagne, en 2014. Il a participé à des recherches épidémiologiques fondamentales et cliniques sur le VIH et les maladies infectieuses en Argentine, en Suisse, à Madagascar et en Espagne. Il a publié près de 100 articles et chapitres évalués par les pairs et est réviseur de plusieurs grandes revues portant sur les maladies infectieuses et la microbiologie clinique. Veuillez accueillir notre rapporteur principal du Volet B, Juan Ambrosioni.

(APPLAUDISSEMENTS)

JUAN AMBROSIONI: Bonjour mesdames et messieurs. Je voudrais remercier les organisateurs pour leur invitation à diriger cette discussion aujourd'hui et rapporter les éléments du Volet B. Cette équipe a travaillé avec moi durant toute la semaine et a fourni beaucoup d'efforts. Merci donc à Stéphanie, Siphon, Olivier et Graeme, ainsi qu'à Alexandra Calmy, qui devait s'occuper du rapport de ce volet. Elle s'est malheureusement trouvée dans l'impossibilité de participer à la conférence.

Voici donc le contenu que je vais tâcher de suivre. C'est assez difficile de présenter seulement 12 minutes sur des sciences cliniques lors d'une si grande conférence. Mais j'ai essayé de me concentrer sur les présentations les plus intéressantes concernant des populations spécifiques. D'autres travaux très intéressants portaient sur les femmes enceintes, les personnes incarcérées et les adolescents, mais je vais me concentrer sur les adolescents. Pourquoi les adolescents? Parce qu'avec le succès de la prévention de la transmission mère-enfant, le VIH pédiatrique devient progressivement une épidémie chez les adolescents et les jeunes adultes. Et aussi parce que c'est le seul groupe pour lequel la mortalité est en hausse.

Comme vous pouvez le voir avec ces chiffres issus de la présentation de mardi, ces données proviennent d'Afrique du Sud. Ce chiffre représente le nombre de patients pédiatriques suivant un TAR et, en vert, voici le chiffre de 2014. La plupart de ces patients pédiatriques sont maintenant des adolescents. À partir de sa présentation, il souligne que les adolescents ont le plus faible taux de suppression entre tous les patients, en baisse de 74 % pour les patients de moins de 9 ans, à 62 % pour les adolescents. Donc avec ce problème des adolescents qui augmentent la proportion de patients détectables, nous craignons une hausse de la transmission



ainsi qu'un problème de résistance aux médicaments, particulièrement beaucoup d'observance et le problème de résistance aux médicaments chez les adolescents. Cette transition vers les soins aux adultes est donc une période très critique et, en particulier, des études ont montré clairement qu'il existe une mortalité accrue chez les patients pédiatriques, à l'âge de 14 ans. Comme vous pouvez le voir dans ces chiffres, vous avez ici l'année de naissance puis le taux de décès. Et comme vous pouvez le voir à partir des données provenant de Thaïlande et d'Europe, les adolescents ou les enfants autour de 14 ans ont un taux de mortalité plus élevé. Il s'agit donc d'une population clé et croissante à laquelle nous devons répondre.

Je vais maintenant passer à la partie probablement la plus importante de ma présentation: l'actualité sur les TAR. De nombreux essais importants ont été réalisés. Je vais me concentrer sur ce qui m'a semblé être le plus important et pertinent. Et je vais parler de deux essais cliniques menés auprès de la population naïve.

Il s'agit d'un essai comparant la dose standard de RAL, la dose classique de 400 milligrammes à une dose reformulée de raltegravir administrée à 1 200 QD dans les deux branches avec ténofovir et emtricitabine. Voilà pour les patients naïfs. Et comme vous pouvez le voir, cela fonctionne bien dans les deux branches, et c'est assez comparable avec des taux de suppression quasi identiques. Et aussi, l'innocuité a été prise en compte dans l'étude. Il s'agit donc d'un essai important, selon moi, car le raltegravir est un médicament bien connu. Nous l'utilisons depuis plus de 8 ans. Il s'agit donc d'une alternative très intéressante pour les patients naïfs, administré une fois par jour avec le plus faible potentiel d'interaction médicamenteuse sérieuse.

L'autre essai que je veux évoquer pour les patients naïfs est l'essai ARIA qui a été présenté jeudi. Cet essai a comparé DTG-3tc-ABC avec ATV/r-TDF-ETC. Mais ce qui est vraiment important dans cet essai, c'est que seules les femmes ont été incluses. C'est très important, parce que, oui, j'en suis ravi, c'est très important car comme vous le savez, les femmes sont peu représentées dans les essais cliniques, et finalement le résultat est difficile à extrapoler à partir des données de l'essai à leur sujet. Nous passons aux résultats, comme vous pouvez le voir. Ici en bleu, vous avez la branche de dolutégravir. En termes d'efficacité, c'était mieux. Les auteurs en ont donc conclu qu'il y avait une efficacité supérieure avec une toxicité plus faible de manière générale. Voici donc l'étude menée auprès des femmes.

Nous allons parler maintenant, toujours sur le thème des antirétroviraux, des études de simplification ou de transition. Je vais aussi parler de deux études très importantes. L'une est une étude ambitieuse. Où nous voyons ici la présentation des résultats de la semaine 48. Il y a eu une étude de transition vers dolutégravir abacavir 3TC à partir d'une variété d'inhibiteur de protéase et d'inhibiteur d'intégrase sur des traitements basés des non-nucléosides. Et elle comportait deux branches. La première basculait directement vers cette combinaison. Et l'autre a été reportée à la semaine 24. Ce que nous voyons ici, la dernière partie de l'étude, c'est le résultat principal présenté ici de cette étude. Et comme vous pouvez le voir, il y a eu un taux de suppression de 92 %. Très bien. Mais en fait, il n'y avait pas de données virologiques pour quelques pour cents des cas, donc les résultats pourraient être encore meilleurs. Les auteurs ont conclu que cette association a été bien tolérée. Ils ont également observé moins d'effets indésirables que les 24 semaines précédentes, ce qui n'était pas très clair pour les auteurs non plus. Il n'y a pas eu d'échec virologique d'après les critères de définition. La conclusion était que



l'alternative de dolutégravir abacavir 3TC pour la simplification des patients hospitalisés issus de cette variété de traitements antirétroviraux.

Et l'autre étude que j'aimerais mentionner très brièvement est une petite étude en provenance d'Espagne sur la simplification au dolutégravir et rilpivirine. Mais la question spécifique ici est que l'étude comportait des patients ayant reçu de nombreux traitements-- des patients immuno-supprimés suivant un traitement depuis près de 20 ans. Ce qui est intéressant, comme vous pouvez le voir ici, c'est que la proportion de patients présentant une résistance à la mutation était très élevée. À la fin, ils ne devraient pas avoir de mutations d'intégrase. Mais après 48 semaines, ils restent tous indétectables. Donc je pense que c'est une étude très importante, car elle nous a montré que nous pouvons simplifier non seulement les patients sous traitement, mais ces patients qui ont été traités pendant une longue période et pour qui les traitements seraient compliqués.

Je vais maintenant procéder à ce que j'appelle des perspectives antirétrovirales.

Et j'aimerais mentionner deux études. L'une est l'étude pilote d'Argentine. C'est une étude pilote, une très petite étude, aussi, avec 20 patients, où nous explorons la combinaison de dolutégravir 3TC chez les patients naïfs, et nous avons découvert ici les résultats à 48 semaines. Ce que vous pouvez voir ici en jaune est la charge virale pour chaque patient. Et comme vous pouvez le voir, à la semaine 48, il y avait 18 patients sur 20 qui étaient indétectables à cette combinaison. L'un était un événement indésirable grave impliquant le suicide d'un patient ayant arrêté le traitement. Et l'autre était un échec biologique, mais finalement, il a redevenu immuno-supprimé sans changement de médicaments. Je pense donc que la conclusion de l'auteur est que l'étude a ouvert la voie à une enquête sur cette combinaison chez les patients naïfs. Et que cela peut-être moins cher et plus sûr, car nous n'incluons pas l'abacavir ou le ténofovir. Et je pense que la conclusion est que si nous avons une molécule de barrière génétique élevée et robuste, peut-être que l'ajout de 3TC seul est suffisant. Et nous n'avons pas besoin du second nucléoside.

Et l'autre étude, je dirais de perspective, correspond aux 48 semaines de l'étude la plus récente. Cette étude vise à déterminer si une combinaison de cabotégravir et rilpivirine injectée par longue nanosuspension est susceptible de garder les patients immuno-supprimés qui sont déjà indétectables après 20 semaines de traitement antirétroviral oral. Comme vous le savez, le cabotégravir est un inhibiteur d'intégrase et rilpivirine est non-nucléoside. Voici la conception de l'étude. Les 20 premières semaines, tous les sujets ont été traités avec une combinaison pour être immuno-supprimés. Ils l'ont reçue de manière répétée les quatre dernières semaines pour tester leur tolérance. Puis ils ont été randomisés en trois branches, afin de recevoir toutes les quatre semaines les injections intramusculaires de cabotégravir et de rilpivirine toutes les huit semaines, ou de continuer avec le même médicament administré par voie orale, en tant que branche de contrôle. Et nous avons vu les résultats au bout de 48 semaines. Comme vous pouvez le voir, les taux de suppression ont été très bons et comparables pour les trois branches. Mais en regardant de plus près, et selon la définition de la réponse nerveuse biologique, 7 % des patients avec cette réponse nerveuse biologique se trouvaient dans la branche des patients recevant l'injection toutes les huit semaines. Je l'ai souligné en rouge pour que vous puissiez voir. Les charges virales étaient vraiment basses. Nous ne savons pas ce que cela signifie. C'est probablement dangereux, ce qui est rare avec des médicaments tels que la rilpivirine avec une très faible barrière génétique. Ainsi les conclusions des chercheurs de cette étude prouveront ensuite que cette combinaison peut garder les patients immuno-supprimés avec l'injection toutes les huit semaines. Trois sujets répondaient à la définition de l'échec biologique, mais un seul a



développé une résistance, malheureusement, aux deux familles-- avec une mutation pour le cabotégavir et la rilpivirine, donc l'avenir pour ces patients ne répondant pas au traitement pourrait être compliqué dans cet essai. Et puis ce que je trouve vraiment intéressant est la tolérance. La plupart des patients ont des effets locaux modérés, à peu près 80 % d'entre eux je crois. Mais tous voulaient poursuivre les injections, car ils ont considéré que c'était mieux que de prendre le médicament tous les jours. Je ne sais pas si ce scénario va être le même pour tous les patients, mais certains d'entre eux préféreraient probablement les injections aux pilules. Donc, les quatre essais cliniques de phase III vont continuer avec des injections toutes les quatre semaines.

Enfin, le dernier point que j'aimerais mentionner concernant le traitement antirétroviral est ce que j'appelle l'intestin du traitement antirétroviral. Comme vous le savez, comme vous l'avez vu, de nombreuses recherches sont en cours sur les inhibiteurs de l'intégrase. Existe-t-il des traitements recommandés pour les directives américaines, pour les directives européennes? Nous essayons de démarrer le traitement de tous les patients avec des inhibiteurs de l'intégrase. Il y a également un des inhibiteurs de l'intégrase, et c'est un traitement alternatif provenant des dernières directives de consolidation de l'OMS en 2016. Mais malheureusement, comme vous le savez, en pratique clinique, ils ne sont pas largement disponibles dans la plupart des pays du Sud. Alors, jetons un œil sur mon sommaire.

Je vais maintenant passer à la section sur les co-infections. Et je vais parler un peu de co-infection par l'hépatite C et la tuberculose. Je voudrais présenter deux essais cliniques de patients co-infectés par l'hépatite C. Le premier est l'ASTRAL-5, qui est un essai étudiant l'efficacité et la tolérance de la combinaison de sofosbuvir et de velpatasvir chez les patients co-infectés par le VIH et l'hépatite C. C'est une combinaison pangénotypique qui peut fonctionner avec les génotypes un à cinq. Et cet essai comportait 30 % de patients cirrhotiques avec des traitements de nature très différente. Ils étaient basés à partir d'inhibiteurs d'intégrase, d'inhibiteurs de protéase basés sur des non-nucléosides, car cette combinaison n'a pas d'interaction médicamenteuse importante. Les résultats étaient très bons dans l'ensemble. 94 % de réponse virologique maintenue après 12 semaines. Comme vous pouvez le voir ici, notre test initial était plus ou moins similaire. Avec un taux de réponse inférieur pour les génotypes 1B et trois survenant dans la plupart des essais anti-hépatite C DA-8 de nos jours. La combinaison était sans danger, bien tolérée, et comme je l'ai mentionné, sans interaction médicamenteuse, donc vraiment adaptée à l'administration de presque tout antirétroviral.

Et l'autre essai que j'aimerais mentionner est turquoise 1.2. Celui-ci est un peu plus compliqué. Il s'agit d'une combinaison d'ombitasvir-paritaprévir stimulée par ritonavir avec ou sans dasabuvir et avec et sans ribavirine chez les patients de génotype 1 ou 4. Parce que seulement cette combinaison est active contre les génotypes 1 et 4 de l'hépatite C. Ici, les résultats sont un peu compliqués. Dans certaines branches, les patients cirrhotiques recevaient un traitement plus long. Le génotype 4 n'a pas reçu de sofosbuvir dans cette branche. Mais là encore, comme de l'autre côté, les résultats sont vraiment, vraiment bons avec plus de 96 % de réponse en systémologie globale au bout de 12 semaines. Mais nous devons garder à l'esprit qu'avec ces traitements, nous avons des restrictions antirétrovirales relatives à la nécessité de stimuler cette combinaison avec le ritonavir.



La co-infection par l'hépatite B. Il y a eu un certain nombre d'études très intéressantes. Pour des raisons de contraintes de temps, je n'en citerai que deux. Une qui a comparé le 3TC ou 3TC ténofovir pour la prévention de l'hépatite B dans la transmission mère-enfant, celle-ci provient de Chine. Une étude très intéressante qui montre que les deux branches ont été efficaces pour réduire suffisamment la charge virale en parallèle à de bonnes pratiques de vaccination ce qui a probablement permis d'éviter la transmission de l'hépatite B entre la mère et l'enfant. Donc un grand merci à la Chine. Une autre étude intéressante montrant que l'hépatocarcinome survient chez les patients plus jeunes lorsque ceux-ci sont co-infectés par l'hépatite B et le VIH. Et puis malheureusement, je constate que la tuberculose est toujours présente. Dans chaque grande conférence sur le VIH, nous parlons toujours de la tuberculose. Nous devons donc améliorer le diagnostic et le traitement.

Il y a eu un grand nombre de sessions concernant les nouveaux médicaments, la vaccination, et une présentation préalable fantastique donnée par le Dr. Anton Pozniak. Mais je ne citerai qu'un seul essai, à savoir l'essai RAFA. Celui-ci a évalué l'effet d'une dose élevée de rifampicine et a montré que nous pouvons réduire la mortalité chez les patients gravement immunodéprimés avec l'administration d'une dose plus élevée de rifampicine. Et comme vous pouvez le voir, en 12 mois, on observe des résultats significatifs sur le plan statistique.

En ce qui concerne les autres sujets, très rapidement, car il ne me reste qu'1 minute et demie. Il y a eu beaucoup d'exposés sur les comorbidités non liées au sida. Des études similaires ont été menées sur les comorbidités non liées au sida et sur les tumeurs non liées au sida en Afrique. Et il s'agit d'une bonne nouvelle. Parce que c'est le reflet de l'augmentation de la couverture des antirétroviraux dans les pays du Sud. Et la confirmation de l'augmentation de la comorbidité et du vieillissement accéléré dans les études européennes. C'est un problème que nous allons aborder, et nous devons l'accepter.

Et puis une autre session très intéressante... Il y a eu une session fantastique sur l'optimisation du diagnostic et du contrôle de laboratoire, un point d'essai de soins pour le diagnostic en raison du contrôle du VIH, de la tuberculose et d'autres infections opportunistes. C'est un réel besoin, car nous avons vraiment besoin de diagnostiquer les individus là où ils vivent. Et puis plusieurs études très intéressantes sur la résistance aux anti-rétrovirus, que je n'aurai pas le temps d'aborder.

Donc en 30 secondes, des messages sur lesquels méditer. Aborder la population clé que deviennent les adolescents demande des paramètres spéciaux. Il existe de fortes différences dans le traitement initial entre le Nord et le Sud, surtout en ce qui concerne les inhibiteurs de l'intégrase. Les bithérapies sont en train de devenir une voie intéressante à explorer, même chez les patients expérimentés. Aussi, pour l'injection de médicaments sur une longue durée, peut-être pas pour tous les patients, mais cela sera très intéressant à l'avenir. Et l'hépatite C et le VIH ne semblent pas liés à une population différente, car nous soignons tous les patients affectés. La tuberculose mono-infectée par l'hépatite C est toujours présente, et nous devons donc améliorer son diagnostic et son traitement. Les conditions non-liées au sida et le vieillissement sont un problème croissant dans le Nord et émergent dans le Sud. Ainsi, pour conclure, nous devons continuer à travailler afin de traduire toute cette fantastique science clinique en action pour tout le monde. Merci beaucoup pour votre attention.



(APPLAUDISSEMENTS)

OWEN RYAN: Merci, Juan, et mes excuses à nos rapporteurs. Nous leur avons donné la tâche difficile de présenter les faits en seulement 12 minutes, et nous approchons de la fin du temps imparti. Mes excuses si cela a créé des désagréments. J'ai le plaisir de vous présenter notre rapporteur principal du Volet C, Patrick Sullivan. Patrick est professeur d'épidémiologie à la Rollins School of Public Health de l'université d'Emory, codirecteur du Prevention Sciences Core de l'Emory Center for AIDS Research, et membre du Conseil consultatif présidentiel américain sur le VIH/sida. Dans sa carrière, le Dr Sullivan a travaillé sur la surveillance du VIH au sein du US Centers for Disease Control and Prevention, la recherche de vaccins anti-VIH pour le HIV Vaccine Trials Network, soutenu par les NIH, et la recherche sur la prévention du VIH chez les HSH, soutenu par l'USNH. Veuillez accueillir Patrick.

(APPLAUDISSEMENTS)

PATRICK SULLIVAN: Bonjour à tous, et merci de me donner l'opportunité de résumer le Volet C au nom de mon équipe de rapporteurs, que je présenterai à la fin. Il est essentiel de dire que, tout comme nous exigeons, attendons et luttons pour une couverture complète de traitement universel et précoce pour les personnes atteintes du VIH, nous devons également rejeter les programmes de prévention du VIH qui ne sont pas à l'échelle, qui ne sont pas pleinement efficaces, et qui ne sont pas culturellement compétents pour les personnes à qui ils sont destinés. L'accès aux services de prévention et de réduction des risques est également à la fois une question d'égalité en matière de droit et de la santé, mais je vais me concentrer principalement sur la prévention primaire.

En ce qui concerne la PrEP, il y a eu beaucoup de nouveautés lors de la conférence. En ce qui concerne le Truvada oral, il y a eu un rapport sur l'étude de prolongation ouverte Ipergay, dans laquelle l'efficacité une fois que les hommes savaient ce qu'ils prenaient était de 97 % contre 86 % dans l'essai initial. Et le taux d'observance a été plus élevé que lors des ECR. Quand les hommes savent ce qu'ils prennent, ils sont motivés à le prendre et à y adhérer.

Dans le projet de démonstration du partenaire, qui, en fait, a combiné la PrEP comme période de transition tandis que le partenaire séropositif dans un partenariat discordant recevait la PrEP. Ils ont observé une réduction de 95 % de l'incidence du VIH par rapport aux résultats attendus, et aucune des personnes qui ont contracté le VIH de leur partenaire ne recevaient la PrEP à ce moment-là.

Nous avons également appris comment nous devons délivrer la PrEP. HPTN 073 était vraiment un projet de démonstration de la PrEP adaptée aux afro-américains et aux autres HSH noirs dans trois villes américaines. L'utilisation de la PrEP était précoce. Lorsqu'on leur a proposé la PrEP, les hommes ont décidé de participer immédiatement. L'observance auto-rapportée et évaluée en laboratoire était élevée. L'observance était plus difficile pour les hommes présentant des antécédents d'abus en toxicomanie, mais l'observance était en fait plus élevée chez les hommes qui avaient des partenaires principaux.

En Thaïlande, des modèles pour la mise en œuvre de la PrEP, soit à la charge des patients, soit gratuitement via le programme Princess PrEP soutenu par une fondation, ont converti plus de



700 HSH à la PrEP. Et aux États-Unis, on a observé une augmentation de plus de 700 % de l'utilisation de la PrEP au cours des dernières années. Toutefois, il a été noté qu'il existe des écarts entre les États qui sont le plus touchés par les nouveaux diagnostics et les infections par le VIH mais qui ont aussi des niveaux plus faibles d'utilisation de la PrEP.

En termes de PrEP non orale, une analyse des données de MTN-020, utilisant des niveaux de concentration résiduelle de médicaments dans les anneaux vaginaux, a permis d'étudier la relation entre l'observance et la protection dans cette étude et les femmes qui avaient une observance faible, modérée ou élevée et a montré une protection estimée de 56 % ou 65 % respectivement.

En résumé, Bob Grant a souligné la question de la bonne programmation des protocoles pour une infection aiguë, des essais visant à éviter la prescription de PrEP chez les hommes qui pourraient être dans une période de séroconversion. Et Ian McGowan a expliqué le stade initial de l'effet de Rilpivirine. Une dose simple de Rilpivirine a provoqué des niveaux détectables du médicament dans 100% des sept sujets, un an et demi après cette injection. Donc des substances qui agissent très longtemps.

Salim Karim a décrit l'idée qu'il y a un créneau pour la PrEP topique, et qu'elle n'a pas besoin d'être utilisée par tout le monde pour démontrer son efficacité. Et une étude des préférences chez les femmes a démontré que la durée de protection, la facilité d'utilisation, et la possibilité d'être discret avec une PrEP topique sont des facteurs importants pour elles.

En ce qui concerne les coûts et les avantages, il faut toujours être vigilant quant à la transmission ou l'infection par le VIH résistant dans le cadre de la PrEP. Mais Bob Grant a démontré qu'il y a environ huit infections VIH évitées pour chaque infection résistante contractée, et que l'infection par un virus résistant aux médicaments est rare.

En ce qui concerne les maladies sexuellement transmissibles, ces infections sont en hausses chez les hommes et une étude de prolongation a été ouverte: Ipergay. Il y a eu beaucoup de discussions et il a clairement été dit qu'il n'est pas acceptable que les taux d'IST chez les hommes qui prennent la PrEP remettent en cause la valeur préventive de la PrEP. Connie Celum a suggéré que la PrEP offre également des opportunités pour plus de dépistages VIH et un engagement renforcé en termes de soins. Cette discussion a mené à l'une de mes citations préférées lors de cette conférence venant de Dr. Nelly Mugo, qui a dit, « Les IST pourraient être une opportunité plutôt qu'une complication de la PrEP. » C'est aussi extraordinaire de voir que de nouvelles substances sont en cours d'élaboration – tel que le maraviroc des résultats de phase II sur la sécurité et la tolérance de cette substance chez les femmes.

En termes de prévention chez les femmes, le rôle central des jeunes a déjà été souligné par les intervenants précédents. Mais une analyse de l'épidémie au Kwazulu-Natal a montré que les jeunes femmes sont le groupe cible le plus important dans le domaine de la prévention car elles contractent le VIH pratiquement trois fois plus que les autres sous-groupes et elles prennent des ARV moins rapidement et à des niveaux inférieurs. Les relations avec un grand écart d'âge, même si leur rôle comme vecteurs de l'épidémie est, à mon avis, encore un sujet de discussion montrent une plus grande fréquence de rapports sexuels sans préservatif et une consommation d'alcool plus élevée avant les rapports sexuels. Ceci confirme l'idée que l'information concernant



les risques dans un contexte spécifique peut être utilisée pour réaliser des initiatives d'intervention plus ciblées et plus spécifiques.

En termes d'intervention, un programme conditionnel (TCE) pour des jeunes lycéennes en Afrique du Sud a montré que ces transferts en espèces n'ont aucune influence sur le pessimisme ou l'espoir concernant l'avenir, même si c'était dans le contexte d'une forte présence au lycée parmi le groupe le contrôle. L'essai Nspire était une étude à petite échelle à Baltimore, une évaluation avant-après d'une intervention tenant compte des traumatismes chez des travailleuses du sexe prenant des drogues, qui a eu de meilleurs comportements en termes de sécurité, avec pour conséquence des niveaux plus bas de comportement sexuel à risque résultant en la transmission et la contamination du VIH. Il a été souligné lors d'une séance sur la contraception plus sûre, qu'il faut toujours donner des conseils clairs, sans ambiguïté, basés sur des faits qui reflètent et soutiennent les choix des femmes sur leur santé sexuelle et qui admettent les différents besoins à des moments différents de leur vie, particulièrement pour les femmes qui vivent avec VIH. Il convient également de noter que peu d'études, à part des études de conception, ont signalé la grossesse comme conséquence, ce qui est un résultat très pertinent pour les participants.

Cela a été un moment très important pour la santé des personnes trans, avec l'édition de trois numéros spéciaux autour de la conférence. Et un excellent résumé par Tonia Poteat sur le paysage de nos connaissances globales concernant la santé des personnes trans et la prévention du VIH. Je copie très peu de données mais j'ai copié celle-ci; le nombre d'études concernant les personnes trans a augmenté ces dernières années, ainsi que la portée géographique de ces études. Nous avons eu une description d'une étude d'intervention destinée aux femmes trans dans plusieurs villes américaines, c'était une intervention en petit groupe, six sessions sur trois semaines, et cette étude a démontré un comportement à risque en baisse chez les femmes qui ont participé à cette intervention. Nous devons réfléchir à l'implémentation, et lors d'une section pré-colloque, les thèmes de la circulation ou l'implémentation de programmes complets par rapport au VIH et IST pour des personnes transgenres ont été discutés et le besoin de programmes spécifiques a été souligné, pas seulement l'adaptation des programmes existants. Il y a encore des lacunes, c'est certain. Nous avons besoin de plus de données en dehors des États-Unis. 90% des études à ce jour ont été exclusivement d'observation, seulement 6% d'entre elles étaient prospectives. Et il n'y a eu qu'un seul essai d'intervention. Il faut donc s'orienter vers ces essais prospectifs et d'intervention et se concentrer sur les préoccupations autres que mentales et sexuelles, y compris les maladies non-transmissibles. Cependant, il est important de dire que nous avons suffisamment de preuves pour agir dès maintenant.

En termes de prévention chez les adolescents, des données sont apparues concernant certains risques pour eux, notamment une prévalence élevée de relations sexuelles forcées parmi les jeunes en Afrique du Sud, avec une fréquence de relations sexuelles forcées de 13% chez les lycéens, hommes et femmes. Et en fait, la prévalence de relations sexuelles forcées était très semblable voire égale pour ces deux groupes. Les relations sexuelles forcées étaient deux fois plus courantes parmi les lycéens en zone urbaine que les lycéens en zone rurale. Selon une enquête de population aux États-Unis comparant des lycéens masculins homosexuels et bisexuels avec des lycéens masculins hétérosexuels, les deux groupes avaient des niveaux comparables de comportements sexuels à risque, mais les jeunes hommes homosexuels et



bisexuels ont un usage de drogues injectables 10 fois plus élevé. Donc ce fait illustre ces problèmes de santé endémiques chez les jeunes hommes homosexuels et le besoin d'interventions multidimensionnelles.

En ce qui concerne les moyens de communication avec les adolescents, le programme one-to-one au Kenya utilisait de multiples réseaux sociaux pour atteindre les jeunes, par le biais des téléphones portables. Les questions les plus courantes, posées lors des conversations avec les intervenants, étaient par rapport aux problèmes dans les relations interpersonnelles, le VIH et les IST. Quant aux jeunes femmes, les préoccupations au sujet de la grossesse et de la contraception étaient également au cœur des conversations.

La Fondation Desmond Tutu HIV a pris la route avec le Tutu Teen Truck. Cette organisation mobile proposait un test de dépistage et on a trouvé une prévalence de 3% de nouveaux cas de VIH. Et près de la moitié des jeunes qui se faisait tester, effectuait un test pour la première fois. Comment ont-ils pu attirer les adolescents? Ceux d'entre nous qui en ont, savent que c'est par Internet, de la musique bruyante, des concours avec des prix à la clé - des rencontres, et trouver des choses pour attirer les jeunes.

Dans un programme d'autotest pour ados, les adolescents ont considéré l'autotest généralement très convivial—4 points sur 5 pour la convivialité, 4.2 points sur 5 pour l'acceptabilité, et 20% de premiers utilisateurs.

ATN 110 slash 113 était un essai PrEP destiné aux adolescents, illustrant que la PrEP était sûre et bien tolérée. Cependant, il y avait une incidence élevée d'infection par VIH, des taux élevés d'abandon et des difficultés d'adhérence au traitement, particulièrement au moment où la surveillance passait de visite mensuelle à une visite trimestrielle. Initialement, la densité osseuse diminuait légèrement, mais cela paraissait réversible.

En termes d'autotest VIH, nous avons eu plusieurs rapports sur l'autotest pour HSH--une enquête chez les HSH en Chine a révélé qu'un autotest VIH était très bien accepté chez les HSH. Lors d'une enquête auprès des utilisateurs d'applications et d'Internet, un quart avait utilisé l'autotest. Et de ceux qui avaient fait le test, un tiers avait faire leur premier test avec un autotest. Lors d'une étude randomisée en Australie sur l'autotest chez soi par rapport aux tests uniquement effectués en clinique, le résultat était le taux de dépistage. Et les HSH qui bénéficiaient des autotests, avaient un taux de dépistage deux fois plus élevé que les personnes qui devaient venir en clinique pour se faire tester. Il n'y avait aucun changement dans le dépistage des IST mais une augmentation sélective dans le dépistage du VIH.

Un programme de distribution d'autotests chez les HSH au Brésil a donné lieu à plus de 4 000 demandes. La livraison du kit était plus sûre lorsque ces kits étaient envoyés directement aux utilisateurs. Parmi les utilisateurs qui disaient qu'ils voulaient aller le chercher en pharmacie, le nombre d'entre eux qui venait effectivement le chercher était moins élevé. Une des limites de ce programme est que seulement 17% des personnes qui ont reçu le kit ont renvoyé les résultats au programme. Cependant, parmi ces 17%, 95% étaient confiants que les résultats du test étaient corrects et 98% recommanderaient un autotest à un ami.



Une étude en Zambie a identifié les barrières en termes d'autotest et par rapport aux instructions qui sont données aux clients. Ces conclusions ont conduit au développement d'un script standard utilisé par les conseillers afin d'augmenter son utilisabilité. En Malawi et au Zimbabwe, quand les organisations communautaires ou les éducateurs distribuaient les kits de test, il y avait un degré d'intérêt élevé chez les adolescents et les hommes, et la plupart préférait utiliser le test en privé.

En termes d'autres possibilités de prévention, Lyle a parlé de HVTN 100, le feu vert pour une stratégie de vaccination clade C, spécifique et à plusieurs composants, en Afrique du Sud. Il y a eu un débat assez houleux concernant l'utilisation des applications pour la prévention et les soins. Les propriétaires des applications de rencontre gay étaient très présents et motivés à s'engager. Hornet envoie déjà des alertes qui rappellent aux utilisateurs de faire un test de routine VIH. Grindr a un partenariat avec des organisations locales pour envoyer des messages de prévention. Blued envoie les hommes vers des centres de screening en Chine. Et la description de l'application en cours de développement My Choices, a augmenté le dépistage du VIH chez les jeunes HSH aux États-Unis.

Nous réclamons une transition de la science PrEP vers d'importants programmes PrEP. Pour renouveler notre sincérité lors de nos discussions, visant à savoir pourquoi les gens courent le risque d'être infectés par le VIH et comment les aider au mieux, nous devons investir dans la science afin de pouvoir répondre à cette stigmatisation. C'est une époque exceptionnelle pour la santé des personnes trans, mais nous devons continuer sur cette lancée afin de réaliser des programmes de santé pour personnes trans et passer de l'identification des problèmes à la résolution de ces problèmes à plus grande échelle. Nous devons utiliser les premières études de mise en œuvre, et je voudrais simplement dire que c'est la responsabilité de nous tous qui menons ces études, de demander à l'avance ce dont les exécutants et les gouvernements ont besoin pour faire le nécessaire, pour attribuer les ressources disponibles car ce sont eux qui doivent exécuter ces programmes. C'est notre responsabilité de mener ces études à bien et de poser ces questions le plus tôt possible. Et nous devons faire en sorte que les programmes, y compris les programmes de préparation, atteignent le niveau nécessaire dans tous les contextes. Nous ne sommes pas des communautés monolithiques de jeunes, de personnes homosexuelles, de personnes trans ou de travailleurs du sexe, mais nos communautés sont nuancées et ces nuances doivent être respectées pour que ces programmes aient le plus d'impact possible.

Je dois vraiment remercier une équipe de collègues enthousiastes très solide présente ici, ainsi que l'IAS. Et ceci n'est que le début, avant que nous soyons privés de sommeil, et ce fut un honneur de faire un rapport sur la conférence et de le partager avec vous ce matin. Merci.

(APPLAUDISSEMENTS)

OWEN RYAN: J'ai le plaisir de vous présenter notre rapporteur principal du volet D, Olayide Akanni. Olayide est directeur exécutif de Journalists Against AIDS au Nigeria, une organisation dominante non-gouvernementale et basée sur les médias qui cherche à contribuer à la prévention, aux soins, et à la maîtrise du VIH/sida, tuberculose, ainsi qu'aux problèmes de santé sexuelle au Nigeria. Au cours des 10 dernières années, Olayide a agi à différents titres pour JA AIDS, et a participé à plusieurs autres associations qui mettent en avant des informations sur le VIH /sida et sur le traitement de la tuberculose, qui s'engagent à promouvoir l'alphabétisation, le développement des capacités des sociétés civiles et médiatiques, et qui s'occupent du suivi de



la politique concernant un accès universel aux traitements de prévention et aux soins. Merci de l'accueillir.

(APPLAUDISSEMENTS)

OLAYIDE AKANNI: Bonjour mesdames et messieurs. Je voudrais remercier l'équipe de l'IAS pour cette opportunité, et je voudrais aussi dire un grand merci aux membres de mon équipe, Aditi Sharma, Julie Mellin, Donald Tobaiwa, Manju Chatani, Michaela Rahimi et Lynette Mabote, qui ont travaillé sans relâche tout au long de cette conférence afin de relater les sessions, les idées et les discussions que vous nous avez fournies.

Alors qu'avez-vous dit au cours de cette conférence? Vous nous avez dit que l'inclusion et l'équité pour tous sont essentielles. Vous nous avez dit que depuis Durban en 2000, nous avons fait des progrès remarquables contre le VIH. Mais nous ne devons pas permettre à la science de laisser certaines communautés de côté. Nous avons besoin de prévention et de traitements, de l'équité pour tous - pour les lesbiennes, les gays, les bisexuels, les transgenres, les intersexués, les travailleurs du sexe, les consommateurs de drogues, les personnes avec des handicaps, les peuples indigènes, les migrants, les prisonniers, les jeunes, les adolescents, les femmes, les garçons, les hommes, les personnes âgées, et toutes les personnes vivant avec le VIH. Lors de cette conférence, nous sommes particulièrement préoccupés par la fermeture de l'espace civique pour tous ces groupes minoritaires. Et nous avons clairement entendu, même lors de la cérémonie d'ouverture, cet appel d'urgence, pour s'assurer que la Campagne De Traitement continue à faire le travail qui a été commencé.

(APPLAUDISSEMENTS)

Nous avons aussi entendu que le VIH n'est pas un crime. Un des points forts a été l'émergence d'un mouvement uni contre la pénalisation de certaines populations, y compris les gens qui vivent avec le VIH - les lesbiennes, les gays, les bisexuels, les transgenres, les travailleurs du sexe, et les consommateurs de drogues. Il y a eu un appel à l'analyse de la pénalisation, en utilisant un cadre d'analyse féministe intersectionnelle, car les travailleurs du sexe féminins et transgenres, les migrants, les peuples indigènes et les femmes noires sont ceux qui souffrent le plus des lois sur le VIH dans de nombreux pays. Les survivants de cette pénalisation et les militants ont présenté leurs messages clés lors de la première séance plénière insistant sur le fait que le VIH n'est pas un crime. Les lois et les politiques qui pénalisent les plus démunis continueront à alimenter les inégalités, ce qui renforce cette vulnérabilité et ce manque d'accès.

(APPLAUDISSEMENTS)

Donc, la stigmatisation a été un terme souvent employé lors de cette conférence. Que faut-il faire pour mettre la réduction de la stigmatisation au centre de l'action? Il est plus que temps de faire passer le problème de la stigmatisation du stade de texte obligatoire dans toutes les présentations à une séance plénière importante en pré-conférence. Malgré cette reconnaissance globale de la stigmatisation comme barrière principale empêchant les personnes vivant avec le VIH et les populations clés d'avoir accès aux services de soins de santé, il y a trop peu d'accent mis sur l'investissement fait sur les interventions liées à la stigmatisation ou à la réduction de cette stigmatisation, et qui font partie de nos plans et programmes nationaux. Gérer la stigmatisation



dans nos établissements de santé est une priorité absolue. Réduire la stigmatisation sous toutes ces formes doit être au cœur de toutes nos interventions.

(APPLAUDISSEMENTS)

Donc est-ce que Durban 2016 est sur l'égalité des sexes? Oui, en effet. Le progrès réalisé dans la lutte contre le VIH pourrait être anéanti si les problèmes sous-jacents de l'égalité des sexes ne sont pas abordés. Des objectifs sur les inégalités de genre seront essentiels dans la conception des interventions qui porteront sur les inégalités de pouvoir; celles-ci mêmes qui mettent en danger les gens au sein de leur diversité.

Afin d'atteindre une égalité des sexes, l'innovation est cruciale. Nous ne pouvons pas nous permettre de continuer à faire ce que nous avons toujours fait. Des obstacles structurels, tels que les normes sexuelles, la socialisation des jeunes filles, et les inégalités de pouvoir entre hommes et femmes continuent à faire courir un risque d'infection aux jeunes adolescentes et jeunes femmes. Ces obstacles doivent être expliqués et mis au défi par le biais d'une éducation sexuelle complète-- abordant l'égalité des sexes de manière globale, tout en impliquant les autres secteurs concernés, en mettant en avant les liens entre le VIH et la violence sexuelle, en mettant un terme au mariage d'enfants, en laissant les filles continuer à l'école, et en s'assurant que les hommes et les garçons soient éduqués et impliqués dans le soutien de ces initiatives.

Ne laissons pas les droits de l'homme au second plan. Nous avons entendu cela maintes et maintes fois lors de cette conférence. Les ambitions ne manquent pas, mais nos poches sont vides. Nous avons besoin d'argent pour honorer tous nos engagements. Chacun de nos gouvernements dans le nord et nous-mêmes devons assumer une responsabilité partagée et agir dans un esprit de solidarité mondiale. Trop souvent, les approches par rapport aux droits de l'homme, gérées par les communautés, sont les premières à être supprimées dans le contexte actuel qui est de faire plus avec moins. Ce n'est pas ce qu'il faut faire. Nos tests immédiats décideront si nous finançons le Fonds mondial à 100% et si nous devons lutter contre des droits de brevets abusifs.

Lors de cette conférence, nous avons aussi entendu qu'il n'y a pas de solutions miracles. Il n'y a pas de solutions miracles. La complexité du contexte exige des approches intersectionnelles. Comme l'a dit [INAUDIBLE], ce n'est pas juste une question de scientifiques ou de politiciens. Il est question d'individus. Retournons vers nos communautés.

Nous savons ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. Il y a eu un cri de ralliement pour une analyse de la complexité de l'intersectionnalité dans la vie des gens et un contexte qui demande des réponses qui sont aussi complexes. La nature interconnectée de la race, de la classe et du genre provoque des discriminations ou désavantages, de manière indépendante ou simultanée. Afin d'aborder le risque du VIH ou d'améliorer l'accès dans ces contextes, il faut un ensemble d'interventions biomédicales, sociales, comportementales et structurelles. De plus, ces interventions doivent toucher de très nombreux secteurs. Merci beaucoup.

(APPLAUDISSEMENTS)



OWEN RYAN: Très bon travail. Merci. Maintenant, j'ai l'honneur de vous présenter notre rapporteur principal du volet E, Bernard Gardiner. L'implication de Bernard dans la lutte contre le VIH a commencé il y a plus de 30 ans, en tant que bénévole en Australie. Après avoir travaillé cinq ans en Asie de l'est et du sud-est, Bernard a passé sept ans comme directeur du programme globale VIH de la fédération internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge basée à Genève. Ce programme était le « UN AIDS Collaborating Center for Stigma Reduction and Partnership with GNP plus ». Actuellement, il prépare un doctorat sur "être VIH- positif dans le Queensland" à l'école de Santé Publique de l'Université du Queensland, en partenariat avec Queensland Positive People et le Queensland AIDS Council. Cette recherche qualitative et longitudinale permet de donner la parole aux survivants à long terme qui partagent leurs expériences alors qu'ils vieillissent en zone rurale. Je vous prie d'accueillir Bernard.

(APPLAUDISSEMENTS)

BERNARD GARDINER: OK, le volet E couvre les recherches sur la mise en œuvre, l'économie, et les synergies avec d'autres secteurs de la santé et du développement. Mon équipe est composée de Lynette Lowndes, l'ancienne directrice adjointe de l'Alliance Internationale VIH / sida, Docteur Karine Dube de l'université de Caroline du Nord, Felicita Hikuam, directrice adjointe de la ARASA, et Mike Strauss, de la Division Health Economics and HIV and AIDS Research ici à Durban.

Des recherches sur la mise en œuvre - une superbe définition a été présentée ici - une spécialité pluridisciplinaire qui recherche des connaissances généralisables sur le comportement des parties intéressées, des organisations, des communautés, et des individus, afin de comprendre l'ampleur des raisons et les stratégies, qui permettraient de combler l'écart entre les indications d'un côté et la pratique courante de l'autre, en ce qui concerne la santé dans un contexte réel. De nombreux résultats sur cette étude de mise en œuvre ont été présentés, mais compte tenu du degré de détail, il n'est pas possible de présenter tous les exemples magnifiques qui sont désormais disponibles dans le résumé que mon équipe a produit comme ressource en ligne. Je vais donc mettre l'accent sur l'amélioration de la qualité et utiliser des outils de diagramme qui sont souvent utilisés et qui nous aident à trouver l'équilibre parfait en matière de qualité et de quantité.

Un modèle simple pour une amélioration qualitative a été présenté par Raymond Morse, il est basé sur les questions suivantes, qu'est-ce que l'on essaie d'accomplir? Comment pouvons-nous savoir si un changement signifie une amélioration? Et quel changement peut-on faire pour qu'il se traduise par une amélioration? Les méthodes questions-réponses peuvent être utilisées en parallèle à des méthodes économiques, comme le rapport coût-efficacité et l'analyse de l'efficacité, afin d'aborder les préoccupations concernant la qualité et la durabilité. Cependant, la collaboration entre économistes et responsables de programmes est essentielle afin de tester les hypothèses dans ce processus et de s'assurer que les éléments nécessaires sont des coûts unitaires.

Par exemple, la préparation de la communauté à la PrEP ou comme l'option B. Il y a eu un atelier de développement à l'école pour l'usage des graphiques par les responsables de programmes leur donnant un outil qui augmente l'adaptabilité de la prise de décision réelle et aussi leur fournit une base pour évaluer l'impact des changements sur les stratégies d'implémentation. Vous



pouvez voir ici que les changements de pratique sont représentés en fonction du temps contre un indicateur de performance et un objectif, pour que le progrès puisse être évalué.

Comme le soulignait le Dr. [INAUDIBLE], les conseils techniques ont tendance à venir d'en haut et ont besoin d'être adaptés au monde réel, et le défi est de pouvoir ensuite passer outre ces directives. Cependant, ces outils de mise en œuvre chez les travailleurs du sexe, les hommes homosexuels, les autres hommes qui ont des relations sexuelles avec les hommes et les personnes trans, établissent une nouvelle norme en réunissant tous ces éléments et en les testant par la suite contre les valeurs et les préférences de la communauté afin d'élaborer des directives formellement approuvées par l'OMS, mais aussi développées et approuvées par les communautés elles-mêmes. Ces deux outils placent l'autonomisation de la communauté au centre – une grande première pour l'OMS d'inclure l'autonomisation de la communauté au cœur de la science et aussi de reconnaître l'impact que la violence peut avoir sur ces populations clés.

Du point de vue économique ressour, nous sommes habitués à des économistes qui produisent des rapports coût-efficacité et des données d'analyse pour influencer l'allocation des ressources, et dans ce cas précis, ils montrent clairement la relation linéaire entre les coûts des médicaments et des dépistages et leur portée. D'où l'objectif 90-90-90 lors de cette conférence, 90\$ pour traiter le VIH, 90\$ pour traiter la tuberculose et 90\$ pour traiter l'hépatite C.

(APPLAUDISSEMENTS)

Mais les économistes contribuent de plus en plus à l'espace politique en relevant le défi de tester les nouvelles idées qui sont proposées, comme deux pour un, en explorant ce qui doit changer pour que ces idées soient réalisables. Le moment est venu pour qu'un investissement plus important soit anticipé au cours des quatre à cinq prochaines années, il s'agit de la fenêtre d'opportunité, et les économistes plaident en sa faveur. Par exemple, le travail extraordinaire qui a été fait pour la construction d'une voie rapide en Namibie, ce projet a apporté des avantages à long terme et il est le résultat d'un investissement anticipé.

Cependant, comme un mouvement que l'on connaît déjà suite à de précédents exemples, comme la tuberculose et la réduction des risques, même la meilleure des preuves peut être totalement inutile s'il n'y a pas de volonté politique. Tandis que la réponse doit être entièrement financée, il ne fait aucun doute que nous pourrions avoir moins de cas de VIH avec l'argent que nous avons déjà. La clé du succès pour inverser cette tendance est de placer l'argent au bon endroit, avec les bonnes personnes et de bonne manière. À moins d'être déterminés, les 10 % qui ne seront pas atteints dans l'objectif 90-90-90 seront les 10% sur lesquels il faudra se focaliser. La durabilité dépend de l'incidence réduite des nouveaux cas d'infection parmi les populations clés. Si on regarde l'économie au niveau local, les programmes d'épargne au niveau communautaire, naturellement développés par les travailleurs du sexe, sont prometteurs en tant qu'interventions structurelles afin de réduire le risque de VIH parmi les travailleurs du sexe, comme vu lors de la présentation orale et par affiches, si tu n'as pas d'argent, il te contrôle.

Maintenant, les synergies avec d'autres secteurs de santé et de développement. Le secteur de l'éducation pourrait faire plus pour faciliter l'accès universel à l'éducation sexuelle, aux préservatifs et aux serviettes hygiéniques dans les écoles. Les étudiants devraient être faciles à atteindre - c'est une audience captive, vraiment. Mais si les gardiens les rendent difficiles d'accès,



cela crée une bataille que nous ne devrions pas financer, comme dans mon propre pays où le programme Safe Schools a été attaqué.

Nous avons souvent entendu que la mise en œuvre est bloquée par la pénalisation à tort de la transmission du virus, chez les hommes homosexuels, les travailleurs du sexe et les consommateurs de drogues. De telles lois furent décrites par Edwin Cameron comme « vicieuses, erronées et méchantes ». Se débarrasser de ces lois est probablement le plus grand gain d'efficacité que nous pouvons obtenir, rivalisant avec des rendements comme la baisse de prix des traitements et des tests de dépistage. Les pays qui acceptent des fonds multilatéraux tout en conservant la pénalisation, acceptent des fonds sous de faux prétextes et ces fonds sont gaspillés.

(APPLAUDISSEMENTS)

Comme les pays sont poussés vers une dépendance à l'égard des financements nationaux, il est évident qu'ils ne financent généralement pas la société civile. Les donateurs internationaux ont donc besoin de trouver d'autres façons pour que les fonds arrivent au niveau de la communauté, dans les organisations qui travaillent dans un environnement hostile pour provoquer des changements sociaux et juridiques et pour que l'accès aux services puisse continuer. En toute conscience, les groupes communautaires ne peuvent pas continuer à risquer violence et arrestation pour ce travail non rémunéré. Comme le disait[INAUDIBLE], « nous devons investir dans les estomacs, les corps et les mentalités des gens qui sont en première ligne - il y en a marre! »

(APPLAUDISSEMENTS)

Alex Coutinho de Partners in Health a revendiqué le développement de systèmes pour la santé, mais pas de systèmes de santé qui excluent les militants et pour qui leur connexion avec le monde reste à la porte de la clinique. Il a identifié un nombre de risques à gérer, comme par exemple les maladies non transmissibles chez les survivants à long terme lorsqu'ils vieillissent. Comme Debbie Persaud disait, un traitement à vie n'est pas facile. Étendre formellement la cascade au-delà de la suppression virale comprendrait des questions sur la qualité de vie des survivants à long terme. Un tiers des décès chez les personnes qui sont atteintes du sida est lié à la tuberculose. Ces épidémies jumelées doivent être traitées ensemble. À ce stade de la vie, nous devons encore briser les silos. Une intégration des services, pour qu'ils aient un impact, exigera qu'un accent soit mis sur les ressources humaines au service de la santé, y compris la formation et le développement des compétences. Vous voyez les parapluies rouges qui bougent entre les silos, ils montrent le chemin.

Et finalement, il est sage de penser à tous ceux qui ne sont pas dans la salle et si nous devons nous pencher sur cette question. Migration, commerce, zones de conflit, problèmes de sécurité, catastrophes, etc., tous ont été mentionnés. Mais il faut être honnête, nous peinons à faire des progrès avec les synergies évidentes dont j'ai déjà parlé tout à l'heure. Cependant, la symbolique du représentant des gens handicapés n'étant pas capable d'accéder à la scène pour se joindre aux autres représentants de cette société civile lors de la cérémonie d'ouverture parle d'elle-même. La technologie peut surmonter certains obstacles. Il s'agit de Carrie Thomas, qui a participé à la pre-conférence sur la pénalisation, par téléphone depuis la prison aux États-Unis



où il purge une peine de 30 ans parce qu'il n'a pas pu prouver qu'il avait divulgué sa séropositivité à son partenaire-30 ans. Et cela malgré sa charge virale indétectable et malgré le fait qu'il ait toujours utilisé des préservatifs. Quelle grave injustice. Néanmoins, c'est un militant derrière les barreaux, et il a pu participer grâce à la technologie.

(APPLAUDISSEMENTS)

Pour finir, je tiens à saluer la synergie avec le secteur artistique, ajoutant tellement de savoir-faire, de vision et de beauté à nos efforts collectifs, y compris la conception de l'action de protestation. Merci.

(APPLAUDISSEMENTS)

OWEN RYAN: Merci. Bernard. Très bon travail. J'ai maintenant l'honneur de vous présenter notre rapporteur principal, "Community & Leadership", Chris Mallouris. Chris est un militant et un fervent défenseur de la participation significative des personnes qui vivent avec le VIH et d'autres populations clés engagées dans la lutte contre le sida. Il milite aussi pour les droits basés sur des lois qui tiennent compte des genres, des politiques, et des programmes qui répondent aux besoins des communautés, délivrés par les communautés, pour les communautés. Chris vit avec le VIH depuis 2000. Il a changé de carrière dès qu'il a appris sa séropositivité, quittant le monde universitaire et de l'astrophysique pour faire partie de la lutte globale contre le sida, et il a travaillé au sein de la société civile et des Nations Unies.

Il a été directeur des programmes au Global Network of People Living with HIV, et il travaille actuellement pour ONUSIDA comme conseiller en matière de mobilisation des communautés. Je vous prie d'accueillir Chris.

(APPLAUDISSEMENTS)

CHRISTOPHER MALLOWRIS: Bonjour à tous. Je sais que ces derniers jours ont été difficiles, donc je vais essayer d'être bref. Je remercie l'IAS de m'avoir permis d'être le rapporteur pour le programme Community Leadership. Je voudrais remercier mon équipe - Gennady, Martha, Matan, Morenike, Vetina, merci beaucoup pour tous vos efforts et votre dévouement.

Il n'est pas facile de faire un rapport sur la communauté et le leadership. Les communautés dans le programme où la population clé est le plus à risque - des populations vulnérables, des populations géographiquement concentrées ou basées sur une identité - finalement toutes les populations que tout programme ou politique vise. Donc quasiment tout le programme. Et il n'y avait pas de volet spécifique. Il s'agissait d'un engagement par rapport à la communauté. Les priorités, les réponses, et l'engagement furent abordés pratiquement à chaque session. Vous pouvez donc imaginer qu'il est difficile de faire un rapport en seulement 12 minutes. Donc je vais vous présenter un aperçu très rapide de quelques-uns des thèmes qui proviennent des communautés.

Un grand nombre de sessions auxquelles nous avons assisté, avaient pour sujet le progrès phénoménal qui a été accompli depuis Durban 2000, et la tâche colossale qui nous attend si l'on veut mettre fin à l'épidémie du sida d'ici 2030. Cette conférence, pour beaucoup d'entre nous, a été une conférence de réflexion et d'introspection, regardant en arrière ce qui a été et évaluant



comment aller de l'avant. Même si l'on célèbre le succès des 16 dernières années, le sentiment général est que nous sommes arrivés à un tournant dans cette bataille. Nous avons identifié le problème. Nous savons ce qui doit changer dans chaque communauté, mais on ne sait pas vraiment comment y arriver assez rapidement avec les outils que l'on possède.

Pour les personnes qui vivent avec le VIH, il semble y avoir un accord sur les objectifs de traitement, aussi prometteurs qu'ils puissent être. Mais nous devons penser aux objectifs de traitement qui doivent être de qualité ainsi qu'aux services sans stigmatisation dont nous avons besoin. Les 17 millions de personnes qui sont sous traitement est une grande réussite, tout comme l'échelle incroyable du Plan Mondial qui consiste à éliminer les nouvelles infections pédiatriques chez les enfants -- une nouvelle génération sans VIH, c'est possible.

Mais des gens meurent. 1.1 million de personnes vivant avec le VIH sont décédés l'année dernière. Car les inégalités en matière d'accès au traitement s'accroissent, mais contrairement à l'an 2000, les gens meurent désormais sans bruit. Parce que les inégalités en matière d'accès au traitement s'accroissent, les gens qui ne sont pas riches sont ceux que l'on voit le moins et dont les gouvernements se soucient le moins. Le premier pas vers le traitement est le dépistage, et les barrières à ce dépistage sont la pauvreté, les inégalités sociales, la discrimination à cause de l'orientation sexuelle, l'identité sexuelle, le travail du sexe, la consommation de drogues, le statut de migrant, l'emprisonnement.

Les discussions autour des populations clés, faute d'une meilleure expression-- sujet qui a été débattu tout au long de la conférence. Malheureusement, cela ne semble pas avoir beaucoup changé. Les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, les consommateurs de drogues, les travailleurs du sexe et les personnes transgenres continuent à faire face à la discrimination, l'exclusion, la violence et se voient refuser des services. Beaucoup se demandent si ces populations clés sont en train de devenir les 10-10-10. Nous connaissons le problème. Nous savons ce qui doit changer. Mais comme beaucoup l'ont souligné, il y a un grand écart entre les discours prononcés lors des conférences sur le sida et la réalité lorsque nous rentrons chez nous. Et nous avons les outils de mise en œuvre. Bernard vient de les présenter. L'outil de mise en œuvre pour les travailleurs du sexe, l'outil de mise en œuvre pour les HSH, le transit, et très bientôt l'outil de mise en œuvre pour les consommateurs de drogues.

On nous rappelle conférence après conférence l'ampleur stupéfiante des taux d'incidence des décès liés au sida parmi les femmes, les jeunes filles et les adolescents, particulièrement dans la région d'Afrique orientale et australe. En Afrique subsaharienne, les jeunes adolescentes entre 10 et 19 ans, comptent pour 75% des nouvelles infections par VIH parmi la totalité adolescents. Des normes sexuelles trop rigides et des inégalités, comme le mariage des enfants, des obstacles à l'éducation, aux services de santé sexuelle et reproductive, la pauvreté, l'insécurité alimentaire, et la violence conduisent à cette vulnérabilité accrue. Le VIH est maintenant la première cause de mortalité chez les adolescents en Afrique, et la deuxième au niveau mondial en.

Bien qu'il y ait eu des discussions autour de la façon dont nous devons impliquer les hommes et les garçons, à la fois pour protéger leur santé et à la fois par rapport à leur rôle clé dans la réduction de la vulnérabilité chez les femmes, il est clair qu'il n'y a pas de solution. Nous sommes confrontés au même problème encore et encore à chaque conférence.



PrEP était l'une des nouvelles technologies de prévention mentionnée, et on commence désormais à se pencher sur la phase de mise en œuvre. Pour reprendre l'une des questions soulevées par le public, prenez les filles adolescentes. Il est déjà tellement difficile pour des filles adolescentes d'accéder aux services de santé sexuelle et reproductive, comment pouvons-nous leur fournir la PrEP? La conclusion fut que l'option doit être mise à disposition. C'est à nous de surmonter ces barrières. Mais il faut faire attention à ne pas surmédicaliser cette lutte, surtout pour les populations clés.

Une autre amélioration-- il devient de plus en plus facile de parler de la riposte des communautés contre le VIH. Il est plus facile de voir les partenariats, de voir les gouvernements et la société civile discuter et travailler ensemble afin de définir et de fournir des services. Des systèmes de santé ont été mentionnés plusieurs fois - l'intégration des systèmes de santé de la communauté dans des systèmes de santé renforcés et centrés sur le bien-être des personnes.

Mais attention, plus besoin de modèles de démonstration pour prouver que la riposte communautaire fonctionne. Nous sommes allés au-delà. Nous avons besoin de sessions pour décrire comment ceci peut fonctionner à plus vaste échelle. Nous avons besoin de sessions pour décrire comment l'intégration des ripostes communautaires dans des systèmes de santé centrés sur le bien-être des personnes peut fonctionner à plus vaste échelle.

Le financement. Tout le monde a parlé de financement, et il semblerait qu'il y ait une stagnation. Certains suggèrent d'avancer jusqu'en 2030 en utilisant ce que l'on a - l'efficacité et l'efficience, en intensifiant la prévention primaire, et s'attaquant à la stigmatisation et à la discrimination. Et dans ces propositions, le rôle de la riposte communautaire fut décrit comme essentiel. Il semblerait donc que la riposte communautaire soit appelée à la rescousse. Mais où est le financement pour ces communautés?

Pour que les communautés puissent répondre aux attentes, nous avons besoin d'un mécanisme de financement novateur qui permet aux fonds de circuler à partir des gouvernements vers les communautés qui ont besoin de ce financement international, sans restrictions, en particulier pour les travailleurs du sexe et les consommateurs de drogues. Nous avons besoin d'un financement qui soit accessible aux organisations locales -- Ce sont ces organisations qui sont oubliées. Et nous avons besoin d'un engagement de la société civile, telles que des ressources et du travail, et que ce travail soit rémunéré, le bénévolat ne peut plus durer. Nous avons besoin d'un Fonds mondial entièrement financé. Nous avons besoin d'une lutte contre le sida entièrement financée.

Enfin, ce fut pour moi ce qui a fait la différence lors de cette conférence. Il y a eu plusieurs sessions au cours des derniers jours organisées par des dirigeants communautaires portant sur l'avenir de l'activisme dans la lutte contre le sida. Les discussions ont porté sur les motivations derrière l'activisme au départ – et ce qui l'a rendu durable par le biais de Durban et au-delà. Des militants interrogés ont réclamé le besoin d'auto-responsabilisation -- leur propre légitimité à une époque où l'espace politique d'une société civile est de plus en plus restreint; ces discussions furent vraiment émouvantes et inspirantes.

L'engagement de la communauté a évolué et s'est professionnalisé. Depuis Durban 2000, nous avons maintenant des membres du CCM en partenariat avec la société civile. La société civile est la principale bénéficiaire du Fonds mondial. Nous avons des ONG siégeant au conseil



d'administration du Fonds mondial et ONUSIDA. Nous avons le fonds Robert Carr. Nous avons des réseaux pour les projets sur le travail du sexe, sur les transsexuels, et des réseaux internationaux pour les consommateurs de drogues. Le Forum mondial sur les HSH et le VIH a fêté ses 10 ans lors de cette conférence.

Charlize Theron s'est clairement exprimé sur le fait que le VIH n'est pas seulement transmis par le sexe. Le virus est transmis par le sexisme, le racisme, la pauvreté et l'homophobie. Elle nous a rappelé comment le sida se propage quand il y a des inégalités. La séance plénière de mardi matin fut, du moins pour moi, un rappel effrayant sur la manière dont la pénalisation face au virus du sida et la transmission du sida impactent le monde entier. Il ne s'agit pas seulement des États-Unis et de l'hémisphère nord.

Et à l'époque où l'on refusait d'admettre le sida, cette affiche, le silence tue, a aidé à définir l'activisme qui a permis à la lutte contre le sida de changer de visage. Et aujourd'hui ce message résonne encore, probablement même encore plus. Le sida n'est pas éradiqué, ce qui fut pour moi le message le plus important de cette conférence.

Ce fut une conférence qui nous a rappelé que le succès doit être célébré, mais nous devons apprendre comment nous sommes arrivés là et que notre travail est loin d'être achevé. Oui, le chemin à prendre est intimidant mais nous n'abandonnerons pas. Il est temps de rompre ce silence à nouveau et de renouveler l'espoir et l'engagement.

En parlant des militants contre le sida, Mark Haywood disait que nous ne sommes pas anti-gouvernement. Nous ne sommes pas pro-gouvernement-- nous sommes des gens pro. L'activisme doit avoir recours à la colère pour changer l'inchangeable, et nous devons utiliser l'amour et la solidarité - la solidarité entre nous et la solidarité avec les autres mouvements sociaux. Les militants, au moins pour moi, ont été très actifs lors de la AIDS 2016 à Durban. Merci.

(APPLAUDISSEMENTS)

OWEN RYAN: Merci, Chris. Je voudrais maintenant vous présenter notre rapporteur principal sur le "Global Village & Youth", Renatta Langlais. Renatta vient de l'île de la Dominique, mais vit actuellement à la Barbade où elle vient de compléter son premier diplôme en sciences politiques, genres, et études développementales à l'Université des Indes occidentales. Elle est un membre active de l'ICW Barbados et membre de Life Goes On Dominica, une ONG qui aide les familles atteintes et contaminées, à vivre avec le VIH/sida. Elle aime rencontrer de nouvelles personnes et espère pouvoir apprendre des autres des connaissances dans le domaine du VIH/sida afin de pouvoir mettre en avant les obstacles des femmes qui vivent avec le VIH/sida. Je vous prie d'accueillir Renatta.

(APPLAUDISSEMENTS)

RENATTA HORASIA LANGLAIS: Bonsoir tout le monde -- bonjour. Je souhaiterais tout d'abord remercier l'International AIDS Society qui m'a permis d'être ici aujourd'hui. Et je voudrais également remercier tous les membres de mon groupe Chibuike Alagboso, Primrose Manyalo, Charles Pensulo, Rewan Youssif et Janet Bhila.



Ce parcours a été très excitant pour moi, le fait d'être rapporteur dans le "Global Village" cette semaine. Lors de notre session lundi, nous avons entendu les jeunes leaders parler de l'éducation de leurs camarades et quand ils accèdent à des espaces de pouvoir décisionnel, ils s'expriment là-bas aussi. Cependant, ils sont beaucoup plus marginalisés, isolés, et exclus des forums lors desquels les décisions sont prises, ce qui a un impact négatif sur les progrès qui peuvent être faits pour éradiquer le VIH et le sida.

Une façon d'obtenir l'attention du monde est à travers des arts créatifs. La danse féminine commence à impressionner les jeunes d'aujourd'hui, exposant et célébrant les projets de femmes très utiles et réussis dans le monde entier. Ce fut l'une des activités exposée dans le "Global Village". Ils ont montré des photos et ces photos donnent vie à des histoires méconnues de femmes qui vivent dans des endroits reculés- et qui vivent avec le VIH et le sida. Leur utilisation des arts créatifs dans la lutte contre le VIH a été présentée par un producteur de film au Malawi par le biais du Art and Global Health Center. Ce projet leur a permis de raconter leurs histoires à leur façon, ce qui a entraîné une forte augmentation du nombre d'hommes réclamant des services liés au VIH au sein de leurs communautés. Les personnes vivant avec le HIV/sida disaient qu'il était temps pour eux de raconter leurs propres histoires au lieu d'écouter les autres raconter des histoires à leur sujet.

Dans la session de mardi, le plaisir inavoué en matière de santé sexuelle et de droits a mis en évidence le tabou associé au plaisir sexuel et son lien étroit avec la santé reproductive et ses droits. Les conférenciers et le public ont convenu que la pénalisation et le manque d'éducation sexuelle, ainsi que le silence associé au sexe, affectent négativement la communauté LGBTQT, les travailleurs du sexe, et la jeunesse. Malang Tabo de Cameroon Sex Education a dit que l'éducation sexuelle devrait aller au-delà des conversations sur la façon d'éviter une infection par VIH. Que vous soyez de la Libye, des Pays-Bas ou du Pakistan conservateur, parler du plaisir sexuel est un sujet tabou. Ceci pénalise particulièrement la communauté LGBT et les jeunes, qui ont besoin d'information et d'éducation, et non pas de silence et d'un sentiment de honte. D'autres populations clés qui ont été mises en avant sont les adolescents. Au Nigeria, [INAUDIBLE] a créé une campagne portant sur un programme de développement des capacités pour aider à réduire la violence chez les jeunes et pour les transformer en agents du changement.

Mercredi, Brian Walsh de la Fondation Liquidnet a expliqué les défis liés aux mécanismes actuels de financement. Il a déclaré qu'il y avait une coupure entre les donateurs, les associations à but non lucratif et les donateurs. Les organismes de soutien à but non lucratif provoquent des changements dans la vie de beaucoup de personnes en fournissant un lieu sûr où les gens qui vivent avec le VIH peuvent se rassembler. En Ouganda, Mama's Club est un excellent exemple d'une organisation à but non lucratif. Cette organisation a changé la vie de nombreuses mères, leur donnant la possibilité de vivre plus longtemps, plus sainement, tout en prenant soin de leurs enfants. En Afrique du Sud, le réseau mondial des personnes vivant avec le VIH et le sida s'est focalisé sur l'amélioration de la dignité et la qualité de vie de ses membres. Nous avons vu que la prophylaxie pré-exposition et l'anneau vaginal étaient des nouvelles méthodes de prévention qui aideraient à faire diminuer la propagation du VIH et du sida. Éduquer le grand public par rapport à la PrEP a ouvert de nouvelles portes en matière de soutien aux femmes qui vivent avec le VIH. Les hommes font maintenant preuve d'initiative et



Montrent leur volonté à soutenir les femmes qui prennent ces médicaments. La recherche pour trouver un vaccin contre le VIH est toujours en cours. L'essai RV144 en 2009 a démontré que ceux qui avaient reçu le vaccin présentaient 31% moins de risque d'être infectés.

Jeudi matin, il y avait un spectacle de danse très engageant sur la scène principale du "Global Village". Le présentateur faisait participer le public. C'était une nouvelle façon excitante de voir comment des personnes de différentes origines pouvaient s'unir et danser ensemble sans que la différence de race, de religion ou de culture soit un obstacle. En renforçant le soutien psychosocial pour les adolescents au Lesotho, l'organisation communautaire Sentebale fournit des compétences essentielles et un soutien psychologique qui visent à aider des jeunes entre 10 et 19 ans. Il y a également eu un documentaire qui faisait le portrait d'une université en Chine. Et il y avait une session questions-réponses avec les étudiants. On leur a demandé quelles étaient leurs réactions, ou s'ils connaissaient quelqu'un qui vivait avec le VIH/sida. Alors que certains ont déclaré qu'ils ne discriminaient jamais quelqu'un qui était séropositif, d'autres avaient une vision différente. Les étudiants chinois ont encore beaucoup à apprendre concernant le VIH et le sida. D'autres défis auxquels la communauté des personnes vivant avec le VIH/sida est confrontée, sont les lois de pénalisation. Lors d'une session ICW, nous avons examiné ces lois au Canada qui accusent des femmes pour non-divulgation. Actuellement, il y a une femme au Zimbabwe qui est accusée de ne pas avoir avoué à son partenaire une aventure ou une relation sexuelle qu'ils ont eu il y a quatre ans.

En résumé, nous estimons qu'il y a encore beaucoup de travail à faire. Et nous devons essayer de vous impliquer dans la lutte contre le VIH et le sida. Merci,

(APPLAUDISSEMENTS)