

---

**Note d'information technique sur le VIH et les populations clés**  
**Programmation à l'échelle avec les travailleur(se)s du sexe, les hommes**  
**ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de**  
**drogues injectables et les personnes en prison et dans d'autres milieux**  
**fermés**

---

OCTOBRE 2019    GENÈVE, SUISSE

## Table des matières

1. Introduction .....	3
1.1 Populations clés et vulnérabilité au VIH .....	5
2. Approches et principes directeurs .....	6
2.1 Principes .....	6
2.2 Approches .....	8
3. Développement, mise en œuvre et suivi des programmes destinés aux populations clés .....	10
3.1 Informations stratégiques .....	10
3.2 Conception des programmes .....	16
3.2 Gestion des programmes .....	16
3.2.2 Ensemble complet d'interventions dans le secteur de la santé .....	18
3.3 Facteurs déterminants et programmes visant à éliminer les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services .....	22
3.3.1 Examen des lois, politiques et pratiques, y compris la dépénalisation et l'âge de consentement .....	23
3.3.2 Lutter contre la stigmatisation, la discrimination et la violence à l'encontre des membres des populations clés .....	24
3.3.3 Capacitation des communautés .....	25
3.4 Mise en œuvre des programmes .....	26
3.4.1 Mise en œuvre des programmes dans la cascade de prévention, de dépistage et de traitement du VIH .....	26
3.4.2 Prestation différenciée de services et de services communautaires .....	29
3.5 Utilisation des données pour le suivi .....	31
Annexe 1 Exemples d'approches et de programmes .....	34
Annexe 2 Réseaux et groupes de populations clés .....	36
Annexe 3 Documents clés .....	38
Annexe 4 Glossaire .....	40
Références .....	43

# 1. Introduction

L'objectif de la présente note d'information technique est de fournir aux pays des informations leur permettant d'élaborer leurs demandes de financement pour des programmes complets qui portent sur la cascade de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins du VIH, en faveur des populations clés suivantes :

- travailleurs du sexe hommes, femmes et transgenres<sup>i</sup>
- gays et hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes<sup>ii</sup>
- personnes transgenres (particulièrement les femmes transgenres)
- consommateurs de drogues injectables
- personnes en prison et dans d'autres milieux fermés.

Par comparaison à la situation du passé, un plus grand nombre de pays identifie clairement les populations clés dans ses plans stratégiques nationaux ; un plus grand nombre d'interventions est conforme à celles recommandées par l'OMS, ONUSIDA et le Fonds mondial ; et l'atteinte et la couverture des populations clés par le biais de services adaptés sont mieux mesurées, y compris par le biais de la ventilation des données par sexe et par âge. Par conséquent, nous sommes à présent plus en mesure d'évaluer ce qui fonctionne, les domaines de programmation les plus compliqués à mettre en œuvre, les lacunes des services qui devraient attirer l'attention des pays lorsqu'ils planifient leurs programmes.

Les pays se sont fixé des objectifs ambitieux en matière de prévention du VIH, conformément à la Déclaration politique des Nations Unies de 2016 qui vise à toucher 90 % de la population présentant un risque d'affection à VIH avec des services de prévention complets, ainsi que des objectifs en matière de traitement conformes aux 90-90-90 de l'ONUSIDA.<sup>1,2</sup> Les interventions ciblant les populations clés constituent un pilier prioritaire de la feuille de route de la Coalition mondiale pour la prévention du VIH qui vise à réduire le nombre de nouvelles infections de 75 % d'ici 2020,<sup>3</sup> mais les populations clés sont toujours marquées par des taux d'incidence du VIH élevés et une faible couverture des services de prévention et de traitement. C'est pourquoi **les programmes ciblant les populations clés doivent être adaptés à l'échelle**. Cela nécessite d'estimer de manière sûre et fiable la taille des populations clés (en étroite consultation avec les experts des communautés), de comprendre leurs faiblesses particulières et leurs besoins en services, et d'élaborer et de fournir des services de grande qualité, complets, fondés sur des données probantes et dans le respect des droits, afin d'atteindre suffisamment de personnes pour avoir un impact au niveau de la population. Ces services ne doivent pas uniquement couvrir la prévention du VIH, mais **toute la cascade de**

---

<sup>i</sup> Dans la présente note d'information technique, « populations clés » fait référence à ces cinq groupes et non pas autres populations spécifiquement touchées par le VIH, la tuberculose et le paludisme. Pour des définitions détaillées, consultez le glossaire à l'annexe 4. Veuillez noter que bien que ces populations clés peuvent inclure les jeunes (de 10 à 24 ans), les Nations Unies considèrent les enfants de moins de 18 ans impliqués dans le commerce du sexe comme étant des enfants sexuellement exploités et non pas des travailleur(se)s du sexe.

<sup>ii</sup> L'utilisation de ces termes n'exclut pas d'autres formes d'affirmation auxquelles les personnes recourent pour décrire leur comportement ou orientation sexuelle.

**prévention, de diagnostic, de traitement et de soins** du VIH (et d'autres besoins sanitaires prioritaires tels que les infections sexuellement transmissibles, l'hépatite, la tuberculose, la santé mentale et la santé sexuelle et reproductive).

Des services complets, de qualité et à l'échelle sont essentiels mais insuffisants : **l'accès reste un problème clé**. Dans de nombreux pays, le recours aux services de la cascade de prévention et de traitement reste faible pour les populations clés, principalement en raison des **obstacles liés aux droits de l'homme et à l'égalité de genre**, y compris la criminalisation, les lois religieuses, les normes culturelles, la stigmatisation, la discrimination et la violence. C'est pourquoi la stratégie du Fonds mondial pour la période 2017-2022<sup>4</sup> met l'accent sur l'importance de s'assurer que les services sont accessibles, acceptables, abordables et de grande qualité (comme reflété dans l'indicateur de performance clé n° 5 de la stratégie). Un composant essentiel de l'amélioration de l'accès pour les populations clés consiste à **identifier, à renforcer et à soutenir les organisations et les réseaux communautaires, de la société civile et pilotés par les populations clés pour fournir un programme à grande échelle**. Ces organisations peuvent être bien placées pour créer des plateformes fiables et sûres de prestation de services, qu'il s'agisse de services directs ou par le biais de centres d'accueil, de travailleurs de proximité, ou de communications par Internet ; ou d'orientations vers des prestataires de services approuvés qui respectent les populations clés et assurent leur sécurité.

La présente note d'information technique souligne les principes et les approches résumées ci-dessus. Elle devrait être lue en parallèle avec la note d'information relative au VIH du Fonds mondial,<sup>5</sup> qui fournit un contexte plus large pour les demandes de financement du VIH. Cette note d'information technique repose sur les dernières orientations normatives et de mise en œuvre y compris les quatre instruments pratiques de programmation du VIH avec les populations clés,<sup>iii</sup> qui se traduisent par des étapes pratiques, à la fois pour l'orientation clinique et pour les facteurs déterminants (traitant des obstacles aux services), contenus dans les [Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés](#) (2016). Les instruments pratiques ont été regroupés lors d'un processus de collaboration étroite entre les organisations et réseaux dirigés par les populations clés, les agences des Nations Unies et d'autres partenaires internationaux.

La présente note d'information technique repose également sur les enseignements tirés d'une évaluation des programmes visant les populations clés dans 65 pays. L'évaluation a été commandée par le Fonds mondial pour examiner la manière dont les ensembles de services de lutte contre le VIH sont conçus, fournis et contrôlés pendant la période d'allocation 2017/2019 (ci-après, le « rapport d'évaluation »).

La **section 1** de la note explique **pourquoi les populations clés sont spécialement vulnérables au VIH**. La **section 2** présente les **principes et approches** qui devraient être à la base de tous les aspects de la programmation. La **section 3** décrit les **composants qui**

---

<sup>iii</sup> [Mettre en œuvre des programmes complets de VIH/IST auprès des travailleuses du sexe: approches pratiques tirées d'interventions collaboratives](#) (OMS, 2013) – ou SWIT ; [Implementing comprehensive HIV and STI programmes with men who have sex with men: practical guidance for collaborative interventions](#) (UNFPA, 2015) – MSMIT ; [Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions](#) (PNUD, 2016) – TRANSIT ; [Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions](#) (ONUSIDA, 2017) – IDUIT.

**devraient faire partie des plans stratégiques nationaux et des programmes nationaux destinés aux populations clés**, couvrant l'information stratégique, la conception, la mise en œuvre et le suivi de programmes. Cela inclut l'ensemble complet d'interventions et les « facteurs déterminants » définis par l'OMS pour traiter les obstacles aux services liés aux droits. Les annexes contiennent des **exemples d'approches et de programmes** du monde entier, une liste de **réseaux de représentants de populations clés, des documents de référence clés** et un **glossaire**.

### 1.1 Populations clés et vulnérabilité au VIH

Quel que soit le contexte, les populations clés sont disproportionnellement touchées par le VIH et enregistrent des taux de mortalité et de morbidité supérieurs à ceux de la population générale. Dans la plupart des pays, une couverture inadaptée et une faible qualité des services destinés aux populations clés continuent de nuire à la riposte au VIH. Les membres de toutes les populations clés subissent toujours de fortes stigmatisation et discrimination, rencontrent des obstacles et des difficultés juridiques pour accéder aux services et ne sont souvent pas la priorité des systèmes de santé publics.<sup>6</sup>

Un certain nombre d'obstacles structurels découragent ou empêchent les populations clés d'accéder aux soins de santé et violent leur droit à la santé<sup>6</sup> et à la non-discrimination. Dans de nombreux pays, la criminalisation qui vise les rapports sexuels entre hommes, le travail du sexe ou la consommation de drogue, ainsi que le manque de reconnaissance juridique des identités de genre autres qu'homme ou femme, constitue un obstacle important aux services. La situation est souvent aggravée par des pratiques politiques illégales comme le harcèlement, les arrestations arbitraires, l'extorsion et la violence. Les membres des populations clés qui sont emprisonnés ou en détention font face au même accès limité aux services de santé et de prévention que tous les prisonniers, et peuvent faire face à de plus grandes discriminations et vulnérabilité au VIH.

Les membres des populations clés peuvent subir un rejet social et une discrimination de la part des prestataires de services, allant du manque de respect à la violence physique ou verbale ou encore au refus des services. Il est possible que les professionnels de santé n'aient pas les connaissances ou la formation nécessaires pour traiter les besoins spécifiques des populations clés en matière de santé sexuelle ou concernant la toxicomanie.

Les membres des populations clés à qui l'on refuse du travail du fait de leur orientation sexuelle, de leur identité de genre ou de leur consommation de drogues peuvent se retrouver sans abri et confrontés à la pauvreté, ce qui complique davantage leur accès aux services de santé. Les personnes qui vendent des services sexuels peuvent subir des sanctions ainsi que de la violence et une exploitation économique.

Les vulnérabilités liées au genre, à l'âge ou au statut VIH touchent certains membres de chaque population clé :

- Les **femmes** accèdent plus difficilement aux services de santé et d'action sociale que les hommes, sont davantage marginalisées au plan économique et sont plus vulnérables à la violence fondée sur le genre. Les droits sexuels et reproductifs des femmes issues des populations clés sont souvent ignorés ou bafoués, au moyen de la stérilisation et de l'avortement forcés (voir section 2.1).
- Les **jeunes des populations clés** (âgés de 10 à 24 ans) doivent en plus composer

avec une certaine fragilité inhérente à leur jeunesse, à l'asymétrie des rapports de forces entre partenaires et à leur vulnérabilité face à l'exploitation et à la violence. Ces facteurs ont pour effet d'augmenter les comportements à risque chez ces jeunes. Les mineurs de moins de 18 ans peuvent rencontrer des difficultés pour accéder aux services de santé, dès lors que la loi exige le consentement parental aux soins, que les politiques méprisent le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant et l'évolution de ses capacités,<sup>7</sup> ou que les programmes destinés aux populations clés ne prévoient aucun service adapté à leur âge.

- Les **membres de populations clés vivant avec le VIH** peuvent subir un rejet social supplémentaire en raison de leur statut VIH (y compris au sein de leur propre communauté de population clé). Ils sont susceptibles de se heurter à des obstacles encore plus graves en matière d'accès au traitement et à d'autres services nécessaires. Les personnes vivant avec le VIH courent plus le risque de développer une tuberculose évolutive (et d'en mourir) que les personnes séronégatives, particulièrement s'ils sont en prison ou dans d'autres milieux fermés, ainsi que dans les milieux de vie et de travail où règne une grande promiscuité. Parmi les consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH, la co-infection avec l'hépatite C virale est très courante.

Au sein des populations clés, nombreux sont ceux qui se heurtent à des vulnérabilités plurielles face à l'infection à VIH et à l'impact du VIH. Les programmes doivent donc y être particulièrement sensibles, afin de répondre à l'ensemble de leurs besoins. Par exemple, une personne peut vendre des services sexuels pour s'acheter de la drogue, ou une personne victime de stigmatisation ou de violence en raison de son orientation sexuelle ou de son identité de genre peut, par stratégie de défense, se réfugier dans l'alcool ou la drogue.

## 2. Approches et principes directeurs

### 2.1 Principes

**La programmation doit satisfaire aux normes du Fonds mondial en matière de droits humains** : L'objectif stratégique 3 de la stratégie du Fonds mondial pour la période 2017-2022 engage le Fonds à « mettre en place puis intensifier des programmes visant à éliminer les obstacles en rapport avec les droits de l'Homme, qui empêchent d'accéder aux services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme ». <sup>4</sup> Les normes et les principes relevant des droits de l'Homme doivent être intégrés dans les programmes, et les programmes doivent être mis en œuvre afin de lever les obstacles à l'accès aux services de prise en charge du VIH liés aux droits humains (voir section 3.3). Les gouvernements, <sup>1,8</sup> l'ONUSIDA, <sup>9</sup> l'OMS, <sup>6</sup> le Fonds mondial et la société civile ont reconnu des programmes spécifiques qui visent à intégrer les normes et principes de droits humains dans les services de prise en charge du VIH et de lever les obstacles liés aux droits, y compris pour les populations clés. Pour une description de ces programmes, consultez la note d'information technique du Fonds mondial

[VIH, droits de l'Homme et égalité de genre](#),<sup>iv</sup> et la note d'orientation de l'ONUSIDA [Programmes clés visant à réduire la stigmatisation et la discrimination et à renforcer l'accès à la justice dans les ripostes nationales au VIH](#). Ces approches devraient faire partie d'un ensemble complet de services destinés aux populations clés.

Les accords-cadres du Fonds mondial comprennent cinq normes liées aux droits humains que tous les bénéficiaires doivent respecter. Il s'agit de : a) garantir l'accès aux services à tous sans discrimination, y compris aux personnes en détention ; b) avoir recours exclusivement à des médicaments ou à des pratiques médicales scientifiquement approuvés et éprouvés ; c) ne pas employer des méthodes qui constituent un acte de torture ou s'avèrent cruelles, inhumaines ou dégradantes ; d) respecter et protéger le consentement en connaissance de cause, la confidentialité et le droit au respect de la vie privée concernant le dépistage médical, les traitements ou les services de santé ; et e) éviter la détention médicale et l'isolement involontaire, qui ne doivent être utilisés qu'en dernier recours.

**La programmation doit traiter des problèmes sous-jacents qui contribuent à l'inégalité de l'accès, y compris les obstacles aux services liés au genre :** Les programmes doivent reconnaître et résoudre correctement un vaste éventail de problèmes qui ont un impact sur l'inégalité de l'accès pour les populations clés, tels que l'âge, la marginalisation sociale et économique, les normes culturelles et de genre, ainsi que la stigmatisation. Au sein des populations clés et de la population au sens large, le genre est un facteur essentiel de risque pour la maladie et la manière dont les personnes peuvent avoir accès aux services et en bénéficier. Les programmes doivent être conçus, mis en œuvre et suivis en comprenant au mieux les inégalités de genre dans l'accès aux services essentiels, ainsi que la raison de ces disparités. Comprendre et répondre concrètement aux dimensions de genre au sein des populations clés ont également leur importance. Par exemple, les services de réduction des méfaits devraient comprendre les besoins spécifiques des consommatrices de drogues, y compris la manière d'établir des liens avec elles et de leur proposer des services complets et sûrs. Les femmes transgenres ne devraient pas être dans le même groupe que les gays et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes aux fins du recueil d'informations stratégiques, de l'atteinte de ces personnes, de la prestation de services ou du suivi de programmes. En outre, les services de santé sexuelle et reproductive devraient être fournis aux femmes et aux hommes, indépendamment de la ou des populations clés auxquelles ils appartiennent, dans le cadre d'ensemble complet d'interventions (voir section 3.2.2).

**Les programmes ne doivent pas nuire :** à la participation des membres des populations clés, à tous les aspects de la planification du programme (y compris les dialogues au niveau national et les mécanismes de coordination nationaux), à l'exécution du programme, et le suivi doit toujours être prévu de manière à garantir que les populations clés ne sont pas exposées au risque de harcèlement, d'abus ou de violence. Les programmes doivent comporter des politiques et des procédures visant à prévenir, à atténuer et à contrer les menaces à la sécurité des membres des populations clés recherchant ou bénéficiant des services et des personnes qui fournissent ces services (voir FHI 360/LINKAGES [Safety and Security Toolkit](#)). En outre, il est essentiel de garantir la confidentialité des données des patients (voir section 3.5).

---

<sup>iv</sup> Dans la présente note d'information technique, les liens hypertextes renvoient à la version française des publications du Fonds mondial quand elles existent, ou à leur version anglaise sinon. On pourra les trouver dans d'autres langues à l'adresse <https://www.theglobalfund.org/en/funding-model/applying/resources/>.

## 2.2 Approches

Les approches suivantes sont indispensables pour mener à bien les programmes et doivent être intégrées à la conception, à la mise en œuvre et au suivi. Voir section 3.4 et annexe 1 pour des exemples d'application.

**Échelle et durabilité :** Le financement du Fonds mondial vise à aider les pays à planifier, à concevoir et à fournir des services complets. Chaque pays devrait avoir pour objectif d'intensifier ses services de sorte que 90 pour cent des populations clés soient couvertes. Cela exige d'établir des partenariats avec les organisations de la société civile, y compris les organisations et les réseaux communautaires et dirigés par les populations clés, qui sont en mesure (ou ont le potentiel) de mettre en œuvre un programme à grande échelle, et sont dotés d'une direction puissante pour pouvoir intégrer des informations stratégiques et utiliser des données de suivi, disposent de la flexibilité et de la capacité à s'adapter rapidement si l'environnement de prestation des services change soudainement (voir la [note d'information technique Maximiser l'impact en renforçant les systèmes et les ripostes communautaires et la note d'information sur le VIH](#) du Fonds mondial).

La pérennité des programmes doit être prise en compte dès les premières étapes de la planification. Le financement par les donateurs externes n'est pas jamais éternel. C'est pourquoi les pays doivent envisager, d'un point de vue politique, une manière d'intégrer la programmation et le financement des populations clés dans les programmes et le budget de santé et de bien-être nationaux, par exemple par le biais de contrats sociaux (voir annexe 1, exemple A, et la [Politique du Fonds mondial en matière de pérennité, de transition et de cofinancement](#)). Cela inclut des services fournis par des organisations non gouvernementales (ONG) ou des organisations communautaires dirigées par les populations clés, qui souffrent souvent de coupes budgétaires lorsque les ressources deviennent limitées. Pour se protéger contre cette menace, les populations clés doivent être des planificateurs et bénéficiaires essentiels des programmes, mais aussi des défenseurs des transitions étayées par des données et bien planifiées, qui préservent et développent des programmes stratégiques, incluant la réduction des risques, tout en défendant un environnement favorable à la promotion de l'accès aux services. Les candidats doivent intégrer dans leurs plans des délais, un financement et des structures adéquats pour préserver et élargir les programmes. Les plans nationaux doivent comporter un plan de transition chiffré afin de montrer comment les programmes seront perpétués une fois que le financement du Fonds mondial arrivera à sa fin.

**Cascade de traitement du VIH :** Outre de solides interventions de prévention du VIH, les programmes doivent prévoir un ensemble complet de services de diagnostic, de traitement et de soins du VIH afin de garantir que les personnes dépistées séropositives aient rapidement la possibilité de débiter une thérapie antirétrovirale, de bénéficier d'un accompagnement psychosocial nécessaire, et soient soutenues dans la poursuite du traitement antirétroviral afin que leur charge virale reste indétectable, ce qui empêche la transmission et leur permet de rester en bonne santé. Le suivi de programme doit être conçu de manière à pouvoir suivre les personnes dans toute la cascade. Pour de plus amples informations, consultez les [Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé](#) de l'OMS.

**Renforcement des systèmes communautaires :** Parmi les ripostes au VIH les plus efficaces qui ont été apportées aux populations clés (y compris les interventions de promotion de comportements sexuels plus sûrs, l'utilisation systématique des préservatifs, la prophylaxie

préexposition (PrEP), les dépistages réguliers du VIH, le traitement du VIH, le maintien dans le circuit des soins, la réduction des méfaits, la sensibilisation), nombreuses sont celles à l'avoir été dans des environnements communautaires. Toutefois, de nombreuses communautés et organisations de populations clés manquent de ressources et de systèmes nécessaires pour fournir et gérer des services de soins de santé et de lutte contre le VIH. Les demandes de financement qui sont en partie axées sur le renforcement de ces organisations et réseaux peuvent renforcer le rôle moteur de ces derniers, peuvent les aider à être des partenaires efficaces de la riposte nationale au VIH en créant des plateformes d'accès auxquelles les populations clés peuvent faire confiance. Dans le cadre du renforcement des systèmes communautaires, des interventions spécifiques peuvent être envisagées : suivi communautaire, sensibilisation par les communautés, mobilisation sociale, création de liens communautaires, et collaboration et coordination. Dès le départ, les systèmes communautaires doivent être conçus de manière à intensifier les programmes visant les populations clés afin d'atteindre les objectifs nationaux. Pour de plus amples informations, voir la [note d'information technique relative au renforcement des systèmes communautaires](#) du Fonds mondial. Les ONG et les organisations communautaires devraient bénéficier d'un soutien financier adéquat et systématique afin de préserver l'ampleur et la qualité de leurs services. Si possible, les pays devraient envisager le financement de ces organisations dans leur budget national, plutôt que de se reposer sur les donateurs pour les soutenir. Les modèles devraient inclure un contrat social, ainsi que le financement d'ONG pour fournir des services aux populations clés par le biais de régimes d'assurance gouvernementaux (voir annexe 1, exemple A).

**Gouvernance et participation communautaire :** La participation et la gouvernance aident les populations clés à affirmer leur confiance dans les processus liés au Fonds mondial et à se les approprier, ainsi qu'à créer des environnements plus favorables à la prévention, au dépistage, au traitement et aux soins du VIH.<sup>10</sup> Cela s'applique tout au long du dialogue au niveau du pays et lors des délibérations des instances de coordination nationales, lors de l'élaboration des demandes de financements et de l'octroi des subventions. Les membres des populations clés devraient choisir leur mode de représentation et leurs représentants en garantissant l'équilibre entre les genres et de la parité. Pour plus de participation, les communautés peuvent solliciter le concours du Secrétariat du Fonds mondial par le biais du [programme d'assistance technique en matière de communautés, de droits et de genre](#) ou des partenaires techniques. Voir annexe 1, exemple B, ainsi que la section 3.3.3 et la liste des réseaux de populations clés de l'annexe 2. La participation et la gouvernance des populations clés sont également essentielles pour la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de programmes efficaces. Les services fournis par les membres des populations clés (ou en étroite collaboration avec les populations clés) sont plus susceptibles d'être respectés et acceptés par les bénéficiaires. Cela signifie employer des membres de populations clés, y compris notamment des intervenants de proximité (éducateurs pairs, conseillers pairs, prestataires pairs de dépistage du VIH et distributeurs pairs d'antirétroviraux pour les patients stables, superviseurs pairs, navigateurs pivots, éducateurs pairs sur les droits humains, assistants juridiques pairs), recueillir régulièrement les retours d'information des bénéficiaires des services et mettre en œuvre des dispositifs de responsabilité efficaces, tels que des comités de surveillance dirigés par les communautés.

**Accessibilité et caractère abordable :** Le fait de regrouper les services en un même endroit permet d'améliorer l'accessibilité des services et de réduire le nombre de perdus de vue. Là

où des services d'action sociale ou sanitaire spécifiquement adaptés aux populations clés sont déjà en place, on peut envisager de greffer à l'offre de services certaines interventions de l'ensemble complet de l'OMS, soit en formant le personnel en poste, soit en complétant l'effectif sur place. Les services doivent être flexibles pour prendre en compte les besoins des non-citoyens ou des migrants internes susceptibles de ne pas disposer des documents habituellement demandés pour accéder aux services. Les services doivent être gratuits ou abordables. Les pays doivent veiller à ce que les frais restant à la charge des patients ne représentent pas un coût prohibitif pour les populations clés.

**Différenciation** : Afin d'utiliser les fonds de la manière la plus efficace, les pays devraient envisager de concevoir et de proposer des services différenciés de différentes manières. Cela inclut les points suivants :

- **Géographie** : selon la répartition et la densité des membres des populations clés.
- **Système de santé** : avec des responsabilités différentes selon le type ou l'emplacement du prestataire.
- **Démographie** : par exemple, âge, genre, statut de migrant, langue, niveau d'éducation.
- **Ensemble de services** : adapté à chaque personne des populations clés ou aux sous-groupes de populations clés.
- **Caractéristiques individuelles des populations clés** : adaptées aux divers profils de risques, aux pratiques sexuelles et aux modèles de comportements.
- **Obstacles liés aux droits de l'Homme et à l'égalité de genre** : les programmes visant à lever ces obstacles devraient être adaptés aux besoins de chaque population clé.

### 3. Développement, mise en œuvre et suivi des programmes destinés aux populations clés

Le tableau 1 de la page suivante résume les composants essentiels des programmes de lutte contre le VIH destinés aux populations clés. Les demandes de financement devraient intégrer ces composants ainsi que ceux mis en évidence ci-après. Il est particulièrement important que les demandes de financement reflètent les principes et les approches listés dans la section 2 ci-dessus.

#### 3.1 Informations stratégiques

**La sécurité des populations clés est primordiale dans toutes les activités liées à la collecte, à l'analyse et à l'utilisation d'informations stratégiques.** Comme la collecte de données individuelles sur les populations clés peut être dangereuse dans des environnements hostiles, il est toujours important d'évaluer si les membres de populations clés peuvent y participer en toute confiance et sécurité, et d'inclure des mesures visant à garantir leur sécurité tout au long du processus (voir FHI 360/LINKAGES [Programmatic Mapping Readiness](#))

[Assessment](#)). Cela inclut la garantie que les données collectées sur les populations clés sont stockées en toute sécurité.

**Les pays devraient effectuer des évaluations épidémiologiques et démographiques pour définir des cibles réalistes.** Les évaluations épidémiologiques incluent des études sur la prévalence du VIH et des évaluations des besoins. Les évaluations démographiques incluent une estimation de la taille de la population, qui, si possible, devrait être accompagnée d'une cartographie (sur site uniquement et en ligne pour certains sous-groupes de populations clés) afin d'identifier des zones où les services devraient être fournis, ainsi que des durées de fonctionnement adaptées (voir [Lignes directrices relatives à l'estimation de la taille des populations](#) et les lignes directrices relatives aux [enquêtes biocomportementales portant sur les populations](#) de l'ONUSIDA et de l'OMS). Toutefois, comme l'estimation de la taille et les enquêtes biocomportementales peuvent être chronophages et nécessiter des moyens importants, les pays devraient adopter une approche pragmatique (par exemple, cartographie communautaire) et devraient lancer les programmes là ils sont clairement nécessaires, effectuant régulièrement des adaptations à mesure que des données plus rigoureuses sont disponibles.

**Les informations stratégiques doivent être ventilées au moment de leur analyse pour garantir que les services touchent les personnes qui en ont besoin et que personne n'est laissé pour compte.** Les services différenciés peuvent uniquement être conçus et fournis efficacement si l'on possède des informations sur les populations clés dans toute leur diversité au niveau local. Ainsi, dans la mesure du possible, les données générées des enquêtes et des programmes doivent être ventilées par genre et par âge au sein de chaque population clé. Cela est particulièrement important pour les travailleur(se)s du sexe et les consommateurs de drogues injectables : au sein de ces populations clés, des sous-groupes subissent différentes vulnérabilités, ont des besoins en services différents et rencontrent des obstacles à l'accès aux services selon le genre, l'identité de genre et l'âge. Pour la même raison, les membres des populations clés de moins de 18 ans devraient être distingués des adultes. [Toutefois, il convient de se souvenir que les Nations Unies considèrent que les enfants de moins de 18 ans impliqués dans le commerce du sexe sont des enfants sexuellement exploités et non pas des travailleur(se)s du sexe.<sup>8,9</sup>] Les données peuvent également être régulièrement ventilées au niveau sous-national afin de les utiliser au niveau du district et du site.

**Tableau 1 : Résumé de l'ensemble complet des services et des approches clés de fourniture pour les populations clés (adapté des directives unifiées de l'OMS relatives aux populations clés ainsi que des instruments pratiques des populations clés)**

Ensemble complet	Interventions/populations clés	Travailleur(se)s du sexe	Hommes ayant des rapports	Personnes transgenres	Consommateurs de drogues	Personnes en prison ou en
Interventions du secteur de la santé	Prévention du VIH : <ul style="list-style-type: none"> <li>Programme de distribution de préservatifs et de lubrifiant</li> <li>Prophylaxie préexposition (PrEP)</li> <li>Prophylaxie post-exposition (PEP)</li> </ul>	X	X	X	X	X
	Interventions de réduction des méfaits (programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, traitement de substitution aux opiacés et naloxone)				X**	
	Interventions portant sur le changement de comportement pour comprendre les risques et aider à la réduction des risques	X	X	X	X	X
	Services de dépistage du VIH	X	X	X	X	X
	Soin et traitement du VIH, y compris soutien à l'observance	X	X	X	X	X
	Prévention et gestion des co-infections et comorbidités	X	X	X	X	X
	Interventions de santé sexuelle et reproductive	X	X	X	X	X
	Autres services de santé pour les besoins spécifiques des populations clés (par exemple, soins de féminisation/masculinisation pour les personnes transgenres, services adaptés aux adolescents pour les jeunes des populations clés, programmes sur la dépendance et la santé mentale)	X	X	X	X	X
Facteurs déterminants	Politique et législation favorables	Toutes les populations clés				
	Mesures concernant le rejet social et la discrimination	Toutes les populations clés				
	Capacitation communautaire	Toutes les populations clés				
	Mesures contre toutes les formes de violence	Toutes les populations clés				
	Les services de santé doivent être mis à disposition, accessibles et acceptables pour les populations clés, reposant sur les principes de l'éthique médicale, évitant le rejet social, la discrimination et le droit à la santé.	Toutes les populations clés				
	Financement adapté et planification pour un financement durable	Toutes les populations clés				

<b>Planification et exécution de programme</b>	Gestion et supervision solides au niveau de tous les programmes	Toutes les populations clés
	Approche communautaire de la planification et de la prestation des services, par la création d'une « plateforme d'accès de confiance » pour les membres des populations clés	Toutes les populations clés
	Approches de fourniture de services adaptés : informations sur Internet, stratégies sociales, activités de sensibilisation sur les lieux réservés à l'offre de services sexuels, activités de sensibilisation sur les lieux réservés à l'offre de drogue, le cas échéant	Toutes les populations clés, le cas échéant
	Utilisation de données pour le suivi, la résolution de problèmes et l'amélioration à tous les niveaux du programme, y compris avec les groupes de suivi de programmes visant les populations clés	Toutes les populations clés

*\*PrEP pour les populations présentant un risque significatif d'infection à VIH.<sup>11</sup>*

*\*\*Les interventions de réduction des risques doivent être fournies à tous les consommateurs de drogues injectables des populations clés.*

**Les évaluations des besoins doivent être réalisées dans le but d'identifier les facteurs de risque et les besoins spécifiques en services des populations clés.** Elles devraient prendre en compte les comportements spécifiques à l'âge et au genre ainsi que l'orientation sexuelle afin de déterminer qui devrait fournir les services et de quelle manière, ainsi que d'identifier les lacunes et obstacles à la prestation de services. L'approche d'évaluation et de ripostes rapides de l'OMS,<sup>12,13</sup> ainsi que l'[outil d'évaluation basée sur le genre](#) de l'ONUSIDA peuvent servir à évaluer les contextes et à rendre les ripostes nationales plus transformatrices de genre, équitables et reposant sur les droits pour les populations clés.

**La cartographie et l'estimation de la taille de la population doivent être conçues de manière à identifier le nombre de personnes qui correspondent aux populations définies dans le cadre des programmes.** Par exemple, si les consommateurs et consommatrices de drogues injectables sont « actifs », c'est-à-dire en ont consommée au cours des 6 derniers mois, ou si les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont plus à risque, c'est-à-dire ont eu plusieurs partenaires sexuels de même sexe au cours des six derniers mois. [Voir la boîte à outils de l'OMS [outil pour définir et suivre les cibles de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins du VIH destinés aux populations clés \(tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations\).](#)]

**Les définitions programmatiques des populations clés devraient tenir compte des vulnérabilités concomitantes :** Les membres des populations clés peuvent se définir d'une manière qui ne reflète pas leurs vulnérabilités. Par exemple, un gay ou un homme ayant des rapports sexuels avec des hommes peut éviter de mentionner qu'il est un travailleur du sexe ou une travailleuse du sexe travaillant à son domicile pourrait ne pas se définir en tant que telle. Les caractéristiques individuelles de la consommation de drogue peuvent varier entre l'injection et la non-injection, ce qui peut rendre difficile l'obtention d'une estimation précise de la taille de la population. Dès lors, les enquêtes et la cartographie doivent tenir compte de ces

identités concomitantes ou changeantes et des services doivent être créés pour pouvoir être suffisamment flexibles et s'adapter aux populations clés dans toute leur diversité.

**Les pays devraient inclure de sites virtuels dans la cartographie des populations clés, si approprié et sûr.** Les médias sociaux permettent de plus en plus, à certaines populations clés telles que les gays et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, de rencontrer des contacts sexuels. Les programmes devraient prévoir une cartographie de ces réseaux. Toutefois, les politiques sur la vie privée, la sécurité et l'éthique de la cartographie en ligne doivent être élaborées en vue de garantir la sécurité des personnes qui sont contactées en ligne.

**Les facteurs ayant une incidence sur la fiabilité des données doivent être pris en considération.** En cas de recours à des enquêtes biocomportementales intégrées pour les estimations de la taille, celles-ci doivent porter sur la population générale et pas uniquement sur les populations clés bénéficiant déjà des programmes. Il convient de faire preuve de prudence avant de procéder à des extrapolations d'études de surveillance à petite échelle ou de données du programme, car elles peuvent fausser les estimations de taille de la population. Il est important de noter que l'échantillonnage pour l'estimation de la taille de la population peut être un échec dans des environnements juridiques et sociaux hostiles, car les membres des populations clés peuvent dissimuler leur identité, ce qui entraînerait des sous-estimations.

**Un engagement communautaire important dans la collecte, l'analyse et l'utilisation de données doit être garanti.** Les représentants des populations clés devraient prendre part à tous les aspects de l'information stratégique, c'est-à-dire développer et valider les estimations de la taille de la population, réaliser les évaluations des besoins, identifier les obstacles à l'accès aux services liés aux droits humains et au genre, ainsi qu'utiliser régulièrement des données du programme, y compris les indicateurs, aux fins de la résolution de problèmes et de l'amélioration du programme. Si des réseaux ou organisations destinés aux populations clés existent dans le pays, leur participation améliorera la précision et la validité des informations stratégiques (voir annexe 1, exemple B).

#### **Potentielles lacunes de la programmation : informations stratégiques**

Le rapport d'évaluation sur les ensembles de services destinés aux populations clés dans 65 pays a permis d'identifier un certain nombre de lacunes importantes dans la conception, la mise en œuvre et le suivi de l'ensemble de services qui ont été fréquemment observées dans un grand nombre de pays. Les pays rédigeant des demandes de financement sont invités à tenir compte de ces défauts communs afin de s'assurer que les programmes proposés sont réellement complets.

- De nombreux plans nationaux ne reconnaissent pas la présence de toutes les populations clés dans le pays, particulièrement des personnes transgenres, des consommateurs de drogues injectables et des prisonniers. En outre, ils ne tiennent pas compte du genre, de l'orientation sexuelle et de l'âge des populations clés.
- Les populations clés sont insuffisamment représentées dans le processus de conception d'ensembles de services.
- Les données disponibles sur les populations clés ne sont pas ventilées par sexe, ce qui rend difficile la conception de programmes tenant compte du genre.
- Dans les plans nationaux ou les procédures opératoires normalisées, les détails sur ce qui constitue une couverture sont insuffisants.



## 3.2 Conception des programmes

### 3.2 Gestion des programmes

**Les plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH ainsi que les plans opérationnels qui visent à orienter la mise en œuvre des programmes devraient être conçus de manière à créer une plateforme fiable offrant un accès aux services, c.-à-d. qui renforce les organisations communautaires afin de développer un programme de grande qualité, responsable, étayé par des données tout au long de la cascade de prévention, de diagnostic, de traitement et de soin du VIH. Pour être complets, les plans doivent :**

- **Reconnaître toutes les populations clés** présentes dans le pays et définir précisément les populations (par exemple, les travailleurs du sexe sont-ils de sexe masculin, féminin, transgenre ou les trois ?).
- **Définir clairement les objectifs** des programmes destinés aux populations clés, y compris le genre et d'autres types de ventilation, le cas échéant.
- **Inclure un ensemble complet d'interventions reposant sur des preuves**, identifié par une population clé, y compris les interventions du secteur de la santé et les facteurs déterminants (voir sections 3.2.2 et 3.3), et adapté aux vulnérabilités spécifiques.
- **Traiter les services différenciés** pour les populations clés ou les sous-groupes individuels au sein de ces populations (voir section 3.4.2), ainsi que la capacitation communautaire et la durabilité.
- **Démontrer la manière dont les programmes peuvent être adaptés à l'échelle.** Le plan devrait également démontrer la manière de traiter les obstacles politiques, administratifs et liés aux droits de l'Homme pouvant être mis à l'échelle.
- **Fournir des structures et un soutien pour une gestion et une responsabilité solides.** Cela inclut la responsabilité envers les populations clés en soutenant les organisations dirigées par les populations clés pour qu'elles s'approprient les interventions.
- **Fournir un plan opérationnel clair et chiffré** avec un calendrier de mise en œuvre.
- **Inclure un cadre de suivi et d'évaluation** comprenant des indicateurs et des cibles principaux. Cela inclut une définition claire de la portée et de la couverture. (Voir [Indicateurs de suivi de la lutte contre le sida](#) de l'ONUSIDA.) Un système de suivi national devrait viser la collecte de données de tous les projets sous-nationaux et les données relatives aux programmes devraient être révisées et servir régulièrement aux niveaux national et sous-national pour la gestion et la résolution de problèmes.
- **Effectuer la collecte, l'enregistrement et le suivi des données** au niveau local, régional et national pour présenter les résultats de toute la cascade de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins (y compris les résultats du traitement, c'est-à-dire le suivi de la charge virale).
- **Obtenir des informations actualisées tous les 3 à 5 ans** pour s'assurer qu'elles reflètent les changements de l'épidémie de VIH, toute estimation récente de la taille de la population, des avancées et des innovations dans le domaine de la santé, et pour garantir que les services pertinents sont fournis.

**Les plans stratégiques nationaux devraient garantir la participation inclusive de toutes les parties prenantes, y compris les organisations communautaires, dont le personnel, la direction et les responsables sont de principaux membres de la population clé et qui ont**

principalement des comptes à rendre à leurs bénéficiaires. D'autres organisations communautaires et ONG ayant une expérience de travail participatif avec leurs bénéficiaires, particulièrement si ces derniers incluent des populations clés, devraient également être prises en considération. Dans tous les cas, les programmes devraient travailler activement au renforcement et au soutien de ces organisations (voir section 2.2 et la [note d'information technique relative au renforcement des systèmes communautaires](#) du Fonds mondial). Bien que les services dirigés par les communautés fassent partie intégrante de la capacitation communautaire, dans certains contextes, il est illégal ou dangereux pour les populations clés de fonder des organisations communautaires ou des ONG. Toutefois, les représentants des populations clés devraient participer autant que possible à la planification, à la mise en œuvre et au suivi de programme et des espaces sûrs devraient être mis à disposition pour simplifier leur engagement.

Les organisations communautaires qui sont des récipiendaires principaux ou des sous-récipiendaires doivent se conformer aux processus nationaux pour pouvoir garantir la durabilité. En outre, les plans stratégiques nationaux devraient aborder la manière dont les programmes destinés aux populations clés sont intégrés dans le programme national. Pour de plus amples informations, consultez la [Feuille de route de la prévention du VIH pour 2020](#) de la Coalition mondiale pour la prévention du VIH.

**Les plans devraient délimiter les rôles des prestataires de santé publics et privés, des ONG, des organisations communautaires et des organisations dirigées par les communautés et les populations clés.** Les plans devraient préciser les services à fournir (et la manière de les fournir) en dehors des zones urbaines et d'autres zones dont la charge de VIH est élevée (voir annexe 1, exemple C). Dans les pays dotés de systèmes de santé décentralisés, des procédures opérationnelles standard devraient être prévues pour la fourniture de services, les normes de qualité et le suivi.

**Les ensembles de services devraient être conçus avec la participation des réseaux et représentants de populations clés.** Les représentants des populations clés devraient participer à la planification au niveau national, par exemple en incluant une instance de coordination nationale et la conception de plans stratégiques nationaux. Les retours d'information obtenus lors de la mise en œuvre du programme peuvent servir pour le cycle suivant de processus d'élaboration de programme.

**Les programmes devraient être supervisés par un groupe représentant l'ensemble des parties prenantes, y compris les populations clés.** Il est essentiel d'œuvrer en vue de la garantie du soutien du programme de lutte contre le VIH au sein de tous les ministères et départements gouvernementaux concernés. Un comité de supervision de l'instance de coordination nationale peut assurer la participation active de tous les départements gouvernementaux concernés, ainsi que des maîtres d'œuvre non gouvernementaux et du secteur privé et des représentants des populations clés. Le groupe devrait également avoir pour rôle d'élaborer un plan d'atténuation de l'impact négatif des lois, réglementations et politiques sur l'accès aux services destinés aux populations clés. En outre, il devrait s'assurer de la mise en place des orientations pertinentes détaillées de la mise en œuvre (par exemple, procédures opérationnelles standard pour la PrEP ou pour le traitement de substitution aux opiacés) afin de soutenir la mise en œuvre efficace de programmes complets destinés aux populations clés. Enfin, le groupe devrait élaborer des plans visant à combler les déficits

financiers dans les domaines sous-financés, comme la prévention du VIH, et s'assurer que les ressources sont distribuées correctement selon les besoins prioritaires.

### 3.2.2 Ensemble complet d'interventions dans le secteur de la santé

L'ensemble complet des interventions dans le secteur de la santé destinées aux populations clés, c'est-à-dire les travailleur(se)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les transgenres, les consommateurs de drogues injectables, les personnes en prison et dans d'autres milieux fermés, est mis en évidence dans les [directives unifiées de l'OMS relatives aux populations clés](#). En outre, les interventions sont également détaillées dans les quatre instruments pratiques traitant des [travailleur\(se\)s du sexe \(SWIT\)](#), des [hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes \(MSMIT\)](#), des [transgenres \(TRANSIT\)](#), et des [consommateurs de drogues injectables \(IDUIT\)](#). L'ensemble n'inclut pas uniquement les interventions comportementales pour la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH, mais aussi des interventions qui visent les comorbidités telles que la tuberculose et l'hépatite virale, et les besoins de santé sexuelle et génésique. L'ensemble complet comprend également des approches (appelés « facteurs déterminants ») qui traitent des obstacles juridiques, politiques sociaux et liés au genre qui empêchent les membres des populations clés d'accéder aux services dont ils ont besoin. Ces approches sont décrites à la section 3.3.

Les interventions dans le secteur de la santé et les facteurs déterminants sont pertinents pour l'ensemble des populations clés,<sup>v</sup> et doivent être considérés comme étant interdépendants. Ainsi, choisir de mettre en œuvre uniquement certains d'entre eux ne suffit pas. Il est possible que les ressources du Fonds mondial ne soient pas suffisantes pour couvrir chacune de ces interventions mais ces dernières devraient être prévues dans le paysage financier national plus large du secteur de la santé. C'est pourquoi les demandes de financement devraient mettre en évidence des plans qui garantissent que les services sont disponibles, accessibles et acceptables pour les populations clés, et qui développent des méthodes adaptées pour mesurer la couverture des services.

#### 1. Prévention :

- a. **Programme complet de distribution de préservatifs et de lubrifiant** garantissant a) la fourniture suffisante, cohérente et large de préservatifs et de lubrifiants compatibles avec ceux-ci gratuits, et d'une qualité acceptable pour les populations clés, b) que les populations clés ont les connaissances, les compétences et la capacitation pour les utiliser correctement et systématiquement, et c) la création d'une demande de préservatifs et de lubrifiant parmi les populations clés.<sup>14</sup> Le lubrifiant devrait faire partie des services destinés aux travailleuses du sexe et aux femmes transgenres, aux consommateurs de drogues injectables, aux prisonniers et non pas uniquement aux gays et aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les préservatifs féminins devraient au minimum être inclus dans l'ensemble destiné aux travailleuses du sexe.

---

<sup>v</sup> Les exceptions sont les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, traitement de substitution aux opiacés et le naloxone qui sont uniquement spécifiques aux consommateurs de drogues injectables ou aux dépendants aux opiacés.

- b. **La prophylaxie préexposition (PrEP)** devrait être une option disponible pour les personnes présentant un « risque élevé » d'infection à VIH.<sup>vi</sup> La PrEP est de plus en plus disponible dans certains pays et est en phase d'essai dans d'autres. Il conviendrait de l'inclure dans des plans nationaux même si leur financement est incertain lors de l'élaboration du plan. Sur la base des informations stratégiques disponibles, le programme devrait cibler le segment de la population clé qui présente un risque important, déterminer l'éligibilité et l'intérêt, définir les cibles et les indicateurs, et garantir le soutien en matière de respect et d'orientation vers d'autres services de santé.<sup>13</sup>
        - c. **La prophylaxie post-exposition (PEP)** est recommandée pour les personnes qui ont été potentiellement exposées au VIH, y compris les victimes d'agression sexuelle. Les services doivent être accompagnés d'un dépistage et d'une réparation de la violence basée sur le genre, d'une aide juridique et d'autres actions ne relevant pas du secteur de la santé. La PEP devrait également être à disposition des travailleurs de proximité piqués accidentellement par des aiguilles.
2. **La prévention et la riposte à la violence** complètent le dépistage et la réparation de la violence et sont considérées comme une composante indispensable de la prévention du VIH, car la violence à l'encontre de populations clés accroît leur vulnérabilité au VIH. Les programmes visant à lutter contre les cas de violence, souvent organisée et orchestrée par les membres des populations clés, peuvent aider à soutenir une plateforme pour accéder aux services auxquels la communauté peut faire confiance.
3. **Les interventions de réduction des méfaits visant les consommateurs de drogue**, en particulier, les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues pour les consommateurs de drogues injectables, le traitement de substitution aux opiacés pour les dépendants aux opiacés et d'autres traitements de la toxicomanie fondés sur des données probantes, ainsi que la fourniture de naloxone pour traiter l'overdose.<sup>15</sup> Les normes devraient satisfaire à celles du [Guide technique de l'OMS, l'ONUSIDA, l'ONUSIDA](#) de 2012 (particulièrement la fourniture en suffisance de produits de prévention). Le programme devrait refléter les besoins spécifiques des consommatrices de drogues et toute évolution des tendances en matière de consommation de drogue, comme la consommation de drogues stimulantes, entraînant des changements de comportements sexuels à risque. Les services de réduction des méfaits et les orientations vers des services de traitement de la dépendance devraient être pris en compte pour les consommateurs de drogues non injectables, comme les substances de type amphétamine, qui sont liées dans certains cas à l'augmentation des comportements à risque pour le VIH.<sup>16</sup> Veuillez noter que les autres interventions répertoriées dans cette liste sont également incluses dans l'ensemble complet de réduction des méfaits recommandé par l'OMS.
4. **La prévention comportementale**, qui consiste à transmettre aux publics visés des informations factuelles et des compétences éprouvées pour améliorer la perception

---

<sup>vi</sup> L'OMS définit le « risque important » lorsque l'incidence du VIH dans la population est supérieure à 3 % (voir [orientations consolidées sur le recours aux antirétroviraux dans le traitement et la prévention de l'infection à VIH](#) de l'OMS).

personnelle du risque à l'appui de la réduction des risques, contribue à prévenir la transmission du VIH et à accroître l'utilisation effective des services ainsi qu'à promouvoir les comportements de recours aux soins. Elle englobe la communication pour le changement social et comportemental, tant individuelle que collective, menée dans les établissements de soins ou au sein même des communautés (comprend les services de proximité mobiles) et adaptées aux spécificités locales.

5. **Services de dépistage du VIH** dans les communautés, les cliniques et les milieux fermés.<sup>17</sup> Ils incluent le dépistage rapide par des prestataires communautaires formés<sup>18</sup> et la fourniture de kits d'autodépistage, ainsi que des services de soutien pour les partenaires.<sup>19</sup>
6. **Traitement et soins du VIH**, y compris l'accès immédiat aux antirétroviraux pour les personnes séropositives, le suivi de la charge virale et l'observance de la cascade de traitement et de soins.<sup>20</sup> Ces services sont indispensables pour atteindre les cibles 90-90-90 et **les plans nationaux doivent inclure la fourniture d'un dépistage du VIH, d'antirétroviraux, et le suivi clinique particulièrement pour les populations clés.** Il ne suffit pas de supposer que si ces services sont disponibles pour la population générale, ils le seront également pour les membres de populations clés.
7. **Prévention et gestion des co-infections et d'autres comorbidités**, y compris l'hépatite virale,<sup>21,22,23</sup> la tuberculose,<sup>24</sup> le virus du papillome humain et les affections en santé mentale (voir annexe 1, exemple D).<sup>25</sup> En particulier, les orientations vers le dépistage, la prévention et la gestion de la tuberculose doivent être disponibles de manière systématique.<sup>26,27</sup>
8. **Interventions en santé sexuelle et reproductive**, comprenant le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) asymptomatiques et la prise en charge syndromique des IST en l'absence de dépistage biologique,<sup>28</sup> le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus, ainsi que d'autres services de santé sexuelle et génésique.

**Les services inclus dans chaque élément de l'ensemble complet devraient être différenciés afin de répondre aux besoins des populations clés spécifiques.** Par exemple, il ne serait pas efficace de fournir le même nombre de préservatifs et de lubrifiants par personne sans tenir compte de la population clé à laquelle elles appartiennent, des particularités de leurs pratiques sexuelles, de leur localisation, etc. Les autres aspects de la différenciation incluent :

- **Les besoins complets en santé sexuelle et reproductive** au sein des populations clés devront être pris en compte. Par exemple, les services destinés aux travailleuses du sexe devraient inclure un accès complet à la contraception, les soins pour une grossesse plus sûre, y compris la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant,<sup>29,30</sup> le dépistage et le traitement des MST, ainsi que le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus.<sup>31</sup> Les services de santé génésique sont également nécessaires pour les consommatrices de drogues injectables, et l'ensemble de services destinés aux consommateurs de drogues injectables devrait refléter cela. De même, les besoins en santé sexuelle des gays et des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des personnes transgenres devraient être sensiblement évalués et traités de façon approfondie et doivent inclure un accès facile

aux préservatifs et aux lubrifiants, un dépistage et un traitement des MST, une immunisation, un dépistage et un traitement de l'hépatite B, un dépistage et une vaccination du virus du papillome humain, ainsi que l'éducation à la santé anale et pénienne générale. Les traitements hormonaux de féminisation/masculinisation devraient être englobés dans les programmes pour les hommes et les femmes transgenres.

- **Les adolescents et les jeunes des populations clés** devraient bénéficier d'interventions différenciées qui tiennent compte du fait que leurs connaissances du VIH et de la santé sexuelle et reproductive peuvent être différentes de celles des adultes, ainsi que du respect de leurs méthodes préférées de réception d'informations (par exemple, via les médias sociaux et en utilisant un langage adapté à leur âge). Les plans doivent également envisager la manière de surmonter les obstacles aux services pour les moins de 18 ans lorsque des lois sur le consentement parental s'appliquent ou pour ceux qui font face à obstacles juridiques à l'accès aux services. En outre, dans le cadre des stratégies de prévention, des initiatives visant à empêcher le décrochage scolaire des jeunes, incluant une éducation sexuelle complète devraient être proposées dans les écoles privées et publiques.
- Il convient de distinguer les **prisonniers** d'autres populations clés, car il est peu probable qu'ils aient accès à certains services, notamment la prévention du VIH et les facteurs déterminants (voir section 3.3). Toutefois, les pays devraient garantir suffisamment de ressources pour qu'un ensemble défini de services couvre 90 % des prisonniers. L'ensemble de services recommandé par l'ONU inclut, en sus de l'ensemble complet énuméré ci-dessus, des interventions de prévention de la violence sexuelle, la prévention de la transmission du VIH, par le biais de services médicaux et dentaires et les tatouages et les piercings. Le fait que la santé en prison relève de la santé publique et l'importance d'une approche reposant sur les droits humains sont également mis en évidence (principe de l'équivalence de la santé en prison). Pour de plus amples informations, voir la publication de l'ONU [Prévention, traitement et soins en matière de VIH dans les prisons et autres structures fermées](#).
- **Les interventions supplémentaires pour certaines personnes au sein des populations clés** sont recommandées par l'OMS et/ou préconisées dans les instruments pratiques des populations clés, et devraient être incluses dans les plans nationaux. Il s'agit : du dépistage du cancer ano-rectal (pour les hommes ou les personnes transgenres pratiquant le sexe anal) ;<sup>32</sup> des conseils pour la réduction des risques et des méfaits auprès des personnes transgenres sous hormonothérapie, à plus forte raison lorsque le traitement hormonal est pris sans suivi médical à défaut d'être proposé dans les établissements de santé reconnus ; et des soins cliniques pour les survivants d'agression sexuelle, y compris contraception d'urgence, prophylaxis post-exposition pour le VIH et autres MST, immunisation contre l'hépatite B et soin et accompagnement psychosociaux.<sup>33</sup> Les services de soutien incluent également des lignes téléphoniques employant des conseillers pairs formés à l'accompagnement psychosocial, ainsi que des interventions de gestion des crises par lesquelles des équipes multidisciplinaires font le lien entre les survivants et divers services et espaces sûrs.

### Potentielles lacunes de la programmation : ensemble d'interventions

Les pays élaborant des demandes de financement sont invités à tenir compte de ces défauts communs afin de s'assurer que les programmes proposés sont pleinement fonctionnels et réellement complets.

- Dans certains cas, les ensembles de services ne sont pas différenciés (par exemple, les mêmes ensembles d'interventions et approches d'exécution pour toutes les populations clés, indépendamment de l'âge et du genre) et ne permettent pas aux organisations de s'adapter aux conditions locales ou à répondre aux besoins des membres des populations clés.
- Les préservatifs, préservatifs féminins et lubrifiants de grande qualité ne sont souvent pas systématiquement disponibles en quantité suffisante, ne font pas l'objet de promotion ou les obstacles à l'utilisation systématique de préservatifs ne sont pas levés. Le lubrifiant n'est pas considéré comme essentiel aux programmes de fourniture de préservatifs.
- Les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, le traitement de substitution aux opiacés et la prévention des overdoses auprès des consommateurs de drogues injectables, y compris en prison, sont exécutés de manière inadaptée.
- La PrEP n'a pas été ajoutée aux kits de prévention.
- Le dépistage du VIH et les antirétroviraux ne sont pas spécifiques aux populations clés, bien qu'ils puissent être moins accessibles à leurs membres. Le recours inadapté provient des prestataires communautaires de dépistage du VIH et de fourniture d'antirétroviraux, bien qu'ils permettent d'accroître l'accès des populations clés et soient recommandés par l'OMS.
- La prévention et les avantages en termes de santé du traitement précoce et du maintien dans le circuit des soins parmi les populations clés ne sont pas suffisamment exploités, y compris la diffusion d'informations sur U=U (pour « Indétectable = non transmissible »).
- Les comorbidités et d'autres besoins sanitaires (comme les services de santé mentale) ne reçoivent pas toute l'attention nécessaire.
- La prestation de services tenant compte du genre ne bénéficie pas de l'attention adaptée (c.-à-d. traiter les besoins spécifiques des consommatrices de drogues ou des travailleurs du sexe hommes ou transgenres). Les efforts de prévention, d'atténuation et de riposte à la violence contre les populations clés sont inadaptés, alors que la violence dissuade souvent les personnes de solliciter des services.

### 3.3 Facteurs déterminants et programmes visant à éliminer les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services

Les [lignes directrices unifiées relatives aux populations clés](#) de l'OMS définissent les facteurs déterminants comme renvoyant aux « stratégies, activités et approches qui ont pour objectif l'amélioration de l'accessibilité, l'acceptabilité, l'utilisation, la couverture équitable, la qualité,

l'efficacité et l'efficience des interventions et services liés au VIH. Les facteurs déterminants fonctionnent à différents niveaux – individuel, communautaire, institutionnel, sociétal et national, régional et mondial. Ils sont essentiels à la mise en œuvre des programmes complets de lutte contre le VIH destinés aux populations clés dans tous les contextes épidémiques. »<sup>6</sup>

Les cinq facteurs déterminants identifiés dans les lignes directrices sont brièvement décrits dans les trois sections suivantes et doivent être pris en compte pour la création d'un environnement favorable qui permettra la planification, la mise en œuvre et le suivi de programmes destinés aux populations clés (ainsi que le sentiment de sécurité pour les membres des populations clés qui recourent à ces services). Des exemples sur la manière d'inclure les facteurs déterminants sont donnés mais les pays devraient également analyser en profondeur leur propre contexte afin d'identifier d'autres manières de les prendre en considération. Les facteurs déterminants complètent, et dans certains cas incluent, les programmes décrits dans la note d'information technique du Fonds mondial sur le [VIH, droits de l'Homme et égalité de genre](#).

### **3.3.1 Examen des lois, politiques et pratiques, y compris la dépénalisation et l'âge de consentement**

Les [lignes directrices unifiées relatives aux populations clés](#) indiquent que les pays devraient « travailler à décriminaliser certains comportements comme la consommation de drogues (par injection), le commerce du sexe, les actes homosexuels et les identités sexuelles non conformes, et à éliminer toute application injuste de la loi civile et de la réglementation contre les consommateurs de drogues (par injection), les travailleurs(se)s de sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transgenres ». <sup>6</sup> Cet appel fait écho à diverses initiatives similaires lancées par d'autres organismes.<sup>34,35</sup> En outre, les pays devraient :

- S'attaquer aux lois qui pénalisent l'identité ou les comportements des populations clés, ou qui limitent l'accès aux services, par exemple en empêchant ou limitant l'accès aux services de réduction des méfaits, ou exigeant le consentement parental pour le dépistage et le traitement des moins de 18 ans.
- S'attaquer aux pratiques d'application des lois qui violent les droits humains des populations clés ou augmentent le risque de transmission du VIH, comme la confiscation de préservatifs ou d'aiguilles stériles, et les examens anaux forcés des gays et des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ainsi que des personnes transgenres.
- Veiller à ce que les institutions rendent des comptes sur les lois et pratiques existantes suivantes qui préservent les droits des populations clés.
- Supprimer les centres de « traitement et de désintoxication » obligatoires, conformément aux déclarations des entités des Nations Unies sur lesdits établissements,<sup>36</sup> ainsi que les centres de détention qui visent à « désintoxiquer » les travailleur(se)s du sexe et les enfants victimes de la traite ou à « traiter » l'orientation sexuelle ou l'identité de genre. Le Fonds mondial ne finance pas les programmes de traitement obligatoires. En outre, le Fonds mondial ne soutient pas les pratiques médicales coercitives, y compris notamment l'enregistrement et le dépistage et la notification aux partenaires obligatoires, la stérilisation forcée et les examens anaux forcés.

Les actions de plaidoyer peuvent s'appuyer sur des campagnes publiques, des ateliers de sensibilisation (voir plus bas), la collaboration avec les médias pour une couverture améliorée des populations-clés et des enjeux liés au VIH, ou l'établissement de partenariats avec des organisations poursuivant des objectifs similaires en matière de défense des droits civils.

### **3.3.2 Lutter contre la stigmatisation, la discrimination et la violence à l'encontre des membres des populations clés**

Les [lignes directrices unifiées relatives aux populations clés](#) de l'OMS traitent de la stigmatisation et de la discrimination séparément de la violence, mais les décrivent toutefois ensemble, car elles sont étroitement liées. La violence inclut les agressions physiques, sexuelles, économiques et psychologiques, ainsi que les violations des droits humains et structurels.

Les auteurs de violence, stigmatisation et discrimination peuvent englober des représentants de l'État, comme les fonctionnaires de police, le personnel militaire ou chargé de l'application des lois, les gardes-frontières, les gardiens de prison ; les représentants institutionnels tels que les employeurs, les agents de santé, le personnel éducatif et les propriétaires ; les membres du public, les membres de la famille et les partenaires intimes ; ainsi que les dirigeants ou groupes religieux, les membres de gangs et les milices.

Les candidats doivent présenter, preuves à l'appui, une approche retenue pour combattre la stigmatisation, la discrimination et la violence sous l'angle des droits humains et de la santé publique, ainsi que pour éliminer les obstacles à l'accès aux services. Si l'approche définie doit être adaptée au contexte propre à chaque pays, elle est susceptible d'appuyer des interventions répondant aux objectifs suivants :

- **Promouvoir la transparence policière :** On peut par exemple organiser régulièrement des ateliers de sensibilisation sur les droits humains et les lois pertinentes s'appliquant aux populations clés et au VIH, ainsi que mobiliser les agents de police sur le terrain afin qu'ils appuient la mise en œuvre des programmes, notamment qu'ils s'abstiennent de toute forme de harcèlement à l'égard des travailleurs de proximité et des clients des programmes ou qu'ils désignent des agents de liaison intervenant auprès des populations clés.
- **Sensibiliser les soignants** et les autres membres des équipes d'établissements cliniques par les formations en matière de droits juridiques, de risques de transmission du VIH et des besoins cliniques et psychosociaux des populations clés, et en matière de fourniture de services, particulièrement en respectant la confidentialité des clients et le consentement volontaire éclairé pour le traitement. Des mécanismes de retour devraient être en place pour les utilisateurs de services qui font face à de la discrimination ou à d'autres violations de droits. Dans les environnements hostiles aux populations clés, il convient d'attirer l'attention sur la manière de promouvoir les services et de les nommer, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de l'établissement.
- **Faire en sorte que les membres des populations clés développent leurs compétences et prennent confiance en leurs capacités :** Il s'agit notamment d'informer les populations clés de leurs droits fondamentaux et de leurs droits en tant que citoyens, tels qu'ils sont reconnus dans la législation et la constitution. Entre autres approches, citons l'éducation juridique et les ateliers « connaissez vos droits », ainsi que l'intégration d'assistants juridiques et de services d'aide juridique dans les programmes de proximité (voir également section 3.3.3). Les prestataires de services

devraient également avoir la capacité de proposer des orientations juridiques, le cas échéant, pour les victimes de discrimination ou de violence.

- **Rassembler des données sur la discrimination et la violence auxquelles font face les membres des populations clés** : ces données servent autant à étayer les demandes en réparation introduites individuellement qu'à constituer une base de connaissances à l'appui des actions de plaidoyer menées en faveur de la réforme du droit et des politiques.
- **Promouvoir la sécurité et la protection des membres des populations clés** en créant des espaces sécurisés et des centres d'accueil, en encourageant l'échange de conseils de sécurité pratiques, en travaillant avec les propriétaires de maisons de passe et en prévoyant un volet d'échanges sur les violences dans les services cliniques et les programmes de conseil pour la prévention du VIH.
- **Mettre en place des solutions immédiates et efficaces pour les victimes de violence**, par exemple soutenir les systèmes d'intervention d'urgence pilotés par la communauté, et proposer des services de santé et un accompagnement psychosocial et juridique aux victimes de violences.<sup>35</sup>

Pour de plus amples informations, voir la note d'information technique sur [le VIH, les droits humains et l'égalité des genres \(HIV, Human Rights and Gender Equality\)](#), ainsi que les directives de FHI 360/LINKAGES [riposter contre la violence extrême à l'encontre des populations clés \(responding to acute violence against key populations\)](#).

### 3.3.3 Capacitation des communautés

Par « capacitation des communautés », on entend le fait de donner aux membres des populations clés les moyens et le soutien nécessaires pour combattre eux-mêmes les obstacles structurels portant atteinte à leur santé, à leurs droits fondamentaux et à leur bien-être, et pour s'assurer un accès plus facile aux services de réduction des risques liés au VIH. Ce principe constitue l'un des piliers de l'approche programmatique fondée sur les droits et doit à ce titre sous-tendre l'ensemble des approches et interventions présentées dans les demandes de financement. Les aspects pratiques de la capacitation des communautés sont décrits ci-après ou dans d'autres sections de la présente note :

- **Appuyer la participation concrète des représentants des populations clés** : voir sections 2.2 et 3.4.2.
- **Promouvoir la création de groupes ou de réseaux de populations clés** : voir sections 2.2 et 3.2.1.
- **Encourager les actions de proximité menées par les membres des populations clés** : voir sections 3.2.1 et 3.4.2.
- **Promouvoir l'application d'une approche fondée sur les droits et tenant compte du genre pour les interventions axées sur le VIH** : voir sections 2.1 et 3.3.2.
- **Renforcer les systèmes communautaires** : voir section 2.2.
- **Plaider en faveur de réformes stratégiques et de l'instauration d'environnements favorables** : voir sections 3.3.1 et 3.3.2.
- **Pérennité** : voir section 2.2.

### 3.4 Mise en œuvre des programmes

#### 3.4.1 Mise en œuvre des programmes dans la cascade de prévention, de dépistage et de traitement du VIH

Les services sont proposés à la fois par les services communautaires de proximité et les cliniques. Les services et les établissements peuvent être publics (dirigés par l'administration publique), privés ou pilotés par les organisations et réseaux dirigés par communautés et les populations clés.

**Des activités de proximité et la fourniture d'un dépistage du VIH doivent être prévues pour garantir que les personnes les plus à risque et les plus difficiles à atteindre soient contactées.** Des dépistages supplémentaires réguliers des populations clés présentant un risque élevé d'infection à VIH qui participent déjà au programme constituent une occasion importante d'orienter les personnes vers des services de prévention, de renforcer les avantages de connaître son statut VIH et ceux de suivre un traitement précoce en cas de séropositivité, d'orienter les personnes séropositives vers des antirétroviraux et des services connexes, de les orienter vers des services et un accompagnement plus général. Toutefois, il est tout aussi important d'atteindre les populations clés qui n'ont pas encore bénéficié de services de prévention ou de dépistage et qui pourraient être séropositives ou présenter un risque important d'infection à VIH. Au vu de l'accroissement du nombre de personnes sous traitement, la prévalence seule ne sera plus un bon indicateur de l'efficacité attendue. Ainsi, il est important de ne pas suivre uniquement les cibles de couverture du dépistage, mais également la positivité (part de personnes diagnostiquées séropositives), de sorte que les stratégies de dépistage puissent être adaptées afin d'atteindre les segments de populations clés les plus vulnérables<sup>vii</sup> ; l'orientation vers la prévention, le traitement et les soins différenciés et complets ; et le recours aux services dans toute la cascade du VIH.

**La prévention, le dépistage et le traitement au niveau communautaire sont nécessaires pour atteindre les populations clés.** Les centres d'accueil constituent un espace accessible et accueillant, propice à la prestation de nombreux services en complément du dépistage du VIH, et sont un important vecteur de cohésion et de capacitation des communautés. Les programmes doivent appuyer la création de centres d'accueil partout où ils sont nécessaires. Ces services peuvent également être proposés dans des centres « sans rendez-vous » recevant occasionnellement ou régulièrement (ouverts par alternance dans les différentes zones d'épidémie), ou via des équipes mobiles de proximité. En plus des services de conseil et de dépistage à l'initiative du soignant, l'OMS recommande des services communautaires, y compris ceux fournis par les prestataires communautaires, de dépistage du VIH et de conseil dans tous les contextes épidémiques, ainsi que des orientations vers des services de prévention, de soins et de traitement destinés aux populations clés.<sup>20</sup> Dans le cas où ils sont disponibles, des kits d'autodépistage du VIH devraient être proposés, en lien avec un dépistage de confirmation dans le cas d'un résultat positif.<sup>21</sup> Des services de lutte contre le VIH destinés aux populations clés pourraient être proposés dans une clinique fournissant des antirétroviraux, en tant que clinique autonome dans un établissement de santé existant ou de manière autonome dans un établissement mobile ou communautaire. Par exemple, des

---

<sup>vii</sup> Pour le cycle d'allocation 2020/2022, le Fonds mondial inclut également un indicateur autonome (HTS-5: Volume de services de dépistage du VIH et positivité). De plus amples informations sur cet indicateur sont disponibles dans le Manuel sur le cadre modulaire.

cliniques communautaires pourraient distribuer des antirétroviraux.

**Les programmes devraient utiliser et analyser les données au niveau micro afin de contrôler et d'améliorer les activités de proximité et le suivi.** Des travailleurs de proximité (pairs) peuvent utiliser la micro-planification pour enregistrer les données sur les personnes qu'ils joignent, afin d'adapter la portée et la prestation de services et de suivre les contacts établis et en atteindre de nouveaux. Outre la micro-planification traditionnelle, l'approche de proximité (pairs) (élaborée par les programmes tels que [FHI 360/LINKAGES](#)) devrait envisager de contacter les populations à haut risque, qui n'ont pas pu être touchées par les agents de proximité traditionnels des zones sensibles. Il convient de veiller attentivement à protéger la confidentialité et la sécurité des données. Les planificateurs de programme devraient évaluer les avantages des procédures de collecte de données au niveau local par rapport aux risques, particulièrement dans les contextes où les populations clés sont visées par des mesures pénales.

**Les personnes séronégatives devraient bénéficier d'un soutien afin de le rester et devraient faire l'objet d'un dépistage régulier du VIH.** Les programmes devraient donner un accès continu aux produits de prévention, à l'accompagnement régulier et à l'éducation nécessaires, et devraient encourager un dépistage régulier du VIH conformément aux directives nationales. Lorsque la PrEP est proposée, il convient d'apporter des conseils afin d'appuyer l'utilisation et l'observance de la PrEP.

**Les programmes devraient garantir que les personnes se révélant séropositives après un dépistage aient accès à des antirétroviraux le plus rapidement possible.** Il s'agit là d'un point particulièrement important pour les personnes dépistées au sein de la communauté, dans le cas où il est nécessaire de les rediriger vers un établissement de santé pour réaliser un test de confirmation et commencer un traitement. Les intervenants pivots peuvent fournir un soutien important afin de simplifier l'orientation vers un autre dépistage et des antirétroviraux. La possibilité de mettre en route le traitement antirétroviral et/ou de le poursuivre dans les établissements de santé périphériques, y compris dans les cliniques d'organisations communautaires au service des populations clés, permettrait d'améliorer l'accès aux antirétroviraux.

**La gestion de cas de personnes vivant avec le VIH devrait être incluse dans des plans de service afin de maximiser le maintien dans le circuit des soins et la suppression de la charge virale.** Les ONG et les organisations communautaires au service des populations clés géreront au cas par cas les membres des populations avec lesquelles elles étaient en contact, dont le résultat du dépistage du VIH est positif, plutôt que de rediriger ces derniers vers une organisation de personnes vivant avec le VIH. Les intervenants pivots formés, travaillant avec les ONG et les organisations communautaires pilotées par les populations clés, peuvent aider à orienter les personnes vers un dépistage de confirmation et un traitement, à fournir un accompagnement psychosocial et à améliorer le maintien sous traitement. Placer les intervenants pivots dans des cliniques financées par une administration publique et fournissant des antirétroviraux peut aider à réduire la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des membres des populations clés y recherchant des services. Les organisations et groupes et réseaux communautaires accompagnant les personnes vivant avec le VIH doivent être dotés de suffisamment de ressources pour que le nombre de cas soit gérable, et les systèmes de données qu'ils utilisent devraient garantir que les résultats du traitement et la suppression de la charge virale puissent être suivis.

**Des systèmes de gestion rigoureux doivent être mis en œuvre.** Cela inclut de garantir que le personnel est suffisant, y compris la part de travailleurs de proximité (pairs) par rapport aux membres de populations clés ; que la supervision et la formation régulières et de soutien soient fournies à chaque niveau de l'organisation maîtresse d'œuvre, y compris aux travailleurs de proximité (pairs) ; que le personnel des établissements et des cliniques soit sensibilisé à la prestation de soins aux populations clés ; que les membres des populations clés participant activement à l'exécution de programmes soient rémunérés justement et aient des perspectives d'évolution professionnelle ; et que les structures soient en place pour garantir que les organisations de la société civile rendent des comptes non seulement au programme national, mais également aux membres mêmes des populations clés.

### **Potentielles lacunes de la programmation : activités de proximité dans la cascade de prévention, de dépistage et de traitement**

Les pays élaborant des demandes de financement sont invités à tenir compte de ces défauts communs afin de s'assurer que les programmes proposés sont réellement complets.

- Une attention particulière est accordée à la création de programmes de grande qualité pour veiller à ce que les personnes séronégatives le restent, y compris la promotion et la fourniture suffisante de produits de prévention.
- Les travailleurs de proximité (pairs) ont un impact limité, en raison de mauvaises supervision et gestion.
- L'orientation des personnes séropositives vers des soins et le soutien à l'observance des antirétroviraux ne bénéficient pas d'une attention suffisante.
- L'accompagnement et la gestion de cas pour les personnes vivant avec le VIH sont sous-développés.
- Les médias sociaux sont de plus en plus utilisés pour les activités de proximité visant certaines populations clés, mais il manque des orientations et des normes en matière d'éthique, de vie privée et de sécurité des données.
- Les conflits politiques peuvent entraîner des pénuries dans les ensembles de services, tels que l'omission de la réduction des méfaits pour les consommateurs de drogues injectables.
- Les liens entre les services de lutte contre le VIH et la tuberculose ne sont pas cohérents.
- Les lacunes de la prestation de services pour les personnes en prison ou en détention sont considérables, entraînant particulièrement des interruptions dans la continuité des traitements pour les personnes sous antirétroviraux ou sous traitement de substitution aux opiacés.
- Une attention insuffisante est accordée à la capacitation des communautés qui est pourtant essentielle à leur pérennité à long terme.

#### **3.4.2 Prestation différenciée de services et de services communautaires**

La prestation différenciée de services est une approche des services qui respecte et tient compte des diverses caractéristiques et préférences entre les populations clés et en leur sein, afin de rendre les services plus accessibles et acceptables. Bien que les décisions de planifier et de doter de ressources des services différenciés peuvent être prises au niveau régional ou national, dans la pratique, la prestation de services a principalement lieu au niveau local. Elle est donc étroitement liée aux services destinés aux communautés et pilotés par celles-ci.

**Les services devraient refléter les besoins, les préférences et les attentes des populations clés.** Les services distincts ou les espaces de prestation de services peuvent être nécessaires pour différentes populations clés ou différents groupes au sein des populations clés. (Par exemple, les personnes transgenres ne devraient pas être regroupées avec les gays et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et les adolescents consommateurs de drogues injectables pourraient ne pas se sentir à l'aise dans un centre fournissant des services de réduction des méfaits pour adultes.) Les heures de services désignées pour les populations clés spécifiques ou les heures de service prolongées, peuvent aider à l'accessibilité. Les services disponibles pour la prévention et le traitement du VIH au sein de la communauté générale devraient également être disponibles dans les prisons et autres milieux fermés.<sup>37,38,39</sup> Les services devraient être également adaptés à l'âge et, dans le

cas d'enfants, leurs meilleurs intérêts et les capacités en évolution de l'enfant<sup>7</sup> ainsi que les lois existantes devraient être pris en considération. Pour de plus amples informations sur la prestation différenciée de services spécifiques, voir les cadres décisionnels de l'International AIDS Society sur les [services de dépistage du VIH](#) et [la prestation des traitements antirétroviraux pour les populations clés](#).<sup>viii</sup>

**Les services pilotés par les populations clés constituent un moyen efficace d'atteindre les membres des populations clés et un élément important d'une plateforme d'accès fiable.** Les membres des populations clés disposant des connaissances, des compétences et de l'expérience de vie pour établir un lien et une confiance avec d'autres membres des populations clés peuvent faire de la prévention comportementale, fournir des produits de réduction des risques et des méfaits, un dépistage du VIH, une distribution d'antirétroviraux, l'orientation vers des services, la riposte de soutien à la violence, le programme d'éducation par les pairs sur les droits humains et juridiques, ainsi que les services d'assistants juridiques. Ceci est également vrai pour les personnes en prison et dans d'autres milieux fermés. La question du genre devrait faire l'objet d'une considération programmatique importante en termes de populations clés fournissant des services et en bénéficiant. (Par exemple, les services destinés aux communautés, voir annexe 1, exemple E.)

**Les services fournis par les membres des populations clés ne devraient pas se limiter à la proximité communautaire.** Les membres ne devraient pas non plus être engagés uniquement en tant que volontaires. Les programmes devraient viser la fourniture d'une formation, d'une rémunération et d'un soutien continu systématiques pour les membres des populations clés employés (incluant les travailleurs de proximité pairs), y compris pour la prestation de service, le soutien administratif et la gestion de programmes. Les politiques, les procédures et la formation doivent tenir compte de l'éthique, de la vie privée et de la sécurité des données, puisqu'elles concernent les populations clés bénéficiant des programmes, ainsi que de la sécurité afin de garantir la sécurité des membres des populations clés participant aux activités de proximité (voir FHI 360/LINKAGES, [Safety and Security Toolkit](#)).

**Les programmes doivent prévoir des dispositifs permettant aux membres des populations-clés d'assurer une mission de surveillance et de livrer leurs retours d'expérience en tant que destinataires des services.** On s'intéressera par exemple à la qualité des prestations de services, à l'acceptabilité des produits de prévention, à tout incident lié à un refus de service ou encore aux violations de l'obligation de confidentialité et du droit au consentement éclairé. Au niveau local, ces dispositifs peuvent prendre la forme d'un [suivi communautaire](#) selon lequel des comités communautaires se réunissent régulièrement pour discuter des prestations de services, y compris de l'analyse des données du programme, et disposent de l'autorité et des voies de communication requises pour fournir des retours d'information sur la gestion des programmes. Les renseignements recueillis sur différents sites peuvent être ventilés au niveau national et servir pour le cycle de planification du programme. (Pour de plus amples informations, voir l'[outil sur la définition de cibles pour les populations clés](#) et le manuel sur [le suivi des patients infectés par le VIH et la surveillance de cas de l'OMS](#).)

---

<sup>viii</sup> Ces documents sont également disponibles en français et en portugais sur <https://www.iasociety.org/HIV-Programmes/Programmes/Differentiated-Service-Delivery/Resources>.

### 3.5 Utilisation des données pour le suivi

Les systèmes de suivi et d'examen de programme devraient être établis pour présenter des données sur la couverture des populations clés par un ensemble de services complet, ventilées par population clé (ou sous-groupe au sein des populations clés), par genre (en incluant les personnes transgenres), et par âge, le cas échéant. Il est essentiel de suivre la progression et de prévoir une mise à l'échelle. Les pays devraient planifier des systèmes de rapport coordonnés avec des indicateurs convenus, avec l'infrastructure, le budget, la formation, la supervision et le suivi nécessaires afin de garantir que les bénéficiaires de subventions établissent des rapports de la même manière. La coordination nécessite également de prendre en considération les exigences de rapport des programmes nationaux, du Fonds mondial et, potentiellement, d'autres donateurs. Les systèmes devraient être conçus de manière à suivre les personnes tout au long de la cascade de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins du VIH et parmi les prestataires de soins (voir les codes d'identification unique ci-après). Il est important de former et de superviser les membres de populations clés fournissant une activité de proximité menée par des pairs, de sorte qu'ils puissent utiliser les données pour créer des micro-plans pour l'activité de proximité complète et pour suivre et améliorer leurs résultats.

Le suivi comprend non seulement des données administratives et du programme, mais également des données issues d'enquêtes biocomportementales et de sérosurveillance des populations clés, et des données sur les facteurs déterminants. Ces données peuvent servir à suivre les indicateurs sur la portée et la couverture du programme, ainsi que les comportements à risque, les expériences en matière de stigmatisation, de discrimination, de violence et les niveaux de capacitation des communautés.

Elles devraient être régulièrement analysées par le programme, y compris avec les membres des populations clés (par exemple, par les comités de supervision de programme) et devraient servir à améliorer les services du programme.

**Sécurité des données, confidentialité et consentement éclairé :** Les programmes devraient disposer de politiques et de procédures applicables à tout le personnel en matière de collecte, de stockage et d'utilisation des données, qui identifient les populations clés (ou qui pourraient servir à les identifier). Les personnes doivent accorder leur consentement éclairé pour la collecte, le stockage et l'utilisation de leurs données personnelles. Les informations qui permettent à une personne d'être facilement identifiée ne devraient pas être enregistrées sauf si elles sont absolument nécessaires pour simplifier les soins cliniques, et dans ce cas, elles devraient être stockées en toute sécurité et conservées soigneusement (voir annexe 1, exemple F). Les activités de collecte des données (y compris les informations stratégiques et la prestation de service) doivent être menées de manière à ne pas entraîner d'arrestations et de poursuites, de harcèlement et de violence, ou de la discrimination et de la stigmatisation aggravées des populations clés.

**Codes d'identification unique :** Le code d'identification unique est un code que peut utiliser une personne lors de l'accès aux services pour l'ensemble des prestataires de services et des régions géographiques. Le code d'identification unique se compose des données propres à chaque personne (par exemple, nom, genre, date ou lieu de naissance). Toutefois, ces informations sont codées en langage alphanumérique pour que l'identité ne puisse être facilement déchiffrée. Ainsi, l'anonymat et la confidentialité des personnes et des données de leur programme sont préservées.

Les codes d'identification unique contribuent également à prévenir les doubles comptages des bénéficiaires des services de traitement du VIH, car ils permettent aux programmes de suivre avec précision le nombre de personnes ayant bénéficié d'un service plutôt que le nombre de fois où le service a été fourni. Cette manière de procéder est particulièrement utile lorsqu'une personne bénéficie des services de plusieurs prestataires. (Pour les personnes bénéficiant de services médicaux, y compris les antirétroviraux, un numéro d'assurance médicale ou d'identité nationale peut être requis, et cela devrait être expliqué à l'utilisateur du service, mais toutes les normes habituelles de confidentialité doivent s'appliquer.)

Les pays devraient se diriger vers un système de codes d'identification unique unifié pour toutes les populations clés. Lorsque le code d'identification unique comprend un élément correspondant au genre du titulaire, les pays devraient envisager une possibilité de riposte non binaire de sorte que les personnes transgenres soient incluses, ce qui peut aider à garantir le suivi des données ventilées sur les bénéficiaires des services transgenres. Les programmes nationaux devraient inclure les prisonniers dans le système de code d'identification unique, car la plupart ne purgent que de courtes peines et pourraient avoir besoin de services communautaires à leur libération.

**Enregistrement des données :** Dans la mesure du possible, les données devraient être enregistrées au format électronique plutôt que sur papier. Conserver des données électroniques permet de réduire les erreurs dues aux nouvelles entrées de données et de conserver les informations de manière plus sécurisée (les documents papier peuvent être plus facilement perdus et sont plus facilement accessibles aux personnes qui ne sont pas autorisées à les consulter). Les données stockées en ligne doivent être sauvegardées de manière sécurisée et doivent être protégées par un mot de passe et, dans la mesure du possible, rendues anonymes. Quel que soit le format (papier ou électronique), la sécurité et la confidentialité des données sont capitales.

**Utilisation des données :** Les programmes devraient fournir une formation et un soutien aux organisations bénéficiaires afin de visualiser, d'analyser et d'utiliser les données ordinaires pour améliorer régulièrement les résultats au niveau local. Cela nécessite de définir clairement la portée et la couverture,<sup>ix</sup> ainsi que les données ventilées par population clé, genre et âge (pour le traitement ainsi que la prévention) afin de schématiser les cascades. Les données devraient faire l'objet d'un rapport au niveau régional et national. Les données provenant de programmes financés par les donateurs devraient alimenter les systèmes de données nationaux afin de donner un aperçu complet du programme. (Voir annexe 1, exemple G.)

#### **Potentielles lacunes de la programmation : suivi**

Les pays rédigeant des demandes de financement sont invités à tenir compte de ces défauts communs afin de s'assurer que les programmes proposés sont réellement complets.

- Il n'existe aucun indicateur défini au niveau national et aucune autorité n'est en charge du programme au niveau national.
- Les données du programme ne sont pas examinées régulièrement à tous les niveaux avec les maîtres d'œuvre, la communauté et le gouvernement afin de résoudre les problèmes et d'améliorer le programme.

<sup>ix</sup> La portée correspond au nombre total de personnes contactées. La couverture désigne le nombre de personnes ayant bénéficié d'un service spécifique ou d'un ensemble défini de services.

- Les données relatives à la couverture du programme sont souvent imprécises et ne permettent pas de ventiler clairement la couverture des services par population clé, particulièrement par genre. Les données concernant notamment les prisonniers sont insuffisantes.
- Il est rare que la couverture d'un ensemble de services défini soit correctement conservée.
- La collecte et la saisie de données sont souvent inefficaces, et au format papier, ce qui entraîne des doublons.
- La sécurité des données est souvent faible et menace la sécurité des membres des populations clés.
- L'analyse des données au niveau local pour étayer des améliorations du programme est fréquemment négligée.

# Annexe 1 Exemples d'approches et de programmes

Ces exemples sont tirés de l'évaluation de programmes destinés aux populations clés dans 65 pays chargés par le Fonds mondial d'évaluer la conception, la fourniture et le suivi d'ensembles de services de traitement du VIH au cours de la période d'allocation 2017/2019. Ils visent à montrer comment les programmes ont permis de relever certains défis dans la conception et la mise en œuvre d'interventions complètes.

## A. Financement durable

Le **contrat social** désigne l'utilisation des ressources du gouvernement pour financer les organisations de la société civile afin de fournir les services de santé qui relèvent de la responsabilité des pouvoirs publics. Certains pays comme le Brésil, l'Inde ou la Papouasie-Nouvelle-Guinée disposent dans leurs systèmes de santé de mécanismes de contrats avec les ONG, établis depuis longtemps. D'autres pays ont pris des mesures pour ouvrir de nouvelles perspectives de contrat social en lien avec le VIH, notamment l'Ancienne République yougoslave de Macédoine, le Bélarus, la Chine, la Croatie, la Guyane, le Kazakhstan, la République kirghize et l'Ukraine.

**ONG financées par des régimes d'assurance :** Love Yourself, une ONG de Manille, propose des services de prévention et de soins pour le traitement du VIH, des infections sexuellement transmissibles et de la tuberculose aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Elle est accréditée par l'agence d'assurance maladie des Philippines et perçoit une allocation annuelle pour chaque personne vivant avec le VIH inscrite dans son registre dont elle se sert pour fournir une gamme de services de santé et de services sociaux. Love Yourself est partiellement financée par le Fonds mondial mais aimerait parvenir un financement complet par l'assurance santé à moyen terme.

## B. Gouvernance et participation communautaires

Une stratégie de traitement de facteurs déterminants à Madagascar consiste à recourir à des comités provinciaux, de comté et/ou de circonscription pour orienter les programmes locaux destinés aux populations clés. Chaque région de Madagascar dispose d'un groupe de travail régional en charge d'améliorer la coordination au niveau local. Dans la ville de Mahajanga, le groupe de travail réunit le chef de la région, le directeur régional de la santé et d'autres agents de santé, ONG, et représentants des populations clés pour discuter des questions relatives aux populations clés.

Au Kenya, les groupes de travail techniques destinés aux populations clés au niveau du comté réunissent régulièrement les maîtres d'œuvre, les représentants de l'administration des comtés, les chefs locaux et les dirigeants communautaires. Ceci a simplifié la fourniture de service et a réduit les conséquences négatives pour les communautés ainsi que l'ingérence de l'application des lois lors des activités de proximité.

## C. Préciser les niveaux de prestation de services

Le plan national de lutte contre le VIH auprès des travailleur(se)s du sexe en Afrique du Sud (2016) compte trois niveaux de prestation de services : 1) activités de proximité en tant qu'éléments essentiels de la riposte ; 2) cliniques spécialisées dans des régions recensant une forte densité de travailleur(se)s du sexe (plus de 3 000 par district) ; 3) des services

mobiles dans les régions à faible densité [moins de 3 000 travailleur(se)s du sexe par district], fournis dans les centres épidémiques avec le soutien des équipes de proximité.

La stratégie nationale de lutte contre le VIH et les maladies sexuellement transmissibles de Papouasie-Nouvelle-Guinée met en évidence des ensembles de services « essentiels » et « améliorés » destinés aux populations clés, précise quelles provinces recevront quel ensemble de services sur la base de la charge du VIH, et souligne la manière dont la création de demande et le suivi communautaire seront intégrés dans les programmes de santé communautaires plus vastes dans les provinces dont la charge de morbidité est plus faible.

#### **D. Services de santé mentale destinés aux populations clés**

Dans les pays où les services de santé mentale destinés à la population générale ne sont pas adaptés, les programmes de traitement du VIH devraient viser les populations clés grâce à des actions rentables et fondées sur des données probantes. La dépression et l'anxiété sont prévalentes parmi les populations clés et des traitements efficaces permettraient d'améliorer les résultats concernant le VIH.<sup>40,41</sup> La thérapie de groupe avec des personnes vivant avec le VIH dans le nord de l'Ouganda a permis d'améliorer les résultats tels que ceux de l'observance du traitement, ce qui, en fin de compte, contribue à la réduction de la stigmatisation à laquelle font face les personnes vivant avec le VIH.

Lorsque les services de santé mentale fournis par des professionnels ne sont pas bien implantés, des prestataires communautaires formés peuvent les fournir. Au Kenya, la psychothérapie interpersonnelle est proposée aux femmes vivant avec le VIH, via 10 à 12 sessions hebdomadaires qui abordent les questions interpersonnelles de la dépression et aident les participantes à renforcer leurs compétences sociales et à obtenir un soutien social. Aucun critère de formation ou d'expérience n'est requis pour les personnes formées à la thérapie.<sup>43</sup>

#### **E. Modèles de services de dépistage soutenus et pilotés par les communautés**

En République dominicaine, en Indonésie et au Pérou, des membres des populations clés formés accompagnent le personnel du gouvernement dans la fourniture de services de dépistage du VIH au sein des communautés ou des cliniques publiques afin de fournir des conseils avant et après le dépistage. Dans certains modèles, les ONG et les organisations communautaires sont financées pour la mise à disposition de personnel de proximité dans les cliniques privées ou publiques afin d'apporter des conseils et un soutien à l'observance (par exemple, Afrique du Sud, Guyane, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines et Thaïlande).

Le programme Cliniques compétentes est mis en œuvre par Anova en Afrique du Sud fournit des services de formation et d'encadrement aux cliniques publiques sur la fourniture de services destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, particulièrement dans les régions rurales où la portée des ONG est plus faible. Dans le cadre de cette initiative, tout le personnel des cliniques publiques est formé et encadré jusqu'à ce que l'établissement obtienne une certification « MSM Competent Clinic » (clinique compétente pour l'accueil des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes).

Dans de nombreux pays (par exemple en Afrique du Sud, en Inde, en Indonésie, au Kenya et aux Philippines) des ONG pilotées par les populations clés, puissantes et riches en

expérience, dirigent leurs propres cliniques en fournissant l'ensemble des services de traitement de VIH, d'infections sexuellement transmissibles et de tuberculose, de la prévention aux soins.

#### **F. Gestion et sécurité des données**

En Ukraine, Alliance for Public Health se sert d'un logiciel libre (SyrEx) pour enregistrer et suivre les informations sur les patients touchés et les services fournis dans le cadre de programmes communautaires. Il permet aux partenaires de mise en œuvre du projet d'enregistrer de manière unique les patients du projet grâce à un code d'identification unique convenu et de saisir les produits et services fournis, ainsi que d'autres résultats clés tels que des formations.

En Afrique du Sud, où les personnes faisant l'objet d'un dépistage du VIH doivent signer des formulaires de consentement, les formulaires signés dans des établissements communautaires sont scellés sous enveloppe avant d'être repris au bureau. Ces formulaires ainsi que les autres données d'identification sont tenus sous clés, et leur accès est seulement autorisé au personnel de suivi et d'évaluation.

#### **G. Utiliser des données à des fins d'amélioration des résultats**

En Géorgie, une nouvelle base de données de la prévention permettra d'entrer les données en temps réel lorsque des membres de populations clés recourent aux services de prévention du VIH et se voient attribuer un code d'identification unique. La base de données de la prévention permettra de relier ces données avec les données médicales des bases de données nationales sur les antirétroviraux, l'hépatite C, la tuberculose et les infections sexuellement transmissibles pour les services fournis aux membres séropositifs des populations clés. Lorsque les données médicales seront téléchargées dans la base de données de la prévention, elles seront automatiquement retirées de l'information d'identification du patient afin de préserver son anonymat. La nouvelle base de données rendra possible l'établissement de cascades de soins complètes destinées aux populations clés, y compris la suppression de la charge virale. Relier les données du code d'identification unique aux données médicales sur le VIH permettra aux personnes qui conçoivent les plans de voir si les membres séropositifs de populations clés ont accès aux services dont ils ont besoin.

En Afrique du Sud, le récipiendaire principal du Fonds mondial en matière de travailleur(se) du sexe, NACOSA, a conçu deux plateformes en ligne pour aider les organisations sous-réциpiendaires à gérer et à utiliser les données aux fins de la prise de décision. Les sous-réциpiendaires utilisent Orbit, un système de données basé sur le cloud, pour saisir les données des formulaires d'activités de proximité et les données sur le dépistage du VIH, l'orientation et la participation aux réunions. Les sous-réциpiendaires sont formés par NACOSA à l'extraction de données de base pour leurs propres besoins en matière d'information et de formation, et NACOSA organise des réunions trimestrielles pour les sous-réциpiendaires afin d'examiner les graphiques et les données tirés d'Orbit et de déterminer comment améliorer la programmation. NACOSA développe également ZENESIS, une plateforme analytique qui aidera les sous-réциpiendaires à analyser les données à des fins stratégiques et de prise de décision.

## **Annexe 2 Réseaux et groupes de populations clés**

Les sites web de ces organisations fournissent des informations, des ressources publiées et des contacts qui peuvent servir à la planification et à la mise en œuvre du programme.

#### Réseaux mondiaux

- **Global Network of Sex Work Projects (NSWP)** – [www.nswp.org](http://www.nswp.org)
- **MPACT : Global Action for Gay Men’s Health and Rights** (*anciennement MSMGF*) – [www.mpactglobal.org](http://www.mpactglobal.org)
- **IRGT : A Global Network of Transgender Women and HIV** – [transglobalactivism.org](http://transglobalactivism.org)
- **GATE** (identité de genre, expression du genre et diversité corporelle) – [transactivists.org](http://transactivists.org)
- **International Network of People who Use Drugs (INPUD)** – [www.inpud.net](http://www.inpud.net)
- **International Network of Women who Use Drugs (INWUD)** – [www.idpc.net/profile/inwud](http://www.idpc.net/profile/inwud)
- **Youth RISE** (jeunes consommateurs de drogues) – [www.youthrise.org](http://www.youthrise.org)
- **Global Network of People Living with HIV (GNP+)** – [www.gnpplus.net](http://www.gnpplus.net)
- **International Treatment Preparedness Coalition (ITPC)** – [itpcglobal.org](http://itpcglobal.org)

#### Réseaux régionaux

##### Afrique et Moyen-Orient

- **African Sex Workers Alliance (ASWA)** – [aswaalliance.org](http://aswaalliance.org)
- **African Men for Sexual Health and Rights (AMShER)** – [www.amsher.org](http://www.amsher.org)
- **Middle East and North Africa Network of People who Use Drugs (MENANPUD)** – [www.menahra.org/en/about-menanpud](http://www.menahra.org/en/about-menanpud)
- **M-Coalition** (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans le monde arabe) – [www.m-coalition.org](http://www.m-coalition.org)

##### Asie et Pacifique

- **Asia Pacific Network of Sex Workers (APNSW)** – [apnsw.info](http://apnsw.info)
- **Asia-Pacific Coalition on Male Sexual Health (APCOM)** (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et personnes transgenres) – [www.apcom.org](http://www.apcom.org)
- **Asian Network of People who Use Drugs (ANPUD)** – [www.anpud.org](http://www.anpud.org)
- **Youth Voices Count (YVC)** (jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et femmes transgenres) – [https://twitter.com/yvc\\_official?lang=en](https://twitter.com/yvc_official?lang=en)
- **Youth LEAD** (jeunes des populations clés vivant avec le VIH ou étant exposées au risque) – [www.youth-lead.org](http://www.youth-lead.org)

##### Europe de l’Est et Asie centrale

- **Sex Workers’ Rights Advocacy Network (SWAN)** – [www.swannet.org](http://www.swannet.org)
- **Eurasian Coalition on Male Health (ECOM)** (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et personnes transgenres) – [www.ecom.ngo](http://www.ecom.ngo)
- **South Caucasus Network on HIV** (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et personnes transgenres) – [https://eecaplatform.org/en/partner\\_assoc/the-south-caucasus-network-on-hiv-aids-scn/](https://eecaplatform.org/en/partner_assoc/the-south-caucasus-network-on-hiv-aids-scn/)
- **Eurasian Network of People who Use Drugs (ENPUD)** – <https://idpc.net/profile/eurasian-network-of-people-who-use-drugs>

##### Europe

- **International Committee for the Rights of Sex Workers in Europe (ICRSE)** – [www.sexworkeurope.org](http://www.sexworkeurope.org)
- **European Network of People who Use Drugs (EuroNPUD)** – <https://www.euronpud.net/home2>

### Amérique latine et Caraïbes

- **Plataforma LatinoAmerica de Personas que EjeRcen el Trabajo Sexual (PLAPERTS)** – <https://plaperts.nswp.org/>
- **Caribbean Sex Workers Coalition (CSWC)** – <https://www.nswp.org/featured/caribbean-sex-work-coalition>
- **Latin America Network of People who Use Drugs (LANPUD)** – [www.lanpud.blogspot.co.uk](http://www.lanpud.blogspot.co.uk)
- **Caribbean Vulnerable Communities Coalition (CVC)** (populations clés) – [www.cvccoalition.org](http://www.cvccoalition.org)

## Annexe 3 Documents clés

### Fonds mondial<sup>x</sup>

[Note d'information sur le VIH \(Fonds mondial, 2019\)](#)

[S'attaquer aux inégalités de genre \(Fonds mondial, 2019\)](#)

Maximiser l'impact en renforçant les systèmes et les ripostes communautaires (Fonds mondial, 2019)

[VIH, droits de l'Homme et égalité de genre. Note d'information technique](#) (Fonds mondial, 2017)

[Addressing gender inequalities and strengthening responses for women and girls: information note](#) (Fonds mondial, 2014)

[Building resilient and sustainable systems for health through Global Fund investments: information note](#) (Fonds mondial, 2017)

[Maximizing impact by strengthening community systems and responses: technical brief](#) (Fonds mondial, 2016)

[Politique du Fonds mondial en matière de pérennité, de transition et de cofinancement](#) (Fonds mondial, 2016)

[Harm reduction for people who use drugs: technical brief](#) (Fonds mondial, 2017)

[Global Fund support for co-infections and co-morbidities: board decision](#) (Fonds mondial, 2015)

### Politique mondiale

---

<sup>x</sup> Les liens hypertextes renvoient à la version française des publications du Fonds mondial quand elles existent, ou à leur version anglaise sinon. On pourra les trouver dans d'autres langues à l'adresse <https://www.theglobalfund.org/fr/funding-model/applying/resources/>.

[Feuille de route de la prévention du VIH pour 2020](#) (Coalition mondiale pour la prévention du VIH, 2017)

[Miles to go: global AIDS update 2018](#) (ONUSIDA, 2018)

### **Considérations d'ordre général**

[Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés – version de 2016](#) (OMS, 2016)

[HIV and young people who sell sex: technical brief](#) (OMS, 2015)

[HIV and young men who have sex with men: technical brief](#) (OMS, 2015)

[HIV and young transgender people: technical brief](#) (OMS, 2015)

[HIV and young people who inject drugs: technical brief](#) (OMS, 2015)

### **Informations stratégiques et suivi de programme**

[Guidelines on estimating the size of populations most at risk to HIV](#) (ONUSIDA; OMS, 2010)

[Lignes directrices relatives aux enquêtes biocomportementales portant sur les populations exposées au VIH](#) (Groupe mondial de travail sur l'information stratégique pour le VIH, 2017)

[Programmatic mapping readiness assessment for use with key populations](#) (FHI 360/LINKAGES, 2017)

[Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé](#) (OMS, 2015)

[Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations](#) (OMS, 2015)

[Lignes directrices unifiées sur le suivi des patients infectés par le VIH et la surveillance des cas selon une approche centrée sur la personne](#) (OMS, 2017)

[Monitoring guide and toolkit for key population HIV prevention, care, and treatment programs](#) (FHI 360/LINKAGES, 2016)

[Unique identifier codes: guidelines for use with key populations](#) (FHI 360/LINKAGES, 2016)

[Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida 2019 : Indicateurs de suivi de la Déclaration Politique sur la fin du sida adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies en 2016](#) (ONUSIDA, 2018)

### **Conception, mise en œuvre et gestion de programme**

[Mettre en œuvre des programmes complets de VIH/IST auprès des travailleuses du sexe : approches pratiques tirées d'interventions collaboratives](#) (OMS, 2013) – également appelé SWIT

[Implementing comprehensive HIV and STI programmes with men who have sex with men: practical guidance for collaborative interventions](#) (UNFPA, 2015) – MSMIT

[Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions](#) (PNUD, 2016) – TRANSIT

[Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions](#) (ONDC, 2017) – IDUIT

[Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection](#) (OMS, 2016)

[Differentiated service delivery for HIV: a decision framework for HIV testing services](#) (International AIDS Society, 2018)

[Differentiated service delivery for HIV: a decision framework for antiretroviral therapy delivery for key populations](#) (International AIDS Society, 2018)

[Male latex condom: specification, prequalification and guidelines for procurement, 2010 – 2013 revision](#) (OMS, ONUSIDA, UNFPA, FHI 360, 2013)

[Female condom: generic specification, prequalification and guidelines for procurement, 2012](#) (OMS, ONUSIDA, UNFPA, FHI 360, 2013)

[WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision](#) (OMS, ONUDC, ONUSIDA, 2012)

[Harm reduction and brief interventions for ATS users](#) (OMS, 2011)

[HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions](#) (ONUDC, OIT, PNUD, OMS, ONUSIDA, 2013)

[Peer navigation guide for key populations: implementation guide](#) (FHI 360/LINKAGES, 2017)

Approche d'activités de proximité améliorées LINKAGES : [implementation guide](#), [addendum](#), & [training curriculum](#) (FHI 360/LINKAGES, 2017, 2019), également disponible en français et en portugais [ici](#)

## **Facteurs déterminants**

[Programmes clés visant à réduire la stigmatisation et la discrimination et à renforcer l'accès à la justice dans les ripostes nationales au VIH](#) (ONUSIDA, 2012)

[Rights, risk and health: report of the Global Commission on HIV and the Law](#) (PNUD, 2012)

[Outil ONUSIDA d'évaluation basée sur le genre — Vers une riposte au VIH transformatrice en matière de genre](#) (ONUSIDA, 2019)

[When situations go from bad to worse: guidance for international and regional actors responding to acute violence against key populations](#) (FHI 360/LINKAGES, 2018)

[Safety and security toolkit: strengthening the implementation of HIV programs for and with key populations](#) (FHI 360/LINKAGES, 2018)

## **Annexe 4 Glossaire**

La présente note d'information technique utilise la terminologie et les définitions adaptées du [Guide de terminologie de l'ONUSIDA](#) (2015), sauf indications contraires.

**L'identité de genre** fait référence à l'expérience du genre profondément ressentie par chaque personne intérieurement et personnellement, qui peut correspondre ou non au sexe assigné à la naissance. Cela englobe à la fois la perception personnelle du corps, qui peut impliquer la libre décision d'une modification de l'apparence ou de la fonction du corps par voie médicale, chirurgicale ou autre, et d'autres expressions du genre telles que l'habillement, le langage et la gestuelle.

Les **organisations et réseaux pilotés par des populations clés** sont dirigés par des personnes vivant avec le VIH, des travailleurs du sexe femmes, hommes et transgenres, des gays et hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des consommateurs de drogues et des personnes transgenres. Les populations clés partagent leurs expériences en matière de stigmatisation, de discrimination, de criminalisation et de violence et font face à une charge de morbidité disproportionnée du VIH partout dans le monde. Les organisations et réseaux pilotés par les populations clés sont des entités dont la gouvernance, la direction, le personnel, les porte-parole, les membres et les volontaires reflètent et représentent les expériences, les perspectives et les voix de leurs circonscriptions. Ces organisations et réseaux ainsi que leur expertise sont ancrés dans nos expériences de vie, ce qui détermine nos priorités. Nous parlons pour nous et faisons partie intégrante de la riposte mondiale au VIH. Cette définition des populations clés n'est pas destinée à écarter la manière dont les personnes se décrivent, y compris en matière d'orientation sexuelle, de genre et d'identité de genre.

**Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes**, indépendamment de leurs rapports sexuels éventuels avec des femmes ou de leur identité bisexuelle ou gay sur le plan personnel ou social. C'est un concept utile, car il inclut des hommes qui s'identifient comme hétérosexuels tout en ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

Les **consommateurs de drogues** désignent les personnes qui consomment des drogues psychoactives non médicales et sanctionnées, qui sont illégales, contrôlées ou sous prescription. Ce terme inclut les drogues injectables et celles consommées d'une tout autre manière. (Pour de plus amples informations, consulter [INPUD Consensus Statement on Drug Use under Prohibition: Human Rights, Health and the Law](#) [2015].)

Les **prisons et autres milieux fermés** désignent des lieux de détention des personnes en attente de jugement, condamnées ou faisant l'objet d'autres mesures de sécurité. Variables selon les juridictions, ils peuvent inclure les maisons d'arrêt, les centres de détention, les locaux de garde à vue, les centres de détention pour jeunes délinquants, les lieux de détention provisoire, les camps de travail forcé et les pénitenciers. Bien que ces termes ne couvrent pas officiellement les personnes détenues en raison de leur statut de réfugié ou de migrant, les personnes détenues sans charge ainsi que celles condamnées à un traitement obligatoire et des centres de désintoxication, tels qu'ils existent dans certains pays, les mêmes considérations liées au VIH s'appliquent à ces personnes.

L'**orientation sexuelle** désigne la capacité de chacun(e) à éprouver une profonde attirance émotionnelle, affective et sexuelle (accompagnée de relations intimes et sexuelles ou non) envers des personnes du sexe opposé (hétérosexuels), du même sexe (homosexuels) ou des deux sexes (bisexuels).

Les **travailleurs du sexe** englobent les femmes, les hommes et les personnes transgenres adultes et jeunes (de plus de 18 ans) qui reçoivent de l'argent ou des marchandises en échange de services sexuels, de manière régulière ou occasionnelle. Le degré d'organisation

du commerce du sexe et sa reconnaissance comme activité économique « formelle » peuvent varier selon le contexte. Le commerce du sexe désigne la vente consensuelle de services sexuels entre adultes, se pratique sous des formes très diverses, et varie selon le pays et la communauté (Pour de plus amples informations, voir [UNAIDS Guidance Note on HIV and Sex Work](#) [2012].)

**Transgenre** est un terme générique décrivant des personnes dont l'identité et l'expression sexuelles ne sont pas conformes aux normes ni aux attentes traditionnellement associées à leur sexe à la naissance. Les personnes transgenres englobent les personnes ayant bénéficié d'une opération chirurgicale de réassignation sexuelle, celles ayant bénéficié d'interventions médicales non chirurgicales en vue d'un changement de genre (hormonothérapie, par exemple) et celles qui ne se reconnaissent dans aucun genre ou qui s'identifient à plusieurs genres ou à des genres alternatifs. Une personne transgenre peut utiliser un ou plusieurs termes pour se décrire.

**Jeunes des populations clés** désigne spécifiquement les jeunes de 10 à 24 ans qui appartiennent à une population clé, tels les jeunes vivant avec le VIH, les jeunes hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les jeunes personnes transgenres, les jeunes consommateurs de drogues injectables et les jeunes travailleur(se)s du sexe (âgés de 18 ans ou plus).

# Références

- <sup>1</sup> [Déclaration politique sur le VIH et le sida : accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030](#). Nations Unies, 2016.
- <sup>2</sup> [90-90-90 : Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida](#). ONUSIDA, 2014.
- <sup>3</sup> [Feuille de route de la prévention du VIH pour 2020](#). Coalition mondiale pour la prévention du VIH, 2017.
- <sup>4</sup> [Stratégie 2017-2022 du Fonds mondial « Investir pour mettre fin aux épidémies »](#). Fonds mondial, 2016.
- <sup>5</sup> Note d'information relative au VIH. Fonds mondial, 2019.
- <sup>6</sup> [Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés – Mise à jour de 2016](#). OMS, 2016.
- <sup>7</sup> [Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant](#), articles 3 et 5. U.N. Doc. A/Res/44/25. Nations Unies, 1989.
- <sup>8</sup> [Déclaration politique sur le VIH et le sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida](#). Nations Unies, 2011.
- <sup>9</sup> [Programmes clés visant à réduire la stigmatisation et la discrimination et à renforcer l'accès à la justice dans les ripostes nationales au VIH](#). ONUSIDA, 2012.
- <sup>10</sup> Seale A, Bains A, Avrett S. [Partnership, sex, and marginalization: moving the Global Fund sexual orientation and gender identities agenda](#). *Health and Human Rights Journal*. 2013;12(1).
- <sup>11</sup> [WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis of HIV infection](#). OMS, 2017.
- <sup>12</sup> [Rapid assessment and response: adaptation guide on HIV and men who have sex with men](#). OMS, 2004.
- <sup>13</sup> [Rapid assessment and response: adaptation guide for work with especially vulnerable young people](#). OMS, 2004.
- <sup>14</sup> [Déclaration de position sur les préservatifs et la prévention du VIH, des autres infections sexuellement transmissibles et des grossesses non désirées](#). UNFPA, OMS, ONUSIDA, 2015.
- <sup>15</sup> [Community management of opioid overdose](#). OMS, 2014.
- <sup>16</sup> [Systematic literature review on HIV and stimulant drugs use \(A\). Part 2/5: ATS and HIV risk and transmission](#). ONUDC, 2017.
- <sup>17</sup> [Lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH](#). OMS, 2015.
- <sup>18</sup> [L'OMS préconise le dépistage du VIH par des prestataires communautaires](#). OMS, 2015.
- <sup>19</sup> [Guidelines on HIV self-testing and partner notification](#). OMS, 2016.
- <sup>20</sup> [Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection](#). OMS, 2016.
- <sup>21</sup> [Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection](#). OMS, 2015.
- <sup>22</sup> [Guidelines for the screening, care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection](#). OMS, 2016.
- <sup>23</sup> [Guidelines on hepatitis B and C testing](#). OMS, 2016.
- <sup>24</sup> [Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH. Principes directeurs à l'intention des programmes nationaux et autres partenaires](#). OMS, 2012.
- <sup>25</sup> [mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: version 2.0](#). OMS, 2016.
- <sup>26</sup> [The paradigm shift 2016-2020: global plan to end TB](#). Partenariat « Halte à la tuberculose », 2015.
- <sup>27</sup> [Key populations brief: people living with HIV](#). Partenariat « Halte à la tuberculose », n.a.
- <sup>28</sup> [Guidelines on the treatment of chlamydia, gonorrhoea and syphilis](#). OMS, 2016.
- <sup>29</sup> [Updates on HIV and infant feeding](#). OMS, 2016.

- 
- <sup>30</sup> [Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy](#). OMS, 2014.
- <sup>31</sup> [Approche globale de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus : vers une meilleure santé pour les femmes et les jeunes filles Note d'orientation de l'OMS](#). OMS, 2013.
- <sup>32</sup> [Blueprint for the provision of comprehensive care to gay men and other men who have sex with men \(MSM\) in Latin America and the Caribbean](#), Section 4.5. Organisation panaméricaine de la Santé, 2010.
- <sup>33</sup> [Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines](#). OMS, 2013.
- <sup>34</sup> [Global Commission on HIV and the Law: Risks, rights and health](#). PNUD, 2012.
- <sup>35</sup> [Lois et pratiques discriminatoires et actes de violence dont sont victimes des personnes en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre. Rapport de la Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme](#). A/HRC/19/41. Nations Unies, 2011.
- <sup>36</sup> [Joint statement: compulsory drug detention and rehabilitation centers](#). Nations Unies, 2012.
- <sup>37</sup> [Effectiveness of interventions to address HIV in prisons](#). OMS, 2007.
- <sup>38</sup> [A handbook for starting and managing needle and syringe programmes in prisons and other closed settings](#). ONUDC, 2014.
- <sup>39</sup> [Women and HIV in prison settings](#). ONUDC, 2008.
- <sup>40</sup> Katz IT, Tsai AC. [Psychological therapy to improve HIV care and reduce stigma](#). *Lancet HIV*. 2015;2(5):e172-173.
- <sup>41</sup> Onu C, Onger L, Bukisi E, et al. [Interpersonal psychotherapy for depression and posttraumatic stress disorder among HIV-positive women in Kisumu, Kenya: study protocol for a randomized controlled trial](#). *Trials*. 2016;17(64).