



## Note d'information technique

Répondre aux besoins des professionnels du sexe, des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, des personnes transgenres, des consommateurs de drogues et des personnes incarcérées dans le contexte de l'épidémie de VIH

Janvier 2017  
Genève, Suisse

## Table des matières

I.	Introduction .....	5
II.	Le raisonnement : Pourquoi s'intéresser particulièrement aux populations-clés ? ....	6
01	Vulnérabilités de chaque population-clé .....	7
02	Vulnérabilités plurielles .....	7
III.	Comment intégrer les populations-clés dans les demandes de financement ? .....	8
01	Principes directeurs pour une approche fondée sur les droits de l'Homme .....	8
02	Capacitation des communautés .....	10
03	Lutter contre la stigmatisation, la discrimination et les violences .....	11
04	Services de santé destinés aux populations-clés .....	12
05	Considérations relatives à la prestation de services .....	14
IV.	Utilisation des données.....	16
01	Données au service de la planification des investissements stratégiques et de la conception des programmes .....	16
02	Données au service du suivi des programmes .....	16
03	Améliorer la base de connaissances.....	17
04	Sécurité des données .....	17
V.	Réseaux constitués à l'initiative des populations-clés .....	17
01	Réseaux mondiaux.....	17
02	Réseaux régionaux.....	17
VI.	Bibliographie .....	19

## Abréviations

IDUIT	instrument pratique pour la mise en œuvre de programmes complets de VIH/IST auprès des personnes qui s'injectent des drogues
IST	infection sexuellement transmissible
MSMIT	instrument pratique pour la mise en œuvre de programmes complets de VIH/IST auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUDC	Office des Nations unies contre la drogue et le crime
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
SWIT	instrument pratique pour la mise en œuvre de programmes complets de VIH/IST auprès des travailleuses du sexe
TIC	technologies de l'information et de la communication
TRANSIT	instrument pratique pour la mise en œuvre de programmes complets de VIH/IST auprès des personnes transgenres
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population

## Glossaire

Pour les besoins de la présente note d'information technique, la terminologie et les définitions employées sont, sauf indication contraire, adaptées du [Guide de terminologie de l'ONUSIDA \(version 2015\)](#).

Le terme « **consommateurs de drogues** » renvoie au fait de consommer des substances psychoactives sans autorisation médicale, y compris des substances illicites, réglementées ou soumises à prescription médicale<sup>i</sup>.

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.

Le terme « **hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes** » désigne des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres 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 les hommes qui s'identifient comme hétérosexuels tout en ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

On entend par « **prisons et autres milieux fermés** » les lieux de détention des personnes en attente de jugement, condamnées ou faisant l'objet d'autres mesures de sécurité. Variables selon les juridictions, ces lieux 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. Si le terme ne s'applique pas *stricto sensu* aux personnes détenues du fait de leur statut migratoire ou de leur condition de réfugié, aux personnes détenues sans être inculpées, ou encore aux personnes soumises à une injonction de soins et envoyées en centres de désintoxication, selon les pratiques en vigueur dans certains pays, ces personnes n'en sont pas moins exposées aux mêmes risques liés au VIH que les autres personnes détenues. Idéalement, l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien liés au VIH devrait être étendu à ces milieux<sup>ii</sup>.

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 (hétérosexuel), du même sexe (homosexuel) ou des deux sexes (bisexuel).

Les **professionnel(le)s du sexe** englobent les femmes, les hommes et les personnes transgenres adultes, ainsi que les 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. Il est important de préciser ici que 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, le lieu et la communauté concerné<sup>iii</sup>.

Le terme « **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. Les personnes transgenres sont susceptibles d'utiliser un ou plusieurs termes distincts pour décrire leur identité de genre.

Le terme « **jeunes des populations-clés** » désigne spécifiquement les jeunes de 10 à 24 ans appartenant à une population-clé, tels que 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 professionnels du sexe (âgés de 18 ans ou plus). Les jeunes des populations-clés ont souvent des besoins qui leur sont propres, et leur participation effective est indispensable au succès de la riposte au VIH.

# I. Introduction

La charge de morbidité du VIH n'est pas distribuée de manière égale entre les différentes populations. Partout dans le monde, le virus touche de manière disproportionnée certaines populations-clés, en particulier :

- les professionnels du sexe
- les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
- les personnes transgenres (notamment les femmes transgenres)
- les personnes consommant des drogues injectables
- les personnes incarcérées ou détenues dans d'autres milieux fermés<sup>1</sup>

Pourtant, nombre de stratégies et de programmes nationaux d'action contre le VIH négligent tout ou partie de ces populations, ou ne prévoient pas de ressources spécifiques pour la prestation concrète de services à destination des populations-clés. Les taux de diagnostic et de traitement du VIH s'en trouvent réduits et les pays se voient dans l'incapacité d'atteindre leurs cibles de prévention<sup>iv</sup>, ainsi que leurs cibles 90-90-90 de diagnostic et traitement<sup>v</sup>.

Dans sa démarche d'investissement stratégique<sup>vi</sup> et sa [Stratégie 2017/2022 – Investir pour mettre fin aux épidémies](#), le Fonds mondial insiste sur l'importance, d'une part, de centrer les investissements là où ils auront le plus d'impact en ciblant bien les lieux et les populations bénéficiaires, et, d'autre part, d'exécuter à échelle des interventions fondées sur les droits et étayées par des données probantes. En d'autres termes, les programmes nationaux doivent prendre les mesures nécessaires pour offrir aux populations-clés des services de qualité, accessibles, acceptables et abordables. Les modalités de prestation de services devront être adaptées aux besoins propres à chacune des populations-clés, ainsi qu'aux [vulnérabilités plurielles](#) qu'elles rencontrent face au VIH, tout en tenant compte des risques de stigmatisation, de discrimination et d'atteinte aux droits de l'Homme auxquels chacun peut être exposé.

La présente note d'information technique vise à aider les pays à élaborer des demandes de financement axées sur des programmes complets englobant le continuum de prévention, de diagnostic, de traitement et de prise en charge du VIH parmi les populations-clés<sup>2</sup>. Elle doit être lue en parallèle de la note d'information du Fonds mondial sur les investissements stratégiques dans les programmes de lutte contre le VIH [<http://www.theglobalfund.org/fr/applying/funding/resources/>] (2016). [La deuxième section](#) de la présente note s'intéresse à la logique sous-tendant la programmation d'interventions spécifiques en faveur des populations-clés. [La troisième section](#) revient sur les composants essentiels qu'il faut inclure dans les demandes de financement pour garantir la mise en place de programmes complets. Elle décrit les interventions et les approches étayées par des données probantes que recommandent le Fonds mondial et ses partenaires techniques, et que l'organisation veut voir figurer dans les demandes de financement. Elle définit également les principes directeurs devant présider à la programmation des interventions (en particulier, l'approche fondée sur les droits, le principe de participation des populations-clés à la conception et à la mise en œuvre des programmes et leur rôle de pilotage à cet égard). Ces interventions, approches et principes sont inspirés d'une série d'instruments pratiques publiée il y a peu afin de guider la mise en œuvre des programmes à destination de quatre groupes de populations-clés :

- [Mettre en œuvre des programmes complets de VIH/IST auprès des travailleuses du sexe : approches pratiques tirées d'interventions collaboratives](#) (OMS, 2013), disponible en français
- [Mettre en œuvre des programmes complets contre le VIH auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes : approches pratiques pour des interventions collaboratives](#) (UNFPA, 2015) – actuellement disponible uniquement en anglais
- [Mettre en œuvre des programmes complets contre le VIH auprès des personnes transgenres : approches pratiques pour des interventions collaboratives](#) (PNUD, 2016) – actuellement disponible uniquement en anglais
- Mettre en œuvre des programmes d'action complets contre le VIH et le virus de l'hépatite C auprès des personnes consommant des drogues injectables : approches pratiques pour des interventions collaboratives (ONUSIDA, à paraître en 2017).

<sup>1</sup> Pour consulter les définitions détaillées des termes ci-dessus, veuillez vous référer au glossaire.

<sup>2</sup> Pour les besoins de la présente note d'information technique, le terme « populations-clés » désigne les groupes énumérés en introduction et ne s'applique pas aux autres groupes de population particulièrement touchés par le VIH, la tuberculose ou le paludisme.

Ces instruments traduisent en mesures concrètes les recommandations cliniques et les principaux facteurs déterminants (leviers d'élimination des freins d'accès aux services) exposés dans les [Lignes directrices unifiées de l'OMS sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations-clés](#) (2014, mis à jour en 2016). Ce guide a été établi dans le cadre d'une collaboration étroite entre des institutions spécialisées des Nations Unies, des organisations et réseaux représentant les populations-clés, ainsi que d'autres partenaires internationaux<sup>3</sup>.

[La quatrième section](#) cible les différentes dimensions du recueil et de l'exploitation des données, tandis que la [cinquième section](#) de la présente note dresse une liste indicative des réseaux représentant les populations-clés.

## II. Le raisonnement : Pourquoi s'intéresser particulièrement aux populations-clés ?

Dans l'ensemble des pays où des données sont recueillies et diffusées selon des méthodes fiables, on constate que les professionnels du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes transgenres, les personnes consommant des drogues injectables et les personnes incarcérées ou détenues dans d'autres milieux fermés courent davantage de risques de contracter le VIH que la population générale. Ces personnes enregistrent par ailleurs des taux de morbidité et de mortalité supérieurs et accèdent plus difficilement aux services de prise en charge du VIH. Les ressources publiques affectées aux programmes de lutte contre le VIH parmi les populations-clés sont chroniquement insuffisantes, et, bien que la prévalence et l'incidence du VIH soient élevées chez ces populations, la couverture des interventions de prévention du VIH reste fragmentaire, qu'il s'agisse des services et produits d'information et d'accompagnement pour la réduction des risques, ou encore des autres services d'action sanitaire et sociale.

La vulnérabilité des populations-clés face au VIH est exacerbée par certains obstacles structurels, parfois en totale contradiction avec leur droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible<sup>vii</sup>. Au sein même du secteur de la santé, on peut citer entre autres obstacles les inégalités de genre affectant l'offre de services et l'accès aux services, mais aussi le manque de tact, la méconnaissance ou encore les réactions de rejet des prestataires de services. Ces comportements peuvent se nourrir de l'homophobie, de la transphobie ou d'autres préjugés à l'encontre des populations-clés. En outre, nombre de soignants n'ont pas les connaissances ou la formation nécessaires pour traiter les besoins particuliers des populations-clés en matière de santé sexuelle, notamment ceux des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et des personnes transgenres. Les populations-clés peuvent subir des violences verbales ou physiques de la part des soignants. Or, les personnes ayant connu la stigmatisation, la discrimination ou la violence peuvent se détourner des services dont ils ont pourtant besoin.

Cet effet de dissuasion est encore plus fort dans les pays où la loi condamne les pratiques sexuelles entre hommes, le commerce des services sexuels ou la consommation de drogue, et dans ceux qui ne reconnaissent pas les expressions de genre dissidentes. Dans la version actualisée de ses lignes directrices sur les populations-clés et le VIH, l'OMS appelle les pays à dépénaliser certains comportements comme la consommation de drogues (par injection), le commerce du sexe, les actes homosexuels et les identités de genre dissidentes, et à éliminer toute application injuste du droit civil et de la réglementation aux personnes consommant ou s'injectant des drogues, aux professionnels du sexe, aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et aux personnes transgenres<sup>viii</sup>. Cet appel fait écho à diverses initiatives similaires lancées par d'autres organismes<sup>ix,x</sup>.

Outre ces obstacles, les populations-clés se trouvent confrontées de manière plus générale à l'exclusion sociale et à la négation de leurs droits économiques, ce qui peut exacerber leur vulnérabilité face au VIH et rendre plus difficile encore l'accès aux services requis. Souvent, ces facteurs s'expriment de manière encore plus aiguë chez les populations-clés vivant avec le VIH.

---

<sup>3</sup> Ont notamment participé au projet le Réseau mondial des projets sur le travail du sexe (NSWP), le Forum mondial sur les HSH et le VIH (MSMGF), le réseau IRGT (réseau international de femmes trans contre le VIH), le Réseau international des usagers de drogues (INPUD), le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), la Banque mondiale et la Fondation Bill et Melinda Gates.

## 01 Vulnérabilités de chaque population-clé

En plus des vulnérabilités communes évoquées ci-dessus, les populations-clés souffrent chacune de fragilités particulières qu'il faut prendre en compte lors de la conception des programmes et des modalités de prestation de services. Les paragraphes qui suivent en font une description succincte. Le lecteur trouvera dans les documents de référence mentionnés à la fin de la présente note des informations plus détaillées que les pays sont invités à consulter.

De par leur environnement de travail, leurs impératifs économiques ou encore l'absence de pouvoir de décision individuel, les **professionnels du sexe** ne sont pas toujours en mesure de négocier le port du préservatif. Ils sont aussi vulnérables aux actes d'extorsion et de violence, y compris au viol, que commettent les clients, les souteneurs, les propriétaires de maisons de passe ou les agents des forces de l'ordre, en particulier dans les contextes où le commerce du sexe (ou, dans le cas des hommes vendant leurs services sexuels, le sexe homosexuel) est puni par la loi<sup>xi</sup>. Même là où le commerce du sexe et les pratiques homosexuelles ne sont pas techniquement illicites ou condamnés par la loi, la stigmatisation des professionnels du sexe peut être telle qu'il est inutile, voire dangereux pour la victime, de chercher à demander réparation devant la justice. Il existe une corrélation positive entre le fait de subir des violences et une vulnérabilité exacerbée face au VIH<sup>xii</sup>.

Les **hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes** courent un risque accru de contracter le VIH s'ils ont des rapports anaux non protégés<sup>xiii</sup>, mais, dans de nombreux pays, ils sont également vulnérables aux violences, notamment aux violences sexuelles, car leurs comportements sont perçus comme une transgression aux normes de genre et aux normes sexuelles<sup>9,xiv</sup>.

Les violences faites aux **personnes transgenres** atteignent des niveaux extrêmes, et l'exclusion sociale et économique contraint nombre d'entre elles à se livrer au commerce du sexe, ce qui les expose davantage au VIH<sup>xv,xvi</sup>. Faute d'accès aux traitements de féminisation/masculinisation (hormonothérapie ou injections de silicone, par exemple) dans les services de soins officiels, certaines femmes transgenres peuvent être amenées à s'automédiquer, avec les risques sanitaires que cela comporte (utilisation d'aiguilles non stériles et overdoses d'hormones notamment)<sup>15</sup>. Certaines personnes transgenres se tournent également vers le commerce du sexe pour pouvoir financer les traitements chirurgicaux de féminisation/masculinisation non pris en charge par les systèmes de santé<sup>4</sup>.

Les **consommateurs de drogues** courent un risque élevé de contracter le VIH et le virus de l'hépatite C dans les contextes où ils ne peuvent disposer de matériel d'injection stérile, y accéder ou l'utiliser<sup>xvii</sup>. Cette grande vulnérabilité s'explique aussi par l'absence de services de réduction des méfaits, en particulier les traitements de substitution aux opiacés pour les personnes dépendantes, et par les pratiques éminemment répressives auxquelles sont exposés les consommateurs de drogues dans la plupart des pays<sup>xviii,xix</sup>. Le taux de VIH est généralement plus élevé chez les consommatrices que chez les consommateurs. Les personnes qui ne s'injectent pas, mais prennent des produits stimulants ou d'autres substances psychoactives, courent parfois autant de risques de contracter le VIH lors de rapports sexuels non protégés que les consommateurs de drogues injectables, et se heurtent à des obstacles structurels analogues lorsqu'il s'agit d'accéder aux services de réduction des méfaits.

Les **personnes incarcérées ou détenues dans d'autres milieux fermés** (prisons, cellules de garde à vue, centres de détention pour mineurs, lieux de détention provisoire, camps de travail forcé ou centres de « traitement » non volontaire des toxicomanies) sont vulnérables au VIH, car elles sont exposées aux contacts sexuels non protégés, aux violences sexuelles et aux pratiques de partage de matériel d'injection non stérile. Le risque encouru est d'autant plus élevé que la consommation de drogues est répandue en détention et que les centres fermés proposent rarement des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues, des traitements de substitution aux opiacés<sup>xx,xxi</sup>, et encore moins des programmes de distribution de préservatifs<sup>xxii</sup>.

## 02 Vulnérabilités plurielles

Parmi les populations-clés, nombreux sont ceux qui se heurtent à des vulnérabilités plurielles face au VIH. Les programmes qui leur sont destinés 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

---

<sup>4</sup> TRANSIT, section 2.2.6.

son identité de genre peut, par stratégie de défense, se réfugier dans l'alcool ou la drogue. 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. Dans de nombreux contextes, 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.

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. Bien que la littérature scientifique soit peu diserte sur la situation des jeunes issus des populations-clés, plusieurs éléments indiquent que, pour certains jeunes, l'adoption de comportements à risque se fait dès le début de l'adolescence. Les jeunes sont par ailleurs pénalisés par leur absence relative d'autonomie financière et par leur dépendance à l'égard de leur milieu familial ou scolaire, parfois hostile à leur identité de genre ou sexuelle. 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>2</sup>, ou que les programmes destinés aux populations-clés ne prévoient aucun service adapté à leur âge. Pour tout complément d'information sur les jeunes des populations-clés et le VIH, on se reportera aux quatre notes d'orientation techniques publiées par l'OMS sur le sujet<sup>xxiii,xxiv,xxv,xxvi</sup>.

Les membres des populations-clés vivant avec le VIH sont doublement exposés à la stigmatisation du fait de leur appartenance à un groupe de population-clé et de leur statut sérologique pour le VIH. Ils sont susceptibles de se heurter à des obstacles encore plus graves en matière d'accès au traitement, d'observance thérapeutique et d'accès aux autres services de prise en charge, et sont même parfois montrés du doigt par leurs pairs en raison de leur séropositivité.

Les personnes vivant avec le VIH courent plus de risques de contracter la tuberculose et d'en mourir que les personnes séronégatives au VIH. Ces risques sont particulièrement élevés en milieu carcéral et dans les autres milieux fermés, ainsi que dans les milieux de vie et de travail où règne une grande promiscuité. La coinfection VIH-hépatite C est très répandue chez les personnes consommant des drogues injectables et vivant avec le VIH.

### III. Comment intégrer les populations-clés dans les demandes de financement ?

Le Fonds mondial attend des pays candidats qu'ils mettent au point un programme complet à destination des populations-clés, fondé sur les recommandations figurant dans les [lignes directrices unifiées de l'OMS pour les populations-clés](#) (version de 2016) et sur les principes et approches défendus dans les instruments pratiques pour la mise en œuvre de programmes complets de lutte contre le VIH auprès des professionnels du sexe, des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des personnes transgenres et des personnes qui s'injectent des drogues. Dans cette section de la présente note, on trouvera une synthèse des interventions et des approches décrites dans ces instruments pratiques, l'objectif étant d'indiquer aux pays les mesures qu'ils peuvent prendre pour présenter des programmes adaptés aux populations-clés dans leurs demandes de financement.

#### 01 Principes directeurs pour une approche fondée sur les droits de l'Homme

La protection des droits fondamentaux de tous les membres de chaque population-clé doit présider à la programmation des interventions, les normes et les principes relevant des droits de l'Homme devant être intégrés aux programmes<sup>xxvii,xxviii</sup>. On trouvera ci-dessous une description succincte de plusieurs des aspects propres à cette approche. Pour plus d'informations, le lecteur consultera également la [note d'information du Fonds mondial sur le VIH](#) (2016), les sections 4.2 et 5.2, et la [section consacrée à la stigmatisation, à la discrimination et aux violences](#), ainsi que la [note d'information technique](#) sur le VIH, les droits de l'Homme et l'égalité entre les genres.



**Les communautés doivent s'impliquer et jouer un rôle d'impulsion.** Ce principe vaut pour l'ensemble du processus de dialogue au niveau du pays et des processus des instances de coordination nationale, l'élaboration des demandes de financement, l'établissement des subventions et la conception, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des programmes. Le fait d'impliquer les communautés et de leur donner un rôle de chef de file permet de gagner la confiance de ceux à qui sont destinés les programmes, de susciter l'adhésion des populations-clés au processus, de concevoir des programmes plus complets et en phase avec leurs besoins et de créer des conditions plus favorables à la prévention du VIH<sup>xxix</sup>. Pour plus de participation et d'inclusivité, les communautés peuvent solliciter le concours du Secrétariat du Fonds mondial, tant au titre de [l'Initiative spéciale portant sur les communautés, les droits et les questions de genre](#) que par l'entremise de partenaires techniques. Les membres des populations-clés doivent pouvoir choisir leur mode de représentation et leurs représentants. Une liste de réseaux est également reproduite dans la [cinquième section](#) de la présente note.

**Les prestataires de services doivent respecter les droits de chaque individu.** Les programmes financés par le Fonds mondial doivent garantir la non-discrimination, le respect de l'autonomie de chacun et du principe de consentement éclairé dans les services médicaux, ainsi que le secret médical. Ces principes procèdent des obligations déontologiques en santé, à savoir le devoir de bienfaisance (faire le bien), le devoir de non-malfaisance (ne pas nuire) et le principe de justice<sup>xxx</sup>.

**Il convient de combattre les inégalités entre les genres dès la conception des programmes.** Au sein des populations-clés comme dans la population générale, les femmes sont globalement plus à risque de contracter le VIH que les hommes – un constat qui s'explique par les inégalités et les pratiques discriminatoires consacrées par les normes de genre, les niveaux élevés de violences fondées sur le genre, la plus grande exclusion économique des femmes et leurs difficultés d'accès aux services de réduction des risques et aux soins de santé. Dans leur conception comme dans les modalités de prestation, les services doivent tenir compte des circonstances et des besoins propres aux femmes. Ce principe s'applique de la même manière aux personnes transgenres : les femmes trans, en particulier, ne doivent pas être assimilées aux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes dans les actions de proximité ou l'offre de services. Pour tout complément d'information, on se reportera à la [note d'information du Fonds mondial sur le VIH](#) (section 4.2), à la note d'information technique du Fonds mondial sur le VIH, les droits de l'Homme et l'égalité entre les genres, ainsi qu'à la note d'information intitulée [S'attaquer aux inégalités de genre et renforcer les ripostes en faveur des femmes et des filles](#) (2014).

**L'acceptabilité est l'une des dimensions fondamentales de l'efficacité des services.** Si l'on veut garantir la participation des populations-clés et leur maintien dans le circuit des soins, les interventions axées sur le VIH doivent être de qualité, respectueuses, adaptées et abordables. Pour assurer cette acceptabilité, il faut avant tout travailler en concertation avec des organisations ou réseaux de populations-clés, intégrer aux équipes des membres des populations-clés en les recrutant notamment, mais pas exclusivement, comme intervenants de proximité (éducateurs 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.

**Ne pas nuire :** Les modes de participation des populations-clés aux dialogues au niveau du pays et aux instances de coordination nationale doivent être pensés de sorte à ne jamais exposer leurs membres au harcèlement, à la maltraitance ou à la violence. De même, ils doivent être protégés de tout préjudice dans le circuit des services, qu'ils participent à la planification, à la prestation, au suivi ou qu'ils en soient bénéficiaires.

**Souplesse et rapidité d'adaptation s'imposent,** sachant que le contexte dans lequel s'inscrit l'offre de services aux populations-clés peut être bouleversé par des événements imprévus.

En octobre 2014, le conseil d'administration du Fonds mondial a décidé que celui-ci ne financerait pas de programmes de traitement obligatoire, notamment ceux visant à changer l'orientation sexuelle ou l'identité de genre, à « réhabiliter » les professionnels du sexe ou encore à traiter les toxicomanies en centres fermés. Toutefois, résolu à combler les déficits observés dans la mise en place de traitements vitaux au profit des populations-clés, le Fonds mondial peut à titre exceptionnel financer l'offre de services médicaux scientifiquement validés en établissement, afin par exemple d'assurer l'accès des détenus à des traitements vitaux proposés dans le cadre de programmes communautaires volontaires situés en dehors des centres de détention. Ces exceptions seront approuvées après consultation des organisations partenaires concernées des Nations Unies et s'appliqueront par exemple aux contextes où la supervision et la vérification des conditions et de l'affectation des financements peuvent être assurées de manière indépendante.



## 02 Capacitation des communautés

Par « capacitation », 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. Concrètement, la capacitation englobe les mesures suivantes :

- **Appuyer la participation concrète des représentants des populations-clés** (voir section sur [l'implication et le rôle d'impulsion des communautés](#)) : Les programmes doivent également associer les jeunes et les personnes vivant avec le VIH au sein des populations-clés.
- **Promouvoir la création de groupes ou de réseaux de populations-clés**, ou renforcer les structures existantes, en mettant à leur disposition l'infrastructure, l'appui technique et les financements nécessaires. Dans ce contexte, il convient également, pour les groupes qui le souhaitent et lorsque les circonstances locales le permettent, de soutenir la constitution en société des groupes ou réseaux.
- **Encourager les actions de proximité menées par les membres des populations-clés** (voir partie sur les [services à l'initiative des communautés](#)).
- **Promouvoir l'application d'une approche fondée sur les droits pour les interventions axées sur le VIH** (voir parties sur [les principes directeurs s'appliquant aux programmes](#) et [la lutte contre la stigmatisation, la discrimination et les violences](#)).

- **Renforcer les systèmes communautaires** : Souvent, les populations-clés dépendent davantage des systèmes communautaires que la population générale. Les candidats sont priés de budgétiser et de planifier des interventions prévoyant le recours systématique à la mobilisation communautaire, aux modalités de prestation de services, de suivi et de plaidoyer pilotées par les communautés et au renforcement des capacités institutionnelles. Pour plus d'informations, on se reportera à la [note d'information sur la mise en place de systèmes résistants et pérennes pour la santé à travers les investissements du Fonds mondial](#) (2016), en particulier la section 3.1, et à la note d'information technique connexe sur le [renforcement des systèmes et des actions communautaires au service de l'impact](#) (2016).
- **Plaider en faveur de réformes stratégiques et de l'instauration d'environnements favorables** (voir section suivante).
- **Pérennité** : Si l'on en croit l'expérience des pays qui se sont affranchis du soutien du Fonds mondial, dans les contextes pauvres en ressources, ce sont souvent les activités de prévention du VIH qui sont écartées en premier, en particulier celles destinées aux populations-clés ou mises en œuvre par des groupes communautaires ou de la société civile. Pour éviter cette pratique, les populations-clés doivent jouer un rôle charnière dans les programmes ; en tant que bénéficiaires, elles doivent intervenir dès le stade de la planification, mais aussi militer pour que l'abandon des financements du Fonds mondial se fasse dans un cadre bien planifié et étayé par des données, permettant par ailleurs de maintenir et d'élargir la programmation stratégique, y compris pour la réduction des méfaits. Les candidats doivent prévoir dans leurs plans de transition un calendrier, des financements et des structures appropriés afin de pouvoir, d'une part, pérenniser et même intensifier les programmes et, d'autre part, en transférer la maîtrise aux communautés de populations-clés ou à d'autres parties prenantes, selon le cas. Pour tout complément d'information, veuillez consulter la [Politique du Fonds mondial en matière de pérennité, de transition et de cofinancement](#) (2016).

### 03 Lutter contre la stigmatisation, la discrimination et les violences

Les [lignes directrices unifiées de l'OMS pour les populations-clés](#) (2016) définissent quatre facteurs déterminants pour lever les obstacles à l'utilisation effective des services liés au VIH : 1) la mise en place d'une législation et d'engagements politique et financier favorables, notamment la décriminalisation des comportements des populations-clés, 2) la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, 3) l'autonomisation des communautés, et 4) la lutte contre la violence à l'égard des membres des populations-clés. Ces quatre facteurs appellent diverses interventions, décrites ci-dessous.

La stigmatisation, la discrimination et la violence sont le fait d'un très large éventail d'acteurs :

- **Représentants de l'État**, tels que les fonctionnaires de police et les autres agents des forces de l'ordre, le personnel militaire ou paramilitaire, les gardes-frontières, les gardiens de prison
- **Auteurs issus de la population générale**
- **Institutions** : employeurs, soignants, logeurs, personnel et direction des écoles et des établissements d'enseignement supérieur (intimidations, exclusion scolaire, notamment)
- **Partenaires intimes ou membres de la famille**
- **Groupes non étatiques** : milices, membres de gangs, responsables religieux ou groupes religieux

Les pays candidats doivent présenter, preuves à l'appui, l'approche retenue pour combattre la stigmatisation, la discrimination et les violences sous l'angle de la santé publique et des droits de l'Homme, ainsi que pour éliminer les freins d'accès aux services<sup>5</sup>. Si l'approche définie doit être adaptée au contexte propre à chaque pays, elle est susceptible d'appuyer des interventions répondant aux objectifs suivants :

- **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.

<sup>5</sup> Les interventions répertoriées sous ce point sont détaillées dans les instruments pratiques pour la mise en œuvre de programmes d'action complets contre le VIH et sont conformes aux actions proposées dans l'ouvrage [Programmes clés visant à réduire la stigmatisation et la discrimination et à renforcer l'accès à la justice dans les ripostes nationales au VIH](#) (Genève, ONUSIDA, 2012).

- **Rassembler des données sur les violences faites aux 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.
- **Œuvrer à la réforme du droit et des politiques** :
  - Revoir les lois sanctionnant l'identité ou les comportements des populations-clés ou restreignant l'accès aux services (par exemple, lois interdisant ou limitant l'accès des personnes consommant des drogues injectables aux services de réduction des méfaits, tels que les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues ou les traitements de substitution aux opiacés, ou lois exigeant le consentement parental pour dépister ou traiter les mineurs de moins de 18 ans).
  - Revoir les pratiques des forces de l'ordre portant atteinte aux droits des populations-clés ou aiguisant le risque de transmission du VIH, telles que la confiscation de préservatifs ou d'aiguilles stériles.
  - Rendre les institutions comptables de l'application des lois et des pratiques défendant les droits des populations-clés.

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. Pour tout complément d'information sur les réformes du droit et des politiques, on se reportera au rapport de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, intitulé [Risques, droit et santé](#) (PNUD, 2012).

- **Promouvoir la transparence policière** : On peut par exemple organiser régulièrement des ateliers de sensibilisation des fonctionnaires de police axés sur les droits de l'Homme et les lois pertinentes s'appliquant aux populations-clés et au VIH, inscrire ces thématiques dans le programme de formation des écoles de police, et 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. Le fait de convier des représentants des communautés aux ateliers permet également d'ouvrir des voies de communication entre les populations-clés, les responsables et les forces de police.
- **Sensibiliser les soignants** et les autres membres des équipes des établissements cliniques, dans le cadre de formations axées sur les droits que la loi confère aux populations, sur les risques qu'elles encourent face au VIH et sur leurs besoins cliniques et psychosociaux, ainsi que sur le respect dû à la personne soignée, en particulier le droit à la confidentialité et le principe du consentement volontaire éclairé avant tout traitement. Ces formations doivent s'inscrire dans une stratégie d'investissement adaptée dans les ressources humaines pour la santé (voir note d'information sur la [mise en place de systèmes résistants et pérennes pour la santé à travers les investissements du Fonds mondial](#) (2016), section 3.4).
- **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>xxxii</sup>.

## 04 Services de santé destinés aux populations-clés

Les [lignes directrices unifiées de l'OMS pour les populations-clés](#) (2016) proposent un ensemble complet d'interventions destinées aux populations-clés :

1. **Prévention : Mettre en place un programme complet sur les préservatifs et les lubrifiants** afin de mettre à disposition gratuitement et auprès d'un large public des préservatifs et des lubrifiants compatibles avec ceux-ci et de veiller à ce que les populations-clés disposent des connaissances, des compétences et du pouvoir de décision nécessaires pour les utiliser correctement et systématiquement<sup>xxxii,xxxiii</sup>. La **prophylaxie pré-exposition (PrEP)** est recommandée en

complément pour les personnes à haut risque d'infection, tandis que la **prophylaxie post-exposition (PEP)** est indiquée chez les personnes ayant été exposées au risque viral<sup>6</sup>.

2. **Interventions axées sur la réduction des méfaits parmi les consommateurs de drogues**, en particulier les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues pour les consommateurs de drogues injectables et la mise en place d'un traitement de substitution aux opiacés pour les personnes dépendantes aux opiacés. La distribution de naloxone a récemment été ajoutée à la liste des interventions clés. Les six autres interventions répertoriées dans la liste ci-dessous sont extraites de l'ensemble complet d'interventions en réduction des méfaits recommandé par l'OMS. Pour plus d'informations, on se reportera à la note d'information du Fonds mondial sur la [réduction des méfaits pour les consommateurs de drogues](#) (2015)<sup>xxxiv</sup>.
3. La **prévention comportementale**, qui consiste à transmettre aux publics visés des informations factuelles et des compétences éprouvées à l'appui de la réduction des risques, contribue à prévenir la transmission du VIH et à accroître l'utilisation effective des services. Elle englobe les actions ciblées d'information, d'éducation et de communication, tant individuelles que collectives, menées dans les établissements de soins ou au sein même des communautés (comprend les services de proximité mobiles) et adaptées aux spécificités locales.
4. **Services de dépistage du VIH** dans les communautés, les établissements cliniques et les milieux fermés<sup>xxxv</sup>. On inclut dans cette catégorie le dépistage par un prestataire communautaire<sup>xxxvi</sup> et les autotests de dépistage<sup>xxxvii</sup>.
5. Traitement et soins du VIH, comprenant le démarrage immédiat d'un traitement antirétroviral chez les personnes testées positives au VIH et la rétention dans le continuum de soins<sup>xxxviii</sup>.
6. **Prévention et prise en charge des coïnfections et autres comorbidités** (hépatite virale<sup>xxxix,xl,xli</sup>, tuberculose<sup>xlii</sup>, virus du papillome humain et affections en santé mentale<sup>xliii</sup>).
7. **Interventions en santé sexuelle et reproductive**, comprenant notamment, mais pas exclusivement, 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>xliv</sup>.

Ces interventions sont utiles à tous les groupes de populations-clés (à l'exception des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues et des traitements de substitution aux opiacés qui concernent spécifiquement les personnes consommant des drogues injectables ou dépendantes aux opiacés), et l'OMS insiste sur le fait qu'il faut aborder ces interventions comme un tout intégré interdépendant. Autrement dit, une application partielle de l'ensemble complet n'est pas suffisante. Bien que les différents groupes de populations-clés n'aient pas forcément besoin en permanence d'accéder à tous ces services, les demandes de financement doivent démontrer que des mesures sont prévues pour garantir la disponibilité, l'accessibilité et l'acceptabilité des services dès lors qu'ils sont nécessaires, ainsi que pour élaborer des méthodes adaptées de mesure de la couverture des services (voir aussi [section 3.5](#) et encadré n° 2 de la [note d'information sur le VIH](#)). Pour chacune des catégories d'intervention de l'ensemble complet, les services – et les modalités de prestation de services – doivent être spécifiquement adaptés aux besoins des populations-clés bénéficiaires, en tenant compte des dimensions particulières liées à l'âge et au genre.

D'autres interventions recommandées par l'OMS et/ou préconisées dans les instruments pratiques peuvent être nécessaires à certains membres des populations-clés. Ces interventions doivent également figurer dans les plans nationaux :

- Services prénatals, y compris prévention de la transmission mère-enfant du VIH<sup>xlv,xlvi</sup>
- Dépistage du cancer du col de l'utérus (pour les femmes et éventuellement les hommes transgenres)<sup>xlvii</sup>
- Dépistage du cancer anal (chez les hommes ou les personnes transgenres pratiquant le sexe anal)<sup>xlviii</sup>
- Prise en charge clinique des victimes d'agression sexuelle<sup>31</sup>
- Distribution en milieu communautaire de naloxone pour une prise en charge rapide des overdoses aux opiacés<sup>xlix</sup>
- 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<sup>7</sup>

<sup>6</sup> Selon l'OMS, les groupes à haut risque d'infection sont ceux enregistrant une incidence du VIH supérieure à 3 pour cent. (Voir [Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection](#), Genève, OMS, 2016).

<sup>7</sup> TRANSIT, section 3.2.3.

Pour plus d'informations et d'orientations sur les services disponibles, on se reportera aux chapitres pertinents des instruments pratiques consacrés aux différentes populations-clés. Ces services doivent également figurer dans les plans nationaux.

## 05 Considérations relatives à la prestation de services

Le Fonds mondial met l'accent sur l'instauration de modèles différenciés de soins et de prestation de services, adaptés aux besoins, aux préférences et aux attentes des populations-clés. Pour tout complément d'information, veuillez consulter la section 5.1 de la [note d'information du Fonds mondial sur le VIH](#). Dans les demandes de financement, les candidats devront notamment veiller à intégrer les mesures ci-dessous dans leurs modalités de prestation de services.

**Garantir l'équité, l'acceptabilité et l'accessibilité physique et économique des services en établissement :** Que les centres de santé relèvent du secteur public, du privé, d'une ONG ou d'une organisation communautaire, la formation du personnel ne suffit pas à garantir le traitement respectueux, compétent et confidentiel des membres des populations-clés. Par exemple :

- Il se peut que les services proposés à la population générale doivent être adaptés pour les populations-clés (plages horaires hebdomadaires réservées ou extension des horaires d'ouverture, et prise à domicile des produits de substitution aux opiacés pour les personnes consommant des drogues injectables).
- Dans les milieux hostiles à certaines populations-clés, il convient d'être particulièrement attentif à l'appellation qui sera donnée aux services et à leur mode de promotion, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de l'établissement.
- Les services doivent être adaptés spécifiquement aux besoins de chaque population-clé. Par exemple, les adolescents qui s'injectent des drogues ne se sentiront sans doute pas très à l'aise dans un centre proposant des services de réduction des méfaits aux adultes. De même, il se peut que les personnes transgenres ne s'identifient en rien aux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, alors qu'elles sont souvent regroupées avec eux dans la planification des services.
- Le contenu de la prévention comportementale et des supports imprimés et publiés en ligne doit lui aussi être adapté aux besoins, à la culture et aux modes d'expression propres à la population-clé concernée.
- Il convient également de réfléchir à des modalités flexibles de prestation de services de sorte à 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. Il faut par ailleurs ajuster les services aux âges ciblés ; dans les services destinés aux enfants, il faudra tenir compte de l'intérêt supérieur de l'enfant et de l'évolution de ses capacités<sup>2</sup>, ainsi que du droit applicable.
- 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.

**Service de prévention et de dépistage communautaires :** Lorsque les services sont décentralisés et proposés à proximité du lieu de résidence des membres des populations-clés, ils deviennent plus accessibles, sont mieux acceptés et favorisent les passerelles vers les services d'orientation. Dans tous les milieux touchés par l'épidémie de VIH, l'OMS recommande de proposer aux populations-clés des services communautaires de dépistage du VIH et de conseil, en lien avec les services de prévention, de traitement et de soins et en plus des services de conseil et de dépistage à l'initiative du soignant. 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 (se déplaçant en camionnette, à vélo, à vélomoteur ou à pied). Les services peuvent ainsi s'ajuster à l'évolution des circonstances sur le terrain (déplacement des centres en fonction des foyers d'épidémie ou des fluctuations saisonnières des effectifs des populations-clés, par exemple). Les programmes doivent veiller à la sécurité et à la protection des prestataires intervenant en milieu communautaire.

**Modes différenciés d'administration des antirétroviraux :** Pour relever les maigres taux d'accès des populations-clés aux programmes de traitement du VIH et les taux tout aussi bas de rétention dans le circuit des soins, il convient d'envisager différents modes d'administration des antirétroviraux. La décentralisation du traitement et de la prise en charge du VIH (à savoir la possibilité de mettre en route le traitement antirétroviral et/ou de le poursuivre dans les établissements de santé périphériques, et de favoriser l'observance thérapeutique en intervenant au sein même de la communauté, y compris par un travail de terrain, entre deux consultations régulières en centres de soins) contribue à renforcer l'implication des communautés et est susceptible d'améliorer l'accès aux services, le recours aux soins et la rétention dans le circuit des soins. Le partage des tâches et l'intégration des services (voir plus bas) participent aussi à la différenciation des modes d'administration des antirétroviraux.

**Services à l'initiative des communautés (ou des pairs) :** Souvent, les actions de sensibilisation donnent de meilleurs résultats lorsqu'elles sont confiées à des membres des populations-clés formés à cet effet. De par leurs connaissances, leurs compétences et leur propre vécu, ces personnes sont mieux à même de nouer des liens et d'établir une relation de confiance avec leurs pairs, de faire de la prévention comportementale, de mener des actions de réduction des risques et des méfaits, d'aiguiller les personnes qui en ont besoin vers d'autres services et de leur proposer des solutions constructives face à la violence. Cela vaut aussi pour les personnes incarcérées ou détenues dans d'autres milieux fermés. Les intervenants pivots dûment formés peuvent jouer un rôle de mentor et de guide auprès des personnes vivant avec le VIH et aider ces dernières à accéder à la gamme complète de services dont elles ont besoin et à se maintenir dans le circuit de prise en charge. Les services pilotés par les communautés peuvent également contribuer à la politique de partage des tâches, à savoir la réaffectation rationnelle de tâches incombant aux prestataires hautement qualifiés, telles que le dépistage du VIH et la délivrance d'antirétroviraux, à des agents de santé communautaires ayant reçu une formation plus courte et possédant moins de qualifications. Non seulement le partage des tâches contribue à accroître l'efficacité et le rendement des équipes disponibles dans les lieux de dépistage et de traitement par antirétroviraux, mais, plus important encore pour les populations-clés, il permet aux pairs d'assurer un accompagnement complémentaire, de renforcer les actions communautaires en faveur du traitement du VIH et d'améliorer la rétention des patients sous traitement. Comme le montre le principe de partage des tâches, les services fournis par les populations-clés ne doivent en aucun cas se limiter aux actions de proximité ou être exclusivement confiés à des volontaires. Les programmes doivent prévoir des formations, des moyens financiers et un accompagnement régulier pour les membres des populations-clés recrutés au sein des équipes, notamment pour ce qui concerne la prestation de services, le soutien administratif et la gestion de programme.

**Intégration des services (« guichets uniques ») :** Le fait de regrouper des services en un même endroit (et d'assurer la formation croisée des prestataires, le cas échéant) permet d'améliorer l'accessibilité des services et de réduire le nombre de perdus de vue. L'intégration des services concerne entre autres les services de dépistage du VIH, les traitements antirétroviraux, le traitement des infections liées au VIH, les traitements de substitution aux opiacés et autres prises en charge des dépendances, la distribution de préservatifs et de lubrifiant, ainsi que d'aiguilles et de seringues, la santé sexuelle et reproductive, et la prise en charge de la tuberculose et de l'hépatite virale.

**Utiliser les services adaptés aux populations-clés comme point d'entrée dans le circuit des soins :** 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.

**Services proposés en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés :** Les services de prévention et de traitement du VIH qui sont proposés dans la communauté doivent également être mis à disposition des personnes incarcérées ou détenues dans d'autres centres fermés. Pour plus d'informations, on se reportera aux publications de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et d'autres partenaires des Nations Unies<sup>20,i,lii</sup>, à la collection de fiches techniques de l'OMS *Evidence for Action* consacrée au VIH en milieu carcéral, ainsi qu'aux [lignes directrices unifiées de l'OMS pour les populations-clés \(2016\)](#) (section 3.2.1).

**Passerelles :** Lorsque les services ne sont pas intégrés, il est essentiel de disposer d'un système d'aiguillage solide permettant à chaque client d'accéder de la manière la plus simple possible aux services dont il a besoin, y compris en dehors du programme concerné. La formation croisée entre institutions, le détachement de personnel et les projets d'amélioration de la qualité peuvent y participer. Les systèmes de prise en charge des cas (ou les systèmes d'intervenants pivots) doivent être pensés de manière à faciliter les passerelles tout le long

du continuum de prise en charge (diagnostic, traitement et soins) et à aider les clients à décider s'ils révèlent ou non leur statut sérologique (pour tout complément d'information, on se reportera à la section 4.3 des [lignes directrices unifiées de l'OMS pour les populations-clés](#), 2016). Dans ce contexte, il convient de favoriser le partage de l'information entre les prestataires, tout en respectant à la lettre les critères de confidentialité des données (voir [section 4](#)). Dans le cadre des programmes, il faut concevoir des approches collaboratives à tous les échelons du système de santé, y compris pour ce qui concerne la mobilisation et l'affectation des ressources, la formation et la sensibilisation des soignants, la gestion des stocks et le suivi-évaluation.

**Recours aux technologies de l'information et de la communication (TIC) :** Les programmes doivent prendre le temps de réfléchir à la manière dont les TIC sont en train de révolutionner les modes d'interaction des populations-clés – prise de contact des professionnels du sexe avec leurs clients, ou échanges entre les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et leurs partenaires sexuels –, aux difficultés qu'elles posent et aux perspectives qu'elles ouvrent concernant l'information effective des populations. Par exemple, il peut être difficile d'établir le contact avec les membres des populations-clés dans leurs lieux de rassemblement « classiques », mais, s'ils sont très actifs sur les plateformes informatiques, on pourra peut-être entrer en contact avec eux via les médias sociaux.

**Suivi communautaire des services :** 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 de comités communautaires, qui se réuniront régulièrement pour discuter des prestations de services et disposeront 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 agrégés au niveau national.

## IV. Utilisation des données

### 01 Données au service de la planification des investissements stratégiques et de la conception des programmes

La [note d'information sur le VIH](#) (section 3) recense les catégories de données nécessaires à la répartition stratégique des investissements axés sur le VIH, y compris ceux à destination des populations-clés.

### 02 Données au service du suivi des programmes

Les pays doivent prévoir la mise en place de systèmes coordonnés de rapport, fondés sur des indicateurs préalablement approuvés et dotés des infrastructures, du budget et des systèmes de formation, de supervision et de suivi nécessaires pour garantir la présentation de rapports uniformes par les bénéficiaires des subventions. Le suivi s'appuie non seulement sur des données programmatiques ou administratives, mais aussi sur les données tirées des enquêtes comportementales et de sérosurveillance menées auprès des populations-clés. Ces données peuvent servir au suivi d'importants indicateurs relatifs à la portée et à la couverture des programmes, ainsi qu'aux comportements à risque et aux actes de stigmatisation et de discrimination dont sont victimes les populations. Pour plus d'informations, on se reportera à la boîte à outils de l'OMS [Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations](#) (2015).

Le Fonds mondial encourage les pays à renforcer leurs systèmes de données de sorte à pouvoir présenter des données sur la couverture des services d'action complets contre le VIH proposés aux populations-clés. Les programmes qui le souhaitent peuvent privilégier la mise en place de systèmes de suivi individuel des patients à travers le continuum de dépistage, prévention, diagnostic, traitement et prise en charge du VIH. Il est également possible d'instaurer un code d'identification unique anonyme (protégeant l'identité du client du regard des tiers), qui sera utilisé par l'ensemble des prestataires de services et dans toutes les régions géographiques. Les codes d'identification uniques contribuent également à prévenir les doubles comptages des bénéficiaires des services, tout en préservant la sécurité de chaque client et la confidentialité des données personnelles. Divers types d'enquêtes peuvent aussi être conduits pour déterminer la couverture des services fournis aux populations-clés.



## 03 Améliorer la base de connaissances

Il est possible d'utiliser les subventions du Fonds mondial pour renforcer la base de connaissances disponibles sur les populations-clés et les interventions éprouvées. La recherche opérationnelle doit s'inscrire dans le processus de mise en œuvre et les données doivent être rapidement partagées et utilisées pour améliorer la programmation. Pour plus d'informations, on se reportera au [guide de suivi et d'évaluation du Fonds mondial](#) (module VIH, section 3.1.1).

## 04 Sécurité des données

Dans leurs demandes de financement, les candidats doivent garder à l'esprit qu'ils doivent mettre en place des procédures de sécurité strictes garantissant la sécurité des clients des programmes et l'intégrité des données. Ils devront ainsi envisager les points suivants :

- Codes de déontologie pour l'utilisation des données
- Procédures d'autorisation des personnes habilitées à exploiter et à partager les données
- Points de contrôle dans le cheminement des données
- Bases de données et autres systèmes sécurisés pour l'enregistrement des données, l'établissement de rapports et le stockage des données
- Plan d'intervention d'urgence en cas de fuite d'information

## V. Réseaux constitués à l'initiative des populations-clés

*Remarque : ces listes ne sont aucunement exhaustives.*

### 01 Réseaux mondiaux

- Réseau mondial des projets sur le travail du sexe (NSWP) – [www.nswp.org](http://www.nswp.org)
- Forum mondial sur les HSH et le VIH (MSMGF) – [www.msmgf.org](http://www.msmgf.org)
- IRGT : réseau international de femmes trans contre le VIH – [www.transglobalactivism.org](http://www.transglobalactivism.org)
- Réseau international des usagers de drogues (INPUD) – [www.inpud.org](http://www.inpud.org)
- Réseau international des femmes qui consomment des drogues (INWUD) – [www.facebook.com/INWUD](https://www.facebook.com/INWUD)
- Réseau mondial de personnes vivant avec le VIH (GNP+) – [www.gnpplus.net](http://www.gnpplus.net)
- Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH (ICW) – [www.icw.org](http://www.icw.org)
- Youth RISE (jeunes usagers de drogues) – [www.youthrise.org](http://www.youthrise.org)

### 02 Réseaux régionaux

#### **Afrique et Moyen-Orient**

- Alliance africaine des travailleurSEs du sexe (ASWA) – [www.aswaalliance.org](http://www.aswaalliance.org)
- African Men for Sexual Health and Rights (AMSHer) – <http://www.hivsharespace.net/organization/african-men-sexual-health-and-rights-amsher>
- Réseau Moyen-Orient et Afrique du Nord des consommateurs de drogues (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-Pacifique**

- Réseau Asie-Pacifique des travailleurSEs du sexe (APSNW) – [apnsw.info](http://apnsw.info)
- Coalition Asie-Pacifique sur la santé sexuelle masculine (APCOM – hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et personnes transgenres) – [www.apcom.org](http://www.apcom.org)
- Réseau asiatique des consommateurs de drogues (ANPUD) – [www.anpud.org](http://www.anpud.org)
- Youth Voices Count (YVC – jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et jeunes femmes transgenres) – [www.youthvoicescount.org](http://www.youthvoicescount.org)

- Youth LEAD (jeunes des populations-clés vivant avec le VIH ou à risque de contracter le VIH) – [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)
- Coalition eurasiennne pour la santé des hommes (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) – [www.scnhiv.weebly.com](http://www.scnhiv.weebly.com)
- Réseau eurasienn des consommateurs de drogues (ENPUD) – [www.enpud.org](http://www.enpud.org)

### **Europe**

- Comité international pour les droits des travailleurSEs du sexe en Europe (ICRSE) – [www.sexworkeurope.org](http://www.sexworkeurope.org)
- Réseau européen des consommateurs de drogues (EuroNPUD)

### **Amérique latine et Caraïbes**

- Plataforma LatinoAmérica de Personas que EjeRcen el Trabajo Sexual (PLAPERTS) – [www.plaperts.nswp.org](http://www.plaperts.nswp.org)
- Coalition des professionnel(le)s du sexe des Caraïbes (CSWC) – [www.caribbeansexworkcollective.org](http://www.caribbeansexworkcollective.org)
- Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía en América Latina y el Caribe (ASICAL – MSM)
- Réseau latino-américain des consommateurs de drogues (LANPUD) – [www.lanpud.blogspot.co.uk](http://www.lanpud.blogspot.co.uk)
- Coalition des communautés vulnérables des Caraïbes (CVC – populations-clés) – [www.cvccoalition.org](http://www.cvccoalition.org)

## VI. Bibliographie

- 
- <sup>i</sup> [INPUD consensus statement on drug use under prohibition: human rights, health and the law](#), Londres, INPUD, 2015.
- <sup>ii</sup> [Convention relative aux droits de l'enfant](#), articles 3 et 5.
- <sup>iii</sup> [UNAIDS guidance note on HIV and sex work](#), Genève, ONUSIDA, 2012.
- <sup>iv</sup> [Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2012 : Accélérer la riposte pour mettre fin au sida](#), Genève, ONUSIDA, 2015.
- <sup>v</sup> [90-90-90 : Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida](#), Genève, ONUSIDA, 2014.
- <sup>vi</sup> [Note d'information du Fonds mondial sur les investissements stratégiques dans les programmes de lutte contre le VIH](#), Genève, Fonds mondial, 2016.
- <sup>vii</sup> [Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels](#), article 12.
- <sup>viii</sup> [Lignes directrices unifiées de l'OMS sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés \(version révisée de 2016\)](#), Genève, OMS, 2016 (p. 87).
- <sup>ix</sup> [Commission mondiale sur le VIH et le droit : Risques, droit et santé](#), New York, ONUSIDA, 2012.
- <sup>x</sup> [Rapport de la Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme sur les 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](#), New York, Assemblée générale des Nations Unies, A/HRC/29/23, 2015 (paragraphe 14, 41-42 et 84(d)).
- <sup>xi</sup> [Sex work, violence and HIV: a guide for programmes with sex workers](#), Royaume-Uni, International HIV/AIDS Alliance, 2007.
- <sup>xii</sup> Decker M, Wirtz AL, Pretorius C, *et al.*, [Estimating the impact of reducing violence against female sex workers on HIV epidemics in Kenya and Ukraine: a policy modeling exercise](#), *Am J Reprod Immunol.* 2013;69(Suppl 1):122–132.
- <sup>xiii</sup> Beyrer C, Baral SD, van Griensven F, *et al.*, [Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men](#), *Lancet.* 2012;380(9839):367-377.
- <sup>xiv</sup> [Rapport de la Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme sur les 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](#), New York, Assemblée générale des Nations Unies, A/HRC/19/41, 2011.
- <sup>xv</sup> [Transgender health and human rights: discussion paper](#), Genève, PNUD, 2013.
- <sup>xvi</sup> [Transrespect versus transphobia worldwide: a comparative review of the human-rights situation of gender-variant/trans people](#), Berlin, Transrespect versus Transphobia Worldwide, 2012.
- <sup>xvii</sup> [Rapport mondial sur les drogues 2016](#), Vienne, ONUDC, 2016.
- <sup>xviii</sup> [Do no harm: health, human rights and people who use drugs](#), Genève, ONUSIDA, 2016.
- <sup>xix</sup> [The global state of harm reduction 2014](#), Londres, Harm Reduction International, 2014.
- <sup>xx</sup> [Effectiveness of interventions to address HIV in prisons](#), Genève, OMS, 2007.
- <sup>xxi</sup> [HIV in places of detention: a toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings](#), Vienne, ONUDC, 2008.
- <sup>xxii</sup> Kamarulzaman A, Reid SE, Schwitters A, *et al.*, Prevention of transmission of HIV, hepatitis B virus, hepatitis C virus, and tuberculosis in prisoners, *Lancet.* 2016;388(10049):1115-1126.
- <sup>xxiii</sup> [HIV and young people who sell sex](#), Genève, OMS, 2015.
- <sup>xxiv</sup> [HIV infection in men who have sex with men](#), Genève, OMS, 2015.
- <sup>xxv</sup> [HIV and young transgender people](#), Genève, OMS, 2015.
- <sup>xxvi</sup> [HIV and young people who inject drugs](#), Genève, OMS, 2015.
- <sup>xxvii</sup> [Scaling up programs to remove human rights barriers to health services](#), Genève, Fonds mondial, 2016.
- <sup>xxviii</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](#), Genève, ONUSIDA, 2012.

- 
- <sup>xxix</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. 12(1), 2013.
- <sup>xxx</sup> [Global health ethics: key issues](#), Genève, OMS, 2015.
- <sup>xxxi</sup> [Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes : recommandations cliniques et politiques](#), Genève, OMS, 2013.
- <sup>xxxii</sup> [Déclaration de position sur les préservatifs et la prévention du VIH, des autres infections sexuellement transmissibles et des grossesses non désirées](#), Genève, UNFPA, OMS et ONUSIDA, 2015.
- <sup>xxxiii</sup> [Male latex condom: specification, prequalification and guidelines for procurement](#), Genève, OMS, UNFPA, Family Health International, 2010, édition révisée en 2013.
- <sup>xxxiv</sup> [Guide technique de l'OMS, de l'ONUSIDA et de l'ONUSIDA pour la définition d'objectifs nationaux pour l'accès universel des usagers de drogues par injection à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida \(version révisée en 2012\)](#), Genève, OMS, 2012.
- <sup>xxxv</sup> [Consolidated guidelines on HIV testing services](#), Genève, OMS, 2015.
- <sup>xxxvi</sup> [Note d'orientation - L'OMS préconise le dépistage du VIH par des prestataires communautaires](#), Genève, OMS, 2015.
- <sup>xxxvii</sup> [Guidelines on HIV self-testing and partner notification](#), Genève, OMS, 2016.
- <sup>xxxviii</sup> [Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection](#), Genève, OMS, 2016.
- <sup>xxxix</sup> [Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection](#), Genève, OMS, 2015.
- <sup>xl</sup> [Guidelines for the screening, care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection](#), Genève, OMS, 2016.
- <sup>xli</sup> [Guidelines on hepatitis B and C testing](#), Genève, OMS, 2016.
- <sup>xlii</sup> [Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH, Guidelines on hepatitis B and C testing](#), Genève, OMS, 2012.
- <sup>xliii</sup> [Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées](#), Genève, OMS, 2011.
- <sup>xliv</sup> [Guidelines on the treatment of chlamydia, gonorrhoea and syphilis](#), Genève, OMS, 2016.
- <sup>xlv</sup> [Updates on HIV and infant feeding](#), Genève, OMS, 2016.
- <sup>xlvi</sup> [Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy](#), Genève, OMS, 2014.
- <sup>xlvii</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](#), Genève, OMS, 2013.
- <sup>xlviii</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](#), Washington, DC, Organisation panaméricaine de la Santé, 2010 (section 4.5).
- <sup>xlix</sup> [Community management of opioid overdose](#), Genève, OMS, 2014.
- <sup>l</sup> [HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions](#), Vienne, ONUDC, OIT, PNUD, OMS, ONUSIDA, 2013.
- <sup>li</sup> [A handbook for starting and managing needle and syringe programmes in prisons and other closed settings](#), Vienne, ONUDC, 2014.
- <sup>lii</sup> [Women and HIV in prison settings](#), Vienne, ONUDC, 2008.