

Modèles de prévention primaire du VIH évolutifs et durables destinés aux personnes issues des populations clés

une analyse des approches nationales



Sommaire

Résumé	4
Contexte	7
Objectif, méthodologie et précisions	9
Objectif	9
Collecte de données	9
Limites	10
Précisions	11
Exemples de pays ayant mis en place de bonnes pratiques dans le cadre de programmes de prévention primaire du VIH destinés aux populations clés	15
L'Australie	15
Brésil	20
Kenya	23
République de Moldavie	27
Nigeria	31
Philippines	35
Thaïlande	39
Zimbabwe	43
Principaux modèles de financement et de prestation de services	48
Modèle de financement 1	48
Modèle de financement 2	51
Modèle de financement 3	52
Principales typologies de prestation de services	56
Principales conclusions	61
Caractéristiques communes des modèles de financement et de prestation de services	61
Les gouvernements peuvent recourir à des agences semi-autonomes pour accroître et pérenniser le financement national des services	64
Risques liés au recours à l'aide de donateurs externes	64

Les organisations de la société civile jouent un rôle crucial dans la prestation de services liés au VIH aux personnes issues des populations clés, ce qui profite au secteur public des soins de santé primaires 64

Bonnes pratiques pour des programmes de prévention primaire du VIH durables et évolutifs destinés aux personnes issues des populations clés 65

La durabilité de la riposte à la prévention du VIH exigera des gouvernements qu’ils investissent davantage de ressources nationales dans les programmes de prévention primaire du VIH, y compris pour les personnes issues des populations clés 65

Les partenaires extérieurs peuvent aider les gouvernements à mettre en place des mécanismes de financement nationaux durables 65

Les gouvernements peuvent choisir les modèles de financement durables qui conviennent à leur environnement économique et politique 66

Une collaboration proactive avec les agences gouvernementales peut permettre d’identifier des opportunités pour des approches de prévention du VIH durables et évolutives 67

L’intégration des services des OSC aux infrastructures et services publics de soins de santé primaires peut réduire les coûts et améliorer l’accès 67

La révision des politiques peut faciliter la mise en œuvre de la DSD afin d’accroître le recours aux services de prévention primaire du VIH, y compris la PrEP et la PEP 67

La collaboration entre les pouvoirs publics et les OSC peut permettre de fixer des coûts appropriés pour des services de prévention du VIH durables destinés aux populations clés 68

La révision de la législation et des politiques peut améliorer l’accès et le recours à la prévention primaire du VIH 69

Acronymes et abréviations 70

Références 71

Résumé

Les programmes de prévention primaire du VIH sont essentiels pour réduire les nouvelles infections par le VIH et économiser les ressources nationales qui, sans cela, seraient consacrées aux services de traitement et de soutien si la transmission du VIH n'était pas endiguée.

Environ la moitié de toutes les nouvelles infections par le VIH dans le monde en 2024 ont touché des personnes issues de populations clés et leurs partenaires sexuels, notamment les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs du sexe, les personnes transgenres et les consommateurs de drogues injectables. Dans la plupart des pays, ces populations clés sont victimes de stigmatisation et de discrimination dans les structures de santé publique, ce qui entrave leur accès aux services liés au VIH et à d'autres services de santé, ainsi que leur utilisation.

L'ONUSIDA et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) continuent donc de plaider en faveur de modèles de prestation de services différenciés (DSD) pour les personnes issues des populations clés, notamment par le biais de services dirigés par la communauté (CLS). La Déclaration politique de 2021 sur le VIH et le sida précise que les organisations dirigées par la communauté (CLO) devraient fournir 80 % des services de prévention du VIH aux populations à haut risque d'infection par le VIH d'ici 2025.

Malgré de nombreux défis, certains pays ont adopté des modèles de prestation de services liés au VIH destinés aux personnes issues des populations clés qui sont entièrement ou partiellement financés au niveau national et qui pourraient être viables à grande échelle. Les organisations de la société civile (OSC) jouent un rôle essentiel dans ces modèles, mais une grande partie de leur travail est sous-estimée et sous-financée.

Ce rapport présente une analyse et une évaluation des données disponibles jusqu'en janvier 2025 concernant les modèles de prestation de services de prévention du VIH destinés aux personnes issues des populations clés, en mettant l'accent sur les modèles évolutifs et potentiellement durables. Il inclut des exemples concrets issus de différents contextes qui peuvent guider les efforts visant à renforcer la prévention du VIH chez les personnes issues des populations clés.

Trois principales modalités de financement ont été identifiées :

- **Le modèle de financement 1** s'applique aux pays où les programmes de prévention primaire du VIH destinés aux populations clés sont principalement financés par des donateurs externes (par exemple, le Kenya, le Nigeria et le Zimbabwe).
- **Le modèle de financement n° 2** garantit que les services sont financés principalement par des ressources nationales, par l'intermédiaire d'un organisme semi-autonome, tel qu'une compagnie d'assurance maladie. Il comprend deux sous-types, chacun recourant à un mécanisme de financement différent. Le modèle n° 2(a) prévoit un processus d'appel d'offres pour les prestataires de services, tels que les organisations de la société civile (par exemple en République de Moldavie), ou l'octroi de subventions aux administrations provinciales et municipales. Dans le modèle 2(b), les services fournis par les établissements publics de soins de santé primaires et les OSC sont remboursés (par exemple aux Philippines et en Thaïlande).
- **Le modèle de financement 3** concerne les services de prévention du VIH entièrement financés par des ressources nationales, soit au point de service, soit par le biais d'un remboursement (par exemple en Australie et au Brésil).

Les principaux types de prestation de services identifiés vont des cliniques de soins de santé primaires du secteur public et des centres d'accueil gérés par des OSC aux activités de proximité et aux orientations vers des hôpitaux pour des soins et traitements spécialisés. Il convient de noter le rôle crucial des OSC ainsi que l'intégration ou la colocalisation des infrastructures et services de santé du secteur public et de la société civile, qui permettent la prestation de services adaptés aux populations clés. En outre, le recours à des interventions virtuelles, telles que les consultations en ligne, les applications pour téléphones mobiles, les sites web et les réseaux sociaux pour diffuser des informations ciblées aux communautés des populations clés, a été notable.

Sur la base des principales conclusions, les bonnes pratiques suivantes ont été identifiées pour des programmes de prévention primaire du VIH durables et évolutifs destinés aux personnes issues des populations clés :

- La durabilité de la riposte au VIH exigera des gouvernements qu'ils investissent davantage de ressources nationales dans les programmes de prévention primaire du VIH, y compris pour les personnes issues des populations clés.
- Les partenaires extérieurs peuvent aider les gouvernements à mettre en place des mécanismes de financement nationaux durables.
- Les gouvernements peuvent choisir les modèles de financement durables adaptés à leur contexte économique et politique. Une collaboration proactive avec les organismes gouvernementaux permet d'identifier des opportunités pour des approches de prévention du VIH durables et évolutives.

L'intégration des services des OSC aux infrastructures et services de soins de santé primaires du gouvernement peut réduire les coûts et améliorer l'accès. La révision des politiques peut faciliter la prestation de services différenciés afin d'accroître le recours aux services de prévention primaire du VIH, y compris la prophylaxie pré-exposition (PrEP) et la prophylaxie post-exposition (PEP). La collaboration entre le gouvernement et les OSC peut permettre de fixer des coûts appropriés pour des services de prévention du VIH durables destinés aux populations clés. La révision de la législation et des politiques peut améliorer l'accès et le recours à la prévention primaire du VIH.

Contexte

La pandémie de VIH touche de manière disproportionnée les populations clés. Bien qu'elles ne représentent qu'environ 5 % de la population mondiale, elles concentrent près de la moitié de toutes les nouvelles infections par le VIH (1).¹ À l'échelle mondiale, en 2024, le risque de contracter le VIH était estimé jusqu'à 34 fois plus élevé pour les personnes qui s'injectent des drogues, 18 fois plus élevé pour les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et 17 fois plus élevé pour les travailleurs du sexe et les femmes transgenres que pour la population générale (15-49 ans) (2).

La prévention combinée du VIH implique l'utilisation simultanée, stratégique et fondée sur des données probantes d'interventions biomédicales, comportementales et structurelles complémentaires. Elle est essentielle pour répondre aux besoins de prévention du VIH des individus et des communautés et pour réduire les nouvelles infections par le VIH parmi les populations clés. Plusieurs approches et interventions se sont révélées très efficaces à cet égard (3).

Les interventions de prévention primaire constituent un sous-ensemble des options de prévention biomédicales qui réduisent directement les risques de contamination par le VIH. Les interventions de prévention primaire essentielles recommandées par l'OMS dans le cadre de la prévention combinée comprennent : la fourniture et l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants ; les services de réduction des risques ; la circoncision masculine médicale volontaire (CMMV) ; et la prévention antirétrovirale (ARV) telle que la PrEP et la PEP contre le VIH. Les interventions visant à s'attaquer aux obstacles structurels, juridiques, sociaux et logistiques (notamment la criminalisation, la stigmatisation et la discrimination) revêtent une importance cruciale pour soutenir les efforts de prévention à plus grande échelle.

Les fonds alloués aux programmes de prévention primaire du VIH destinés aux populations clés sont très limités : en 2023, seuls 2,6 % des ressources totales consacrées au VIH leur ont été alloués, provenant principalement de donateurs internationaux. Leur part du financement variait de moins de 30 % en Amérique latine et dans les Caraïbes à près de 100 % en Afrique occidentale et centrale. Suite à la réduction des contributions des donateurs externes, notamment des États-Unis d'Amérique, l'accès des populations clés aux services s'est encore détérioré.

En 2025, une grande incertitude régnait quant à la disponibilité future de l'aide des donateurs externes pour les programmes de lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, y compris pour la prévention du VIH au sein des populations clés. Il est donc urgent de mettre en place une planification de la pérennité des ripostes au VIH, adaptée aux besoins des populations clés. Des

¹ Ces populations comprennent les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs du sexe, les personnes transgenres, les consommateurs de drogues injectables, ainsi que les personnes incarcérées et celles vivant dans d'autres milieux fermés.

efforts sont actuellement déployés pour soutenir cette planification, notamment par l'élaboration de feuilles de route pour la pérennité des ripostes au VIH (4).

Malgré de nombreux défis, certains pays ont adopté des modèles de prestation de services liés au VIH destinés aux personnes issues des populations clés qui sont entièrement ou partiellement financés au niveau national et viables à grande échelle. Ces exemples fournissent des données de mise en œuvre précieuses et « concrètes » qui peuvent éclairer les efforts visant à promouvoir et à renforcer les programmes de prévention primaire du VIH destinés aux personnes issues des populations clés, ainsi qu'orienter les investissements internationaux et nationaux.

Les organisations de la société civile, en particulier les organisations communautaires locales (CLO) dont le personnel est issu des populations touchées, jouent un rôle essentiel dans la prévention des nouvelles infections par le VIH au sein des populations clés (5).² Ces organisations ont tendance à mieux réussir que les services de santé publics à gagner la confiance des populations et à promouvoir des comportements favorables à la santé adaptés aux besoins spécifiques des personnes. En conséquence, la Déclaration politique de 2021 sur le VIH et le sida a précisé que les organisations communautaires devraient fournir 80 % des services de prévention du VIH aux populations à haut risque d'infection par le VIH d'ici 2025 (6). Cependant, une grande partie du travail des organisations communautaires n'est pas reconnue et souffre d'un sous-financement.



Photo : Dan Agostini

² Les organisations de la société civile sont des entités non étatiques à but non lucratif, créées et gérées par des acteurs de la sphère sociale.

Objectif, méthodologie et précisions

Objectif

Ce rapport passe en revue les modèles de prestation de services de prévention du VIH dans la pratique et fournit des exemples concrets issus de différents contextes pouvant guider les efforts visant à améliorer l'accès et le recours à la prévention du VIH par les personnes issues des populations clés. L'accent est mis sur les services destinés aux hommes homosexuels et aux autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, aux travailleurs du sexe, aux personnes transgenres et aux consommateurs de drogues injectables, ainsi que sur les modèles pouvant être étendus et pérennisés.

Collecte de données

Une analyse documentaire a été menée et des discussions ont eu lieu avec le groupe de travail afin de définir les termes « évolutif » et « durable » dans le contexte des programmes de prévention primaire du VIH destinés aux personnes issues des populations clés. Des enseignements ont été tirés d'une analyse des programmes susceptibles de constituer de bonnes pratiques et de discussions avec le personnel de l'ONUSIDA aux niveaux régional et national concernant d'autres programmes pouvant offrir des enseignements utiles.

Une analyse approfondie a été menée sur une sélection d'exemples de bonnes pratiques. Des recherches ont été effectuées sur Google et PubMed afin de trouver des articles évalués par des pairs et d'autres publications, ainsi que des communiqués de presse et des rapports de programme, à l'aide des termes de recherche « VIH », « prévention », « population clé », « programme » et « meilleures pratiques ». Une recherche secondaire a été effectuée en utilisant ces termes ainsi que les noms de pays et de programmes suggérés par des informateurs clés ayant répondu à des demandes d'aide envoyées par e-mail pour identifier des exemples pertinents.

Plus de 250 organisations et informateurs potentiels travaillant dans le domaine de la prévention du VIH et auprès des populations clés ont été contactés par e-mail, notamment des acteurs de la société civile, des donateurs, des agences techniques, des responsables de programmes de lutte contre le VIH, des évaluateurs de programmes, des prestataires de services et des consultants en matière de VIH/santé aux niveaux mondial, régional et national, afin d'identifier les interventions répondant aux critères de sélection.

Sur la base de l'analyse documentaire et des suggestions reçues des informateurs, une liste de programmes de prévention primaire du VIH susceptibles de constituer de bonnes pratiques, évolutifs et durables a été établie. Le groupe de travail a affiné cette liste en s'appuyant sur les retours des bureaux régionaux et nationaux

de l'ONUSIDA, en tenant compte de la diversité géographique et des niveaux de revenu. Elle comprenait des pays considérés comme ayant réalisé des progrès significatifs en matière de durabilité et/ou d'évolutivité de leurs programmes. Une analyse détaillée a ensuite été menée pour chacun de ces exemples de pays à l'aide d'un guide d'entretien élaboré en consultation avec le groupe de travail.³

Avec le soutien du personnel de l'ONUSIDA sur le terrain, des entretiens en ligne avec des informateurs clés (individuels) et des réunions avec les parties prenantes (regroupant plusieurs informateurs clés) ont été menés entre septembre 2024 et février 2025. Au moins une réunion a été organisée avec chaque type de partie prenante par pays/programme, y compris les OSC et, lorsque cela était possible, les organisations communautaires locales (OCL). Toutes les données quantitatives et qualitatives ont été analysées, et un résumé structuré de chaque modèle a été élaboré, incluant les résultats obtenus (acceptabilité, couverture, impact, résultats et durabilité). Une fois chaque étude de cas rédigée, elle a été envoyée au bureau national de l'ONUSIDA concerné pour validation.

En outre, une typologie des bonnes pratiques a été élaborée et leur pertinence pour différents contextes ainsi que pour les environnements politiques et opérationnels a été analysée. Le projet de rapport complet a été examiné par le groupe de travail avant d'être finalisé en vue de sa publication.

Limites

La collecte et l'analyse des données primaires ont été achevées avant le gel des financements consacrés à la lutte contre le VIH imposé en janvier 2025 par le gouvernement des États-Unis (7). Ce changement de politique a touché tous les pays bénéficiaires du PEPFAR (Plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le sida) examinés dans le présent rapport, bien que l'ampleur de son impact et ses conséquences probables sur les programmes de prévention dans ces pays n'aient pas été abordées dans le cadre de ce rapport. L'impact des réductions du financement consacré au VIH fait l'objet d'un suivi et d'une communication de la part de l'ONUSIDA et d'autres organismes (8). Il serait utile de réexaminer, dans un avenir proche, les études de cas présentées dans ce rapport, non seulement pour évaluer l'impact des coupes budgétaires, mais aussi pour examiner les mesures prises par la suite par les pays, qui ont pu modifier de manière substantielle la manière dont les programmes sont financés, gérés et mis en œuvre.

En outre, le rapport n'a pas recueilli de données sur les valeurs et les préférences des personnes issues des populations clés, ni détaillé les coûts ou le rapport coût-efficacité des modèles de financement et de prestation de services fondés sur les bonnes pratiques. De plus, la fourniture de conseils détaillés sur la manière d'établir et de maintenir des mécanismes nationaux de financement fondés sur

³ Le guide d'entretien est disponible sur le site web de la Coalition mondiale pour la prévention du VIH (GPC) : [GPC 3.0 operational roll-out plan 2024-10 v2 30.01.2026.xlsx](#).



Démonstration de l'utilisation du préservatif à un groupe de travailleuses du sexe par un membre du personnel de Care for Basotho, une organisation qui fournit des services de prévention et de traitement du VIH aux travailleuses du sexe à Maseru, au Lesotho.

Photo : UNAIDS/M. Hyoky

les bonnes pratiques pour les programmes de prévention primaire du VIH destinés aux personnes issues des populations clés, tels que décrits dans le rapport, dépassait son champ d'application. Il est recommandé qu'une publication de suivi fournisse ces conseils aux gouvernements et à leurs partenaires de la société civile.

Précisions

Quels sont les groupes de population clés inclus dans le rapport ?

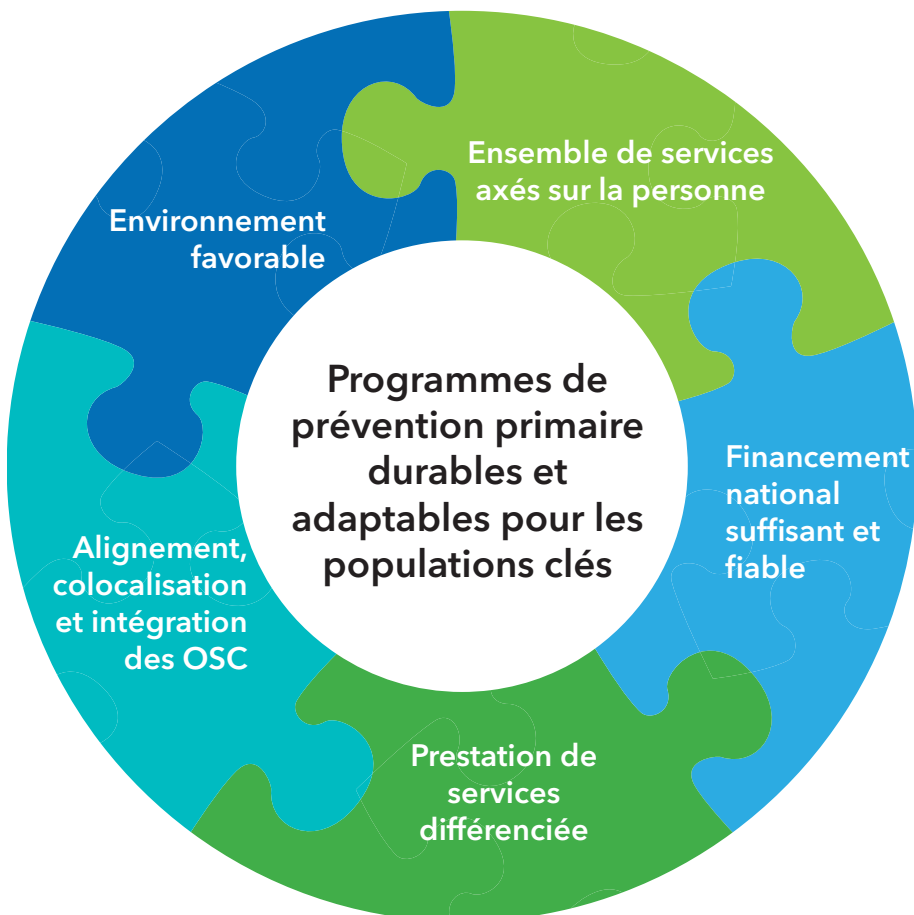
Les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs du sexe, les personnes transgenres, les consommateurs de drogues injectables et les personnes incarcérées ou vivant dans d'autres milieux fermés constituent les cinq principaux groupes de population clés considérés comme hautement vulnérables au VIH et qui manquent souvent d'un accès adéquat aux services (9). Cette étude s'est concentrée sur les services destinés aux populations clés qui sont mis en œuvre dans leurs communautés respectives. Par conséquent, elle n'a pas inclus les personnes incarcérées ou vivant dans d'autres milieux fermés.

Qu'impliquent des programmes de prévention primaire du VIH évolutifs et durables ?

L'évolutivité et la durabilité sont essentielles pour garantir que les ripostes au VIH aient un impact et le maintiennent. Les programmes de prévention du VIH évolutifs sont ceux qui peuvent être étendus pour couvrir de vastes zones géographiques et de larges segments d'une population cible, tout en conservant leur efficacité et en ayant un impact au niveau de la population. Un programme de prévention du VIH durable utilise efficacement les ressources financières et humaines disponibles et s'inscrit généralement dans le cadre de la riposte nationale (ou infranationale) au VIH.

En outre, ces programmes de prévention doivent également être bien conçus pour répondre aux besoins et aux préférences des individus et des communautés qui en bénéficieraient. Cela nécessite des approches adaptables et adaptées à des contextes et des environnements spécifiques, et qui bénéficient d'un soutien institutionnel et budgétaire fiable (10, 11). Il est important de reconnaître que la durabilité et l'évolutivité s'inscrivent dans un continuum : les programmes peuvent comporter des éléments ou des approches valables qui méritent d'être soutenus, même s'ils ne sont pas encore parfaitement durables et/ou évolutifs (Fig. 1).

Figure 1. Éléments clés d'un programme de prévention primaire du VIH évolutif et durable pour les populations clés



Les programmes sont évolutifs et durables lorsqu'une combinaison de facteurs est réunie :

- Un environnement favorable (lois, réglementations, politiques et stratégies) propice à la mise à disposition et à l'accessibilité des services pour les personnes issues des populations clés et leurs partenaires sexuels, ainsi qu'un environnement sûr permettant aux OSC de fournir ces services.
- La disponibilité d'un financement suffisant et fiable provenant de sources nationales, ainsi que de plateformes multipartites dotées de ressources adéquates et compétentes.
- Des offres de services centrées sur la personne, proposant une gamme complète d'options de prévention et s'adaptant à l'évolution des besoins et des préférences des individus et des communautés au fil du temps. La création d'une demande chez les personnes susceptibles de bénéficier des services de prévention du VIH est également cruciale et doit être menée par la communauté.
- Des partenariats entre les prestataires de soins de santé primaires publics existants et les OSC travaillant avec les personnes issues des populations clés, ainsi que l'alignement, la colocalisation et/ou l'intégration de ces acteurs, idéalement dans le cadre d'un système national. Il convient notamment de se concentrer sur les zones géographiques où se trouvent les personnes issues des populations clés, et d'adopter des approches DSD qui mettent l'accent sur l'acceptabilité et l'accessibilité ([Encadré 1](#)).

Une autre dimension de la durabilité réside dans le suivi et la responsabilisation concernant les services fournis, par exemple par le biais d'un suivi mené par la communauté, ce qui peut améliorer considérablement la qualité des services.

Encadré 1 QU'EST-CE QUE LA PRESTATION DE SERVICES DIFFÉRENCIÉE ?

La prestation de services différenciée est une approche centrée sur le client qui simplifie et adapte les services de santé de manière à mieux répondre aux besoins des personnes concernées, tout en allégeant la charge pesant sur le système de santé. Ces modèles prennent en compte le lieu (emplacement du service), le prestataire (fournisseur du service), la nature (ensemble de services) et la fréquence (régularité) des interventions pertinentes, dans le but d'améliorer l'accès aux services. Les modèles de prestation de services différenciée sont très variés et comprennent des modèles communautaires et dirigés par la communauté, des modèles en pharmacie et des interventions virtuelles.

Les interventions virtuelles peuvent constituer une option rentable pour élargir la gamme de services fournis par les approches traditionnelles (en personne) et peuvent offrir plus de commodité et de discrétion aux individus, tout en soutenant les modèles d'autogestion de la santé.

Quels sont les différents types d'organisations de la société civile ?

Les organisations de la société civile sont diverses et servent un large éventail d'intérêts, bien qu'il s'agisse généralement d'entités non étatiques à but non lucratif. Dans le contexte du présent rapport, elles désignent les organisations non gouvernementales (ONG),⁴ dont certaines sont des organisations communautaires (OC)⁵ et/ou des organisations de base (OB).⁶ Ces organisations ont tendance à être officiellement constituées, autonomes, sans but lucratif et bénévoles. Il existe également d'autres définitions plus larges des OSC (12).

En général, les CLO qui fournissent des services de prévention primaire du VIH aux personnes issues des populations clés sont composées de personnel rémunéré ou bénévole appartenant aux communautés de ces populations clés et rendant des comptes à ces communautés. Les CLO qui œuvrent dans le cadre de la riposte au VIH apportent également des perspectives essentielles et favorisent une plus grande responsabilisation grâce à un suivi communautaire des interventions de prévention du VIH.

⁴ Ces organisations sont généralement enregistrées auprès des autorités locales ou nationales en tant que personnes morales. Certaines opèrent uniquement au niveau communautaire, ou font partie d'ONG plus importantes qui opèrent aux niveaux national, régional et/ou international.

⁵ Ces organismes naissent généralement au sein des communautés et sont organisés localement par des membres de la communauté. Les organisations communautaires ne sont pas toutes dirigées par la communauté.

⁶ Terme générique désignant les organisations gérées par des membres des populations clés. Au sein des organisations et réseaux de lutte contre le VIH dirigés par la communauté, la direction, le personnel, les membres et les bénévoles reflètent et représentent les expériences, les points de vue et les voix de leurs membres. Les personnes engagées dans la riposte au VIH sont généralement indépendantes des agendas gouvernementaux, commerciaux ou des donateurs.

Exemples de pays ayant mis en place de bonnes pratiques dans le cadre de programmes de prévention primaire du VIH destinés aux populations clés

Les huit pays présentés ici offrent un éventail de bonnes pratiques pour la mise en place de services de prévention primaire du VIH évolutifs et durables destinés aux personnes issues des populations clés.

L'Australie

L'Australie gère un programme national de prévention du VIH durable, financé par des ressources nationales et mis en œuvre à grande échelle dans le cadre d'un partenariat public (gouvernement)/privé (OSC). La prise de décision (allocation budgétaire et mise en œuvre) est décentralisée au niveau des États. Des services accessibles sont fournis gratuitement ou fortement subventionnés par divers mécanismes et impliquent la participation active des personnes issues des populations clés. Ces programmes ont été associés à une baisse de l'incidence du VIH chez les hommes homosexuels et bisexuels, en particulier ceux qui s'injectent des drogues, ainsi qu'à une très faible incidence du VIH chez les autres personnes qui s'injectent des drogues, les personnes transgenres et les travailleurs du sexe.



Contexte

L'incidence globale du VIH en Australie est très faible, mais l'épidémie touche de manière disproportionnée les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, y compris ceux qui s'injectent des drogues. L'incidence du VIH chez les autres personnes s'injectant des drogues, les travailleurs du sexe et les personnes transgenres est très faible ([tableau 1](#)).

Tableau 1. Incidence et prévalence du VIH parmi les populations clés en Australie

	Incidence du VIH		Prévalence du VIH	
Population générale (15-49 ans)	2023		2023	
	<0,1/1000 habitants		0,14 % ^b	
Populations clés	2023	2021	2023	
Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (déclarés par les personnes concernées)	0,2/100 personnes-années*	9,2 %**	7,1 %**	
Les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui participent à des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues			28 %**	
Personnes qui s'injectent des drogues			1,8 %**	
Travailleurs du sexe	0,16/100 personnes-années**		nd	
Personnes transgenres			5,0 % ^c	

^a AIDSInfo. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

^b King J, McManus H, Kwon JA, Gray R, McGregor S. VIH, hépatites virales et infections sexuellement transmissibles en Australie : rapport annuel de surveillance 2024. Sydney : Kirby Institute ; 2024 (https://www.kirby.unsw.edu.au/sites/default/files/documents/Annual_Surveillance_Report_2024_HIV.pdf, consulté le 26 janvier 2026).

^c Korenromp EL, Sabin K, Stover J, Brown T, Johnson LF, Martin-Hughes R, et al. Nouvelles infections par le VIH parmi les populations clés et leurs partenaires en 2010 et 2022, par région du monde : une estimation à partir de sources multiples. *J Acquir Immune Def Syndr.* 2024;95(1S):e34–e45 (*Documents complémentaires*).

nd : aucune donnée.

Programme de prévention primaire du VIH

L'ensemble complet des services de prévention du VIH recommandés par l'OMS est disponible en Australie (3), avec une couverture étendue parmi chaque population clé (tableau 2). La PrEP par voie orale est disponible sur ordonnance, y compris auprès d'un personnel infirmier autorisé. Les pharmacies peuvent délivrer la PrEP. L'adoption de la PrEP par les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est élevée et continue d'augmenter (13).

Les services de réduction des risques sont largement accessibles tant dans les établissements de santé publics que par l'intermédiaire d'organisations communautaires, qui recourent à des unités mobiles, à des actions de proximité, à des pharmacies, à des distributeurs automatiques et à la livraison par la poste. Cependant, le partage des aiguilles et du matériel de préparation des drogues reste un sujet de préoccupation. La participation au traitement d'entretien par

agonistes opioïdes (OAMT) s’est maintenue à un niveau relativement élevé, y compris après l’introduction en 2019 de formulations à action prolongée de buprénorphine injectable (14). Deux centres d’injection supervisés sont en service, à Sydney (depuis 2001) et à Melbourne (depuis 2018) (15).⁷

Tableau 2. Couverture des services de prévention du VIH en Australie

Couverture des services de prévention du VIH		
	2014	2024
Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : Recours à au moins une stratégie de prévention du VIH	69 % ^a	79 % ^a
	2018	2024
Recours à la PrEP au cours des six derniers mois chez les hommes homosexuels éligibles et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	40 % ^a	68 % ^a
	2019	2023
Personnes qui s’injectent des drogues et qui suivent un OAMT	44-55 % ^b	44-55 % ^b
Travailleurs du sexe		nd
Personnes transgenres		nd

^a King J, Kwon J, Gray R, McManus H, McGregor S. VIH, hépatites virales et infections sexuellement transmissibles en Australie : rapport annuel de surveillance 2025. Sydney : Kirby Institute, UNSW Sydney ; 2025 (https://www.kirby.unsw.edu.au/sites/default/files/documents/Annual_Surveillance_Report_2025_HIV.pdf, consulté le 30 avril 2026).

^b Heard S, Mathers B, Maher L. Enquête australienne sur les programmes d’échange de seringues : prévalence du VIH, du VHC et des comportements sexuels et d’injection chez les participants aux programmes d’échange de seringues, rapport national sur 30 ans de données 1995-2024. Sydney ; Kirby Institute, UNSW Sydney ; 2025 (https://www.kirby.unsw.edu.au/sites/default/files/documents/Australian-NSP-Survey-national-data-report_1995-2024.pdf).

nd : aucune donnée.

En Australie, la lutte contre le VIH est décentralisée au niveau des États et repose sur des approches DSD (décentralisées, sectorielles et participatives) qui impliquent des partenariats avec des organisations communautaires (CBO), des organisations locales (CLO), des organismes de santé autochtones, d’autres ONG, des cliniciens, des chercheurs et les services de santé publique. Dans l’État de Nouvelle-Galles du Sud , par exemple, les services de santé publique sont gérés par les districts sanitaires locaux et financés par le biais de contrats de prestation de services. Des comités de mise en œuvre supervisent la mise en place des services et comprennent des représentants des districts sanitaires locaux, des cliniciens, des universitaires et des organisations communautaires représentant les populations prioritaires.

Les autorités sanitaires des États soutiennent les cliniques de santé sexuelle qui offrent des services gratuits et confidentiels aux personnes à haut risque d’infection

⁷ Le centre de Sydney est géré par une organisation à but non lucratif, tandis que le service de Melbourne est géré par une équipe composée de professionnels de la santé publique et de bénévoles (15).

par le VIH et d'infections sexuellement transmissibles (IST). Chaque État dispense une formation aux médecins généralistes et au personnel infirmier pour la prescription de la PrEP et le dépistage des IST/VIH dans le cadre des soins de routine en médecine générale et dans d'autres structures de soins primaires. La prophylaxie post-exposition est accessible dans les services d'urgence de la plupart des hôpitaux publics, dans les cliniques de santé sexuelle et dans certains cabinets de médecine générale spécialisés en santé sexuelle. De nombreux États et territoires disposent également de lignes d'information sur la PEP. Le traitement d'entretien par agonistes opioïdes est prescrit par des médecins agréés et des infirmières praticiennes spécialisées ou des infirmiers praticiens spécialisés, et est délivré par les pharmacies communautaires, les cliniques privées et publiques, ainsi que dans les hôpitaux locaux des zones rurales.

Des organisations non gouvernementales, des organisations communautaires et des organisations locales sont actives dans la plupart des États, sont intégrées à la riposte au VIH et travaillent en étroite collaboration avec les services de santé publique. Par exemple, en Australie-Occidentale, le ministère de la Santé passe des contrats avec des ONG pour fournir des services de réduction des risques dans les cliniques. Les cliniques fournissent également la PrEP, le traitement anti-rétroviral (TAR) et des antiviraux à action directe pour le traitement de l'infection par le virus de l'hépatite C. Les organisations non gouvernementales distribuent de la naloxone et offrent un soutien supplémentaire par les pairs via des plateformes mobiles et de télésanté. Le taux de rétention dans la prévention, les soins et le traitement du VIH est relativement élevé et le taux de perte de suivi est faible. Des systèmes de distribution secondaire⁸ des produits de prévention du VIH sont également utilisés. Certaines ONG forment les agents de santé publique à la prestation de services adaptés aux populations clés.

Des consultations à distance (notamment par vidéoconférence et par téléphone avec des professionnels de santé) sont proposées par divers services de santé et s'avèrent particulièrement utiles dans les zones reculées. Les campagnes de lutte contre le VIH s'appuient sur le marketing social via des applications mobiles et les réseaux sociaux pour stimuler la demande et diffuser des informations sur la prévention du VIH. Des outils interactifs sur les sites web, notamment des chatbots, sont également utilisés. Certains produits de prévention du VIH, tels que les kits d'autotest du VIH, peuvent être achetés auprès de distributeurs en ligne et des pharmacies.

Financement et gouvernance

En Australie, les gouvernements national et des États financent conjointement la riposte au VIH, et des services cliniques du secteur privé subventionnés par l'État

⁸ La distribution secondaire, ou échange secondaire, désigne le fait pour des personnes d'acquérir des aiguilles/seringues auprès de services officiels et de les redistribuer à d'autres.

sont également disponibles. Les services de prévention fournis par les ONG, les organisations communautaires et les organisations locales bénéficient également d'un financement public au niveau des États et/ou au niveau national. Medicare, le système national de santé australien, fournit des services de santé et des médicaments gratuits ou subventionnés aux particuliers.^{9, 10} Lorsque les dépenses de santé à la charge de l'assuré dépassent un certain seuil, les services et les médicaments sont fournis gratuitement. Parmi les autres avantages figure une carte de santé qui donne accès à des médicaments moins chers et à certaines réductions sur les frais de santé. Un financement est également accordé pour des services tels que les salles d'injection sécurisées.^{11, 12}

⁹ Medicare prend en charge tout ou partie des frais liés à : la consultation d'un médecin généraliste ou d'un spécialiste ; les examens et les scanners ; la plupart des interventions chirurgicales et des actes médicaux pratiqués par des médecins ; ainsi que les examens de la vue effectués par des optométristes. Elle ne couvre pas : les services d'ambulance ; la plupart des soins dentaires ; les lunettes et lentilles de contact sur ordonnance ; les appareils auditifs ; ni la chirurgie esthétique.

¹⁰ Une personne peut choisir d'être hospitalisée en tant que patient du secteur public ou privé. Pour un patient du secteur public dans un hôpital public, les frais seront pris en charge par Medicare, y compris les frais liés à la consultation aux urgences. Une assurance maladie privée peut aider à couvrir les frais d'un patient hospitalisé appartenant au secteur privé. Medicare prend en charge certains frais liés aux services et interventions hospitaliers, mais pas les frais d'hébergement, les médicaments et les frais de bloc opératoire pour un patient du secteur privé.

¹¹ Le financement du centre d'injection sous surveillance médicale de Sydney provient du compte « Produits confisqués du crime », géré par le Trésor public de l'État de Nouvelle-Galles du Sud.

¹² La salle d'injection sous surveillance médicale à Melbourne est financée par l'État de Victoria par l'intermédiaire du service local de santé communautaire de North Richmond.

Brésil



Le Brésil propose des services de prévention du VIH aux personnes issues des populations clés grâce à un ensemble de stratégies complémentaires. Au sein du Système de santé unifié (SUS), les responsabilités sont réparties entre les niveaux fédéral, étatique et municipal, les services de prévention étant principalement gérés et mis en œuvre au niveau municipal. Ceux-ci comprennent la fourniture de produits de prévention par le biais des services de soins de santé primaires, ainsi que des activités communautaires financées par des fonds publics axées sur la prévention, le dépistage et l'orientation vers des soins. Certains services de santé municipaux ont également étendu la prestation de soins via des plateformes en ligne afin de surmonter les obstacles liés à la mobilité et à la stigmatisation. Dans l'ensemble, la riposte au VIH au Brésil a toujours été menée conjointement par le gouvernement et la société civile, avec le soutien d'un financement public national.

Contexte épidémiologique

Le nombre annuel de nouvelles infections par le VIH au Brésil a augmenté au cours des cinq dernières années, avec une réduction progressive du taux d'augmentation d'une année sur l'autre (16). Cette tendance à la hausse peut être largement attribuée à l'élargissement de la couverture des tests, comme en témoigne la proportion croissante de personnes connaissant leur statut sérologique au cours de la même période (78 % en 2019 et 89 % en 2024) (17). En 2024, les données nationales indiquent une stabilisation de cette tendance auparavant à la hausse par rapport aux chiffres de 2019. Le pays est classé comme présentant une épidémie concentrée, dans laquelle certaines populations clés et d'autres groupes prioritaires présentent des taux de prévalence nettement plus élevés que la population générale (tableau 3).

Tableau 3. Incidence et prévalence du VIH chez les populations clés au Brésil

Prévalence du VIH	
Population totale (15-49 ans)	2024
	0,5 % ^a
Populations clés	2022
Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (âgés de 18 ans et plus)	18,4 % ^b
Femmes transgenres et <i>travestis</i>	jusqu'à 34,4 % ^c

^a AIDSinfo. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

^b Kerr LRFS, Kendall C, Guimarães MDC, Salani Mota RM, Veras MA, Dourado I, et al. Prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au Brésil : résultats de la 2e enquête nationale utilisant un échantillonnage par enchaînement. *Medicine (Baltimore)*. 2018 ; 97(1 Suppl) : S9-S15.

^c Dourado I, Magno L, Veras MA, et al. Prévalence de l'infection par le VIH chez les femmes transgenres et les travestis au Brésil : données issues de l'étude TransOdara. *Rev Bras Epidemiol*. 2024;27(Suppl 1):e240004.

Programme de prévention primaire du VIH, financement et gouvernance

En ce qui concerne les populations clés, les stratégies de prévention du VIH sont intégrées dans des documents de politique officielle traitant de leurs besoins spécifiques en matière de santé. Le Brésil a mis en place une Politique nationale pour la santé globale des personnes lesbiennes, homosexuelles, bissexuelles, *travestis* et transgenres (2011), un Programme de soins de santé pour la population trans (2024) et une Politique nationale pour les soins de santé globaux des personnes privées de liberté dans le système carcéral (2014). Ces instruments orientent les réponses sanitaires nationales en tenant compte des particularités et des vulnérabilités de ces populations. Cependant, il n'existe pas de politique sanitaire nationale spécifique dédiée aux travailleurs du sexe. Bien que le travail du sexe ne soit pas criminalisé au Brésil, il ne s'agit pas non plus d'une profession formellement réglementée. Le fait de se trouver en dehors du cadre juridique des droits est l'un des facteurs qui sous-tend les lacunes dans la mise en place de politiques de santé globales pour cette population. Toutes les populations clés sont représentées au sein des conseils nationaux chargés de la riposte au VIH/sida. Ces conseils fonctionnent comme des mécanismes formels de participation sociale et de contrôle des politiques gouvernementales en matière de VIH/sida (18).

Historiquement, les ONG ont joué un rôle central dans la riposte brésilienne au VIH/sida en inscrivant l'épidémie à l'ordre du jour politique national et en soutenant des actions communautaires en partenariat avec le ministère de la Santé. En tant qu'organisations financées par des fonds publics mettant en œuvre un large éventail d'activités de prévention, de soins et de soutien, elles contribuent à la fois à réduire les nouvelles infections et à améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH. Outre leur rôle dans l'élaboration et la promotion de politiques publiques spécifiques, les ONG sont des acteurs clés dans la promotion et la défense des droits humains, soutenant des processus plus larges de démocratisation et renforçant les mécanismes de représentation, de responsabilité et de transparence publique. Elles fournissent également des services complets adaptés aux besoins des populations qu'elles servent, élargissant ainsi la portée et l'efficacité des politiques publiques et complétant les efforts gouvernementaux d'une manière plus réactive et mieux adaptée au contexte. De cette manière, les ONG jouent un rôle de passerelle essentielle entre la société et l'État, en mettant en œuvre des interventions adaptées au contexte local, fondées sur une éducation sanitaire participative et des approches d'autonomisation (19).

La politique brésilienne en matière de PrEP connaît actuellement une phase d'expansion soutenue et reste une priorité stratégique pour le ministère de la Santé,

après avoir été progressivement mise en œuvre ces dernières années¹³. À l'heure actuelle, environ 150 000 personnes ont recours à la PrEP à l'échelle nationale, et ce nombre ne cesse d'augmenter (20). La majorité des utilisateurs actuels se concentrent parmi les populations clés, en particulier les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (80 %). Cependant, les stratégies d'expansion n'ont pas encore atteint efficacement certains groupes, tels que les populations transgenres (4 %), qui présentent actuellement certains des taux de prévalence du VIH les plus élevés du pays. Comblers cette lacune reste un défi permanent, et le gouvernement brésilien est en train de renforcer et d'affiner sa réponse pour garantir un accès plus équitable. Par le biais d'une réglementation nationale publiée en 2023, le ministère de la Santé a autorisé les professionnels de santé, et pas seulement les médecins, à prescrire la PrEP, y compris les pharmaciens et le personnel infirmier. Cette mesure visait à réduire les obstacles bureaucratiques et à améliorer l'accès à la PrEP, et elle a depuis été adoptée par les administrations sanitaires de différents territoires.

Certaines municipalités, comme São Paulo, ont mis en place des stratégies de télémédecine pour élargir l'accès à la PrEP contre le VIH, dans le but de réduire les obstacles liés à la mobilité urbaine ainsi que ceux associés à la stigmatisation et à la discrimination auxquelles sont confrontés les utilisateurs lorsqu'ils sollicitent des services de santé en présentiel. Ces initiatives ont le potentiel d'améliorer l'adhésion au traitement et la continuité des soins, en particulier parmi les populations clés. Cependant, leur mise en œuvre reste concentrée dans un nombre limité de villes, principalement des capitales d'État et de grands centres urbains. Dans l'ensemble, la télémédecine dans le contexte de la PrEP est encore considérée comme une stratégie pilote au Brésil et n'a pas encore été largement institutionnalisée dans les municipalités, bien qu'elle soit reconnue comme une bonne pratique prometteuse.

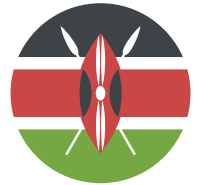
Un changement de paradigme majeur dans la riposte au VIH au Brésil a été la mise en place du programme Brasil Saudável (21), une initiative présidentielle menée par le ministère de la Santé et le Programme national de lutte contre le VIH/sida. Elle vise à faire comprendre, à 14 autres ministères, que la riposte au VIH/sida n'est pas uniquement une question de santé publique, mais aussi, fondamentalement, une question de protection des droits. Dans ce cadre, chacun de ces ministères s'engage à mettre en œuvre un programme d'éradication pour toute une série de maladies, y compris l'éradication du sida en tant que menace pour la santé publique, dans le cadre de son mandat respectif. Cela signifie que le ministère de la Santé, le ministère de l'Éducation, le ministère de la Justice, le ministère

¹³ En ce qui concerne les technologies d'injection à action prolongée pour la prévention du VIH, leur intégration et leur large disponibilité au sein du SUS restent une perspective lointaine. À l'heure actuelle, le cabotégravir injectable à action prolongée (CAB-LA) et le lénacapavir (LEN) ne sont disponibles gratuitement que dans le cadre d'études de mise en œuvre et d'essais cliniques au Brésil. Le CAB-LA est déjà accessible par achat privé dans les pharmacies de détail, tandis que le LEN devrait être mis en vente dans les pharmacies privées en 2026, son prix de marché devant être annoncé en juin 2026

des Droits de l'Homme et le ministère de la Condition féminine, entre autres, ont chacun leurs propres objectifs et responsabilités visant à mettre en place une riposte coordonnée et fondée sur les droits afin de réduire les obstacles à l'accès à l'ensemble du continuum de soins du VIH et, à terme, d'éradiquer le sida en tant que menace pour la santé publique.¹⁴

Kenya

Le Kenya a réussi à réduire fortement l'incidence et la prévalence globales du VIH, tout en améliorant l'accès aux principaux services de prévention du VIH et leur utilisation parmi les populations clés, notamment les personnes qui s'injectent des drogues. Cela a été rendu possible grâce à un financement accru de la prévention du VIH, à une coordination efficace, à une offre de services élargie et à une collaboration plus étroite avec les organisations gérées par des membres des populations clés. Le Kenya s'est également efforcé de s'attaquer aux facteurs sociaux, juridiques et politiques sous-jacents qui créent et perpétuent les vulnérabilités des personnes issues des populations clés. Il existe des possibilités d'améliorer l'accès des populations clés au Fonds national d'assurance maladie.



Contexte

Bien que la prévalence et l'incidence du VIH au Kenya aient diminué au cours de la dernière décennie, les personnes transgenres, les travailleurs du sexe, les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ainsi que les consommateurs de drogues injectables, continuent d'être touchés de manière disproportionnée par le VIH (tableau 4).

¹⁴ À la suite de la collecte des données pour le présent rapport, l'élimination de la transmission verticale du VIH, considérée comme une étape clé du programme Brasil Saudável, a été menée à bien avant fin 2025, l'ensemble du pays ayant été certifié par l'Organisation panaméricaine de la santé comme ayant éliminé la transmission verticale du VIH en tant que menace pour la santé publique.

Tableau 4. Incidence et prévalence du VIH parmi les populations clés au Kenya

Population totale (15-49 ans)	Incidence du VIH		Prévalence du VIH	
	2015	2024	2015	2024
	1,4/1000 personnes ^a	0,5/1000 personnes ^a	4,7 % ^a	3,0 % ^a
Populations clés	2022		2024	
Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	0,7/100 personnes-années ^b		19,9 % ^d	
Consommateurs de drogues injectables	0,12/100 personnes-années ^c		8,8 % ^d	
Travailleuses du sexe	0,2/100 personnes-années ^b		26,8 % ^d	
Personnes transgenres	0,72/100 personnes-années ^b		22,5 % ^d	

^a AIDSinfo. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

^b Korenromp EL, Sabin K, Stover J, Brown T, Johnson LF, Martin-Hughes R, et al. Nouvelles infections par le VIH parmi les populations clés et leurs partenaires en 2010 et 2022, par région du monde : une estimation à partir de sources multiples. *J Acquir Immune Def Syndr.* 2024 ; 95(1S) : e34-e45 (*documents complémentaires*).

^c Lutte nationale contre le sida et les IST. Enquête bio-comportementale auprès des populations clés au Kenya utilisant un échantillonnage dirigé par les répondants. Résultats de l'enquête. Réunion de consensus sur l'enquête, 25-26 novembre 2024. Nairobi : Ministère de la Santé ; 2024.

^d Enquête bio-comportementale auprès des populations clés, Kenya, 2024 (<https://nascop.or.ke/wp-content/uploads/2026/03/>).

Programme de prévention primaire du VIH

La couverture des services de prévention du VIH est bien plus élevée chez les personnes qui s'injectent des drogues (environ 62 %) que chez les travailleuses du sexe (32 %), tandis que les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont la couverture la plus faible (20 %) ; aucune donnée n'est disponible pour les personnes transgenres. Des services de prévention du VIH destinés aux travailleuses du sexe étaient disponibles dans 44 des 47 comtés du pays (22). Cependant, les services destinés aux autres populations clés sont moins largement répartis à travers le pays, pour des raisons qui incluent des niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination ainsi que des normes culturelles et religieuses conservatrices ([tableau 5](#)).¹⁵

Les données disponibles indiquent des taux élevés d'injection sans risque chez les personnes qui s'injectent des drogues, bien que le nombre d'aiguilles/séringes stériles qui auraient été distribuées à ces personnes soit très faible (quatre par personne et par an en 2021). La couverture du traitement de substitution aux opiacés (TSO) semblait s'améliorer, mais restait faible.

¹⁵ La disponibilité des services était la suivante : les travailleuses du sexe dans 44 comtés (94 %) ; les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans 39 comtés (83 %) ; les personnes qui s'injectent des drogues dans 32 comtés (68 %) ; et les personnes transgenres dans 18 comtés (38 %).

Tableau 5. Couverture des services de prévention du VIH au Kenya

Couverture des services de prévention du VIH^a			
	2020	2022	2024
Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes			
Couverture des services		20 % ^b	
Utilisation du préservatif		40 % ^c	76 % ^c
Couverture du traitement antirétroviral			85,7 % ^d
Consommateurs de drogues injectables			
Couverture des services		62 % ^b	
Utilisation du préservatif	76 % ^c (2017)		44 % ^d
Couverture du traitement antirétroviral		15 % ^c	91,8 %
Couverture du programme d'échange de seringues			
Traitement médicamenteux à base d'opioïdes	10 % ^c		71,8 %
Pratiques d'injection sans risque	88 % ^c (2017)		
Travailleuses du sexe			
Couverture des services		32 % ^b	
Utilisation du préservatif	73 % ^a	30 % ^b	>75 % ^{d, f}
Couverture du traitement antirétroviral	nd		92,5 %
Personnes transgenres			
Couverture des services	5 % ^a		
Utilisation du préservatif			nd
Couverture du traitement antirétroviral			91,5 % ^d

^a Musyoki H, et al. Une décennie et au-delà : enseignements tirés des programmes de lutte contre le VIH auprès des populations clés défavorisées et marginalisées au Kenya. J Int AIDS Soc. 2021;24(Suppl 3):e25729.

^b Tableaux de bord 2024 de la Coalition mondiale pour la prévention du VIH – Kenya. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2024.

^c L'atlas des populations clés. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (<https://kpatlas.unaids.org/dashboard>).

^d Enquête bio-comportementale auprès des populations clés, Kenya, 2024 (<https://nascop.or.ke/wp-content/uploads/2026/03/>).

^e Au cours des 12 derniers mois.

^f Avec des clients.

nd : aucune donnée.

Le système de santé du Kenya est décentralisé, ce qui confère aux équipes de gestion sanitaire des comtés une autonomie considérable dans la prestation des services (23). Une approche DSD est mise en œuvre, les OSC (principalement les organisations communautaires et les organisations locales) jouant un rôle de premier plan dans la prestation des services de prévention primaire du VIH. Tous les services de prévention primaire du VIH recommandés par l'OMS pour les populations clés sont disponibles dans le pays (3).

Les établissements de santé gérés par le gouvernement, ainsi que les centres d'accueil gérés par des OSC, sont enregistrés auprès des autorités sanitaires du comté concerné et sont reliés aux établissements de santé publics voisins pour les orientations. Les actions de sensibilisation communautaire auprès des populations clés sont également très développées (23). Les tests rapides de dépistage du VIH (et de la syphilis) sont réalisés par le personnel médical dans les établissements

de santé publics et ceux gérés par des OSC. Des autotests de dépistage du VIH sont également disponibles, notamment en pharmacie (le personnel reçoit une formation aux techniques de conseil de base) (24).

La PrEP par voie orale est disponible dans les établissements de santé publics et diverses approches de prestation de services sont actuellement testées, notamment par l'intermédiaire des pharmacies communautaires. La PrEP et la PEP sont également disponibles dans des centres d'accueil sans rendez-vous qui disposent d'un professionnel de santé agréé et sont rattachés à un établissement de santé public (25). La distribution de la PEP par les pharmacies a fait l'objet d'un projet pilote à Nairobi en 2023 (26), mais la connaissance de la PEP semble limitée parmi de nombreux membres des populations clés. Les interventions virtuelles restent limitées, mais leur potentiel pour stimuler l'adoption de la PrEP est de plus en plus reconnu. Moins de la moitié des personnes issues des populations clés ont utilisé la PrEP et moins d'un tiers semblaient l'utiliser en 2023 (27).

Gouvernance et financement

La supervision du programme de lutte contre le VIH est assurée par le Conseil national de lutte contre les maladies syndémiques (qui coordonne les efforts multisectoriels, mobilise les ressources et favorise la collaboration entre les parties prenantes)¹⁶ et le Programme national de lutte contre le sida et les IST (qui assure la supervision technique).¹⁷ Le programme destiné aux populations clés et vulnérables est chargé de superviser la prestation de services adaptés aux populations clés. Toutes ces entités relèvent du ministère de la Santé.

Au niveau infranational/départemental, les services sont coordonnés par les équipes départementales de gestion sanitaire ; ils sont soit intégrés au sein des établissements publics, soit assurés par des organisations de la société civile. Au niveau communautaire, le programme consacré aux populations clés est coordonné par le Consortium des populations clés, une association de réseaux regroupant 90 organisations et représentants communautaires qui travaillent sur les questions touchant les personnes issues des populations clés.

Les organisations de la société civile dépendent fortement des financements provenant de donateurs externes, notamment pour couvrir les frais de personnel. Les modalités de financement public destinées aux acteurs de la société civile comprennent des subventions et des remboursements lorsque des services spécifiques sont mis en œuvre dans des établissements gérés par l'État ou par l'intermédiaire de partenaires de mise en œuvre agréés.

¹⁶ En collaboration avec les administrations des comtés, les organisations communautaires et les partenaires de développement (par exemple, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme par l'intermédiaire de son bénéficiaire principal, la Croix-Rouge kenyane, et l'ONUSIDA).

¹⁷ Tels que l'élaboration de lignes directrices, de formations et d'outils visant à garantir que les services soient fournis conformément aux politiques nationales et aux normes internationales.

Des efforts sont en cours pour établir un cadre juridique régissant les contrats sociaux avec les OSC. Le remboursement des prestations de services peut s'effectuer par l'intermédiaire du Fonds d'assurance maladie sociale, bien que cela reste rare pour les services spécifiques aux populations clés. Certaines entités du secteur privé et entreprises sociales fournissent des services, souvent dans le cadre d'offres de services de santé plus larges, dont les coûts sont couverts par des paiements directs ou par l'assurance. L'approvisionnement en produits liés au VIH est centralisé par l'Autorité kenyane des fournitures médicales (KEMSA).

République de Moldavie

La collaboration entre les OSC, les agences gouvernementales et les personnes issues des populations clés dans la prestation de services et le plaidoyer augmente progressivement la couverture et l'utilisation des services et outils de prévention du VIH. Plus de la moitié du programme de lutte contre le VIH est financée par le gouvernement via l'assurance maladie nationale. Les services de prévention de base destinés aux populations clés sont confiés à des OSC dans le cadre d'un processus d'appel d'offres ouvert et concurrentiel.



Contexte épidémiologique

L'incidence et la prévalence du VIH sont faibles et ont diminué depuis 2015 (tableau 6). L'épidémie de VIH est concentrée parmi les populations clés.

Tableau 6. Incidence et prévalence du VIH parmi les populations clés en République de Moldavie

	Incidence du VIH	Prévalence du VIH
Population totale (15-49 ans)	2024	2024
	0,48/1000 personnes ^a	0,9 % ^a
Populations clés	2022	2022
Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	1,9/100 personnes-années ^b	11 % ^c (2020)
Consommateurs de drogues injectables	0,7/100 personnes-années ^b	11, % ^a (2020) 17 % ^a
Travailleuses du sexe	0,3/100 personnes-années ^b	2,7 % ^c (2020) 4,2 % ^a
Personnes transgenres	2,0/100 personnes-années ^b	10,9 % ^b

^a AIDSinfo. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

^b Korenromp EL, Sabin K, Stover J, Brown T, Johnson LF, Martin-Hughes R, et al. Nouvelles infections par le VIH parmi les populations clés et leurs partenaires en 2010 et 2022, par région du monde : une estimation à partir de sources multiples. *J of Acquir Immune Def Syndr* 2024;95(1S):e34-e45 (documents complémentaires).

^c Profil national de la prestation de services différenciés : République de Moldavie. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2023 (<https://dsd.unaids.org/>, consulté le 17 décembre 2024).

Programme de prévention primaire du VIH

Plus de la moitié des travailleurs du sexe et des consommateurs de drogues injectables, ainsi qu'un peu plus d'un tiers des hommes homosexuels et des autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ont bénéficié de services de prévention du VIH en 2023 (tableau 7). Aucune donnée n'était disponible pour les personnes transgenres. Toutes les interventions de prévention du VIH recommandées par l'OMS sont disponibles (3), à l'exception de l'OAMT sur la rive est du Dniestr, qui n'est pas sous le contrôle direct des autorités moldaves (28).

Tableau 7. Couverture des services de prévention du VIH en République de Moldavie

Couverture et utilisation des services de prévention du VIH ^a		
Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	2020	2024
Couverture des services	47 % ^b	45 % ^b
Utilisation du préservatif	60 % ^b	69 % ^b
Couverture du traitement antirétroviral		nd
Personnes qui s'injectent des drogues	2020	2020
Couverture des services	37 % ^a	41 % ^b
PES	5,5 % ^b	63 % ^b (2023)
OAMT	41 % ^b	7 % ^b
Utilisation du préservatif	70 % ^b	30 % ^b
Couverture du traitement antirétroviral	95 % ^b	67 % ^b
Pratiques d'injection sans risque		94 % ^b
Travailleurs du sexe	2017	2017
Couverture des services	61 % ^b	26 % ^b
Utilisation du préservatif	88 % ^b	91 % ^a
Couverture du traitement antirétroviral	nd	
Personnes transgenres		nd
Couverture des services		nd
Utilisation du préservatif		
Couverture du traitement antirétroviral		

^a AIDSinfo. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

^b L'atlas des populations clés. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (<https://kpatlas.unaids.org/dashboard>).

nd : aucune donnée.

Depuis 2022-2023, des aiguilles/seringues, des lingettes alcoolisées, des préservatifs et des kits d'autotest du VIH sont disponibles dans des distributeurs automatiques situés dans tout le pays (y compris sur la rive est du Dniestr), une approche qui a largement remplacé la distribution de ces produits par les pharmacies. Les services de prévention du VIH sont principalement fournis par des organisations de la société civile (28).

La PrEP par voie orale est disponible auprès des organisations de la société civile et des centres de traitement antirétroviral. La PrEP et les tests associés sont

entièrement financés par le gouvernement, tandis que le soutien psychosocial, l'accompagnement à l'observance et les activités d'information sont principalement financés par des donateurs externes. La couverture de la PrEP est faible, mais elle a augmenté grâce à une sensibilisation croissante tant chez les professionnels de santé que chez les bénéficiaires potentiels (29). Les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont ceux qui ont le plus recours à la PrEP, suivis par les travailleurs du sexe. La PrEP n'est pas encore disponible via des plateformes en ligne. La PEP est disponible dans les grands hôpitaux, mais la sensibilisation du public est très faible.

Les OSC liées au VIH opèrent dans toutes les grandes zones urbaines de la République de Moldavie.¹⁸ Beaucoup d'entre elles utilisent des approches DSD simplifiées et adaptées aux besoins des personnes concernées. Elles fournissent des services dans des établissements et par le biais d'activités de proximité, avec la participation de personnes issues des populations clés. Les professionnels de santé employés par les OSC fournissent également des soins médicaux de base, tandis que les cas nécessitant une prise en charge médicale complexe sont orientés vers les établissements de santé publics. Les OSC contribuent à la formation du personnel de santé publique en matière de lutte contre la stigmatisation et la discrimination. L'offre de services virtuels est de plus en plus répandue.

Gouvernance et financement

Environ 57 % du financement du programme national de lutte contre le VIH en 2023 provenait de sources nationales, le reste étant apporté par le Fonds mondial (41 %) et d'autres sources internationales (30).¹⁹ La prévention du VIH est financée principalement par des subventions du Fonds mondial et par les fonds de l'assurance maladie obligatoire. Même avec le soutien du Fonds mondial, il existait un déficit de financement important pour la prévention du VIH chez les populations clés.

Le financement national est géré par la Compagnie nationale d'assurance maladie, une institution publique autonome. Toutes les recettes de l'assurance maladie (y compris les cotisations obligatoires à l'assurance maladie et les transferts du budget de l'État pour la population inactive) sont regroupées dans un budget autonome géré par la Compagnie nationale d'assurance maladie. Ces fonds sont utilisés pour passer des contrats avec un ensemble de prestataires de services

¹⁸ AIDS Network est un réseau informel d'ONG qui regroupe, entre autres : le centre de ressources « Young and Free » ; le centre d'information « GenderDoc-M » ; l'association « Young Trainers from Moldova » ; l'organisation publique « Let's save the Future Together » ; l'association « Youth for the Right to Live » (TDV) ; l'association « Youth for the Right to Live », section de Balti (TDV Balti) ; le centre de jeunesse « Neovita » ; l'association « New Life » ; le centre éducatif « Alcoholism and Drug Addiction » ; et l'« Union des organisations œuvrant dans le domaine de la réduction des risques ».

¹⁹ Sur un budget total de 10,2 millions de dollars alloué au programme de lutte contre le VIH en 2023, les sources publiques nationales ont contribué à hauteur de 5,9 millions de dollars, tandis que 4,2 millions de dollars provenaient du Fonds mondial et 181 000 dollars d'autres donateurs internationaux.

publics et privés ; en 2021, près de 90 % de la population était couverte par l'assurance maladie nationale (31).

Les coûts unitaires des interventions de prévention du VIH sont déterminés par des exercices de chiffrage périodiques menés sous l'autorité de la Compagnie nationale d'assurance maladie. Les prestataires sous contrat doivent se conformer à la loi sur les marchés publics, et la qualité des services est évaluée selon des critères fixés par le ministère de la Santé. Il convient de noter que la Cour des comptes est habilitée à exercer un contrôle financier sur l'élaboration des projets et l'exécution des contrats de financement avec les prestataires de services de prévention du VIH.

Le ministère de la Santé lance régulièrement des appels à propositions visant à mettre en œuvre un ensemble de services de base pour la prévention primaire du VIH auprès des populations clés.²⁰ Les candidats doivent : être enregistrés en République de Moldavie ; posséder une expérience dans le secteur de la prévention du VIH ; et disposer d'une accréditation ainsi que du statut d'organisme d'utilité publique afin de garantir le respect des normes minimales et le contrôle de la qualité. En 2024, quatre projets ont été sélectionnés pour être mis en œuvre par six associations publiques.

La Compagnie nationale d'assurance maladie finance également des services hospitaliers tels que l'OAMT et la réadaptation des personnes dépendantes aux substances narcotiques. L'hôpital clinique des maladies infectieuses coordonne et supervise la mise en œuvre du programme national de lutte contre le sida.

Les défis restants comprennent : l'extension des services de prévention destinés aux hommes homosexuels et aux autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; l'augmentation du nombre de personnes inscrites au traitement de substitution aux opiacés (TSO) ; la lutte contre l'usage croissant de nouvelles substances psychoactives ; et l'élargissement de l'accès aux services de PrEP et de PEP ainsi que de leur utilisation (32). Une collaboration plus étroite entre les OSC et les entités gouvernementales, ainsi que l'implication croissante des personnes issues des populations clés dans la prestation de services et le plaidoyer, contribueront à relever ces défis.

²⁰ Les services financés par la Compagnie nationale d'assurance maladie comprennent : la distribution de préservatifs et de lubrifiants ; l'échange de seringues et la distribution de lingettes alcoolisées ; le conseil et le dépistage du VIH ; le dépistage de la syphilis, de l'hépatite B et C ; le dépistage de la tuberculose ; ainsi que la communication, l'information et l'éducation visant à prévenir le VIH, le VHB, le VHC, la tuberculose et les IST.

Nigeria

Bien que le Nigeria dépende fortement des donateurs externes pour les services de prévention du VIH destinés aux populations clés, il a mis en place un vaste réseau de sites de prestation de services adaptés à ces populations au sein des communautés, en s'appuyant sur le soutien des donateurs externes pour la mise en œuvre. Ces services sont reliés et intégrés aux structures gouvernementales et aux pairs éducateurs en santé des OSC. Le gouvernement national a mis en place des systèmes visant à accroître le financement national pour soutenir ces services dans le cadre de ses efforts pour atteindre la couverture sanitaire universelle.



Contexte épidémiologique

La prévalence et l'incidence du VIH ont diminué au cours de la dernière décennie, mais les populations clés continuent d'être touchées de manière disproportionnée (tableau 8). La prévalence du VIH est relativement élevée dans l'ensemble de la population adulte, mais elle est la plus élevée chez les personnes transgenres, les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, tandis qu'une prévalence élevée du VIH a également été signalée chez les travailleurs du sexe et les consommateurs de drogues injectables. Les populations clés représentent 11 % des nouvelles infections chez les adultes au Nigeria (33).

Tableau 8. Incidence et prévalence du VIH chez les populations clés au Nigeria

Population totale (15-49 ans)	Incidence du VIH		Prévalence du VIH	
	2015	2024	2015	2024
	0,93/1000 personnes ^a	0,26/1000 personnes ^a	1,7 % ^a	1,2 % ^a
Populations clés	2022		2015	2020
Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	0,003/100 personnes-années ^b		23 % ^c	25 % ^c
Consommateurs de drogues injectables	0,5/100 personnes-années ^b		3,4 % ^c	11 % ^c
Travailleurs du sexe	0,8/100 personnes-années ^b		14 % ^c	17 % ^c
Personnes transgenres	0,003/100 personnes-années ^b		nd	29 % ^c

^a AIDSinfo. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

^b Korenromp EL, Sabin K, Stover J, Brown T, Johnson LF, Martin-Hughes R, et al. Nouvelles infections par le VIH parmi les populations clés et leurs partenaires en 2010 et 2022, par région du monde : une estimation à partir de sources multiples. *J Acquir Immune Def Syndr.* 2024;95(1S):e34-e45 (*Documents complémentaires*).

^c L'atlas des populations clés. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (<https://kpatlas.unaids.org/dashboard>).

nd : aucune donnée.

Programme de prévention primaire du VIH

La couverture des services de prévention du VIH auprès des populations clés est relativement élevée, bien que la proportion de personnes qui s'injectent des drogues et qui déclarent adopter des pratiques d'injection sans risque ait diminué au cours de la dernière décennie (tableau 9). La proportion de personnes issues des populations clés ayant effectué un test de dépistage du VIH et reçu les résultats de ce test est plus élevée que celle de la population générale (34). Les services de réduction des risques destinés aux personnes qui consomment des drogues continuent d'être progressivement mis en place et leur disponibilité augmente, bien que certains sites proposent également des installations d'injection sécurisées (35). L'utilisation de la PrEP par voie orale parmi les populations clés serait faible, tandis que la sensibilisation à la PEP et son recours sont également faibles, en partie en raison d'une sensibilisation et d'un engagement insuffisants de la communauté, ainsi que d'une formation insuffisante des prestataires de soins de santé (34).

Tableau 9. Couverture des services de prévention du VIH au Nigeria

Couverture et utilisation des services de prévention du VIH ^a	
Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	2020
Couverture des services	96 % ^a
Utilisation du préservatif	70 % ^b
Couverture du traitement antirétroviral	26 % ^b
Consommateurs de drogues injectables	
Couverture des services	
PES	65 % ^a
OAMT	nd
Utilisation du préservatif	nd
Couverture du traitement antirétroviral	25 % ^b (2019)
Pratiques d'injection sans risque	36 % ^b
Travailleurs du sexe	
Couverture des services	88 % ^a
Utilisation du préservatif	86 % ^b
Couverture du traitement antirétroviral	24 % ^b
Personnes transgenres	
Couverture des services	79 % ^b (2021)
Utilisation du préservatif	66 % ^b
Couverture du traitement antirétroviral	20 % ^b

^a Tableau de bord de la Coalition mondiale pour la prévention du VIH : Nigeria. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2024.

^b L'atlas des populations clés. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (<https://kpatlas.unaids.org/dashboard>).

nd : aucune donnée disponible.

Le Nigeria soutient la prestation différenciée de services de prévention du VIH par le biais de modèles communautaires et basés sur les établissements de santé. Depuis 2015, il gère des « guichets uniques » destinés aux populations clés

(cliniques centrales et polyvalentes reliées à des sites communautaires et à des cliniques mobiles) afin d'améliorer l'accessibilité.²¹ La plupart de ces guichets uniques sont dotés d'équipes multidisciplinaires composées de professionnels de santé (36) (généralement employés par le gouvernement) et de membres de la communauté issus des populations clés (recrutés par des OSC, grâce au financement de donateurs externes).²² Les « guichets uniques » fournissent des services de soins de santé primaires complets, notamment le dépistage du VIH, la PrEP, la PEP, le dépistage des IST et de la tuberculose, l'inscription/le démarrage du traitement antirétroviral et le renouvellement des médicaments antirétroviraux. Ces structures disposent également de filières d'orientation permettant de mettre les personnes en relation avec des services spécialisés, notamment pour des soins de niveau tertiaire et des interventions structurelles et communautaires (telles que des services juridiques et le soutien par les pairs).

Des services au niveau communautaire sont également assurés par des équipes mobiles de traitement antirétroviral (TAR), généralement dans les lieux où se rassemblent les membres des populations clés. Ces équipes mettent en œuvre des interventions de prévention primaire dans le cadre d'une offre de services limitée. En outre, des prestataires de services de référence (personnel infirmier et agents de santé communautaires travaillant avec des organisations de la société civile) proposent une gamme restreinte de services de proximité, comprenant notamment des interventions de prévention primaire du VIH et un suivi. Les pharmacies communautaires fournissent des autotests de dépistage du VIH, la PrEP, la PEP et le renouvellement des traitements antirétroviraux (36). Les établissements de niveau secondaire proposent des services de réduction des risques, tandis que les établissements de niveau tertiaire offrent également un soutien en santé mentale, le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus, le dépistage de l'hépatite et le traitement de substitution aux opiacés. Les plateformes numériques

²¹ Le modèle de guichet unique (OSS), qui était entièrement financé et soutenu par des donateurs et partenaires externes, a été affecté par les ordres de suspension des activités émis par le gouvernement des États-Unis en 2025. L'orientation politique nationale s'oriente désormais vers l'intégration des services destinés aux populations clés (KP) au sein des établissements de santé publics et mandatés par le gouvernement, en mettant délibérément l'accent sur le renforcement de leur capacité à fournir des services complets, inclusifs et exempts de stigmatisation. Cette transition s'éloigne des structures OSS parallèles et gérées de manière verticale pour s'orienter vers une approche plus intégrée et fondée sur le système, largement reconnue comme une voie plus durable et évolutive pour les programmes destinés aux populations clés au Nigeria. Cela favorisera la continuité des services, l'utilisation efficace des ressources et la résilience à long terme de la riposte nationale intégrée au VIH.

²² Les critères applicables aux établissements de santé adaptés aux populations clés sont les suivants : «Doivent créer un environnement sûr, accueillant et exempt de stigmatisation, adapté aux besoins des populations clés ; doivent dispenser au personnel une formation sur la diversité de genre et l'inclusivité ; capacité à collaborer avec des organisations communautaires dirigées par les populations clés pour soutenir la continuité des soins ; capacité à mettre en place et à soutenir des mécanismes de responsabilisation concernant la qualité des soins et les droits humains des populations clés ; volonté de fournir des services de santé mentale et psychosociaux ; compétences et volonté de prendre en charge les IST chez les populations clés (par exemple, les verrues anales et le cancer du col de l'utérus) » (36).

et la télésanté, notamment les applications mobiles et les sites web, sont de plus en plus utilisées pour l'éducation, le conseil et l'orientation vers les services (34).

Gouvernance et financement

L'Agence nationale de lutte contre le sida coordonne et soutient la riposte nationale au sida au Nigeria. Les dépenses totales liées au VIH en 2021 se sont élevées à 437,8 millions de dollars US, dont 76 % provenaient du PEPFAR, 19 % du Fonds mondial et le reste des dépenses publiques nationales des gouvernements central et des États, du secteur privé et des institutions nationales à but non lucratif. La prévention du VIH, y compris le dépistage et le conseil, a représenté environ 9 % de l'ensemble des dépenses liées au VIH en 2021, et 80 % des dépenses de prévention ont été consacrées à des interventions destinées aux populations clés. Il est important de noter qu'environ 94 % des interventions de prévention ont été financées par le PEPFAR (37).

Le financement national de la lutte contre le VIH provient de crédits budgétaires aux niveaux national et infranational, par l'intermédiaire de l'Agence nationale, du Programme national de lutte contre le sida et les IST, et des budgets des États. Un fonds fiduciaire national pour le VIH/sida a été créé par la Coalition des entreprises nigérianes contre le sida (Nigeria Business Coalition Against AIDS) en tant que contribution du secteur privé visant à combler les déficits de financement de la lutte contre le VIH, en mettant l'accent sur la prévention de la transmission verticale du VIH. Cependant, à la mi-2025, le fonds fiduciaire n'avait pas encore décaissé de ressources.

En outre, les régimes d'assurance maladie publics et nationaux couvrent un ensemble minimal de services de santé dans les établissements de soins primaires et secondaires éligibles, mais ils n'incluent pas, à l'heure actuelle, les produits destinés à la prévention du VIH (38). Ils constituent néanmoins une option de financement potentielle pour les services destinés aux populations clés à l'avenir. Le gouvernement a mis en place des systèmes visant à accroître le financement national par le biais de l'assurance maladie afin de soutenir les services destinés aux populations clés à moyen et long terme. Par exemple, les services proposés par les guichets uniques sont éligibles au remboursement par l'assurance maladie publique dans l'État de Lagos (39).

Philippines

L'incidence du VIH parmi certaines populations clés aux Philippines est élevée et a augmenté rapidement chez les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Diverses approches innovantes sont mises en œuvre pour rendre les services de prévention, y compris la PrEP, plus largement accessibles aux populations clés. Le gouvernement national finance 80 % du programme de prévention du VIH dans le cadre de ses efforts pour parvenir à une couverture sanitaire universelle. Le Programme national d'assurance maladie (PhilHealth) offre une certaine couverture aux personnes issues des populations clés. De nombreuses OSC, en particulier celles gérées par des pairs, gèrent des entreprises sociales et mènent des activités à but lucratif afin de subventionner les services destinés aux membres des populations clés.



Contexte épidémiologique

La prévalence du VIH dans la population générale est faible, mais l'incidence du VIH augmente rapidement au sein de certaines populations clés, en particulier chez les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ([tableau 10](#)). L'incidence du VIH a également augmenté chez les personnes transgenres, les consommateurs de drogues injectables et les travailleurs du sexe. En 2023, on estimait que près de 90 % des nouvelles infections par le VIH aux Philippines concernaient les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ainsi que les femmes transgenres (40).

Tableau 10. Incidence et prévalence du VIH parmi les populations clés aux Philippines

	Incidence du VIH		Prévalence du VIH	
Population totale (15-49 ans)	2015	2023	2015	2023
	<0,1/1000 personnes ^a	0,24/1000 personnes ^a	<0,1 % ^a	0,3 % ^a
Populations clés	2022		2018	2023
Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	3,4/100 personnes-années ^b		5,0 % ^c	7,5 % ^c
			2015	2022
Personnes qui s'injectent des drogues	7,4/100 personnes-années ^b		29 % ^c	38 % ^c
			2014	2023
Travailleurs du sexe	0,2/100 personnes-années ^b		0,6 % ^c	1,2 % ^c
			2018	2023
Personnes transgenres	3,4/100 personnes-années ^b		3,9 % ^c	2,8 % ^c

^a AIDSinfo. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

^b Korenromp EL, Sabin K, Stover J, Brown T, Johnson LF, Martin-Hughes R, et al. Nouvelles infections par le VIH parmi les populations clés et leurs partenaires en 2010 et 2022, par région du monde : une estimation à partir de sources multiples. *J Acquir Immune Def Syndr.* 2024;95(1S):e34–e45 (*Documents complémentaires*).

^c L'atlas des populations clés. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (<https://kpatlas.unaids.org/dashboard>).

Programme de prévention primaire du VIH

La couverture des services de prévention du VIH parmi les populations clés était inférieure à 50 % en 2023, mais elle augmentait chez les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ainsi que chez les personnes transgenres. Des services de prévention sont disponibles dans les établissements de santé publics, dans d'autres sites fixes et par le biais de services mobiles et de proximité gérés par des organisations de la société civile dans de nombreuses villes. Des prestataires de services privés et des entreprises sociales, ainsi que des cliniques d'hygiène sociale financées par les collectivités locales, fournissent également des services liés au VIH.

L'ensemble des mesures de prévention du VIH recommandées par l'OMS est en principe disponible, bien que les efforts menés par le gouvernement pour éradiquer la consommation de drogues illicites aient rendu les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues largement inaccessibles et aient entravé la mise en place de services communautaires efficaces de prévention du VIH destinés aux personnes qui consomment ou s'injectent des drogues (40). L'accès à la PrEP par

voie orale se développe rapidement et est proposé par un nombre croissant de prestataires de soins de santé publics et à but non lucratif, généralement sans frais pour les bénéficiaires (41).²³ L'accès à la PEP est moins facile, principalement auprès des établissements de santé publics ou des cliniques privées ou gérées par des organisations de la société civile (bien que les patients doivent payer de leur poche) (42).

Tableau 11. Couverture des services de prévention du VIH aux Philippines

Couverture et utilisation des services de prévention du VIH^a		
Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	2018	2022
Couverture des services	15 % ^a	29 % ^a
Utilisation du préservatif	40 % ^a	59 % ^a
Couverture du traitement antirétroviral		89 % ^a
Consommateurs de drogues injectables	2016	2023
Couverture des services	52 % ^a	
PES	nd	
OAMT	nd	
Utilisation du préservatif	15 % ^a	
Couverture du traitement antirétroviral		58 % ^a
Pratiques d'injection sans risque	64 % ^a	62 % ^a
Travailleurs du sexe	2018	2023
Couverture des services	72 % ^a	15 % ^a
Utilisation du préservatif	85 % ^a	71 % ^a
Couverture du traitement antirétroviral		88 % ^a
Personnes transgenres		
Couverture des services	18 % ^a	38 % ^a
Utilisation du préservatif	41 % ^a	58 % ^a
Couverture du traitement antirétroviral		86 % ^a

^a L'atlas des populations clés. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (<https://kpatlas.unaids.org/dashboard>).

nd : aucune donnée.

La prestation des soins de santé aux Philippines est largement décentralisée, le ministère national de la Santé définissant les orientations politiques. Les gouvernements provinciaux, municipaux et locaux sont chargés de gérer et de financer les services de santé locaux (40).

Les administrations municipales fournissent des soins de santé primaires par le biais d'unités de santé rurales, de centres de santé et de dispensaires de « barangay » (plus petite unité administrative des Philippines). Les prestataires de soins de santé à but lucratif et non lucratif, y compris les OSC, facturent généralement

²³ Le gouvernement, par l'intermédiaire du ministère de la Santé, finance les kits de dépistage du VIH (dépistage et confirmation) et la PrEP, tandis que les services mobiles de PrEP et ceux dispensés dans les centres commerciaux sont soutenus par le PEPFAR par l'intermédiaire des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis (41).

des frais d'utilisation, bien que ces frais soient parfois subventionnés par des activités d'entreprise sociale (43).²⁴ En coopération avec les autorités locales, les OSC fournissent également des services de prévention du VIH (y compris la PrEP) par le biais d'activités de sensibilisation mobiles. Les services virtuels sont courants et sont généralement fournis par des OSC qui utilisent une combinaison de réseaux sociaux, de chatbots, d'applications et de sites web pour proposer des consultations en ligne avec des professionnels de santé, la gestion de cas, des rappels de rendez-vous, l'achat de préservatifs et de kits d'autotest du VIH, ainsi que le renouvellement des ordonnances de PrEP orale et d'ARV. De nombreux prestataires issus d'OSC sont gérés par des pairs rémunérés ou bénévoles issus de leurs communautés de populations clés respectives.²⁵

Gouvernance et financement

En 2024, plus de 80 % des Philippins étaient affiliés à la Philippine Health Insurance Corporation (PhilHealth), une société publique rattachée au ministère de la Santé. PhilHealth gère le Programme national d'assurance maladie et veille à ce qu'un ensemble minimal de soins de santé, abordable, acceptable, disponible et accessible, soit offert à tous les citoyens dans le cadre des efforts déployés par le gouvernement pour parvenir à une couverture sanitaire universelle.

Environ 80 % du budget total consacré à la prévention du VIH (33,2 millions de dollars en 2023) proviennent de ressources nationales, principalement par le biais de l'assurance maladie, tandis qu'environ 1 % provient du Fonds mondial et les 19 % restants proviennent d'autres donateurs. Entre 2021 et 2023, cependant, seuls 41 % du plan stratégique national global de lutte contre le VIH ont été financés (44). Le soutien à la prestation de services de prévention et au renforcement des capacités des OSC provient principalement du Fonds mondial, d'autres donateurs externes et des remboursements de PhilHealth.²⁶ Comme les remboursements peuvent prendre six à neuf mois, les OSC ont généralement besoin d'un soutien financier de démarrage.²⁷

²⁴ Par exemple, « LoveYourself » et les initiatives en faveur d'une santé durable aux Philippines.

²⁵ Par exemple, les « hackathons » organisés par LoveYourself permettent d'identifier et de résoudre rapidement les problèmes (généralement en moins de 48 heures). Cette approche a été utilisée avec succès pour lutter contre la variole du singe.

²⁶ Pour certaines OSC, le financement reçu de PhilHealth apporte un soutien suffisant pour couvrir les coûts de base des services de prévention primaire du VIH destinés aux personnes issues des populations clés qui ne sont pas couvertes par le programme d'assurance maladie.

²⁷ Les fonds de démarrage proviennent de diverses sources, notamment des prêts à faible coût accordés par des particuliers fortunés ou les bénéficiaires d'entreprises sociales gérées par l'OSC. Dans certains cas, le PEPFAR a également pris en charge les coûts de démarrage.

Thaïlande

L'incidence et la prévalence du VIH sont très faibles dans la population générale, mais nettement plus élevées chez les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs du sexe masculins et les consommateurs de drogues injectables. Un modèle de services de santé axé sur les populations clés, mis en œuvre par les organisations communautaires locales (CLO), est utilisé pour remédier à la faible utilisation des services liés au VIH. Les services fournis par les organisations de la société civile (OSC) sont largement accessibles, notamment pour la PrEP et la PEP, dans des sites fixes et mobiles, par le biais d'actions de sensibilisation communautaire ainsi que de services en ligne et d'applications mobiles. Le ministère de la Santé publique et l'Office national de sécurité sanitaire, financé par le gouvernement, ont intégré les services de santé destinés aux populations clés et leurs coûts dans le système de santé global dans le cadre des efforts visant à atteindre la couverture sanitaire universelle.



Contexte épidémiologique

La prévalence et l'incidence globales du VIH en Thaïlande sont très faibles, mais les populations clés sont touchées de manière disproportionnée par l'épidémie, l'incidence du VIH étant particulièrement élevée chez les travailleurs du sexe, les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ainsi que chez les consommateurs de drogues injectables ([tableau 12](#)).

Tableau 12. Incidence et prévalence du VIH parmi les populations clés en Thaïlande

Population totale (15-49 ans)	Incidence du VIH		Prévalence du VIH	
	2015	2024	2015	2024
	0,36/1000 personnes ^a	0,23/1000 personnes ^a	1,4 % ^a	1,0 % ^a
Populations clés	2022		2018	2023
Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	1,7/100 personnes-années ^b		12 % ^c	1,7 % ^c
			2014	2022
Consommateurs de drogues injectables	1,2/100 personnes-années ^b		21 % ^c	10 % ^a
			2021	2023
Travailleurs du sexe	2,2/100 personnes-années ^b		1,7 % ^c	4,2 % ^c
			2018	2023
Personnes transgenres	0,2/100 personnes-années ^b		11 % ^c	2,2 % ^a

^a AIDSinfo. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

^b Korenromp EL, Sabin K, Stover J, Brown T, Johnson LF, Martin-Hughes R, et al. Nouvelles infections par le VIH parmi les populations clés et leurs partenaires en 2010 et 2022, par région du monde : une estimation à partir de sources multiples. *J Acquir Immune Def Syndr.* 2024;95(1S):e34-e45 (*Documents complémentaires*).

^c L'atlas des populations clés. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (<https://kpatlas.unaids.org/dashboard>).

Programme de prévention primaire du VIH

À l'exception de la naloxone pour la prise en charge des surdoses d'opioïdes, tous les services de prévention du VIH recommandés par l'OMS sont disponibles (3). Cependant, la couverture des services de prévention a diminué parmi les populations clés (tableau 13). Depuis 2015, un modèle de services de santé piloté par les populations clés est mis en œuvre pour améliorer l'accès aux services liés au VIH et leur utilisation. Ce modèle consiste à former des prestataires non professionnels, souvent des pairs issus des communautés des populations clés, afin qu'ils dispensent toute une gamme de services liés au VIH et d'autres soins de santé dans les cliniques des OSC (45).

Tableau 13. Couverture des services de prévention du VIH en Thaïlande

Couverture et utilisation des services de prévention du VIH		
Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	2021	2023
Couverture des services	50 % ^a	36 % ^a
Utilisation du préservatif	78 % ^a	86 % ^a
Couverture du traitement antirétroviral		78 % ^a
Consommateurs de drogues injectables	2020	2023
Couverture des services	35 % ^b	62 % ^a
PES	9 % ^b	3,3 ^a
OAMT	9 % ^a	33 % ^a
Utilisation du préservatif	40 % ^a	77 % ^a
Couverture du traitement antirétroviral	43 % ^a	87 % ^a
Pratiques d'injection sans risque	95 % ^a	
Travailleurs du sexe	2021	2023
Couverture des services	86 % ^a	98 % ^a (2024)
Utilisation du préservatif (dernier rapport sexuel tarifé)	95 % ^a	95 % ^a
Couverture par le traitement antirétroviral	9 % ^a (2019)	71 % ^a (2024)
Personnes transgenres	2020	2023
Couverture des services	44 % ^a	34 % ^a
Utilisation du préservatif	79 % ^a	80 % ^a
Couverture du traitement antirétroviral		75 % ^a

^a L'atlas des populations clés. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (<https://kpatlas.unaids.org/dashboard>).

^b Tableau de bord de la Coalition mondiale pour la prévention du VIH : Thaïlande. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2024.

Les préservatifs, les lubrifiants, les aiguilles/seringues, les OAMT et la PrEP sont disponibles dans les établissements de santé publics et ceux des organisations de la société civile (OSC), bien que les personnes issues des populations clés semblent préférer accéder à ces services par l'intermédiaire des OSC. Plus de 80 % des personnes qui utilisent actuellement la PrEP en Thaïlande la reçoivent par le biais de services de santé gérés par les populations clés (46). La PEP est disponible gratuitement, mais uniquement dans les hôpitaux publics (47). Le ministère de la Santé publique et les OSC cherchent des moyens d'améliorer l'accès à la prévention du VIH.²⁸

Plus de 60 % des personnes qui s'injectent des drogues bénéficiaient de services de prévention du VIH en 2023. Bien que l'utilisation de matériel d'injection stérile

²⁸ Les points de vue divergents du ministère de la Santé publique et des OSC peuvent être consultés à l'adresse suivante : Pengnonyang S, et al. Certification des prestataires non professionnels pour la prestation de services liés au VIH menés par les populations clés dans le système de santé national thaïlandais : leçons apprises. *J Int AIDS Soc.* 2022;25(7): e25965; Lertpiriyasuwat C, et al. L'engagement de la Thaïlande à soutenir les services liés au VIH menés par les communautés. *Lancet HIV.* 2023;11(3):e141; et Phanuphak N, et al. Réponse à l'engagement de la Thaïlande à soutenir les services liés au VIH menés par les communautés. *Lancet HIV.* 2024;11(3):e141-e142.

ait été jugée élevée, elle a diminué au cours de la décennie précédente, le nombre d'aiguilles/seringues stériles distribuées par personne s'injectant des drogues restant faible. La couverture du traitement de substitution aux opiacés (TSO) stagne à des niveaux très bas. Un peu plus d'un tiers des hommes homosexuels et des autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes étaient couverts par des services de prévention du VIH en 2023, mais la couverture déclarée était bien plus élevée (près de 100 %) chez les travailleurs du sexe.

Gouvernance et financement

Le système de santé thaïlandais est décentralisé, les services de santé de base étant assurés par des organisations de la société civile (principalement des organisations communautaires et locales) dans des centres d'accueil, des pôles de santé communautaires et par le biais d'actions de proximité. Les interventions virtuelles gérées par ces organisations sont de plus en plus répandues et comprennent des actions de sensibilisation en ligne, une aide à la prise en charge des cas, la diffusion d'informations ciblées ainsi que l'achat en ligne de préservatifs, de lubrifiants, de kits d'autotest du VIH et de renouvellements de PrEP.

En 2016, l'Office national de la sécurité sanitaire, financé par le gouvernement et chargé de financer le programme de couverture sanitaire universelle, a commencé à rémunérer les OSC pour leurs activités liées au VIH (« activités de sensibilisation et de recrutement ») par le biais d'un mécanisme de contrats sociaux. En 2018, le ministère de la Santé publique a mis en place un système de certification pour tous les types de prestataires de services, fondé sur la qualité des services, les compétences en administration/gestion et les capacités du personnel, avec des réévaluations tous les deux à trois ans (48). Depuis 2019, les prestataires non professionnels travaillant pour des OSC peuvent bénéficier d'une formation et d'une certification délivrées par le ministère.²⁹ Les agents de santé communautaires au service des personnes vivant avec le VIH ont reçu une formation et une certification de l'Institut Ratchasuda de l'Université Mahidol.

Le Bureau national de la sécurité sanitaire a récemment accru ses investissements dans les OSC qui mettent en œuvre des modèles de prestation menés par les populations clés, par le biais de contrats sociaux et de remboursements indirects aux OSC qui s'associent à des hôpitaux publics. Ce modèle de partenariat permet aux OSC de travailler sous supervision professionnelle en présentiel ou distanciel (49).

Une étude récente sur le modèle de prestation piloté par les populations clés a mis en évidence le passage d'une implication communautaire à un leadership communautaire dans la conception du modèle, ainsi que l'importance de la certification

²⁹ La formation porte sur le conseil, le prélèvement d'échantillons pour le dépistage du VIH et des IST, la réalisation de tests rapides/au point de service, ainsi que la délivrance de traitements antirétroviraux (TAR) et de la PrEP conformément à la prescription d'un médecin.

et de l'intégration au système national de santé. Elle a également constaté une augmentation du recours au dépistage du VIH et à la PrEP parmi les populations clés. Le soutien des donateurs est mis à profit pour générer des données sur la faisabilité et l'impact des programmes, ce qui facilite à son tour les discussions politiques de haut niveau sur la manière de passer à un financement national accru et à la viabilité. L'analyse a également souligné l'importance de former des coalitions avec de multiples parties prenantes nationales et internationales afin de surmonter les obstacles réglementaires et politiques (48).

Zimbabwe

Des services de prévention combinée sont fournis par des OSC, y compris des OSC locales, aux personnes issues des populations clés à grande échelle dans tout le pays, dans des sites fixes et par le biais d'actions de sensibilisation communautaire. Ces services s'appuient sur des mécanismes d'orientation bien coordonnés vers les établissements de santé publics. Certains sont supervisés par des comités de suivi des établissements de santé. L'intégration des activités des OSC et des services destinés aux populations clés au sein du système de santé publique est soutenue par le gouvernement national, qui alloue également des ressources nationales pour la passation de contrats sociaux avec les OSC. Ces efforts, parmi d'autres, ont permis de réduire la prévalence et l'incidence du VIH parmi toutes les populations clés et au sein de la population générale.



Contexte épidémiologique

Le Zimbabwe est confronté à une épidémie généralisée de VIH, bien que l'incidence et la prévalence du VIH aient diminué au cours de la dernière décennie (tableau 14). Si l'incidence et la prévalence du VIH sont particulièrement élevées chez les travailleurs du sexe, elles semblent avoir considérablement baissé ces dernières années chez les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres et les consommateurs de drogues injectables. La prévalence du VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes reste une préoccupation majeure.

Tableau 14. Incidence et prévalence du VIH parmi les populations clés au Zimbabwe

Population totale (15-49 ans)	Incidence du VIH		Prévalence du VIH	
	2015	2023	2015	2024
	5,1/1000 personnes ^a	1,4/1000 personnes ^a	15 % ^a	9,8 % ^a
Populations clés	2022		2017	2023
Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	0,5/100 personnes-années ^b		31 % ^c	8,1 % ^c
			2014	2023
Consommateurs de drogues injectables	0,12/100 personnes-années ^b			5,6 % ^b
			2016	2023
Travailleurs du sexe	3,33/100 personnes-années ^b		59 % ^c	40 % ^c
			2019	2023
Personnes transgenres	0,6/100 personnes-années ^b		28 % ^c	17 % ^c

^a AIDSinfo. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

^b Korenromp EL, Sabin K, Stover J, Brown T, Johnson LF, Martin-Hughes R, et al. Nouvelles infections par le VIH parmi les populations clés et leurs partenaires en 2010 et 2022, par région du monde : une estimation à partir de sources multiples. *J Acquir Immune Def Syndr.* 2024;95(1S):e34-e45 (*Documents complémentaires*).

^c L'atlas des populations clés. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (<https://kpatlas.unaids.org/dashboard>).

Programme de prévention primaire du VIH

Les services de prévention du VIH disponibles comprennent tous ceux recommandés par l'OMS, à l'exception des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, du traitement de substitution aux opiacés (TSO) et de la naloxone pour la prise en charge des surdoses d'opiacés (3). La couverture des services de prévention du VIH pour chaque population clé est inférieure à 30 % et semble avoir diminué ces dernières années tant chez les travailleurs du sexe que chez les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (aucune donnée détaillée sur les services n'est disponible pour les personnes qui s'injectent des drogues).

Tableau 15. Couverture des services de prévention du VIH au Zimbabwe

Couverture et recours aux services de prévention du VIH		
Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes:	2019	2024
Couverture des services	26 % ^a	
Utilisation du préservatif	69 % ^a	92 % ^a
Couverture du traitement antirétroviral	94 % ^a	100 % ^a (2021)
Consommateurs de drogues injectables	2020	2022
Cobertura dos serviços		<50 % ^b
Uso de preservativo	nd	
Cobertura de TARV	nd	
Cobertura do PSC	nd	
OAMT	nd	
Práticas seguras de injeção		
Travailleurs du sexe		
Couverture des services		79 % ^b
Utilisation du préservatif	43 % ^a	50 % ^a
Couverture du traitement antirétroviral	78 % ^a	95 % ^a
Personnes transgenres	2019	2024
Couverture des services	28 % ^a	
Utilisation du préservatif	82 % ^a	86 % ^a
Couverture du traitement antirétroviral		100

^a Atlas des populations clés. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (<https://kpatlas.unaids.org/dashboard>).

^b Tableau de bord de la Coalition mondiale pour la prévention du VIH : Zimbabwe. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2024.

nd : aucune donnée.

Le dépistage du VIH, y compris les tests de confirmation, ainsi que la mise en place d'un traitement antirétroviral, sont disponibles dans les cliniques publiques et celles des OSC, tout comme les préservatifs, les lubrifiants, la PrEP et la PEP. La création d'une demande pour la PrEP parmi les populations clés est assurée par des pairs des OSC au sein de la communauté et dans les centres d'accueil des OSC. En outre, les OSC utilisent des sites web et des plateformes de réseaux sociaux pour atteindre des groupes spécifiques, en particulier les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ainsi que les femmes transgenres.

La connaissance de la PrEP au sein des communautés des populations clés est relativement faible, mais semble en augmentation (50, 51). L'évaluation et la délivrance de la PrEP sont assurées par du personnel infirmier ayant suivi une formation obligatoire dispensée par le ministère de la Santé et de la Protection de l'enfance, sur la base de directives conformes aux recommandations de l'OMS. De nombreux services gérés par des organisations de la société civile sont rattachés à des

établissements de santé publics ou partagent leurs locaux avec ceux-ci, ce qui facilite l'accès à du personnel infirmier formé à la PrEP (52). La notoriété de la PEP est faible et la demande très limitée, bien que des services pour les expositions professionnelles et non professionnelles soient disponibles auprès des médecins dans les hôpitaux et les centres de santé. Les efforts visant à stimuler la demande se concentrent principalement sur la PrEP.

L'exode des professionnels de santé vers les pays voisins et ailleurs affecte la prestation des soins de santé, y compris les services de prévention du VIH, dans tout le pays. Les efforts visant à réduire la stigmatisation et la discrimination dans les établissements de santé publics comprennent la mise en place, à titre expérimental, de comités de suivi des établissements de santé pour les populations clés, intégrés aux comités des centres de santé existants gérés par le ministère de la Santé et de la Protection de l'enfance. Ces comités sont composés de représentants des populations clés, du Conseil national de lutte contre le sida, d'OSC et d'autres acteurs communautaires (53).

Les progrès dans la mise en place de services de réduction des risques pour les personnes qui s'injectent des drogues sont limités, principalement en raison d'obstacles législatifs et réglementaires (54). Un petit programme d'échange d'aiguilles et de seringues est prévu pour la capitale, Harare, et d'autres efforts visant à introduire l'OAMT sont en cours, ces deux services étant soutenus par le Fonds mondial.

Gouvernance et financement

Le Conseil national de lutte contre le sida coordonne et facilite la riposte nationale au VIH et gère le Fonds national de lutte contre le sida, qui reçoit des fonds provenant de la taxe sur le sida.³⁰ Le gouvernement prévoit d'investir 21 % des fonds nationaux consacrés au VIH dans la prévention au cours des prochaines années, en mettant l'accent sur les adolescents et les jeunes ainsi que sur les populations clés, en particulier les personnes qui consomment des drogues (55). Le financement de la prévention du VIH pour les populations clés provient principalement de donateurs externes, en particulier du PEPFAR et du Fonds mondial (56).^{31, 32}

En 2021, des lignes directrices ont été publiées concernant la passation de marchés sociaux avec des organisations de la société civile (OSC) pour la prestation de services, la prévention combinée du VIH figurant parmi les domaines prioritaires.

³⁰ La taxe sur le sida est une taxe de 3 % prélevée sur le revenu imposable des particuliers et des entreprises.

³¹ En 2023, le Conseil national de lutte contre le sida a financé 6 % des services de prévention primaire du VIH destinés aux travailleurs du sexe, tandis que le PEPFAR a fourni 51 % et le Fonds mondial 30 % du financement d'un ensemble complet de mesures de prévention primaire du VIH pour les travailleurs du sexe (55).

³² En 2024, pour les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, 18 % du financement de la prévention provenait du Fonds mondial et 59 % d'autres sources, dont le PEPFAR (56).

Une trentaine d'OSC ont accès à des financements nationaux par le biais de ce mécanisme. Un suivi mené par les communautés a été mis en place fin 2022 dans le cadre de la Stratégie nationale de santé 2021-2025 (57) ; près de 5 % des sites de prestation de services de santé disposaient d'un tel mécanisme en 2023 (55). Alors que les efforts visant à renforcer les programmes de prévention du VIH destinés aux populations clés se poursuivent dans tout le pays, des investissements supplémentaires dans un cadre juridique et politique favorable sont nécessaires pour une utilisation optimale des services de prévention par ces populations clés.

Principaux modèles de financement et de prestation de services

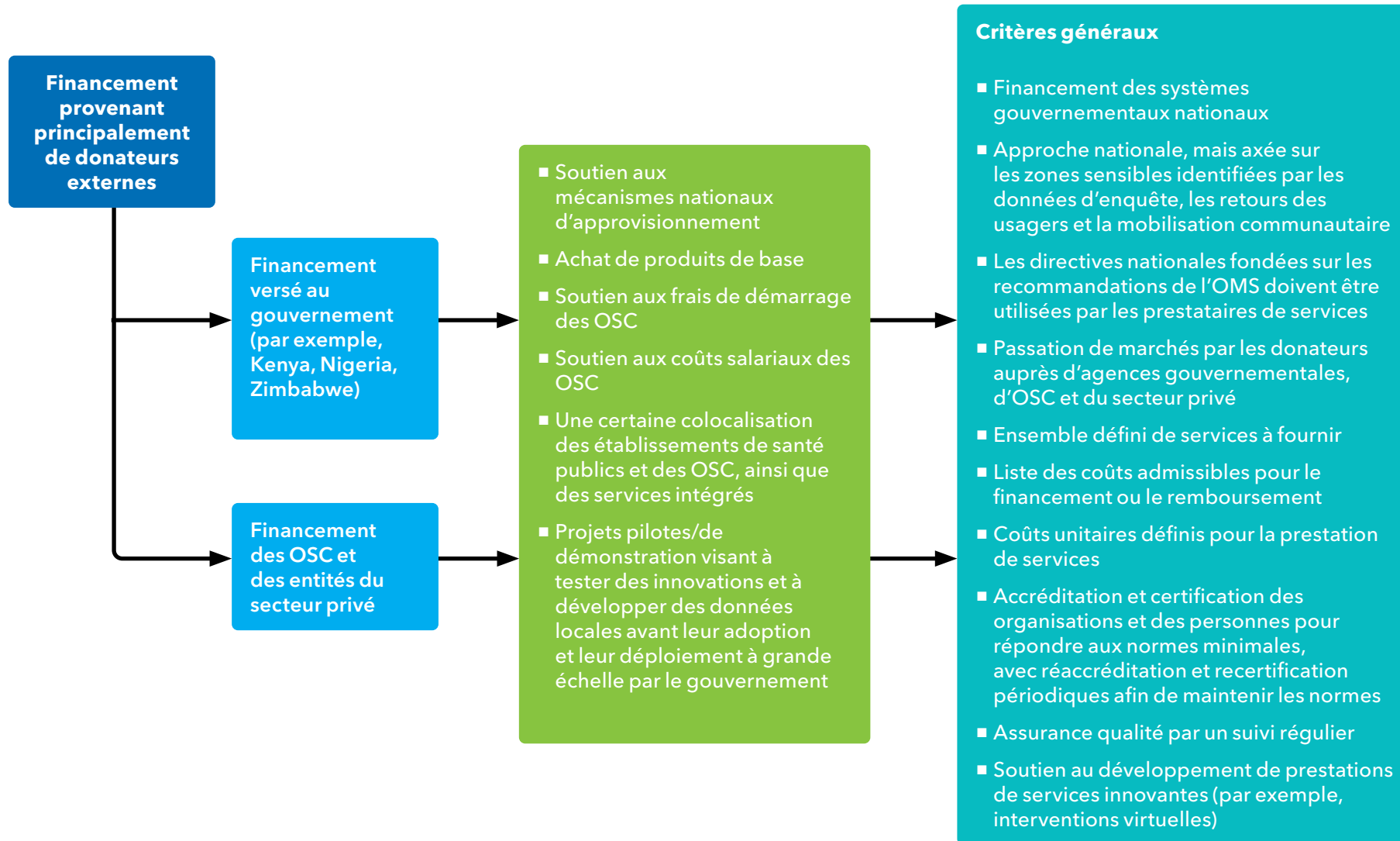
Sur la base des huit pays examinés, plusieurs caractéristiques communes ont été identifiées parmi les modèles de financement et les typologies de prestation de services utilisés pour les programmes de prévention primaire du VIH ciblant les populations clés. Ces modèles ne sont pas entièrement distincts ni mutuellement exclusifs et, par conséquent, présentent plusieurs caractéristiques qui se recoupent.

Principaux modèles de financement

Modèle de financement 1

Le modèle de financement 1 se caractérise par une forte dépendance vis-à-vis des financements provenant de donateurs externes pour soutenir les services de prévention primaire du VIH destinés aux populations clés. Dans ce modèle, les fonds des donateurs sont principalement acheminés vers le gouvernement et/ou les OSC et, moins fréquemment, vers des acteurs du secteur privé (Figure 2). Parmi les pays utilisant ce modèle, on peut citer le Kenya, le Nigeria et le Zimbabwe.

Figure 2. Modèle de financement 1 : financé principalement par des donateurs externes



Bien que des ressources nationales spécifiques puissent également être allouées dans le cadre du modèle de financement 1, les montants ont tendance à être limités par rapport aux fonds fournis par les donateurs externes. Le financement national de la riposte au VIH qui n'est pas spécifiquement destiné aux services de prévention du VIH pour les personnes issues des populations clés n'a pas été pris en compte dans ce modèle.

Dans ce modèle, les fonds des donateurs sont généralement versés directement aux organismes gouvernementaux, le plus souvent au ministère de la Santé. L'aide est souvent axée sur le renforcement des capacités et des opérations, notamment en ce qui concerne le mécanisme national d'approvisionnement pour l'achat de produits de prévention primaire du VIH (y compris les ARV pour la PrEP et la PEP). Dans certains pays, comme le Nigeria, l'approvisionnement en produits de prévention du VIH destinés tant aux prestataires de services gouvernementaux qu'aux OSC est assuré par les donateurs ou dans le cadre d'une collaboration entre le gouvernement, les donateurs et les représentants des OSC au nom du programme national.

Les achats groupés menés par les donateurs peuvent s'avérer plus rentables à court terme, les volumes d'achat plus importants entraînant généralement des prix nettement plus bas. Cependant, à moyen et long terme, le renforcement des capacités du personnel et des systèmes nationaux est essentiel pour que les futurs achats deviennent viables sans l'aide directe des donateurs.

Le financement des donateurs peut également : soutenir le renforcement des capacités et les opérations ; l'achat de produits et d'équipements ; la logistique pour les orientations assistées entre les OSC et les hôpitaux ou cliniques publics ; les coûts de démarrage ; les salaires du personnel, y compris les compléments de salaire pour attirer et retenir des personnes compétentes au sein des OSC et parfois dans le secteur public/gouvernemental ; et/ou les coûts liés au personnel international de gestion et d'assistance technique. Le soutien des donateurs externes est parfois également utilisé pour tester des interventions sanitaires innovantes, avant que le gouvernement n'adopte l'intervention en vue d'une éventuelle mise à l'échelle.

En outre, les OSC peuvent recevoir des financements directement de donateurs externes, sous forme de subventions ou de contrats, pour fournir des services de prévention du VIH dans des zones spécifiques à des groupes de population clés particuliers. Les organisations de la société civile et les OSC locales sont particulièrement importantes lorsque les établissements de soins de santé primaires du gouvernement sont sous-financés et/ou que le personnel manque de formation spécialisée en matière de prévention primaire du VIH pour les populations clés, comme au Kenya.

Certains pays, dont la Thaïlande, dépendaient initialement fortement du soutien des donateurs externes pour les services de prévention primaire du VIH destinés aux populations clés, mais sont ensuite passés à des approches plus durables, telles que celles décrites dans le modèle de financement 2.

Modèle de financement 2

Le modèle de financement 2 se caractérise par un recours important au financement national pour soutenir les services de prévention primaire du VIH destinés aux personnes issues des populations clés. Dans le cadre de ce modèle, les gouvernements nationaux allouent des ressources nationales à une agence semi-autonome qui gère un mécanisme de financement permettant de verser des ressources aux entités chargées de la prestation de services, avec des liens et des orientations bien établis vers les services publics. Parmi les pays utilisant ce modèle, on peut citer la République de Moldavie, les Philippines et la Thaïlande. Les donateurs externes peuvent également financer certains prestataires de services, des interventions ciblées ou des innovations. Aux Philippines, par exemple, le financement des donateurs a facilité l'introduction de services virtuels et d'approches novatrices pour la fourniture de la PrEP aux populations clés.

D'une manière générale, les agences de financement semi-autonomes utilisent l'un des trois mécanismes suivants.

Modèle 2a

Le modèle de financement 2a implique *l'achat anticipé*, en gros, de services et leur prestation par le biais de *contrats* (par exemple, en République de Moldavie, la Compagnie nationale d'assurance maladie gère le processus), ou l'octroi de *subventions* par une autorité nationale aux municipalités, qui accordent ensuite des subventions aux OSC pour qu'elles fournissent des services au sein des communautés.

En général, l'agence semi-autonome lance un appel d'offres ou une demande de devis pour la fourniture d'un ensemble de services spécifiques dans certaines zones. Les entités qui répondent aux critères d'éligibilité peuvent soumettre des propositions ou des offres. À l'aide de critères prédéfinis, un comité de sélection détermine quelles offres seront retenues. Un contrat est ensuite conclu entre l'agence semi-autonome et le soumissionnaire retenu pour la fourniture des services. La prestation des services est contrôlée par l'agence semi-autonome en collaboration avec le ministère de la Santé.

En République de Moldavie, par exemple, un appel d'offres ouvert est lancé chaque année pour la prestation de services précis dans certaines régions du pays, les coûts unitaires étant fixés à l'avance par une agence de financement semi-autonome. Toute entité enregistrée dans le pays peut soumettre une proposition couvrant une ou plusieurs zones géographiques et communautés de population clés. Une exigence essentielle est la capacité de l'entité soumissionnaire à travailler en partenariat avec le secteur de la santé publique au niveau communautaire. Les soumissionnaires doivent également fournir la preuve de l'existence de mécanismes permettant de contrôler les normes de prestation des services et, de plus en plus, la qualité des services. Les contrats sont généralement conclus pour une

durée limitée (par exemple un an). Les propositions les moins chères qui répondent aux critères ont le plus de chances d'être retenues.

Modèle 2b

Dans **le modèle de financement 2b**, une agence semi-autonome *rembourse* les prestataires de services de santé pour des services, des produits et des médicaments spécifiques, à l'instar d'une compagnie d'assurance maladie. Les organisations de la société civile et le secteur privé peuvent s'affilier à l'agence semi-autonome s'ils répondent à certains critères (qui peuvent inclure des normes minimales pour les établissements de santé et le personnel), comme c'est le cas aux Philippines et en Thaïlande. Aux Philippines, PhilHealth rembourse les entités gouvernementales et les OSC pour la prestation de services spécifiques. En Thaïlande, les OSC sont tenues d'être rattachées à des établissements de santé publics existants qui assurent la supervision des normes et de la qualité de la prestation de services. Des efforts sont en cours pour permettre aux OSC de traiter directement avec l'Office national de sécurité sanitaire du pays grâce à l'accréditation et à la certification de leur personnel et de leurs systèmes. Tant aux Philippines qu'en Thaïlande, les OSC de plus grande taille ont mis au point des moyens de rationaliser ces processus.

Comme les remboursements peuvent prendre du temps (par exemple, il faut compter six à neuf mois pour qu'une OSC soit remboursée par PhilHealth), les OSC peuvent avoir besoin d'autres sources de revenus pour couvrir les loyers et les frais de personnel en attendant le remboursement. De nombreuses OSC fonctionnent également comme des entreprises sociales ou sollicitent des prêts à faible taux d'intérêt auprès de particuliers fortunés. Un financement de démarrage est souvent nécessaire pour couvrir les dépenses initiales en produits de base et en médicaments.

Le modèle de financement 2b peut également impliquer le financement de la prestation de services de santé par le biais *des cotisations de sécurité sociale* des personnes occupant un emploi formel ; ces services peuvent n'être accessibles qu'aux personnes qui cotisent aux régimes de sécurité sociale. Les services fournis dans le cadre de ce modèle sont disponibles dans des établissements de santé désignés. En général, le personnel médical qui fournit les services reçoit une formation spécialisée dispensée par les OSC afin de rendre le service adapté aux populations clés. Dans certains cas, le personnel des OSC peut être intégré à la prestation des services.

Modèle de financement 3

Dans **le modèle de financement 3**, seules les ressources nationales sont utilisées pour financer les services de prévention primaire du VIH destinés aux personnes issues des populations clés.

En Australie, les gouvernements fédéral et des États se partagent le financement du système de santé global et ont des responsabilités distinctes et conjointes pour répondre aux besoins de santé des populations relevant de leur juridiction. Le gouvernement fédéral est principalement responsable des soins primaires, tandis que les départements de la santé au niveau des États se concentrent sur la santé publique (63). Des plans stratégiques de lutte contre le VIH et d'autres maladies transmissibles existent tant au niveau des États qu'au niveau fédéral. La prévention primaire du VIH est assurée par les services de santé publique et les soins de santé primaires, chaque ministère de la Santé disposant d'un budget pour sa riposte au VIH qu'il peut allouer à un large éventail d'activités.

Les ministères de la Santé peuvent également *faire appel* à des OSC pour fournir des services de prévention du VIH et des services connexes aux personnes issues des populations clés (comme dans **le modèle de financement 2a**), afin de combler les lacunes en matière d'accessibilité des services dans une zone géographique donnée, ou en complément des établissements de soins de santé primaires gérés par l'État. On peut citer comme exemples les salles de consommation supervisée à Sydney et Melbourne, ainsi que les services de réduction des risques en Australie-Occidentale. De même, dans le secteur privé, les médecins généralistes fournissant des services de prévention primaire du VIH aux populations clés sont subventionnés par des fonds publics nationaux. Des budgets destinés à des activités spécifiques liées au VIH, telles que les cliniques de santé sexuelle, sont disponibles sous forme de remboursements (à l'instar **du modèle de financement 2b**).

En outre, des fonds non affectés sont disponibles, en fonction des besoins déterminés par les autorités locales, bien que ces fonds ne soient pas nécessairement alloués aux services de prévention du VIH destinés aux personnes issues des populations clés. L'achat de produits et de médicaments est souvent mutualisé afin de réduire les coûts unitaires.

Au Brésil, le processus est légèrement différent en ce sens que le ministère central de la Santé fournit des fonds aux provinces pour la prestation de services spécifiques. Chaque province négocie ensuite avec les municipalités relevant de sa juridiction, après quoi les fonds sont alloués. Outre les agences de santé publique, les OSC et d'autres entités de chaque municipalité négocient avec l'administration respective pour obtenir des fonds destinés à la prestation de services.

Si **les modèles de financement 2 et 3** partagent certaines caractéristiques, la principale différence réside dans le degré de responsabilité du gouvernement en matière d'octroi de fonds et dans la délégation de la prise de décision et de la mise en œuvre des fonds nationaux à une entité semi-autonome, semblable à une compagnie d'assurance maladie. Une autre différence est l'absence de financement externe dans **le modèle 3**, alors que **le modèle 2** (et ses variantes) implique un certain degré de financement externe qui complète le financement national.

Figure 3. Modèle de financement 2 : financement important provenant de ressources nationales

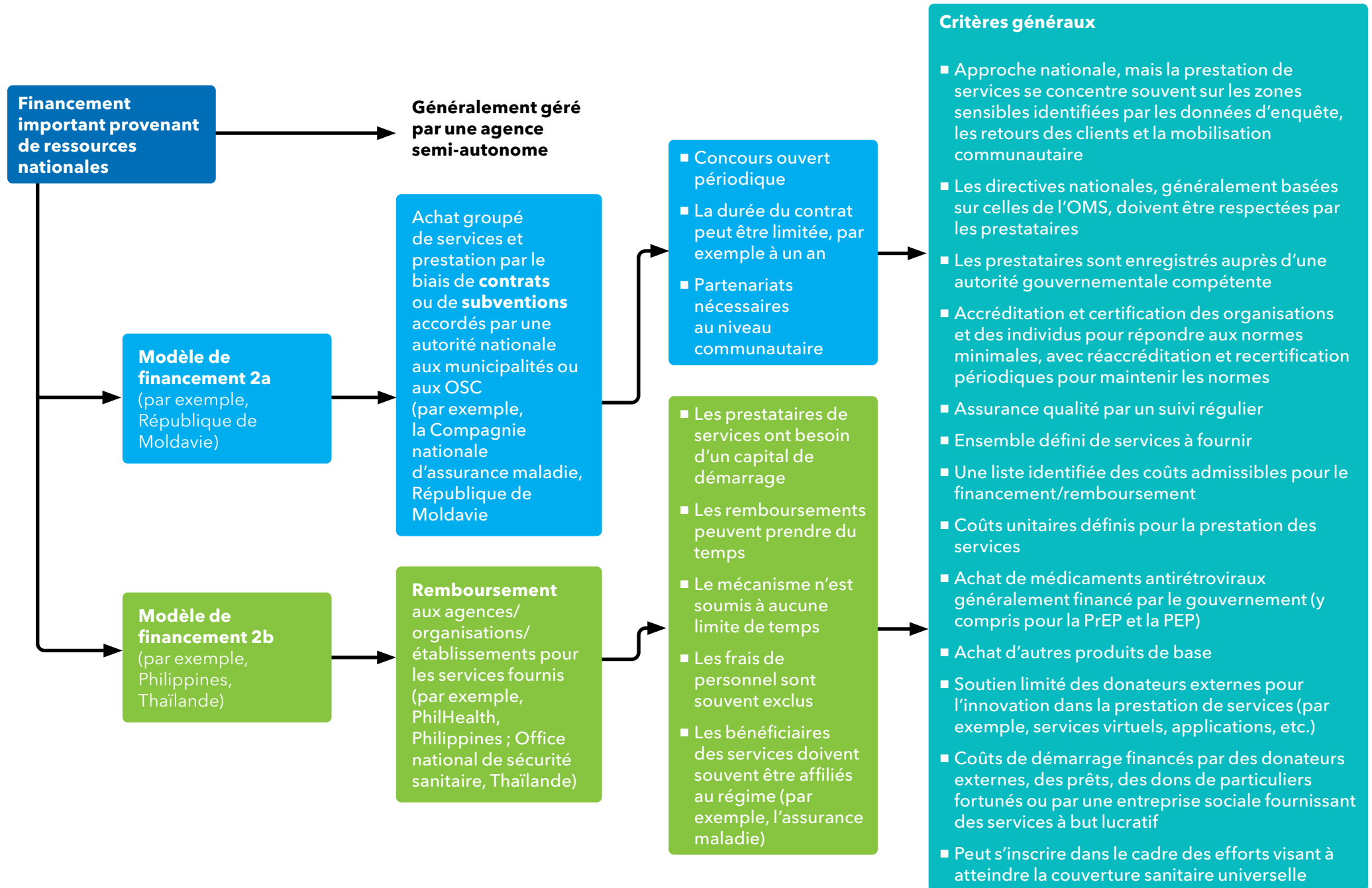
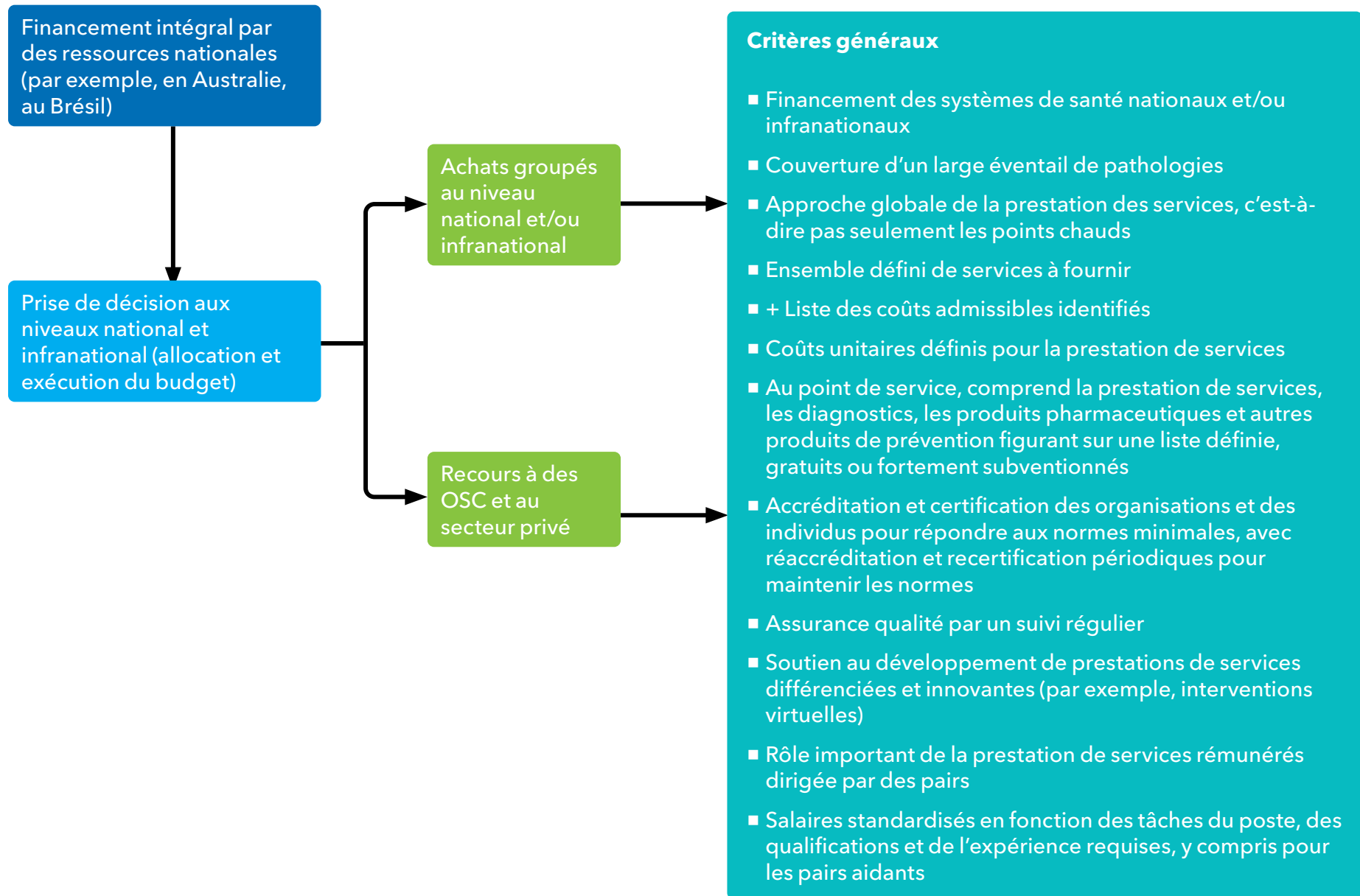


Figure 4. Modèle de financement 3 : entièrement financé par des ressources nationales



Principales typologies de prestation de services

Les principales typologies de prestation de services de prévention primaire du VIH destinés aux personnes issues des populations clés sont présentées sur la figure 5.

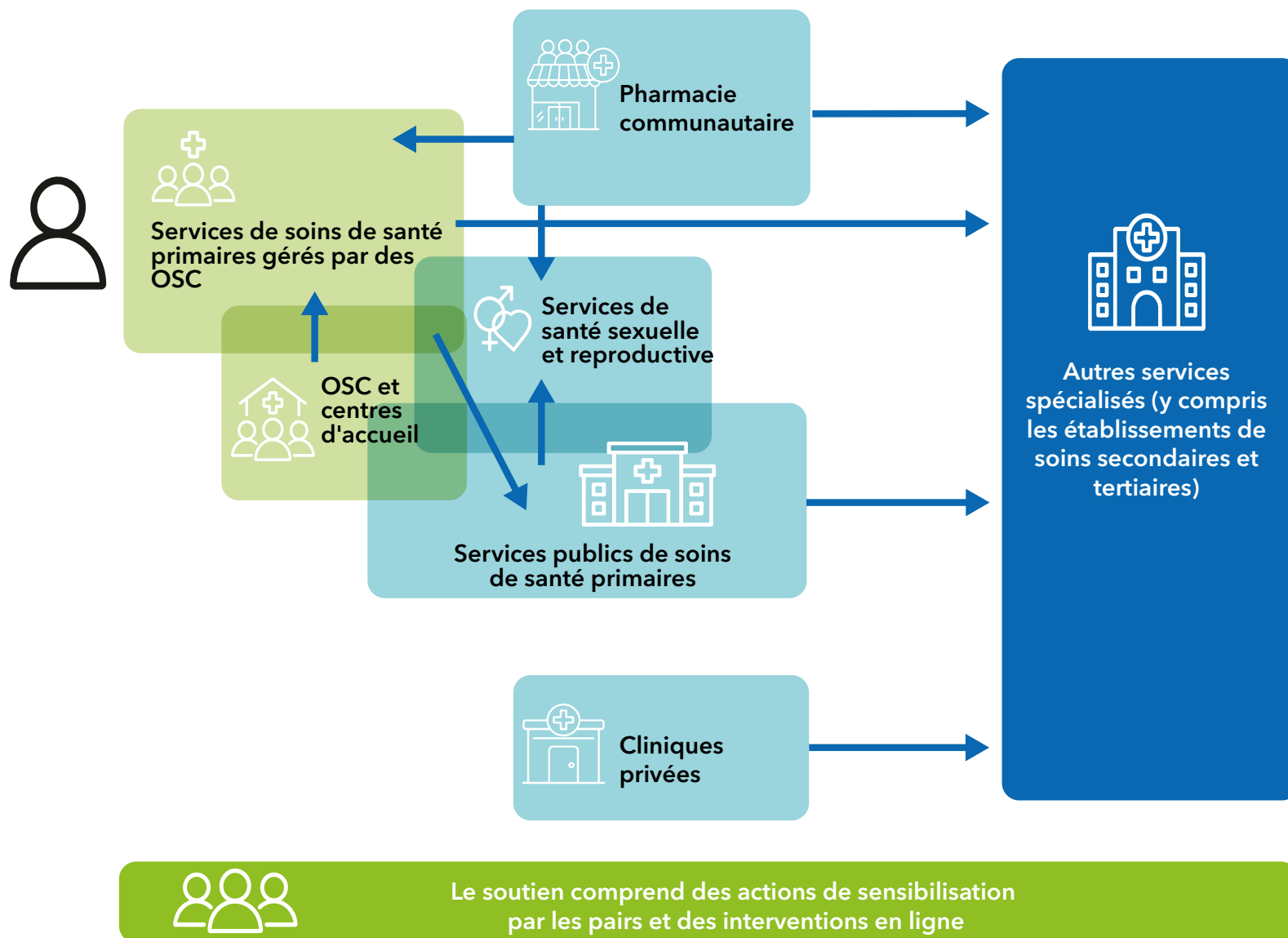


Figure 5. Typologies de prestation de services de prévention du VIH pour les membres des populations clés (les cases qui se chevauchent indiquent une colocalisation ; les flèches renvoient à des voies d'orientation potentielles ; les scénarios ne sont pas tous représentés)

Ces typologies décrivent les principales composantes de la prestation de services de prévention primaire du VIH destinés aux personnes issues des populations clés dans les pays étudiés. Cependant, ces composantes ne sont pas toutes présentes dans tous les pays.

Les établissements de soins de santé primaires publics et communautaires sont les plus répandus et desservent tous les secteurs d'une communauté dans une zone de desserte définie. Ces établissements sont généralement financés principalement, voire entièrement, par des ressources nationales. Cependant, ils ne sont souvent pas adaptés aux populations clés, et la crainte ou l'expérience de la stigmatisation et de la discrimination peut dissuader les membres de ces populations de les fréquenter. Lorsque les personnes issues de populations clés se rendent dans ces établissements, des préoccupations liées à la confidentialité, à la stigmatisation et à la discrimination peuvent limiter leur capacité à utiliser pleinement les services disponibles. Les obstacles financiers peuvent également influencer les comportements en matière de recours aux soins, par exemple lorsque des frais informels sont facturés alors que les services sont théoriquement gratuits.

Dans le cadre des différents modèles de financement, les établissements de soins de santé primaires publics et communautaires pourraient bénéficier d'un financement accru pour fournir des services aux personnes issues des populations clés, à mesure que leur fréquentation augmente. Pour améliorer l'accessibilité, l'acceptabilité et la fréquentation de ces établissements par les populations clés, un renforcement ciblé des capacités est nécessaire. Cela comprend une formation spécialisée des prestataires de soins de santé et du personnel auxiliaire, tel que le personnel de sécurité et d'accueil, ainsi que des mécanismes de suivi continu et de responsabilisation. Le recrutement de pairs issus des populations clés au sein du personnel peut également favoriser la création d'environnements plus accueillants pour ces populations.

Les établissements de soins de santé primaires des OSC sont généralement dotés d'un personnel de santé engagé par les gouvernements (et/ou des donateurs externes), puis recruté et formé par les OSC, selon des normes minimales et des exigences de qualité des soins clairement définies. Une partie des établissements de soins de santé primaires des OSC est gérée par des organisations communautaires locales (OCL), avec un personnel issu principalement des communautés des populations clés.

Une distinction essentielle entre les établissements de soins de santé primaires publics et ceux des OSC réside dans la formation du personnel et le suivi continu des services afin de garantir que ceux-ci soient sûrs, acceptables, adaptés aux populations clés et de haute qualité. Bien que les établissements gérés par des OSC n'emploient pas nécessairement du personnel issu des communautés des populations clés, leurs modèles de prestation de services mettent généralement davantage l'accent sur la réactivité vis-à-vis des personnes, parallèlement à la fourniture de services de soins de santé primaires plus larges.

Lorsque les personnes issues des populations clés ont besoin d'une prise en charge qui dépasse le champ d'action des établissements de soins de santé primaires publics ou gérés par des organisations de la société civile, une orientation vers des hôpitaux de niveau secondaire ou tertiaire s'impose. Ces orientations peuvent s'avérer difficiles dans des contextes marqués par la criminalisation, la stigmatisation et la discrimination, à moins que les parcours de soins ne soient soutenus et facilités par des pairs formés issus des communautés de ces populations clés. Le financement des soins et traitements spécialisés peut également constituer un défi si les personnes ne disposent pas d'une assurance maladie couvrant les services requis. En général, l'accès tend à être mieux assuré dans les pays où les services de santé sont entièrement financés par des ressources nationales (modèle de financement 3), y compris par le biais de l'assurance maladie, bien que des lacunes persistent.

Il peut y avoir un chevauchement entre les services fournis par les OSC et les établissements de soins de santé primaires gérés par l'État—comme au Zimbabwe, où de nombreux sites de soins de santé gérés par des OSC sont situés à côté ou à proximité de cliniques publiques (52)—bien que cela permette également des orientations plus faciles et plus pratiques. Le chevauchement des services de soins de santé primaires publics et ceux des OSC est particulièrement efficace lorsque le personnel d'un établissement public comprend des personnes formées issues des communautés des populations clés (par exemple au Brésil, au Nigeria et dans certains pays d'Asie) qui peuvent faciliter le parcours des patients.

Les services de santé sexuelle et reproductive peuvent être fournis en tant que services autonomes ou dans des établissements de soins de santé primaires publics ou gérés par des OSC. Cependant, les personnes issues des populations clés qui sollicitent ces services se heurtent souvent aux mêmes obstacles qui les empêchent de recourir à d'autres interventions sanitaires. En conséquence, ces services s'inscrivent généralement dans le cadre d'interventions plus larges de prévention du VIH et de santé, par l'intermédiaire de prestataires de services soit dirigés par la communauté, soit ayant développé des approches adaptées aux populations clés (par exemple au Brésil, aux Philippines et en Thaïlande).

Dans le cadre du modèle de financement 1 (financé principalement par des donateurs externes), les donateurs peuvent allouer des ressources pour soutenir l'amélioration de la qualité et de la disponibilité des services de santé sexuelle et reproductive, notamment en les rendant adaptés aux populations clés (par exemple au Kenya, au Nigeria et au Zimbabwe). Dans le cadre du modèle de financement 2 (financé principalement par des ressources nationales), les services peuvent faire partie d'un ensemble de services sous contrat ou remboursables (par exemple aux Philippines et en Thaïlande). Dans le modèle de financement 3 (entièrement financé par des ressources nationales), les services sont souvent intégrés à d'autres services, ou ils bénéficient d'un financement public pour des cliniques spécifiques (par exemple en Australie) (58).

Dans de nombreuses communautés, il existe un lien étroit entre les pharmacies communautaires, les établissements de soins de santé primaires et les services de santé sexuelle et reproductive. Les pharmacies communautaires peuvent jouer un rôle important dans toutes les typologies de prestation de services de prévention primaire du VIH. Les pharmacies proposant des services de santé sexuelle et reproductive peuvent améliorer l'accès, l'acceptabilité et la commodité pour les individus. Comme le montrent les études, il est important de former le personnel des pharmacies à travailler avec les personnes issues des populations clés pour une prestation efficace des services de prévention du VIH, y compris la PrEP, les aiguilles et seringues en vente libre, et la naloxone pour la prise en charge des surdoses d'opioïdes (59, 60).

Les services de santé privés constituent une autre option, mais le paiement des frais peut constituer un obstacle important. Les personnes disposant de ressources suffisantes peuvent préférer recourir à des services privés offrant une plus grande confidentialité et une meilleure protection de la vie privée.

Les organisations dirigées par la communauté sont particulièrement bien placées pour répondre aux besoins des personnes issues des populations clés, car leur personnel est issu de ces communautés (par exemple au Nigeria et en Thaïlande) (61, 62). Les services gérés par des pairs ont tendance à accorder une plus grande attention aux problèmes, à la vie privée, à la confidentialité et aux droits des personnes. L'efficacité des organisations communautaires est reconnue dans la Déclaration politique de 2021 sur le VIH et le sida, qui précise que ces organisations devraient fournir 80 % des services de prévention du VIH aux populations à haut risque d'infection, y compris aux femmes de ces populations, d'ici 2025 (6).

Les centres d'accueil gérés par des OSC, en particulier les OSC de lutte contre le VIH, fournissent un soutien de base pour la prestation de services de prévention primaire du VIH, notamment en matière de produits de base. Ces centres sont généralement rattachés à des établissements de soins de santé primaires gérés par des OSC ou adaptés aux populations clés (par exemple au Nigeria, aux Philippines et en Thaïlande). Les centres d'accueil ou les établissements de soins de santé primaires gérés par des OSC servent souvent de plateformes pour les actions de proximité, y compris les actions mobiles, au sein des communautés des populations clés afin de fournir des services réguliers et pratiques dans de multiples lieux (63-68). Ces services sont particulièrement répandus dans les pays où la prévention primaire du VIH est financée principalement par des donateurs externes (modèle de financement 1) ; ils sont moins courants lorsque le financement provient principalement de ressources nationales (modèle de financement 2), par exemple aux Philippines et en Thaïlande. Dans le cadre du modèle de financement 3 (financement intégral par des ressources nationales), les centres d'accueil et les activités de sensibilisation s'inscrivent généralement dans un ensemble de services financés par des subventions ou d'autres accords contractuels entre le gouvernement et les OSC.



Photo : UNAIDS Cambodia/2019/Todd Brown

Le recours à des interventions virtuelles est de plus en plus courant. Elles comprennent des options par téléphone (par exemple, appels vocaux et SMS) et des possibilités via Internet (par exemple, applications de messagerie, réseaux sociaux, chatbots, plateformes de marketing et de publicité en ligne et sites web). La gestion virtuelle des cas peut soutenir les modèles de DSD tels que les services communautaires ou à domicile, y compris le démarrage et le renouvellement de la PrEP, grâce à des consultations et un soutien virtuels, des rappels automatisés ou envoyés par les prestataires, et des chatbots. Les consultations en ligne, la sensibilisation virtuelle via des sites web avec des messages ciblés, les réseaux sociaux et les applications pour smartphones offrent l'anonymat ainsi que la possibilité d'atteindre les personnes aux moments et aux endroits de leur choix. Cependant, ces approches nécessitent que les individus disposent d'appareils électroniques adaptés et d'un accès à Internet.

Principales conclusions

Caractéristiques communes des modèles de financement et de prestation de services

- 1 Environnements favorables.** Les services de prévention primaire du VIH sont plus disponibles et accessibles pour les personnes issues des populations clés dans les pays dotés d'un cadre législatif et politique favorable, ou encore là où une approche souple au niveau local/ communautaire permet la prestation de ces services sans ingérence significative des autorités gouvernementales, y compris des forces de l'ordre. L'accessibilité et l'utilisation des services sont affectées par les niveaux de stigmatisation et de discrimination que les individus subissent lorsqu'ils interagissent avec le personnel des établissements (professionnels de santé, personnel administratif et agents de sécurité). Les mesures imposées par le gouvernement qui ciblent des populations clés spécifiques peuvent entraver ou empêcher les organisations de fournir des services et conduire ces populations à éviter de recourir à ces services.
- 2 Stigmatisation et discrimination.** Diverses approches visant à rendre les établissements de santé publique plus accueillants pour les populations clés (qu'ils soient gérés par le personnel de santé public avec le soutien d'organisations de la société civile, ou inversement) se sont avérées efficaces pour attirer les personnes issues de ces populations. Ces approches sont généralement associées à des niveaux de stigmatisation et de discrimination nettement plus faibles à l'égard des personnes issues des populations clés.
- 3 Enregistrement et/ou accréditation.** Comme pour d'autres aspects de la riposte au VIH et de la prestation plus large des services de santé, l'enregistrement et/ou l'accréditation des organisations prestataires de services de prévention du VIH—tant du secteur public que des OSC—et de leur personnel auprès d'une agence gouvernementale compétente (par exemple, le ministère de la Santé) est généralement requis. Cependant, l'enregistrement et/ou l'accréditation des OSC peuvent constituer un obstacle dans les pays où il existe une criminalisation et/ou une stigmatisation ou une discrimination importante à l'égard des populations clés et/ou là où les services fournis sont découragés ou considérés comme illégaux.
- 4 Respect des normes minimales.** Les entités accréditées sont tenues de respecter des normes minimales pour conserver leur accréditation et leur financement. Cela inclut des audits opérationnels, des formations et des examens individuels, ainsi que l'intégration ou la transmission régulière de données aux systèmes nationaux de reporting.

- 5 Recours à des bonnes pratiques et/ou des lignes directrices fondées sur des données probantes.** Les services de prévention du VIH destinés aux personnes issues des populations clés s'appuient souvent sur les recommandations de l'OMS et/ou sur des bonnes pratiques fondées sur des données probantes afin de garantir la qualité et la sécurité.
- 6 Ensemble de services de base.** Un ensemble minimal de services donnant droit à un financement est défini et est généralement adapté aux populations clés. Les salaires du personnel peuvent être exclus ou financés séparément.
- 7 Coûts.** Les coûts unitaires des services et/ou des produits sont souvent convenus à l'avance. Étant donné que les coûts réels peuvent évoluer au fil du temps (et ont tendance à augmenter), le remboursement par l'organisme de financement peut entraîner un déficit pour l'organisme prestataire de services. Cela peut compromettre la viabilité. Permettre aux organismes sous contrat d'accéder au mécanisme d'achat groupé du gouvernement pour les produits, y compris les médicaments, peut éviter ce risque et favoriser une meilleure intégration et une plus grande viabilité.
- 8 Collecte et partage des données.** La collecte et le partage des données entre les gouvernements et les OSC, dans le cadre des systèmes nationaux d'information sanitaire, constituent un défi dans de nombreux pays, en particulier lorsqu'il s'agit d'intégrer les données issues des CLO. Des données précises sont essentielles pour comprendre les réalités et les besoins liés au VIH des populations clés, ainsi que la mesure dans laquelle ces besoins sont satisfaits. Bien que des progrès significatifs aient été réalisés en matière de surveillance menée par les communautés, la disponibilité limitée et l'hétérogénéité des données concernant les populations clés entravent l'établissement d'estimations précises pour la programmation et la surveillance de ces populations. Il y a beaucoup à gagner à garantir que des données de routine soient disponibles pour et au sein des systèmes nationaux d'information stratégique sur le VIH afin d'orienter la prévention du VIH chez les personnes issues des populations clés.
- 9 Élargir l'accès aux services.** La décentralisation de la prise de décision du niveau national vers les niveaux provincial, municipal et communautaire peut contribuer à garantir que les services de prévention primaire du VIH répondent aux besoins des communautés des populations clés. Les services de santé accessibles aux populations clés ont tendance à se concentrer dans les zones urbaines, laissant les zones rurales et reculées mal desservies. De petits projets pilotes ont été mis en place (par exemple au Kenya, au Nigeria et au Zimbabwe) pour démontrer la viabilité des services liés au VIH destinés aux personnes issues des populations clés et ont conduit à l'extension de ces services.

10 Prestation de services différenciée. Une variété de lieux et de types de services, de prestataires et d'offres de services est utilisée pour compléter les modèles de services traditionnels afin de mieux répondre aux besoins des personnes issues des populations clés en matière de prévention primaire du VIH. Plusieurs pays ont recours à une combinaison variable de modèles communautaires et/ou dirigés par la communauté pour compléter les modèles traditionnels basés sur les établissements de santé. Les interventions virtuelles sont de plus en plus disponibles et utilisées, offrant une confidentialité accrue (et potentiellement l'anonymat) ainsi qu'une plus grande commodité pour les individus. Elles peuvent également contribuer à l'efficacité des services.

Cependant, les interventions virtuelles ne peuvent pas remplacer les éléments fondamentaux de la prévention du VIH, tels que les personnels de santé, le financement, le leadership et la gouvernance, ainsi que l'accès aux produits de base essentiels. Pour être efficaces et éthiques, tous les modèles de DSD, y compris les interventions virtuelles, nécessitent la confiance et un engagement communautaire fort, la protection des utilisateurs et des prestataires de services, la confidentialité et d'autres garanties. Ils nécessitent également un renforcement continu des capacités des prestataires de services et un financement pour l'hébergement et la mise à jour régulière des services afin qu'ils reflètent les nouvelles informations et orientations (66-68).



Kampus Liberty Ouganda, Kampala, le 25 octobre 2019.

Photo : UNAIDS/E.Museruka

Les gouvernements peuvent recourir à des agences semi-autonomes pour accroître et pérenniser le financement national des services

Le recours à des agences semi-autonomes pour financer les services de prévention primaire du VIH destinés aux populations clés peut favoriser une extension durable (voir le modèle de financement n° 2 dans le chapitre précédent). Ces agences reçoivent et allouent des fonds nationaux provenant du gouvernement central à des entités qui fournissent des services de prévention du VIH aux populations clés. Dans certains cas, ces organismes agissent comme une compagnie d'assurance maladie (par exemple, la Compagnie nationale d'assurance maladie en République de Moldavie, PhilHealth aux Philippines et l'Office national de sécurité sanitaire en Thaïlande).

Risques liés au recours à l'aide de donateurs externes

À l'exception du modèle de financement n° 3, tous les modèles de financement identifiés dans le présent rapport reposent dans une certaine mesure sur le soutien de donateurs externes. Le Fonds mondial et le PEPFAR ont tous deux apporté un soutien essentiel aux services de prévention primaire du VIH destinés aux populations clés dans la plupart des pays examinés dans le présent rapport, notamment pour le paiement des salaires du personnel et la gestion de mécanismes innovants de prestation de services de prévention du VIH. Le gel soudain d'une grande partie du financement américain consacré au VIH par le biais du PEPFAR au début de l'année 2025 a eu un impact considérable et a considérablement perturbé les efforts de prévention du VIH menés tant par les gouvernements que par les communautés dans de nombreux pays, mettant en évidence le risque lié à la dépendance vis-à-vis des donateurs externes (69).

Les organisations de la société civile jouent un rôle crucial dans la prestation de services liés au VIH aux personnes issues des populations clés, ce qui profite au secteur public des soins de santé primaires

Les organisations de la société civile, en particulier celles dirigées par des populations clés, jouent un rôle crucial pour rendre les services liés au VIH accessibles aux personnes issues de populations clés. Dans certains des pays examinés dans le présent rapport, ces OSC sont liées, co-localisées ou intégrées aux infrastructures et aux systèmes de soins de santé primaires publics. En Thaïlande, par exemple, cela constitue une condition préalable à l'obtention d'un financement public, tandis qu'au Brésil et au Nigeria, les OSC facilitent l'accès aux services de santé généraux. Les activités de sensibilisation physiques et virtuelles peuvent s'avérer très efficaces lorsqu'elles sont menées par des pairs issus des communautés cibles et associées à des orientations assistées (impliquant des « pairs accompagnateurs ») pour aider les individus à s'y retrouver dans des systèmes complexes ou peu familiers (par exemple en Australie).

Bonnes pratiques pour des programmes de prévention primaire du VIH durables et évolutifs destinés aux personnes issues des populations clés

Les bonnes pratiques suivantes peuvent guider les pays dans leurs efforts pour mettre en place des programmes de prévention primaire du VIH durables et évolutifs destinés aux personnes issues des populations clés.

La durabilité de la riposte à la prévention du VIH exigera des gouvernements qu'ils investissent davantage de ressources nationales dans les programmes de prévention primaire du VIH, y compris pour les personnes issues des populations clés

La volatilité et la baisse des financements consacrés à la lutte contre le VIH soulignent le risque qu'il y a à compter sur des donateurs externes pour financer les programmes de prévention primaire du VIH. Il existe de solides arguments économiques et sociaux en faveur d'un accroissement des investissements nationaux dans la prévention afin d'éviter de nouvelles infections par le VIH et d'écarter les coûts futurs liés au traitement et aux soins. Il est également évident que les organisations de la société civile, en particulier les organisations communautaires locales, se révèlent très efficaces pour atteindre les personnes issues des populations clés et les impliquer dans la prévention du VIH (62, 65, 70-73).

Cependant, outre le gel du PEPFAR en 2025, de nombreux autres donateurs externes ont fait part de leur intention de réduire leurs contributions aux ripostes au VIH. Il est largement reconnu qu'une augmentation rapide et importante du financement national des programmes de lutte contre le VIH sera difficile à réaliser pour de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire et qu'une transition progressive est nécessaire (69). Néanmoins, dans le contexte actuel du financement mondial de la santé, les gouvernements doivent donner la priorité à l'utilisation des ressources nationales pour financer les programmes de prévention du VIH, en mettant l'accent sur les interventions qui s'adressent aux personnes issues des populations clés et qui tirent le meilleur parti de l'expertise et des capacités des organisations locales.

Les partenaires extérieurs peuvent aider les gouvernements à mettre en place des mécanismes de financement nationaux durables

Compte tenu du paysage mondial du financement de la santé, il est important que les donateurs, les Nations Unies et d'autres entités techniques prônent et fournissent une assistance technique aux gouvernements pour mettre en place et gérer des mécanismes de financement nationaux par l'intermédiaire d'organismes

d'assurance maladie afin de fournir des services de prévention primaire aux populations clés. Ce soutien devrait faire partie intégrante de plans détaillés, chiffrés et réalistes permettant aux pays de passer d'un financement par les donateurs à un financement national.

Les gouvernements peuvent choisir les modèles de financement durables qui conviennent à leur environnement économique et politique

Les gouvernements peuvent choisir parmi différentes options pour allouer des fonds nationaux à la prévention primaire du VIH chez les personnes issues des populations clés, en fonction de leur contexte. Le modèle de financement n° 2, par exemple, implique la création ou le recours à une agence semi-autonome qui reçoit des fonds du gouvernement central (par exemple en République de Moldavie, aux Philippines et en Thaïlande) et qui, ensuite, passe des contrats avec des prestataires de services désignés ou les rembourse pour la prestation de services. Il existe également d'autres possibilités de financement temporaires que les gouvernements peuvent envisager en collaboration avec les OSC, notamment (73, 74) :

- Les contrats sociaux (y compris les régimes de remboursement de l'assurance maladie sociale).
- Les entreprises sociales et les revenus générés.
- Les investissements en capital (investissement à impact social).
- Les obligations à impact (investissement à impact).
- Prêts et obligations (investissement à impact social).
- Dons individuels (en particulier de la part de particuliers fortunés).
- Financement par les entreprises.
- Financement par des fondations.
- Financement participatif.

La mobilisation des ressources nationales et les mécanismes d'approvisionnement innovants, tels que les achats groupés et les contrats sociaux, sont essentiels pour parvenir à une plus grande autonomie nationale en matière de financement de la santé et de prestation de services (69). Les contrats sociaux—mécanisme juridique par lequel une entité gouvernementale peut confier à des OSC la prestation de services de santé et autres—sont déjà utilisés dans certains pays et affichent un retour sur investissement significatif (75, 76). Plusieurs pays à revenu faible ou intermédiaire ont tiré des enseignements utiles pour s'affranchir du financement des donateurs. Ces enseignements soulignent l'importance de dossiers d'investissement solides pour la prévention primaire du VIH, d'un plaidoyer renforcé, d'un soutien opérationnel aux efforts d'intégration et d'une forte volonté politique (77).

Une collaboration proactive avec les agences gouvernementales peut permettre d'identifier des opportunités pour des approches de prévention du VIH durables et évolutives

La collaboration directe des organisations de la société civile avec les agences gouvernementales concernées afin d'identifier des opportunités d'accès à des financements nationaux pour les services de prévention du VIH destinés aux populations clés s'est avérée une approche efficace dans certains contextes. Cela peut inclure l'information des principaux décideurs sur les approches utilisées dans d'autres pays, en particulier ceux présentant des structures de gouvernance et des profils socio-économiques similaires, ainsi que sur les approches de financement non traditionnelles disponibles.

En outre, les OSC peuvent établir des estimations détaillées des coûts, y compris les salaires, liés à la prestation de services de prévention du VIH destinés aux populations clés, afin de les utiliser lors des négociations avec les ministères pour fixer les coûts admissibles et les coûts unitaires en vue de futurs contrats ou remboursements.

L'intégration des services des OSC aux infrastructures et services publics de soins de santé primaires peut réduire les coûts et améliorer l'accès

Des systèmes d'orientation efficaces entre les services de prévention du VIH publics et ceux gérés par les OSC peuvent améliorer l'accès pour les personnes issues des populations clés. L'intégration des services des OSC dans les infrastructures et les systèmes publics de soins de santé primaires existants, y compris les mécanismes d'orientation et les systèmes d'achats groupés, peut également accroître l'accès aux services et leur utilisation, tout en réduisant les coûts d'infrastructure et d'exploitation. Ces approches fonctionnent mieux lorsqu'elles impliquent étroitement du personnel d'OSC formé et accrédité, issu des populations clés ou en lien avec celles-ci.

L'efficacité des services et les économies réalisées peuvent soutenir la poursuite de l'extension des services, sur la base des retours d'expérience et d'autres contributions des communautés des populations clés.

La révision des politiques peut faciliter la mise en œuvre de la DSD afin d'accroître le recours aux services de prévention primaire du VIH, y compris la PrEP et la PEP

Une pratique utile dans certains contextes a consisté à réviser les politiques et les lignes directrices, si nécessaire, pour soutenir les options de DSD. Cela inclut l'utilisation de sites communautaires et d'interventions virtuelles, ainsi que le transfert de tâches à des pairs et à des pharmaciens communautaires qui peuvent améliorer

l'accès aux services de prévention primaire du VIH et leur utilisation par les personnes issues des populations clés, tout en maintenant les normes de qualité des services. Les interventions virtuelles, par exemple, peuvent offrir une plus grande confidentialité et commodité tout en réduisant les coûts, en améliorant la portée et en maintenant la qualité (66). Saisir ces opportunités nécessite des efforts continus pour créer et protéger des environnements favorables, notamment en mettant en place des dispositions réglementaires permettant aux CLO de fonctionner, de recevoir des financements et de fournir des services clairement définis.

La collaboration entre les pouvoirs publics et les OSC peut permettre de fixer des coûts appropriés pour des services de prévention du VIH durables destinés aux populations clés

Dans certains contextes, la collaboration entre les gouvernements et les OSC pour identifier, négocier et normaliser les coûts admissibles et unitaires des services de prévention du VIH destinés aux populations clés s'est avérée une pratique efficace. Cela peut contribuer à garantir que l'inflation des prix soit prise en compte dans les contrats pluriannuels ou les accords de remboursement conclus avec les OSC. Le regroupement des achats géré au niveau national est utilisé avec succès (par exemple en Australie et au Nigeria) pour réduire les coûts unitaires individuels.



Alejandra Fang (au centre), défenseure de la communauté TLGBIQ+ au Pérou.

Ces dispositions devraient également tenir compte des salaires du personnel recruté par les OSC pour fournir des services, coûts qui sont souvent omis des mécanismes gouvernementaux de passation de marchés ou de remboursement (78). Pour une approche plus durable, les OSC et les gouvernements devraient collaborer afin d'harmoniser la rémunération du personnel des OSC et du secteur public ayant des responsabilités professionnelles et des compétences techniques *équivalentes* (comme on le voit, par exemple, dans la convention collective nationale australienne relative aux services sociaux, communautaires, de soins à domicile et aux personnes handicapées). Cela pourrait également contribuer à réduire la fuite des talents du secteur public vers les ONG et le secteur privé due aux importantes disparités salariales.

La révision de la législation et des politiques peut améliorer l'accès et le recours à la prévention primaire du VIH

Une pratique favorable a consisté à réviser la législation et les politiques afin de faciliter l'accès des personnes issues des populations clés aux services de santé en général, et aux services de prévention du VIH en particulier. Si nécessaire, elles peuvent collaborer avec les parties prenantes concernées pour protéger les prestataires de services de prévention du VIH contre d'éventuelles poursuites judiciaires pour avoir mis en œuvre des interventions de prévention du VIH qui pourraient être considérées comme une violation des lois existantes, par exemple en matière de consommation de drogues, de travail du sexe et de relations entre personnes du même sexe.

Acronymes et abréviations

SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
TAR	thérapie antirétrovirale
ARV	antirétroviral
OCB	organisation communautaire
CDC	Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis
CLO	organisation dirigée par la communauté
CLS	service géré par la communauté
OSC	organisation de la société civile
GPC	Coalition mondiale pour la prévention du VIH
ONG	organisation non gouvernementale
OAMT	traitement d'entretien par agonistes opioïdes
PEP	prophylaxie post-exposition
PEPFAR	Plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le sida
PhilHealth	Société philippine d'assurance maladie
PrEP	prophylaxie pré-exposition
IST	infection sexuellement transmissible
TB	tuberculose
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
OMS	Organisation mondiale de la santé

Références

1. Rapport de la Journée mondiale de lutte contre le sida 2025. Surmonter les perturbations : transformer la riposte au sida. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2025 (https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-11/2025-WAD-report_en.pdf, consulté le 19 mars 2026).
2. Analyse spéciale. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2025.
3. Directives consolidées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH, des hépatites virales et des IST pour les populations clés. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390>, consulté le 4 février 2026).
4. Feuille de route pour la pérennité de la riposte au VIH, partie A – guide d’accompagnement. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2024 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-response-sustainability-road-map-part-a-companion-guide_en.pdf, consulté le 4 février 2026).
5. Réponses communautaires au sida. Rapport final fondé sur les recommandations de l’équipe de travail multipartite. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/community-led-aids-responses_en.pdf, consulté le 3 février 2026).
6. Déclaration politique sur le VIH et le sida : mettre fin aux inégalités et se mettre sur la voie de l’élimination du sida d’ici 2030. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2021 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids_en.pdf, consulté le 4 février 2026).
7. Réévaluer et réorienter l’aide étrangère des États-Unis. 20 janvier 2025. Washington, DC : La Maison Blanche ; 2025 (<https://www.whitehouse.gov/presidential-actions/2025/01/reevaluating-and-realigning-united-states-foreign-aid/>, consulté le 4 février 2026).
8. Impact des coupes budgétaires américaines sur la riposte mondiale au sida. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2025 (<https://www.unaids.org/en/impact-US-funding-cuts>, consulté le 4 février 2026).
9. Nouvelles infections par le VIH parmi les populations clés, proportions en 2010 et 2022. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2023 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/new-hiv-infections-data-among-key-populations-proportions_en.pdf, consulté le 4 février 2026).
10. Guide sur la durabilité de la riposte au VIH. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2024 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/HIV%20response%20sustainability%20response%20primer_web.pdf, consulté le 4 février 2026).

11. Mettre en place des ripostes durables au VIH menées par les pays. Communiqué de presse. Genève ; Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 20 décembre 2024. (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/features-tories/2024/december/20241220_building-country-led-sustainable-hiv-responses, 20 décembre 2024).
12. Salamon LM, Sokolowski SW. Au-delà des organisations à but non lucratif : repenser le tiers secteur. *Voluntas : Revue internationale des organisations bénévoles et à but non lucratif*. 2016 ; 27(4) : 1515-1545 (<http://www.jstor.org/stable/43923245>, consulté le 4 février 2026).
13. Chan C, et al. Suivi de l'adoption de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) contre le VIH en Australie (Numéro 11). Sydney : Kirby Institute ; 2024 (https://www.kirby.unsw.edu.au/sites/default/files/documents/Monitoring-HIV-pre-exposure-prohpylaxis-PrEP-uptake-in-Australia_Issue-11.pdf, consulté le 4 février 2026).
14. Bharat C, et al. Tendances de l'utilisation des médicaments pour le traitement par agonistes opioïdes en Australie, 2013-2022. *Int J Drug Pol*. 2024 ; 123 ; 104255.
15. Morrison E. Salles d'injection supervisées. Surry Hills, NSW : Health Equity Matters ; 2024 (<https://www.healthequitymatters.org.au/resources/supervised-injecting-facilities>, consulté le 4 février 2026).
16. Brésil Ministère de la Santé. Secrétariat de la surveillance sanitaire et environnementale. Département du VIH, du sida, de la tuberculose, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles. Bulletin épidémiologique sur le VIH et le sida 2025. Brasília (DF) : Ministère de la Santé ; 2025.
17. AIDSinfo. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. (<https://aidsinfo.unaids.org/> ; consulté le 20 avril 2026).
18. Commission de coordination avec les mouvements sociaux sur le VIH/sida, la tuberculose, les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles ; Commission nationale sur le VIH, le sida, la tuberculose, les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles. Brasilia : Ministère de la Santé.
19. Almeida LF, Rocha GM, et al. Implication dans des organisations non gouvernementales et participation à des actions de prévention du VIH/sida chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au Brésil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2021;37(11):e00150520. doi:10.1590/0102-311X00150520.
20. Secrétariat à la surveillance sanitaire et environnementale. Département du VIH, du sida, de la tuberculose, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles. Panel de suivi de la prophylaxie pré-exposition (PrEP). Brasília : Ministère de la Santé ; 2022 (<https://www.gov.br/aids/pt-br/indicadores-epidemiologicos/painel-de-monitoramento/painel-prep> ; consulté le 21 avril 2026).
21. *Brasil Saudável : Unir pour prendre soin*. Brasília : Ministère de la Santé ; 2024 (<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/brasil-saudavel> ; consulté le 21 avril 2026).

22. Tableau de bord de la Coalition mondiale pour la prévention du VIH : Kenya. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2024 (https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/kenya_scorecards_2024.pdf, consulté le 4 février 2026).
23. Entretien avec un informateur clé, responsable du programme chargé des populations clés, Nairobi : Société de la Croix-Rouge du Kenya (bénéficiaire principal du Fonds mondial) ; décembre 2024.
24. Profil national sur la prestation différenciée de services : Kenya. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2023 (<https://dsd.unaids.org/>, consulté le 4 février 2026).
25. Cadre pour la mise en œuvre de la prophylaxie pré-exposition au VIH au Kenya. Nairobi : Ministère de la Santé ; 2022 (<https://www.prepwatch.org/wp-content/uploads/2023/04/Kenya-PrEP-Framework.pdf>, consulté le 4 février 2026).
26. Kiptinness C, et al. Distribution en ligne de la prophylaxie contre le VIH : protocole de l'étude pilote ePrEP Kenya. *Front Public Health*. 2023 ; 11 : 1054559.
27. Programme national de lutte contre le sida et les IST. Enquête bio-comportementale auprès des populations clés au Kenya utilisant un échantillonnage dirigé par les répondants. Résultats de l'enquête. Réunion de consensus sur l'enquête, 25-26 novembre 2024. Nairobi : Ministère de la Santé ; 2024.
28. Réponse au questionnaire du Département de l'assurance maladie, Compagnie nationale d'assurance maladie. Chişinău : République de Moldavie ; décembre 2024.
29. Prophylaxie pré-exposition pour la prévention du VIH en Europe et en Asie centrale : suivi de la mise en œuvre de la Déclaration de Dublin sur le partenariat pour lutter contre le VIH/sida en Europe et en Asie centrale—rapport d'étape 2023. Stockholm : Centre européen de prévention et de contrôle des maladies ; 2024 (<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-prevention-dublin-declaration-evidence-brief-2023.pdf>, consulté le 4 février 2026).
30. Mécanisme de coordination nationale de la République de Moldavie. Demande de financement, Volet 2 TB/VIH 2024-2026 adressée au Fonds mondial. Genève : Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; 2023 (<https://data.theglobalfund.org/location/MDA/access-to-funding>, consulté le 4 février 2026).
31. Mosca I, Richardson E. Les systèmes de santé en action : République de Moldavie. Copenhague : Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Europe ; 2022 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362346/9789289059176-eng.pdf>, consulté le 4 février 2026).
32. Climaşevschi I. Mise en œuvre du programme national de prévention et de lutte contre le VIH/sida et les IST, 2023. Chişinău : Programme national de prévention et de lutte contre le VIH/sida et les IST ; 2024. République de Moldavie ; 2024.
33. NACA : Modes de transmission du VIH au Nigeria : application du modèle d'incidence 2020 (https://naca.gov.ng/wp-content/uploads/2021/08/Mode-of-Transmission-of-HIV-IPM_Report_Nigeria-2020.pdf ; consulté le 20 avril 2026).

34. Rapport sur l'examen du programme destiné aux populations clés au Nigeria. Abuja : Agence nationale de lutte contre le sida ; 2024 (<https://naca.gov.ng/wp-content/uploads/2024/09/Signed-KPPR-Draft-Final-Report-27082024DG-Director-RM-E.pdf>, consulté le 4 février 2026).
35. Entretiens avec des informateurs clés issus d'organisations de la société civile au Nigeria, Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2024.
36. Manuel opérationnel sur la prestation différenciée de services pour la prévention, le traitement et les soins du VIH. Abuja : Ministère fédéral de la Santé ; 2021 (<https://www.differentiatedservicedelivery.org/wp-content/uploads/DSD-guidelines-Nigeria.pdf>, consulté le 4 février 2026).
37. Rapport sur l'examen du programme destiné aux populations clés au Nigeria. Abuja : Agence nationale de lutte contre le sida ; 2024 (<https://naca.gov.ng/wp-content/uploads/2024/09/Signed-KPPR-Draft-Final-Report-27082024DG-Director-RM-E.pdf>, consulté le 4 février 2026).
38. Directives opérationnelles. Abuja : Autorité nationale d'assurance maladie ; 2023 (<https://www.nhis.gov.ng/wp-content/uploads/2023/10/NHIA-OPERATIONAL-GUIDELINES-2023.pdf>, consulté le 4 février 2026).
39. Coleman M, et al. Intégration de la prise en charge du VIH et des soins de santé primaires pour les populations clés : modèles communautaires au Vietnam, au Nigeria et en Eswatini. *J Int AIDS Soc.* 2025 ; 28(9) : e70027.
40. Gangcuangco LMA, Eustaquio PC. État de l'épidémie de VIH aux Philippines : progrès et défis en 2023. *Trop Med Infect Dis.* 2023;8(258) <https://doi.org/10.3390/tropicalmed8050258>.
41. Entretiens avec des informateurs clés, représentants des autorités sanitaires locales basés aux Philippines, décembre 2024.
42. Liste des établissements délivrant la PEP. Manille : LoveYourself ; 2024 (<https://loveyourself.ph/list-of-pep-dispensing-establishments/>, consulté le 4 février 2026).
43. Dayrit MM, et al. *Revue du système de santé des Philippines.* 2018 ; 8(2). Manille : Organisation mondiale de la Santé ; Observatoire Asie-Pacifique des systèmes et politiques de santé ; 2018 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274579/9789290226734-eng.pdf>, consulté le 4 février 2026).
44. Profil des résultats des Philippines en matière de VIH/sida. Genève : Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; 2024 (<https://data.theglobalfund.org/annual-results>, consulté le 4 février 2026).
45. Entretiens avec des informateurs clés représentant la Division du sida et des IST (DAS), Bangkok : Ministère de la Santé publique ; décembre 2024.
46. Phanuphak N, et al. Réponse à l'engagement de la Thaïlande à soutenir les services de lutte contre le VIH menés par les communautés. *Lancet HIV.* 2024 ; 11(3) : e141-e142.

47. La Thaïlande revient sur son engagement en matière de VIH après avoir accueilli la 51^e réunion du Conseil de coordination du Programme ONUSIDA. Bangkok : APCOM ; 2022 (<https://www.apcom.org/thailand-backtracks-hiv-commitment-after-hosting-51st-unaid-pcb/>, consulté le 4 février 2026).
48. Pengnonyang S, et al. Certification des prestataires non professionnels pour la prestation de services liés au VIH axés sur les populations clés dans le système de santé national thaïlandais : leçons apprises. *J Int AIDS Soc.* 2022;25(7): e25965.
49. Lertpiriyasuwat C, et al. L'engagement de la Thaïlande à soutenir les services liés au VIH dirigés par la communauté. *Lancet HIV.* 2023;11(3):e141.
50. Bero B, Zidana C, Showa SP. Facteurs prédictifs de la rétention en PrEP chez les populations clés dans les zones urbaines du Zimbabwe – une approche par apprentissage automatique. *Afr J AIDS Res.* 2023;22(3):157-164.
51. Parmley LE, et al. Participation à la cascade de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) parmi un échantillon constitué par les répondants eux-mêmes, composé d'hommes sexuellement actifs ayant des rapports sexuels avec des hommes et de femmes transgenres, lors de la mise en œuvre précoce de la PrEP au Zimbabwe. *J Int AIDS Soc.* 2022;25(2):e25873.
52. Entretiens avec des informateurs clés issus d'organisations de la société civile au Zimbabwe, 2024.
53. Moyo P, et al. Mise en place de comités de suivi des établissements dirigés par les populations clés pour renforcer le recours aux services complets de prévention du VIH dans les établissements de santé publics à Harare, au Zimbabwe. Présenté lors de la 12^e Conférence de l'IAS sur la science du VIH, 2023 (https://clientfacingsa.blob.core.windows.net/programme/pagmaterials/IAS2023/PPT/18960_577/Moyo_AIDS2023_Poster_KP-FacilityMonitoringCommittees_final.pdf, consulté le 6 janvier 2025).
54. Plan directeur national sur les médicaments du Zimbabwe. Harare : Ministère de la Santé et de la Protection de l'enfance ; 2021 (<https://www.ltaz.co.zw/wp-content/uploads/2021/06/Zimbabwe-National-Drug-Master-Plan-7-5.pdf>, consulté le 4 février 2026).
55. Mécanisme de coordination nationale du Zimbabwe. Appel à projets TB/VIH 2024-2026 auprès du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Genève : Fonds mondial ; 2023 (<https://data.theglobalfund.org/location/ZWE/access-to-funding>, consulté le 4 février 2026).
56. Profil des résultats en matière de VIH/sida. Genève : Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; 2024 (<https://data.theglobalfund.org/annual-results>, consulté le 4 février 2026).
57. Stratégie nationale de santé 2021-2025. Harare : Ministère de la Santé et de la Protection de l'enfance ; 2022 (<https://faolex.fao.org/docs/pdf/zim225019.pdf>, consulté le 7 janvier 2025).
58. Le système de santé australien. Canberra : Ministère de la Santé ; 2025 (<https://www.health.gov.au/about-us/the-australian-health-system>, consulté le 4 février 2026).

59. Roche SD, et al. Intégrer la prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH dans les pharmacies privées : modèles de distribution mondiaux et orientations de recherche. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2024 ; 21 : 116-130.
60. Crawford ND, et al. Faisabilité de l'accès aux populations à haut risque d'infection par le VIH dans les pharmacies communautaires. *J Am Pharm Assoc.* 2024;64(6):102239.
61. Ochonye B, et al. Satisfaction des populations clés au Nigeria à l'égard de l'utilisation des services de prévention du VIH dispensés dans les établissements de santé publique et les structures gérées par des pairs. *BMC Health Serv Res.* 2019;19:856.
62. Versteegh L, et al. Impact épidémiologique et rapport coût-efficacité de la distribution de la PrEP par les populations clés pour prévenir le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Thaïlande : une étude de modélisation. *Lancet Reg Health: Southeast Asia.* 2022;7:100097.
63. Rousseau E, et al. Nouvelles plateformes pour la mise en œuvre de la prévention biomédicale du VIH auprès des populations clés : cliniques mobiles communautaires, distribution de la PrEP soutenue par des pairs et dirigée par les pharmacies, et recours à la télémédecine. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2021;18:500-507.
64. Yang F, et al. Populations clés et pouvoir : innovation sociale centrée sur les personnes dans les services asiatiques de lutte contre le VIH. *Lancet HIV.* 2020;7(1):e69-e74.
65. Luvuno ZPB, et al. Interventions accélérées pour la lutte contre l'épidémie de VIH et de sida parmi les populations clés : une revue rapide. *Afr J Primary Health Care Fam Med.* 2024;16(1):A4088.
66. Interventions virtuelles face au VIH, aux infections sexuellement transmissibles et à l'hépatite virale : innover – mettre en œuvre – intégrer. Note d'orientation. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Organisation mondiale de la Santé ; 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/policy-brief-virtual-interventions_en.pdf, consulté le 4 février 2026).
67. Zinck MJ, et al. Prise en charge virtuelle des cas : une approche différenciée de la prévention, du traitement et des soins du VIH. *AIDS.* 2024 ; 38(2) : 145-151.
68. Phan JM, et al. Interventions de télésanté pour le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire. *Current HIV/AIDS.* 2022 ; 19(6) : 600-609.
69. Sida, crise et pouvoir de transformation—Le point sur le sida dans le monde 2025. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2025 (https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-07/2025-global-aids-update-JC3153_en.pdf, consulté le 4 février 2026).
70. Ayala G, et al. Réponses au VIH menées par les pairs et les communautés : une revue exploratoire. *PLoS ONE.* 2021 ; 16(12) : e0260555.
71. Mehrotra A, et al. L'importance de l'engagement et de l'autonomisation des communautés des populations clés dans les programmes de lutte contre le VIH : enseignements tirés d'une enquête mondiale menée auprès de partenaires de mise en œuvre locaux. *J Glob Health Rep.* 2020;4:e2020044.

72. Moyo E, et al. Interventions menées par les communautés pour la prévention, le traitement et les soins du VIH et du sida en Afrique australe : une revue exploratoire. *Discover Public Health*. 2025 ; 22(1) : 78.
73. Financer l'avenir : guide sur les modèles de financement durables pour les organisations de la société civile soutenant la riposte au VIH. Durham, Caroline du Nord : FHI360 ; 2023 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/drupal/documents/resource-epic-sustainable-funding-primer.pdf>, consulté le 4 février 2026).
74. Grinsztejn B, et al. Groupe consultatif Road to Rio. De Kigali à Rio : faire progresser une riposte au VIH fondée sur des données probantes et équitable. *J Int AIDS Soc*. 2025 ; 28(12) : e70064.
75. Forum sur le leadership en matière de VIH. Mise en œuvre de contrats sociaux pour la prévention du VIH. Genève : Coalition mondiale pour la prévention du VIH ; Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2024 (https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/implementing_social_contracting_for_hiv_prevention_policy_brief.pdf, consulté le 24 janvier 2026).
76. Vers un financement public national et des contrats sociaux pour la réduction des risques. Londres : Harm Reduction International ; 2023 (https://hri.global/wp-content/uploads/2023/04/BRIEFING_SOCIAL-CONTRACTING_FINAL.pdf, consulté le 24 janvier 2026).
77. Neel AH, et al. La pérennité des programmes de lutte contre le VIH en Afrique australe et orientale et l'évolution du rôle de l'aide extérieure en matière de santé. *Health Policy Plan*. 2024;39(Supplément_1):i107-i117.
78. Le VIH et la couverture sanitaire universelle : un guide à l'intention de la société civile. Genève ; Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-uhc-guide-civil-society_en.pdf, consulté le 4 février 2026).

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), 2026

Certains droits réservés. Ce travail est disponible sous la licence Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 3.0 Organisations Internationales (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>).

Selon les termes de cette licence, vous êtes autorisé-e à copier, redistribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, à condition que l'œuvre soit correctement citée, comme indiqué ci-dessous. Toute utilisation de cette œuvre ne doit jamais laisser entendre que l'ONUSIDA soutient une organisation, des produits ou des services spécifiques. L'utilisation du logo de l'ONUSIDA n'est pas autorisée. Si vous adaptez l'œuvre, vous devez diffuser votre œuvre en utilisant la même licence Creative Commons ou une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, vous devez ajouter la clause de non-responsabilité suivante ainsi que la citation suggérée : « Cette traduction n'a pas été réalisée par l'ONUSIDA. L'ONUSIDA n'est pas responsable du contenu ou de l'exactitude de cette traduction. La version originale en anglais est la version contraignante et authentique ». Toute médiation relative à des litiges découlant de la licence sera menée conformément au règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<https://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/index.html>).

Proposition de citation. Coalition mondiale pour la prévention du VIH. Modèles de prévention primaire du VIH évolutifs et durables pour les personnes issues des populations clés. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2026. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Matériel tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel de cette œuvre qui est attribué à un tiers, par exemple des tableaux, des chiffres ou des illustrations, il vous incombe de déterminer si vous avez besoin d'une autorisation pour le réutiliser et d'obtenir le cas échéant l'autorisation du ou de la titulaire du droit d'auteur. Le risque de réclamations suite à une violation d'un élément appartenant à un tiers dans le cadre de l'œuvre incombe exclusivement à l'utilisateur ou l'utilisatrice. Les désignations utilisées et la présentation du matériel dans la présente publication n'impliquent l'expression d'aucune opinion de la part de l'ONUSIDA concernant le statut juridique d'un pays, d'un territoire, d'une ville ou d'une région ou de ses autorités, ni la délimitation de ses frontières ou de ses limites. Les lignes pointillées sur les cartes représentent des limites approximatives pour lesquelles il n'y a peut-être pas encore d'accord définitif. La mention d'entreprises spécifiques ou de produits de certains fabricants n'implique pas que l'ONUSIDA les approuve ou les recommande par rapport à d'autres de nature similaire qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreurs et omissions, les noms des produits déposés ou brevetés sont identifiables, car ils commencent par une majuscule. Toutes les précautions raisonnables ont été prises par l'ONUSIDA pour vérifier les informations contenues dans cette publication. Toutefois, le matériel publié est distribué sans garantie de quelque nature que ce soit, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation du matériel incombe au lecteur ou à la lectrice. L'ONUSIDA ne pourra en aucun cas être tenue responsable des dommages résultant de son utilisation.

ONUSIDA / JC3175F

UNAIDS
Joint United Nations
Programme on HIV/AIDS

20 Avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

+41 22 595 59 92

unaids.org