



PLANIFICATION ET GESTION

PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE VIH

AVEC LES POPULATIONS CLÉS

Considérations pour fournir et maintenir des services VIH par l'intermédiaire de plateformes d'accès de confiance pour les travailleurs du sexe, les consommateurs de drogues, les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres et les personnes de diverses identités de genre

TABLE OF CONTENTS

| | |
|--|------------|
| Remerciements | 4 |
| Abréviations et Acronymes | 5 |
| Vue D'ensemble | 8 |
| Préface | 10 |
| Introduction | 11 |
| PARTIE 1 CONSTRUIRE DES PLATEFORMES D'ACCÈS DE | 13 |
| 1.1. Comprendre les plateformes d'accès de confiance | 14 |
| 1.1.1. Qu'est-ce qu'une approche de plateforme d'accès de confiance ? | 14 |
| 1.1.2. Pourquoi adopter une approche de plateforme d'accès de confiance ? | 17 |
| 1.1.3. Quels sont les services et autres interventions qui peuvent être mis à disposition par le biais d'une plateforme d'accès de confiance ? | 18 |
| 1.2. Principaux éléments d'une approche de plateforme d'accès de confiance | 24 |
| 1.2.1. Sensibilisation par les pairs | 25 |
| 1.2.2. Prestation de services virtuels | 33 |
| 1.2.3. Prestation de services par le biais d'espaces communautaires sûrs | 39 |
| 1.2.4. Prestation de services par l'intermédiaire d'établissements de santé | 42 |
| 1.2.5. Prestation de services par le biais de cliniques de santé mobiles/cliniques de proximité | 48 |
| 1.2.6. Accès aux services par le biais d'autres acteurs | 51 |
| 1.3. Planifier et adapter les plateformes d'accès de confiance et prendre en compte les considérations structurelles transversales | 55 |
| 1.3.1. Planification des plateformes d'accès de confiance | 55 |
| 1.3.2. Adaptabilité et différenciation | 60 |
| 1.3.3. Interventions structurelles transversales pour les plateformes d'accès de confiance | 61 |
| PARTIE 2 GESTION DE PROGRAMMES D'ENVERGURE ET AVEC IMPACT | 67 |
| 2.1. Mise à jour de la cartographie et des estimations de la taille de la population | 69 |
| 2.2. Conduire un contrôle efficace des programmes | 73 |
| 2.3. Suivi des résultats et de l'impact | 78 |
| 2.4. Intégrer un suivi mené par la communauté | 82 |
| 2.5. Renforcement des capacités et du leadership communautaires | 87 |
| 2.6. Des programmes durables pour un impact à long terme | 92 |
| ANNEXES | 97 |
| Annexe 1 : Analyse comparative des coûts unitaires pour les plateformes d'accès de confiance | 98 |
| Annexe 2 : Fonctions de l'équipe de sensibilisation et de gestion | 100 |
| Annexe 3 : Matrice de progression pour les plateformes d'accès de confiance | 102 |
| Annexe 4 : Exemple de budget pour la cartographie programmatique | 106 |
| Annexe 5 : Modèle de budget d'enquête BBS-Lite | 108 |
| Annexe 6 : Exemple de budget pour des enquêtes mystères menées par des pairs | 110 |
| RÉFÉRENCES | 112 |

REMERCIEMENTS

Ce rapport a été élaboré pour la Coalition mondiale pour la prévention du VIH (GPC) par Gemma Oberth (Université du Cap) et Matthew Greenall (consultant indépendant), avec le soutien de l'ONUSIDA, de la GPC et du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Les membres du groupe de travail technique sur les populations clés du GPC ont fourni un retour d'information approfondi sur plusieurs versions préliminaires. Il s'agit d'une mise à jour de la Coalition 2020 pour la prévention du VIH. Plateformes d'accès de confiance pour les populations clés. Considérations relatives à la planification et à la budgétisation d'une plateforme pour les populations clés afin de fournir des services de prévention et de traitement du VIH de qualité et à grande échelle, ainsi qu'à la prise en compte des facteurs essentiels¹.

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

| | | | |
|----------------------|--|---------------|--|
| ABYM | adolescents et jeunes hommes | PEPFAR | Programme d'urgence présidentiel des États-Unis d'aide à la lutte contre le sida |
| AGYW | adolescentes et jeunes femmes | PEP | prophylaxie post-exposition |
| ART | traitement antirétroviral | PNUD | Programme des Nations unies pour le développement Organisation |
| CLM | suivi mené par la communauté | PPM | cartographie participative des programmes |
| CLO | organisation dirigée par la communauté | PrEP | prophylaxie pré-exposition |
| UNFPA | Fonds des Nations unies pour la population | PSE | estimation de la taille de la population |
| Fonds mondial | Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria | RRR | atteindre, recruter et retenir |
| IRB | Comité d'examen institutionnel | RRTR | atteindre, recruter, tester et retenir |
| IST | infection sexuellement transmissible | RRTPR | atteindre, recruter, tester, traiter, prévenir et conserver |
| KPLHS | services de santé dirigés par les populations clés | SACS | Sociétés nationales de prévention et de contrôle du sida |
| MSM | hommes homosexuels et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes | TG | personnes transgenres |
| NACO | National Aids Control (contrôle national du sida) | TS | travailleur du sexe |
| NSP | Programme d'échange d'aiguilles et de seringues | TSU | unité de soutien technique |
| OAMT | traitement par agonistes opioïdes | U=U | Indétectable = non transmissible |
| OMS | Organisation mondiale de la santé | UIC | code d'identification unique |
| PAC | plateforme d'accès de confiance | UNODC | Office des Nations Unies contre la drogue et le crime |
| | | VHB | virus de l'hépatite B |
| | | VHC | virus de l'hépatite C |
| | | VIH | virus de l'immunodéficience humaine |

FIGURES

| | |
|---|----|
| Figure 1. Les plateformes d'accès de confiance pour les populations clés combinent diverses approches de prestation de services | 16 |
| Figure 2. Exemple de cartographie locale | 24 |
| Figure 3. Exemple d'organigramme pour les travailleurs de proximité dans le cadre d'une plateforme d'accès de confiance | 27 |
| Figure 4. Différents scénarios de programmes basés sur la disponibilité des ressources | 57 |
| Figure 5. Cartographie des sites de travailleurs du sexe superposée aux estimations de la taille de la population, Afrique du Sud (adapté de l'original). | 70 |
| Figure 6. Exemple de suivi de programme pour les travailleuses du sexe à Mombasa, au Kenya | 74 |
| Figure 7. Structure du programme indien sur les populations clés avec unité de soutien technique intégrée | 88 |
| Figure 8. Processus de formation et d'accréditation des prestataires de services de santé dirigés par les populations clés en Thaïlande | 89 |

ENCADRÉS

| | |
|---|----|
| Encadré 1: Caractéristiques d'une plateforme d'accès de confiance | 14 |
| Encadré 2: Plateformes d'accès de confiance : de quoi s'agit-il ? | 15 |
| Encadré 3: Smart Ladies au Kenya | 18 |
| Encadré 4: Services et interventions | 19 |
| Encadré 5: Objectifs mondiaux de la PrEP en 2030 pour les populations clés | 20 |
| Encadré 6: Prestation virtuelle pour les populations clés : un exemple de FHI 360 | 36 |
| Encadré 7: Qu'est-ce qu'un établissement de santé compétent pour les populations clés ? | 42 |
| Encadré 8: Les pharmacies : une ressource communautaire sous-utilisée pour un accès de confiance | 52 |
| Encadré 9: Éléments à prendre en compte lors de l'élaboration d'une PAC pour différentes populations clés | 58 |
| Encadré 10: Suivi de l'utilisation des services de santé mentale en ligne dans la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord | 74 |
| Encadré 11: Exemple de cas en Afrique : utilisation de codes d'identification uniques ... | 75 |
| Encadré 12: Évolution de l'incidence du VIH parmi les travailleurs du sexe au Zimbabwe | 80 |
| Encadré 13: Qualité des services VIH pour les populations clés en Jamaïque | 84 |
| Encadré 14: Remédier à la faible utilisation des services liés au VIH par les populations clés en Thaïlande | 89 |
| Encadré 15: Contrats sociaux d'État pour les programmes destinés aux populations clés au Kazakhstan | 93 |

TABLEAUX

| | |
|--|-----|
| Tableau 1 : Interventions recommandées pour les populations clés d'après les <i>Lignes directrices consolidées 2022</i> de l'OMS27 | 21 |
| Tableau 2 : Différents types de travailleurs de proximité et rôles typiques | 25 |
| Tableau 3 : Services fournis par des pairs | 26 |
| Tableau 4 : Services fournis par le biais de la programmation en ligne et virtuelle | 34 |
| Tableau 5 : Services fournis par les espaces communautaires sûrs | 40 |
| Tableau 6 : Services fournis par les établissements de santé | 44 |
| Tableau 7 : Services fournis par les cliniques mobiles ou de proximité | 48 |
| Tableau 8 : Services disponibles par l'intermédiaire d'autres acteurs | 51 |
| Tableau 9 : Interventions structurelles transversales | 62 |
| Tableau 10 : Structure de l'équipe recommandée et responsabilités pour les enquêtes d'opinion par isolement | 79 |
| Tableau 11 : Calcul de la disponibilité des services dans le cadre du CLM pour les populations clés | 83 |
| Tableau 12 : Intégration des PAT pour les populations clés par le biais de partenariats entre ONG et cliniques en Malaisie (« modèle KK ») | 94 |
| Tableau 13 : Coûts unitaires régionaux pour la sensibilisation des populations clés, estimation des ressources de l'ONUSIDA (modélisation accélérée) | 98 |
| Tableau 14 : Coûts unitaires de certaines interventions auprès des populations clés, 2024 Examen de l'ONUSIDA (diverses études) | 99 |
| Tableau 15 : Modèle de maturité d'une PAC | 102 |
| Tableau 16 : Exemple de budget pour la réalisation d'une cartographie programmatique participative et d'une estimation de la taille des populations clés | 106 |
| Tableau 17 : Coûts estimés pour la réalisation de la PPM et l'estimation de la taille des populations clés | 107 |
| Tableau 18 : Modèle de budget pour une enquête BBS-Lite | 108 |
| Tableau 19 : Activités et coûts d'une enquête mystère menée par des pairs dans le cadre d'un programme destiné aux populations clés aux États-Unis d'Amérique | 110 |

VUE D'ENSEMBLE

Ce guide offre une vue d'ensemble de la manière de planifier et de gérer les programmes de lutte contre le VIH avec les populations clés. Il n'est pas nécessaire de le lire dans l'ordre chronologique ou dans son intégralité ; les planificateurs de programmes peuvent se référer aux sections pertinentes qui leur sont les plus utiles. L'objectif de cette vue d'ensemble est d'aider le lecteur à naviguer dans le rapport pour une lecture sélective.

Partie 1 : Construire des plateformes d'accès de confiance

| Section | Ce qui est inclus |
|---|--|
| 1.1. Comprendre les plateformes d'accès de confiance | Explique ce que signifie l'approche d'une « plateforme d'accès de confiance », en soulignant l'importance des différents types de prestataires de services travaillant ensemble pour fournir un accès à un large éventail de services/interventions recommandés par l'Organisation mondiale de la santé. |
| 1.2. Éléments clés de l'approche d'une plateforme d'accès de confiance | Fournit des descriptions détaillées des différents types de prestataires de services qui peuvent être intégrés dans une plateforme d'accès de confiance. Il s'agit notamment de la sensibilisation par les pairs, de la prestation de services virtuels, des espaces sécurisés au sein des communautés, des établissements de santé, des cliniques mobiles, etc. |
| 1.3. Planification et adaptation des plateformes d'accès de confiance et considérations structurelles | Décrit les grands principes de planification des plateformes d'accès de confiance, y compris la manière de s'assurer que les différents éléments fonctionnent ensemble. Elle explique comment les planificateurs—y compris les représentants des populations clés—doivent trouver un équilibre entre la situation optimale pour surmonter les obstacles et les ressources disponibles lors de la conception d'une plateforme d'accès de confiance. |

Partie 2 : Gestion de programmes d'envergure et avec impact

| | |
|--|---|
| 2.1. Mise à jour de la cartographie et des estimations de la taille de la population | Présente différentes méthodes d'estimation de la taille des populations et de cartographie des communautés de population clés. Elle offre des alternatives aux enquêtes à grande échelle et propose une segmentation par profil de risque pour affiner les estimations de la taille des personnes dans le besoin. |
| 2.2. Assurer un contrôle efficace des programmes | Propose un cadre de questions clés permettant aux planificateurs de programmes de déterminer l'efficacité d'une plateforme d'accès de confiance. Elle couvre les outils de suivi et d'évaluation pertinents qui sont nécessaires pour mener un contrôle efficace du programme. |
| 2.3. Suivi des résultats et de l'impact sélectionnés | Élargit le suivi des programmes pour y inclure des résultats clés (p. ex. la suppression de la charge virale) et même l'impact (p. ex. les nouvelles infections). Une série de méthodologies d'enquête légères sont proposées, qui peuvent être répétées régulièrement à faible coût. |
| 2.4. Intégrer le suivi mené par la communauté | Souligne l'importance du suivi communautaire, mené par les populations clés, pour améliorer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services dans les plateformes d'accès de confiance. Différentes méthodologies de suivi communautaire sont énumérées. |
| 2.5. Renforcer les capacités et le leadership des communautés | Établit un lien entre l'autonomisation des communautés et l'efficacité des programmes destinés aux populations clés. Elle se concentre sur la fourniture d'un soutien technique et d'une formation formalisée en vue de soutenir les plateformes d'accès de confiance au sein du système public. |
| 2.6. Soutenir les programmes pour un impact durable | Situe les plateformes d'accès de confiance pour les populations clés dans le cadre plus large de la durabilité, en soulignant la nécessité d'un contrat social, d'une intégration dans les soins primaires et d'autres stratégies. |

Annexes

| | |
|------------------------|---|
| Annexes Partie 1 (1-3) | Fournit des orientations supplémentaires sur l'étalonnage des coûts, les rôles et responsabilités en matière de sensibilisation et l'évolution des plateformes d'accès. |
| Annexes Partie 2 (4-6) | Présente des exemples et des modèles pour l'évaluation des coûts et la budgétisation de différentes activités de suivi. |

PRÉFACE

Depuis que la Coalition mondiale pour la prévention du VIH (GPC) a commencé à mettre à jour ces orientations à la fin de l'année 2024, le paysage du financement de la lutte contre le VIH a connu de profonds bouleversements. Les États-Unis d'Amérique ont brutalement annulé plus d'un tiers de leur budget bilatéral de lutte contre le VIH pour l'exercice 2025 et ont proposé de maintenir ces coupes budgétaires pour l'exercice 2026^{2, 3, 4}. La nature et l'étendue de ces réductions de financement ne sont pas claires, mais les programmes pour et avec des populations clés semblent être fortement touchés. Selon certaines estimations, jusqu'à 3,5 millions de membres des populations clés ne sont plus couverts par les services spécialisés de prévention du VIH⁷. L'augmentation relative des nouvelles infections par le VIH pourrait être de 1,3 à 6,0 fois plus élevée parmi les populations clés que parmi les populations non clés (en dehors de l'Afrique), selon le scénario de réduction des financements⁸.

Cependant, tous les pays ne sont pas touchés de la même manière par la crise du financement. De nombreux pays à revenu intermédiaire supérieur du GPC, en particulier ceux d'Amérique latine et d'Asie, sont confrontés à des ajustements minimes. Même en Afrique, les réductions varient considérablement, allant de plus de 50 % dans certains pays à moins de 25 % dans d'autres⁹.

Le présent document d'orientation vise à trouver un équilibre en décrivant comment planifier et gérer de manière optimale les programmes de lutte contre le VIH pour et avec les populations clés, tout en reconnaissant les graves contraintes de financement auxquelles de nombreux pays sont confrontés. Il ne s'aventure pas dans l'établissement de priorités, qui est largement couvert dans d'autres études^{10, 11, 12}. En revanche, la mise à jour contient de nouvelles orientations sur la durabilité (section 2.6), l'analyse comparative des coûts (annexe 1) et la manière de combiner les approches de prestation de services en fonction des ressources disponibles (figure 10). Ce guide vise à aider les pays à faire face aux problèmes de financement.

INTRODUCTION

Quel est l'objet de ce guide ?

Les travailleurs du sexe, les consommateurs de drogues injectables, les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ainsi que les personnes transgenres et les personnes de diverses identités de genre sont touchés de manière disproportionnée par le VIH dans presque toutes les régions du monde. Leur vulnérabilité accrue face au VIH, à l'hépatite virale et à d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) résulte d'une série de facteurs comportementaux, sociaux, juridiques, structurels et d'autres facteurs contextuels, ainsi que d'un accès limité aux services de santé et autres services essentiels qui leur permettraient de se protéger. Ces mêmes facteurs font que les membres de ces groupes ont moins de chances d'obtenir le traitement efficace et le soutien dont ils ont besoin lorsqu'ils sont séropositifs. En outre, au sein de chacun de ces groupes, il existe des intersections complexes entre les facteurs décrits ci-dessus et leur âge, genre, handicap, niveau d'éducation, race, religion et statut socio-économique.

Ces groupes sont tous considérés comme des « populations clés » dans la riposte au VIH. Répondre à leurs besoins est essentiel pour leur santé et leur bien-être et est au cœur des efforts locaux, nationaux et mondiaux visant à mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030^a. Pour que les réponses au VIH soient efficaces pour les populations clés, les différents facteurs décrits ci-dessus doivent être pris en compte de manière efficace et à grande échelle. Le présent rapport fournit des conseils sur la manière d'y parvenir.

Les concepts d'accès et de confiance sont au cœur de l'approche décrite dans ce guide. Pour répondre aux besoins des populations clés, il est essentiel de veiller à ce qu'elles puissent accéder aux informations, aux services et au soutien dont elles ont besoin, au moment et à l'endroit où elles en ont besoin, et auprès de sources et de prestataires en qui elles peuvent avoir confiance.

Ce que signifie la confiance varie selon les individus et les types de services ; cela signifie que les personnes issues des populations clés doivent être impliquées dans la planification, la fourniture et le suivi des services et des programmes. Cela signifie également qu'il faut s'attaquer aux facteurs structurels qui affectent l'accès aux services et la vulnérabilité au VIH et à d'autres infections, notamment la stigmatisation, la discrimination et la violence. La première partie de ce rapport décrit l'approche d'une *plateforme d'accès de confiance* (PAC) à cet effet.

L'échelle est également au cœur de ces orientations, car pour que le sida cesse d'être une menace pour la santé publique, il faut veiller à ce que les membres des populations clés puissent avoir accès à ce dont ils ont besoin. Pour atteindre l'échelle, il faut disposer de données solides et planifier et allouer les ressources avec soin. Les considérations liées à l'atteinte de l'échelle et à l'allocation des ressources sont abordées dans la partie 2.

Une bonne santé publique est devenue plus difficile dans de nombreux contextes en raison de la stigmatisation sociale et de l'introduction de politiques et de législations

a. Bien que les personnes en prison et dans d'autres milieux fermés soient généralement considérées comme des populations clés dans le contexte du VIH, elles ne sont pas abordées dans ce rapport.

qui vont à l'encontre des normes mondiales en matière de droits humains et d'équité. Le présent rapport décrit également comment intégrer les interventions structurelles nécessaires pour assurer un accès fiable aux services pour les populations clés.

À qui s'adresse ce guide ?

Les parties 1 et 2 de ce guide se concentrent sur le développement et le soutien des PAC selon deux perspectives différentes. La partie 1 se concentre sur la perspective individuelle, communautaire et locale ou opérationnelle, tandis que la partie 2 se concentre sur la perspective nationale ou stratégique. En tant que telles, elles seront utiles à différents publics, la partie 1 s'adressant aux responsables de la mise en œuvre et aux gestionnaires au niveau local, y compris les organisations dirigées par les communautés (CLO) et les prestataires de soins de santé du secteur public, ainsi qu'aux décideurs stratégiques. La partie 2 s'adresse aux décideurs stratégiques au niveau national (y compris les membres des populations clés) et aux personnes chargées d'allouer des ressources pour mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique.

PARTIE 1

CONSTRUIRE DES PLATEFORMES D'ACCÈS DE CONFIANCE



1.1. Comprendre les plateformes d'accès de confiance

1.1.1. Qu'est-ce qu'une approche de plateforme d'accès de confiance ?

L'approche PAC vise à garantir que les membres des populations clés puissent accéder en toute sécurité aux services de prévention et de traitement du VIH et aux services connexes dont ils ont besoin. Dans cette approche, les membres des populations clés bénéficient des services qui répondent à leurs besoins et y ont accès. Pour que l'accès soit efficace, les populations clés doivent avoir un niveau élevé de confiance à la fois dans le service et dans les personnes qui le fournissent. L'un des moyens les plus efficaces d'obtenir et de maintenir cette confiance est d'impliquer les populations clés dans la conception, la fourniture et le suivi des services.

Cette approche reconnaît que les services peuvent être fournis par le biais de multiples modalités et de différentes façons. Selon le service, il peut s'agir d'établissements de santé publics ou privés, de centres d'accueil et d'espaces sécurisés, de travailleurs de proximité, de services virtuels, d'entreprises locales, y compris de pharmacies, et de services de protection sociale. Ils travaillent ensemble pour instaurer la confiance, répondre aux besoins des diverses populations clés et encourager leur participation et leur maintien dans les services. L'ensemble des services, des installations et des personnes chargées de la mise en œuvre qui jouissent de la confiance des populations clés peut être considéré collectivement comme la plateforme.

Les plateformes diffèrent selon les pays et les populations clés, et même au sein d'un même pays, étant donné qu'à chaque endroit, il y a un ensemble différent d'acteurs qui fournissent des services. En outre, la confiance que les populations clés accordent à ces acteurs varie également d'un endroit à l'autre et peut évoluer au fil du temps. La plateforme fournit également un mécanisme permettant d'apporter des changements pour répondre aux besoins, par exemple en faisant appel à de nouveaux prestataires de confiance ou en intégrant de nouvelles interventions en fonction de l'évolution des besoins (encadré 1).

Encadré 1

Caractéristiques d'une plateforme d'accès de confiance

Les caractéristiques des PAC sont les suivantes :

- Elles offrent un accès sûr et sécurisé aux services de santé liés au VIH et à d'autres services de santé aux personnes confrontées aux obstacles les plus importants.
- Elles offrent une gamme de services et d'options pour les obtenir en combinant différents prestataires ou moyens d'accès.
- Elles facilitent l'utilisation continue des services.
- Elles s'appuient sur les capacités existantes dans un lieu donné.
- Elles s'attaquent aux obstacles aux services liés aux droits humains.
- Elles fournissent des informations permettant aux communautés de mener une vie saine.

- Elles sont centrées sur la personne et la communauté, répondent rapidement aux besoins et identifient et s'adaptent aux nouveaux problèmes.
- Elles reconnaissent et répondent aux besoins de différentes personnes, y compris les jeunes populations clés et les personnes qui font partie de plusieurs populations clés.
- Les membres des communautés de populations clés sont impliqués à la fois en tant qu'utilisateurs et exécutants des services : une PAC repose sur la coopération entre ces deux groupes, et les organisations dirigées par les populations clés font souvent partie d'une PAC.

Dans un endroit donné, il peut y avoir plus d'une option à laquelle les populations clés font confiance. Les plateformes peuvent aller d'un « guichet unique »—un prestataire dédié aux populations clés fournissant une large gamme de services—à un mélange de différents prestataires, certains spécifiques aux populations clés et d'autres desservant la population en général et fournissant une gamme de services plus restreinte. Ces options d'accès aux services reflètent les besoins et les préférences des différentes communautés de populations clés et de leurs membres. L'éventail des options disponibles dépendra des capacités et des ressources des acteurs locaux, du financement disponible et de l'environnement (par exemple, les attitudes sociales, les contextes juridiques et le comportement des responsables de l'application de la loi à l'égard des populations clés). Disposer d'un éventail d'options pour l'accès aux services est un élément essentiel pour maximiser la portée, l'adoption et la rétention (figure 1).

Quelle que soit la composition d'une plateforme, la coordination et la collaboration entre les différentes entités et acteurs impliqués permettent de s'assurer que les personnes issues des populations clés bénéficient d'une orientation confidentielle et sûre et soutiennent le suivi continu et les efforts conjoints pour atteindre les personnes qui n'ont pas accès aux services. Elles permettent également aux différentes entités de la plateforme de partager des informations, d'identifier les changements et de s'y adapter (encadré 2).

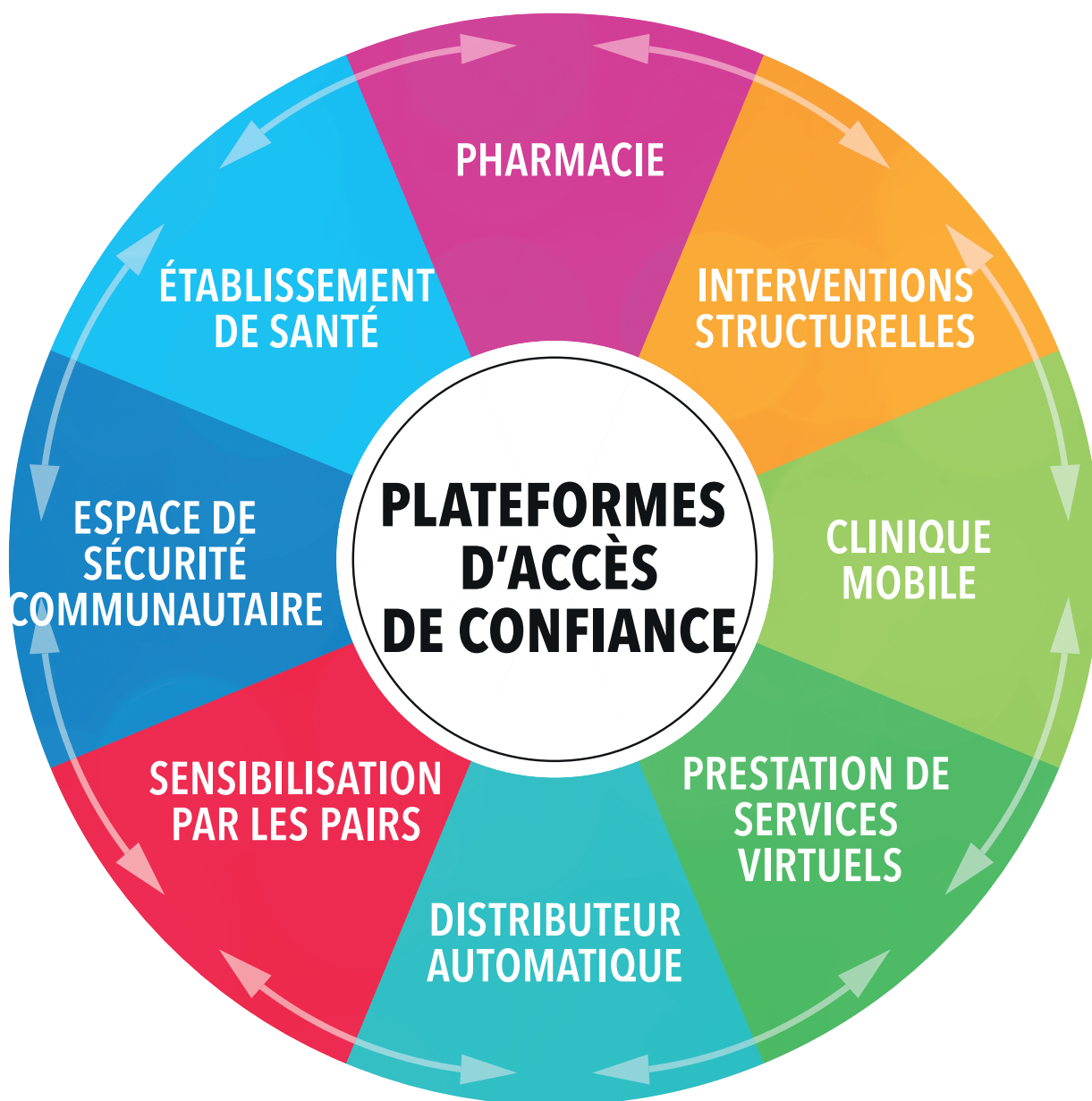
Encadré 2

Plateformes d'accès de confiance : qu'est-ce que le nom ?

Une plateforme d'accès de confiance est une approche conceptuelle plutôt qu'une conception de programme fixe. Les programmes destinés aux populations clés ont réalisé l'accès de confiance de nombreuses manières différentes sans nécessairement utiliser le terme de « plateforme d'accès de confiance ». C'est pourquoi les exemples présentés dans ce rapport illustrent la manière dont les programmes et les plateformes sont parvenus à un accès de confiance, sans se limiter à ceux qui sont désignés par le terme PAC.

Les PAC tirent leur efficacité de l'engagement et de la participation des populations clés. Pour établir et maintenir la confiance, il faut travailler en permanence avec les membres des populations clés afin de comprendre et de répondre à leurs besoins actuels, évolutifs et plus larges, et de s'attaquer aux obstacles à l'accès. Pour ce faire, il faut non seulement améliorer les points d'accès fiables aux services, mais aussi collaborer étroitement à la conception, à la mise en œuvre et au suivi des programmes, ainsi qu'à l'élimination des obstacles structurels et sociaux.

Figure 1. Les plateformes d'accès de confiance pour les populations clés combinent diverses approches de prestation de services



1.1.2. Pourquoi adopter une approche de plateforme d'accès de confiance ?

Lorsque les populations clés peuvent accéder au soutien et aux services quand et où elles en ont besoin et d'une manière qui leur inspire confiance, les niveaux d'engagement et d'utilisation des services sont beaucoup plus élevés—et par conséquent, l'impact sur la santé est positif. Le cadre d'accès mondial de Prévention 2030 considère les plateformes d'accès de confiance comme une composante essentielle d'une approche centrée sur la personne¹³.

Des exemples tirés de divers contextes font état de résultats quasi optimaux en ce qui concerne l'utilisation des préservatifs, le recours au dépistage du VIH, le dépistage et le traitement d'autres IST, le recours à la prophylaxie préexposition (PrEP), l'accès à la thérapie antirétrovirale et le maintien des soins avec un minimum de perte de suivi^{14, 15, 16}.

Une approche de PAC peut contribuer à répondre à un plus large éventail de besoins en réunissant différents prestataires. L'approche se prête à une plus grande durabilité puisqu'elle est basée en premier lieu sur les établissements de santé (primaires, spécialisés et privés) et d'autres atouts qui existent déjà, tels que les organisations communautaires et les services sociaux, et qu'elle s'adapte au contexte pour répondre aux besoins des membres des populations clés.

En outre, une PAC offre la possibilité d'adapter la manière dont les services sont fournis et d'ajouter de nouveaux services au fil du temps. En effet, l'implication directe des populations clés permet d'identifier les besoins émergents et de déterminer la meilleure façon d'introduire des innovations.

Par ailleurs, les données de routine provenant de plateformes communautaires bien conçues peuvent être fiables, faciles à interpréter et utilisées pour contrôler l'accès des membres des populations clés aux services dont ils ont besoin. Elles permettent également d'identifier les problèmes en temps utile, de cocréer et de mettre en œuvre des solutions au niveau local. Le suivi communautaire de l'accès aux services, de la qualité, de la stigmatisation et de la discrimination, de la violence et d'autres aspects au niveau local facilite l'amélioration continue des services et des méthodes de prestation pour les populations clés.

Étant donné qu'elle est basée sur les connaissances et l'adaptation locales, l'approche permet également aux représentants des populations clés et aux prestataires de services de mieux identifier et répondre aux besoins des sous-populations telles que les jeunes populations clés et celles qui font partie de plusieurs groupes de populations clés et qui ont donc un plus large éventail de besoins (Encadré 3).

Encadré 3

Smart Ladies au Kenya¹⁷

Smart Ladies est né d'un réseau informel d'éducateurs pairs travailleurs du sexe à Nakuru, au Kenya, qui a facilité la formation d'une plateforme de confiance pour les travailleurs du sexe en :

- Développant des partenariats à travers le comté pour étendre leur travail.
- Partenariat avec d'autres populations clés et les forces de l'ordre pour assurer une meilleure protection des droits.
- S'associant à des cliniques et des assistants juridiques pour fournir des réponses médicales et juridiques d'urgence aux personnes touchées par la violence.
- S'associant à une série de prestataires de soins de santé pour garantir l'accès à des services complets de prévention et de traitement du VIH.
- Cette approche a permis à des milliers de travailleurs du sexe d'accéder en toute confiance au VIH, à la santé en général et aux droits humains. Ce succès a permis de répondre aux besoins immédiats de la communauté liés à la violence et de s'assurer que les principales organisations partenaires étaient en mesure de fournir des services acceptables et fiables.



1.1.3. **Quels sont les services et autres interventions qui peuvent être mis à disposition par le biais d'une plateforme d'accès de confiance ?**

Un certain nombre de services et d'autres interventions ont été identifiés comme essentiels à une réponse efficace au VIH pour les populations clés. Ces interventions, et les preuves qui les sous-tendent, sont décrites en détail dans les *Lignes directrices consolidées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et la prise en charge du VIH, des hépatites virales*.

et des *IST pour les populations clés (Lignes directrices consolidées)* de l'OMS (encadré 4)¹⁸.

Les *Directives consolidées* de l'OMS font référence aux interventions lorsqu'elles décrivent toute activité ou entreprise qui devrait être incluse dans un programme pour les populations clés. Dans ces directives, le terme « service » est utilisé pour décrire toute intervention directement destinée à un individu appartenant à une population clé (p. ex. la distribution de préservatifs, l'information, le dépistage, le traitement). Lorsque ce rapport utilise le terme « intervention », il suit les *Lignes directrices consolidées* en se référant à la fois aux services et à l'ensemble plus large d'actions (telles que les interventions structurelles ou la cartographie des programmes) qui visent le programme ou l'environnement plutôt que les individus.

La science de la prévention du VIH est en constante évolution, de nouvelles interventions étant développées, testées et approuvées. Ces dernières années, les

progrès réalisés dans le domaine de la PrEP à longue durée d'action, des tests multiplex de dépistage du VIH et des IST et des nouveaux dispositifs contraceptifs/préventifs ont été particulièrement importants. Par exemple, en 2024, l'OMS a publié un outil de mise en œuvre sur la PrEP orale et à longue durée d'action¹⁹ et, en juillet 2025, l'OMS a publié une nouvelle recommandation et des lignes directrices en faveur du lénacapavir injectable deux fois par an pour la prévention du VIH²⁰. Sur la base de ces lignes directrices, l'OMS a également recommandé le dépistage rapide du VIH, ce qui éliminera les obstacles à l'accès aux médicaments injectables à longue durée d'action. Il est important que les programmes se tiennent au courant de ces évolutions, agissent rapidement pour obtenir l'enregistrement et le financement au niveau national et déploient ces médicaments auprès des populations clés une fois qu'ils ont été approuvés par l'OMS.

Encadré 4

Services et interventions

Les *directives consolidées* de l'OMS font référence aux interventions lorsqu'elles décrivent toute activité ou entreprise qui devrait être incluse dans un programme pour les populations clés. Dans ces directives, le terme « service » est utilisé pour décrire toute intervention directement destinée à un individu appartenant à une population clé (p. ex. distribution de préservatifs, information, dépistage, traitement). Lorsque ce rapport utilise le terme « intervention », il suit les *directives consolidées* en se référant à la fois aux services et à l'ensemble plus large d'actions (telles que les interventions structurelles ou la cartographie des programmes) qui visent le programme ou l'environnement plutôt que les individus.

Dans les *Directives consolidées* de l'OMS pour 2022, les interventions sont classées comme suit :

- *Interventions habilitantes essentielles à l'impact*. Interventions structurelles qui constituent le fondement de l'élimination des obstacles et de l'établissement d'un accès de confiance. Si certaines de ces interventions touchent directement les individus, d'autres sont transversales et visent à améliorer l'environnement général.
- *Essentielles pour les interventions sanitaires d'impact*. Services ayant un effet direct sur la prévention et le traitement du VIH, ainsi que sur l'hépatite virale et les IST.
- *Essentielles pour les interventions sanitaires plus larges*. Services liés aux besoins de santé au-delà du VIH, de l'hépatite virale et des IST, et qui sont spécifiques à chaque groupe de population clé.
- *Interventions de soutien*. Services axés sur l'individu qui renforcent les connaissances, les compétences et l'efficacité personnelle des membres des populations clés.

Si de nombreuses interventions sont communes à l'ensemble ou à la plupart des quatre populations clés, il existe des différences importantes, comme le montre le tableau 1, qui résume les *Lignes directrices consolidées* de l'OMS et identifie les interventions pertinentes pour chacune des quatre populations clés. L'OMS a également publié des notes d'orientation décrivant les interventions recommandées

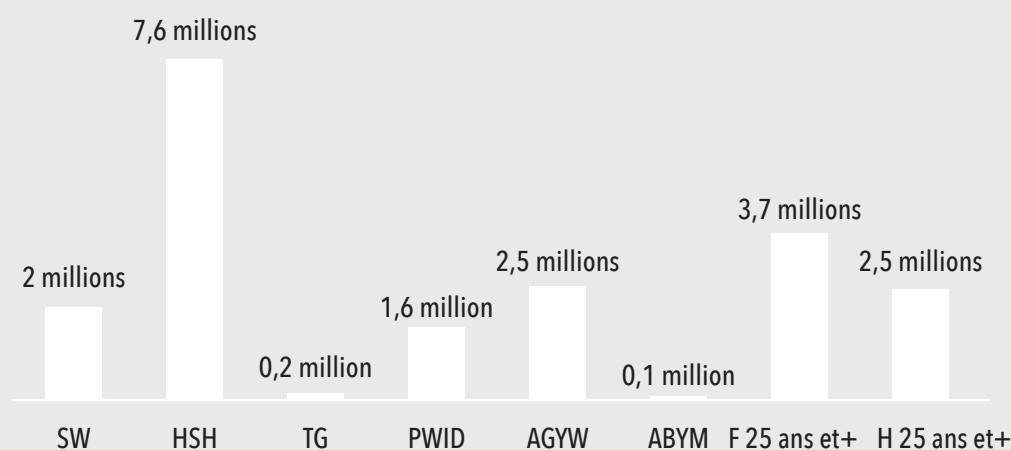
pour les travailleurs du sexe²¹, les personnes qui s'injectent des drogues²², les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes²³ et les personnes transgenres et de diverses identités de genre²⁴ qui accompagnent les *Lignes directrices consolidées*. Elle a également publié un rapport sur les bonnes pratiques en matière d'interventions de conseil comportemental pour les populations clés comportementales pour les populations clés, qui clarifie les données probantes dans ce domaine²⁵.

Bien que les *Lignes directrices consolidées* recommandent que les membres des populations clés aient accès à toutes les interventions, la mesure dans laquelle chacune est disponible dans chaque pays dépendra du contexte national, des politiques et de la disponibilité des ressources, comme le souligne le document d'orientation de l'OMS de juin 2025 sur la hiérarchisation des services dans un paysage financier en mutation (encadré 5)²⁶.

Encadré 5

Objectifs mondiaux 2030 en matière de PrEP pour les populations clés

Le cadre d'accès mondial de Prévention 2030 vise à ce que 20 millions de personnes utilisent différentes formes de PrEP d'ici à 2030. Cela comprend 2 millions de travailleurs du sexe (SW), 7,6 millions d'homosexuels et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (MSM), 1,6 million de consommateurs de drogues injectables (PWID), 0,2 million de personnes transgenres (TG), 2,5 millions d'adolescentes et de jeunes femmes (AGYW) et 0,1 million d'adolescents, garçons et jeunes hommes (ABYM).. Les plateformes d'accès de confiance sont essentielles pour que les populations clés commencent et continuent à prendre la PrEP, y compris les nouvelles options à longue durée d'action.



La partie 1.2 traite des différents types de prestataires de services ou d'entités qui peuvent constituer une PAC, tandis que la partie 1.3 traite de la planification, de l'assemblage, de la coordination et de l'adaptation des différentes parties d'une plateforme au niveau local, ainsi que des considérations structurelles transversales. (voir l'[annexe 1](#) sur l'analyse comparative des coûts pour certaines interventions auprès des populations clés).

Tableau 1 : Interventions recommandées pour les populations clés d'après les *Lignes directrices consolidées 2022* de l'OMS²⁷

| Intervention | Travailleurs du sexe | Personnes qui s'injectent des drogues | Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes | Personnes transgenres et de diverses identités de genre |
|---|----------------------|---------------------------------------|---|---|
| Essentielles pour avoir un impact : interventions facilitatrices | | | | |
| Suppression des lois, politiques et pratiques punitives | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Réduction de la stigmatisation et de la discrimination | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Autonomisation de la communauté | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Lutte contre la violence | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Essentielles pour avoir un impact : interventions en matière de santé | | | | |
| Prévention du VIH, de l'hépatite virale et des IST | | | | |
| Réduction des risques (programmes d'échange d'aiguilles, traitement par agonistes opioïdes et naloxone pour la gestion des surdoses). | | ✓ | | |
| Préservatifs et lubrifiants | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Prophylaxie pré-exposition pour le VIH | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Prophylaxie post-exposition pour le VIH et les IST | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Prévention de la transmission verticale du VIH, de la syphilis et du virus de l'hépatite B (VHB) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Vaccination contre le VHB | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Aborder le chemsex | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Diagnostic | | | | |
| Test de dépistage du VIH | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Dépistage des IST | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Dépistage de l'hépatite B et C | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Traitement | | | | |
| Traitement du VIH | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Dépistage, diagnostic, traitement et prévention de la tuberculose associée au VIH | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Traitement des IST | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Traitement du VHB et du virus de l'hépatite C (VHC) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Essentielles pour une santé plus large : interventions sanitaires | | | | |

| Intervention | Travailleurs du sexe | Personnes qui s'injectent des drogues | Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes | Personnes transgenres et de diverses identités de genre |
|--|----------------------|---------------------------------------|---|---|
| Santé anale | ✓ | | ✓ | ✓ |
| Conception et soins de grossesse | ✓ | ✓ | | ✓ |
| Contraception | ✓ | ✓ | | ✓ |
| Santé mentale | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Prévention, évaluation et traitement du cancer du col de l'utérus | ✓ | ✓ | | ✓ |
| Avortement sans risque | ✓ | ✓ | | ✓ |
| Dépistage et traitement de la consommation dangereuse et nocive d'alcool et d'autres substances | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Prévention, dépistage, diagnostic et traitement de la tuberculose | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Soins d'affirmation de genre | | | | ✓ |
| Interventions de soutien | | | | |
| Information et éducation qui aident les populations clés à comprendre leur santé, les risques sanitaires, les services disponibles et les droits légaux. | | | | |
| Interventions visant à accroître la demande (création de la demande) de services fondés sur des données probantes en matière de VIH, d'hépatite virale et d'IST. | | | | |
| Conseils de soutien qui ne visent pas à modifier les comportements | | | | |
| Conseils pour les problèmes de santé mentale | | | | |

Suggestions de lecture

Coalition mondiale pour la prévention du VIH. Outil d'auto-évaluation des programmes pour les populations clés.

Genève : ONUSIDA ; 2020 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/resource/hiv-prevention-self-assessment-tool-psat/> ; consulté le 1er mars 2025).

Protocole des services VIH pour les populations clés. Dacca : Gouvernement du Bangladesh ; 2023 (https://asp.portal.gov.bd/sites/default/files/files/asp.portal.gov.bd/page/2d04f70c_c5e5_4d3d_9a13_e8cc7e5af9c9/2024-08-29-10-29-d54bf09d5f4c84dffdbc65eb32ecc78d.pdf ; consulté le 1er mars 2025).

Directives nationales de mise en œuvre pour les programmes de lutte contre les IST et le VIH parmi les jeunes populations clés. Nairobi : Ministère de la Santé ; 2018 (<https://www.iavi.org/phocadownload/userupload/National%20Implementation%20Guidelines%20for%20HIV%20and%20STI%20Programming%20among%20YKPs%202018.pdf> ; consulté le 4 mai 2020).

Zimbabwe's national key populations HIV and AIDS implementation plan 2019-2020 (Plan de mise en œuvre du VIH et du sida pour les populations clés du Zimbabwe 2019-2020). Harare : National AIDS Council ; 2019 (<https://www.nac.org.zw/wp-content/uploads/2021/04/Zimbabwes-National-Key-Populations-HIV-and-AIDS-Implementation-Plan-2019-2020-1.pdf> ; consulté le 1er mars 2025).

Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people (TRANSIT) (PNUD, IRGT, UNFPA, UCSF, JHSPH, OMS). New York : PNUD ; 2016 (<https://www.unfpa.org/publications/implementing-comprehensive-hiv-and-sti-programmes-transgender-people-practical-guidance> ; consulté le 1er mars 2025).

Implementing comprehensive HIV and STI programmes with men who have sex with men (MSMIT) (UNFPA, The Global Forum on MSM and HIV, UNDP, UNAIDS, WHO, USAID). Genève : OMS ; 2015 (<https://mpactglobal.org/wp-content/uploads/2015/11/MSMIT-for-Web.pdf> ; consulté le 1er mars 2025).

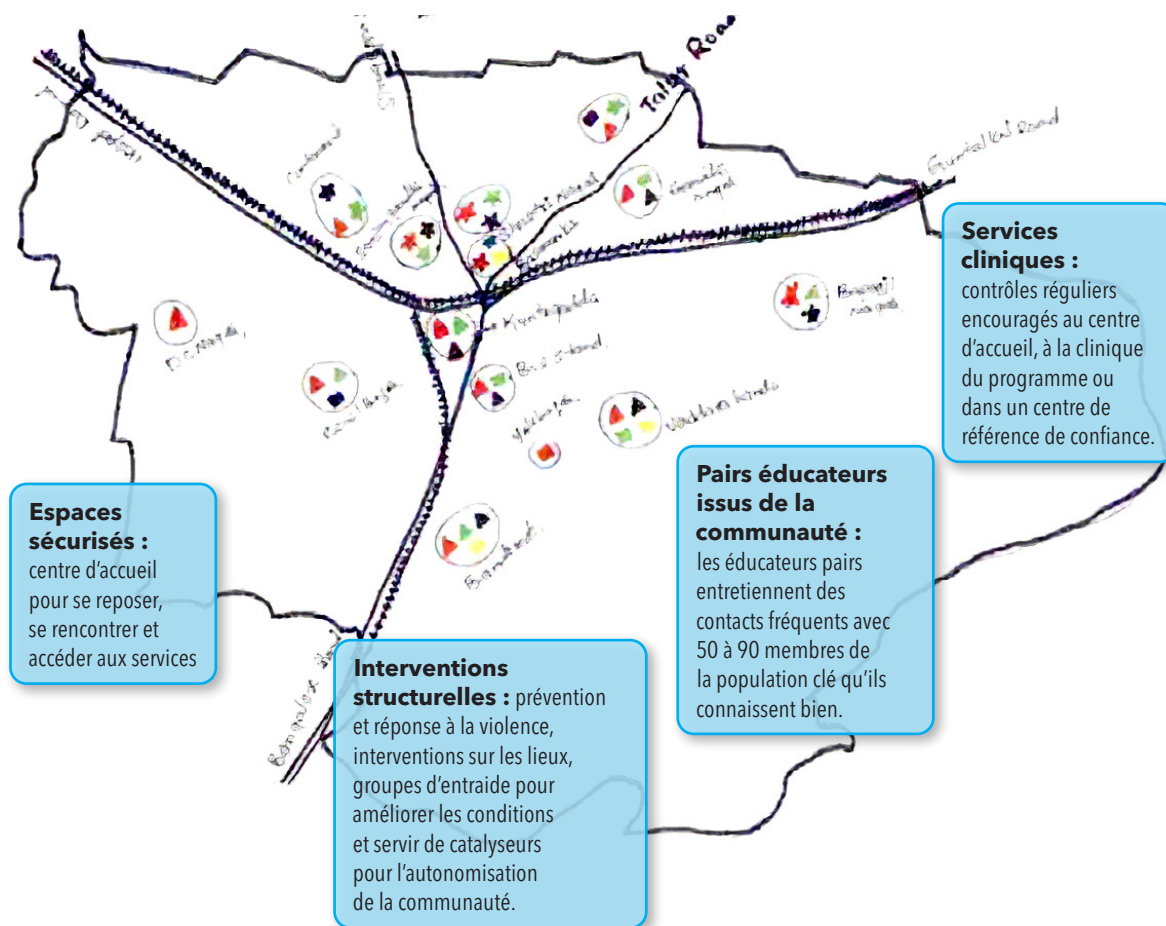
Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs (IDUIT) (ONUDD, INPUD, ONUSIDA, PNUD, UNFPA, OMS). Vienne : Office des Nations unies contre la drogue et le crime ; 2017 (<https://inpud.net/iduit-implementing-comprehensive-hiv-and-hcv-programmes-with-people-who-inject-drugs/> ; consulté le 1er mars 2025).

Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers (SWIT) (OMS, UNFPA, ONUSIDA, NSWP, Banque mondiale, PNUD). Genève : OMS ; 2013 (<https://www.nswp.org/resource/sex-worker-implementation-tool-swit> ; consulté le 1er mars 2025).

1.2. Principaux éléments d'une approche de plateforme d'accès de confiance

L'accès de confiance au VIH et à d'autres services de santé pour les populations clés peut être assuré par une série d'acteurs dans un lieu donné. L'important est de réunir ces différents acteurs pour qu'ils travaillent ensemble. Des cartes locales peuvent être utilisées pour identifier les lieux prioritaires où les membres des populations clés se rassemblent souvent ou où des services sont fournis, et pour déterminer comment ils travailleront ensemble pour fournir un accès fiable à ces services. Il peut s'agir d'utiliser des prestataires de services existants, de mener des actions de sensibilisation au niveau communautaire et d'établir de nouveaux points de prestation de services lorsque l'accès aux points existants n'est pas satisfaisant pour les populations clés. Connaître les caractéristiques du lieu peut également aider à concevoir les interventions structurelles et habilitantes nécessaires (figure 2).

Figure 2. Exemple de cartographie locale



Cette section traite des différents types d'acteurs et des types de services ou d'autres interventions des *Lignes directrices consolidées* de l'OMS pour les populations clés que chaque acteur peut fournir ou mettre en œuvre. Chaque section se concentre sur un acteur ou un type de prestataire différent : sensibilisation par les pairs, programmes en ligne et virtuels, espaces sécurisés au sein des communautés, établissements de santé, cliniques mobiles et autres acteurs en mesure d'apporter leur contribution.

1.2.1. Sensibilisation par les pairs

De quoi s'agit-il ?

Les activités de sensibilisation par les pairs sont menées par des membres des populations clés qui travaillent directement avec leurs pairs à leur domicile, dans des établissements de santé, des lieux communautaires ou professionnels, dans des lieux tels que les bars, les clubs ou les lieux où l'on pratique le commerce du sexe ou l'injection de drogues, et dans des environnements virtuels. Cette section se concentre sur les travailleurs pairs qui mènent une action de proximité physique ou en face-à-face dans les communautés et les lieux de rencontre. Les autres contextes sont examinés dans les sections suivantes.



Selon le contexte, les travailleurs pairs peuvent porter différents noms, tels que éducateurs *pairs*, travailleurs *pairs*, leaders *pairs* ou travailleurs de proximité *pairs*. Les différents termes utilisés reflètent parfois les différentes fonctions ou l'importance de leur travail, par exemple les *parajuristes pairs*, les *navigateurs pairs*, les *champions de la PrEP*, les *travailleurs de soutien à l'observance*, etc. Dans tous les cas, il s'agit de membres des populations clés (pairs) qui fournissent des services là où ces populations en ont besoin - un travail de proximité. Cela garantit un accès continu et fiable aux conseils et aux services pour un grand nombre de personnes appartenant à ces populations clés. Le tableau 2 présente quelques noms typiques utilisés pour les travailleurs pairs ainsi que leurs rôles et spécialisations, bien qu'il faille noter que ces rôles se chevauchent souvent, certains travailleurs de proximité étant en mesure d'assumer plusieurs rôles.

Étant donné qu'ils sont eux-mêmes membres de communautés de populations clés, les travailleurs de proximité ont le potentiel de générer des niveaux élevés de confiance, ce qui est l'épine dorsale d'une programmation efficace. Ils sont en première ligne pour fournir un accès fiable à certains des services et interventions de base identifiés dans les *Lignes directrices consolidées* de l'OMS.

Tableau 2 : Différents types de travailleurs pairs de proximité et rôles typiques

| | |
|----------------------------|---|
| Éducateur pair | Ils dispensent une éducation sur la prévention, la transmission et le traitement du VIH, sur d'autres questions de santé et sur la réduction de la stigmatisation. Les activités comprennent : séances en face à face ; discussions de groupe ; distribution de produits de prévention. |
| Champion de la PrEP | Les leaders des populations clés se concentrent sur l'éducation, la motivation et le soutien des autres pour qu'ils s'informent sur la PrEP et y accèdent. Ils peuvent être eux-mêmes des utilisateurs actuels ou passés de la PrEP, ce qui leur donne de la crédibilité et de l'attrait au sein de leur communauté. |
| Navigateur pair | Travailleurs pairs qui vivent eux-mêmes avec le VIH et qui aident les individus à accéder aux services de dépistage, de soins et de traitement du VIH, par exemple en les accompagnant dans les cliniques, en les aidant à remplir les formalités administratives, en assurant le suivi après le diagnostic et en les aidant à surmonter les obstacles aux soins (p. ex. la stigmatisation, le transport, la peur). |

| | |
|------------------------------------|--|
| Agent d'aide à l'observance | Les travailleurs pairs, qui vivent souvent avec le VIH, ont pour rôle d'aider les membres des populations clés vivant avec le VIH à rester sous traitement et à prendre leurs médicaments de manière régulière en leur faisant des rappels, en les aidant à révéler leur statut, en suivant les rendez-vous manqués et en effectuant des visites à domicile. Ils travaillent en étroite collaboration avec les cliniciens. |
| Parajuristes pairs | Ils fournissent des informations juridiques de base, un soutien et des conseils, surveillent les violations des droits humains et apportent une aide à ceux qui en ont besoin. Ce ne sont pas des avocats, mais ils sont formés pour comprendre les lois, les droits et les procédures juridiques propres à leur communauté. |

Quels sont les services et les interventions fournis par les pairs ?

Le travail de proximité par les pairs est le plus efficace pour fournir des services non cliniques dont les populations clés ont besoin à une fréquence élevée ou à brève échéance. Bien que la combinaison exacte des services fournis par les pairs dépende des cadres nationaux, de la disponibilité des ressources et du profil et des rôles spécifiques des travailleurs de proximité, le tableau 3 énumère les services qui sont presque toujours fournis par les pairs (première colonne) et ceux qui sont fournis lorsqu'ils sont nécessaires par les pairs (deuxième colonne). Si tous les travailleurs de proximité doivent être formés, ils peuvent avoir besoin d'une formation supplémentaire, d'une supervision et/ou d'une accréditation pour certains des services figurant dans la deuxième colonne.

Les travailleurs pairs peuvent également fournir des services qui ne sont pas directement liés au VIH, mais qui répondent aux situations d'urgence auxquelles sont confrontées les populations clés en fournissant un soutien juridique et des premiers soins, ainsi qu'en promouvant et en soutenant les pratiques d'autogestion de la santé. Ils soutiennent et promeuvent également de meilleures pratiques d'auto-administration de soins parmi les populations clés.

Tableau 3 : Services fournis par des pairs

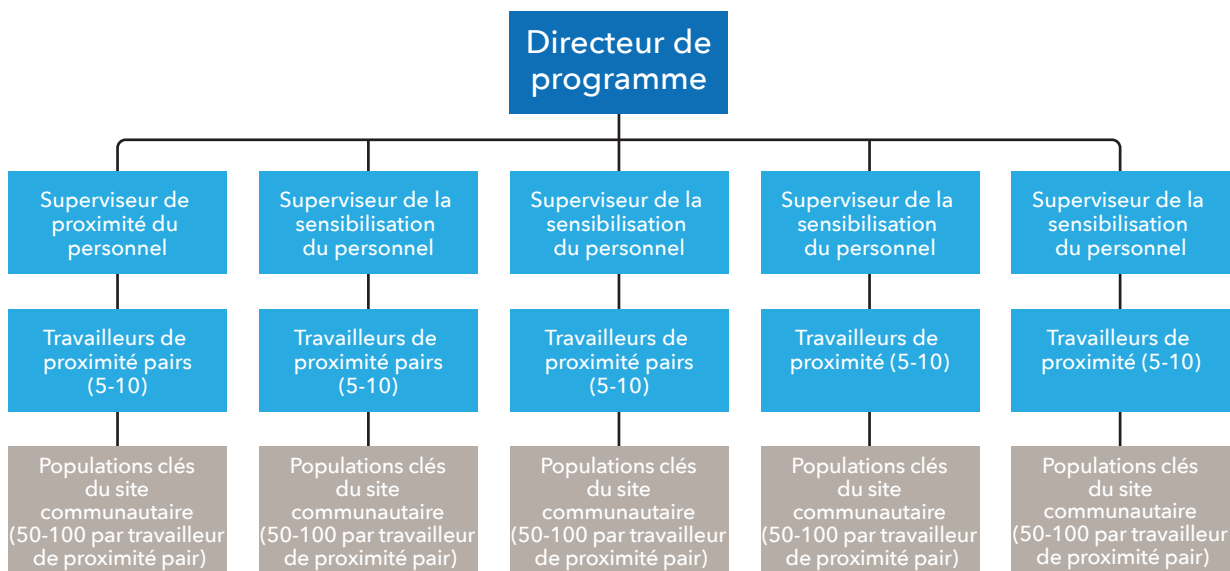
| Couramment fournis par le biais de la sensibilisation par des pairs | Parfois fournis par des pairs (en fonction des besoins, de la formation et des rôles) |
|---|--|
| Préservatifs et lubrifiants | Réduction des risques (aiguilles/seringues et naloxone) |
| Conseils de soutien | Dépistage du VIH (y compris soutien à l'autodépistage) |
| Information et éducation pour aider les populations clés à comprendre leur santé, les risques sanitaires, les services disponibles et les droits légaux | Traitement du VIH (soutien à l'observance) |
| Interventions visant à accroître la demande | Contraception |
| Orientation et accompagnement vers d'autres services | Conseils pour les problèmes de santé mentale |
| | Lutte contre la violence |

Comment procéder ?

Les travailleurs de proximité se rendent systématiquement dans les lieux où leur communauté se rassemble pour fournir des services de manière continue, en toute confiance et en toute sécurité. En maintenant un contact régulier avec la communauté qu'ils servent, ils peuvent identifier les changements tels que l'arrivée de nouveaux individus, l'évolution des facteurs de risque, les problèmes de sécurité ou la répression, et s'y adapter. Il existe des normes bien établies et fondées sur des données probantes en ce qui concerne les ratios entre les travailleurs de proximité pairs et les populations clés, ainsi que la formation, la supervision et la gestion²⁸. Si les travailleurs pairs travaillent en équipe, une approche de PAC les relie à d'autres parties de la plateforme.

La figure 3 présente un exemple d'organigramme pour les travailleurs de proximité et leurs superviseurs dans le cadre d'une plateforme d'accès de confiance. Les ratios peuvent varier en fonction de la population et des ressources disponibles. [L'annexe 2](#) fournit plus de détails sur la gestion de la sensibilisation et les fonctions d'équipe.

Figure 3. Exemple d'organigramme pour les travailleurs de proximité dans le cadre d'une plateforme d'accès de confiance



La mise en place et la gestion d'un programme efficace de sensibilisation par les pairs comportent plusieurs éléments. Les éléments clés sont les suivants :

- Sélection des travailleurs de proximité pairs (et implication de l'ensemble de la communauté dans ce processus).
- Formation initiale et continue.
- Mise à disposition d'outils de travail pour les travailleurs pairs.
- Supervision de la sensibilisation par les pairs.
- Microplanification.
- Rémunération.

Sélection des travailleurs de proximité

La sélection est effectuée de manière à favoriser la confiance. Par exemple, il peut être important que les travailleurs pairs soient du même genre (pour atteindre les femmes qui consomment des drogues), du même statut VIH (pour la navigation par les pairs), du même âge (pour atteindre les travailleurs du sexe plus âgés), ou du même environnement de travail/expérience vécue (par exemple les travailleurs pairs de proximité basés dans les maisons closes). L'implication des populations clés dans la définition et la sélection des éducateurs pairs permet de s'assurer que les préférences locales sont respectées. Les critères à prendre en compte dans la sélection des éducateurs pairs sont les suivants (adaptés de l'outil de mise en œuvre pour les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes²⁹) :

- Actifs au sein de la communauté et disponible dans les lieux appropriés.
- Engagés dans les objectifs du programme.
- Connaissant le contexte local.
- Acceptés par la communauté et responsables devant elle.
- Tolérants et respectueux des différents profils de population clé.
- Capables de maintenir la confidentialité.
- Compétences en matière d'écoute, de communication et de relations interpersonnelles.
- Confiance en soi et potentiel de leadership.
- Modèles forts pour le comportement qu'ils promeuvent.
- Volonté d'apprendre et d'expérimenter sur le terrain.
- Disponibles pour soutenir des pairs touchés par la violence ou une situation d'urgence.

Il convient d'appliquer les ratios appropriés entre les travailleurs de proximité et les bénéficiaires. Des études ont montré qu'un travailleur de proximité pair pour 80 à 90 travailleurs du sexe et un pour 40 à 50 homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont suffisants pour maintenir les contacts fréquents requis, bien que le ratio le plus approprié varie au niveau local en fonction de la densité du site, des risques, etc³⁰. Toutefois, les ratios doivent être basés sur les lieux et les sites du programme—par exemple, dans des lieux où les communautés de populations clés sont plus cohésives et plus faciles à atteindre, un éducateur pair peut être en mesure de travailler avec un plus grand nombre de personnes.

De même, les ratios doivent refléter les tâches spécifiques du travailleur de proximité. Par exemple, les navigateurs pairs, qui aident les populations clés vivant avec le VIH à accéder aux traitements et à les respecter, travaillent souvent avec des ratios de 1:20-30, ce qui reflète la charge de travail plus importante, notamment la nécessité de travailler en étroite collaboration avec les gestionnaires de cas cliniques et les exigences supplémentaires en matière de confidentialité associées à leur travail.

Formation initiale et continue

Les travailleurs de proximité doivent recevoir une formation standard qui leur permette d'acquérir toutes les compétences nécessaires à leur fonction (sachant que les rôles peuvent varier d'un cadre à l'autre). La formation doit également couvrir des compétences telles que la microplanification, le suivi et la sécurité. Une formation continue et des outils d'aide au travail doivent être fournis pour rafraîchir les connaissances ou pour ajouter des compétences/services supplémentaires aux rôles des travailleurs de proximité pairs.

Supervision

La supervision est un élément essentiel des programmes de sensibilisation par les pairs afin de garantir leur efficacité et d'apporter le soutien dont les travailleurs ont besoin s'ils sont impliqués dans des environnements difficiles où ils sont confrontés à des défis liés à la sécurité et à la santé mentale. La supervision est souvent assurée par des leaders pairs plus expérimentés ou plus anciens, qui possèdent les compétences nécessaires en matière d'alphabétisation et de calcul. La supervision est également importante pour le suivi continu des activités de sensibilisation et pour l'adaptation aux nouveaux besoins ou aux nouvelles situations. La supervision fréquente des éducateurs pairs par les superviseurs pairs comprend le suivi des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs et la planification du travail à venir.

Comme pour les ratios de travailleurs pairs, les ratios de superviseurs pairs varient en fonction du contexte, mais en général, les superviseurs pairs peuvent soutenir efficacement entre cinq et dix travailleurs de proximité pairs. Des ratios plus faibles peuvent être appropriés lorsque le travailleur de proximité couvre des tâches telles que le soutien à l'observance ou la réduction des risques.

Microplanification

La microplanification, ou planification au niveau local, est l'un des piliers d'une action de proximité efficace. Elle s'appuie sur la connaissance intime des communautés de populations clés en cartographiant les lieux où elles se rassemblent et interagissent avec les éducateurs pour les pairs. Elle permet aux communautés de populations clés de diriger les programmes en concentrant le suivi des programmes et la prise de décision au niveau local.

Dans le cadre de la microplanification, les superviseurs pairs ont des réunions hebdomadaires ou bimensuelles avec chaque éducateur pair pour passer en revue le travail de la semaine ou des deux semaines précédentes (collecte de formulaires ou saisie de données pour le suivi). Ils planifient également le travail de la semaine suivante.

Plusieurs outils ont été développés pour la microplanification^{31,32,33,34} :

- Carte de charge du site. Permet de planifier le nombre de pairs éducateurs nécessaires pour le site et de donner la priorité à la sensibilisation en fonction de la charge de population du site.
- Analyse du site. Aide à déterminer le type de pair éducateur à sélectionner et à planifier le calendrier des activités de sensibilisation sur le site.

- Liste de contacts. Permet d'identifier le réseau social de l'éducateur pair sur le site afin de confirmer qu'il s'agit de l'endroit idéal pour le travailleur pair. Aide également à la sélection des travailleurs pairs pour de nouveaux sites. Souvent, ces listes sont anonymes ou utilisent des surnoms pour garantir la confidentialité.
- Formulaire d'inscription des pairs. Facilite la compréhension des risques et de la vulnérabilité de chaque population clé et l'élaboration d'un plan individualisé. Il permet également d'élaborer le plan des pairs.
- Plan pour les pairs. Permet à un travailleur pair de planifier les activités de sensibilisation pour le mois à venir en fonction des besoins individuels des populations clés, en donnant la priorité à ceux qui ont besoin de plus d'attention et de soutien, y compris les nouveaux arrivants dans la communauté.
- Calendrier de sensibilisation des éducateurs pairs. Permet de suivre toutes les populations clés au sein de chaque cohorte.
- Outil de signalement de la violence. Il permet de documenter les incidents de violence et d'apporter le soutien nécessaire. Il permet également d'orienter les victimes vers un soutien médical et juridique et de mener des actions de plaidoyer contre la violence fondées sur des données probantes.
- Analyse des lacunes. Identifie les raisons des lacunes et formule des plans pour y remédier tout en tirant parti des possibilités existantes pour améliorer le programme.

Rémunération/Incitations

Les travailleurs pairs doivent être rémunérés pour leur travail et, dans l'idéal, les conditions devraient être standardisées au sein d'un programme ou d'un pays.

Considérations structurelles relatives à la sensibilisation par les pairs

Bien que les programmes de sensibilisation par les pairs aident à surmonter certains des obstacles auxquels les populations clés sont confrontées en raison de la stigmatisation et de la criminalisation, les programmes eux-mêmes peuvent être confrontés à ces mêmes obstacles et les travailleurs de proximité, du fait qu'ils sont en première ligne, doivent faire face à des problèmes

de sûreté et de sécurité. Il est donc essentiel que les programmes de sensibilisation par les pairs identifient et traitent en permanence les problèmes structurels susceptibles d'affecter leur travail. Il s'agit notamment de :

- Travailler avec les communautés locales et avec les dirigeants locaux, les forces de l'ordre et d'autres personnes influentes pour faire accepter et légitimer le programme et veiller à sa protection ; cela peut inclure une formation à la sensibilisation.
- Mettre en place une structure de soutien pour les pairs éducateurs touchés par la violence et d'autres problèmes de sécurité.
- Intégrer des mesures de sûreté et de sécurité dans le programme, par l'évaluation des risques, la formation des éducateurs pairs, l'enregistrement des incidents, les procédures d'intervention en cas d'urgence et les pratiques de travail sûres.
- Veiller à ce que les données relatives aux travailleurs pairs et aux populations clés soient conservées de manière sûre et confidentielle³⁵.

- Des moyens de communication sûrs pour notifier les urgences et les incidents de sécurité pendant les activités de proximité.
- Obtenir l'accord officiel pour les activités du programme, y compris une autorisation écrite et des cartes d'identité. Cependant, cela n'est pas toujours approprié et les approches doivent être adaptées au contexte.
- Veiller à ce que les travailleurs de proximité comprennent la stigmatisation et la discrimination et soient compétents pour y remédier au niveau de la communauté, notamment en s'attaquant à la stigmatisation intériorisée parmi leurs pairs.
- Surveiller les incidents de sécurité et les violations des droits humains.
- Fournir un soutien parajuridique et un accès aux services juridiques et aux mécanismes de réparation.

Considérations budgétaires

Les points clés à prendre en compte dans la budgétisation des programmes de sensibilisation par les pairs sont les suivants :

- Un nombre suffisant d'éducateurs pairs en fonction de la population de la localité et des ratios nécessaires ; et un nombre suffisant de superviseurs pairs.
- Rémunération, remboursement des frais de déplacement et de téléphone, formation initiale, formation de mise à jour et matériel de microplanification (p. ex. formulaires, stylos/crayons, tablettes avec les coûts associés de développement/adaptation de logiciels et de connectivité), en fonction du nombre d'éducateurs pour les pairs. La formation supplémentaire peut porter sur l'intégration du traitement, les droits humains et les connaissances juridiques, la création d'une demande de test de charge virale, les nouvelles formulations de PrEP, la sûreté et la sécurité, ainsi que les défis nouveaux ou émergents pour la communauté. (p. ex. Covid-19, Mpox).
- Les activités de microplanification et de validation des sites, qui comprennent les formulaires, l'analyse des données, la rémunération et les frais de déplacement.
- Une quantité suffisante de produits tels que des préservatifs, du lubrifiant, des kits de test, des aiguilles et d'autres articles de réduction des risques. Bien que ces produits soient susceptibles d'être achetés au niveau central, il est important que les quantités nécessaires soient calculées au niveau de chaque site.

Voir l'[annexe 1](#) sur l'analyse comparative des coûts de la sensibilisation des populations clés par les pairs.

Suggestions de lecture

- Micro-planning in peer led outreach programs-a handbook (Micro-planification dans les programmes de sensibilisation par les pairs—un manuel). Un manuel basé sur l'expérience de l'initiative Avahan India AIDS. New Delhi : Bill & Melinda Gates Foundation ; 2013 ([https://docs.gatesfoundation.org/documents/Microplanning%20Handbook%20\(Web\).pdf](https://docs.gatesfoundation.org/documents/Microplanning%20Handbook%20(Web).pdf) ; consulté le 2 mars 2025).
- Bhattacharjee P, Musyoki H, Prakash R, Malaba S, Dallabetta G, Wheeler T, et al. Microplanning at scale with key populations in Kenya : optimising peer educator ratios for programme outreach and HIV/STI service utilization (Microplanification à grande échelle avec des populations clés au Kenya : optimisation des ratios de pairs éducateurs pour la diffusion du programme et l'utilisation des services VIH/SIDA). PLoS One. 2018 (<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0205056> ; consulté le 2 mars 2025).
- Impact case: developing an effective community outreach system for the key populations programme in Tanzania Global HIV Prevention Coalition, South to South Learning Network ; 2024 (https://drive.google.com/file/d/1LZsGu9nRgu2WD9EhlpQYmnr_yt6jVYTd/view ; consulté le 2 mars 2025).
- Projet de procédure opérationnelle standard pour mettre en œuvre des stratégies efficaces de sensibilisation et de microplanification menées par les communautés dans le cadre des programmes destinés aux populations clés et vulnérables en Tanzanie. Nairobi : Partenaires pour la santé et le développement en Afrique ; 2024 (<https://drive.google.com/file/d/1t7gb8ITAJgeNWK3PVyt5ghXGwpk9W8zE/view?usp=sharing> ; consulté le 2 mars 2025).
- Thompson LH, Bhattacharjee P, Anthony J, Shetye M, Moses S, Blanchard J. Une approche systématique de la conception et de l'intensification des interventions ciblées pour la prévention du VIH chez les professionnelles du sexe en milieu urbain. Karnataka Health Promotion Trust. Washington, DC : Banque mondiale ; 2012 (<https://documents.worldbank.org/pt/publication/documents-reports/documentdetail/336971468151769158/a-systematic-approach-to-the-design-and-scale-up-of-targeted-interventions-for-hiv-prevention-among-urban-female-sex-workers> ; consulté le 2 mars 2025).
- USAID, PEPFAR, Linkages, Fondation Bill & Melinda Gates, Université du Manitoba. Guide de suivi et boîte à outils pour les programmes de prévention, de soins et de traitement du VIH pour les populations clés. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2020 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/drupal/documents/resource-linkages-monitoring-tools.pdf> ; consulté le 2 mars 2025).

1.2.2. Prestation de services virtuels

De quoi s'agit-il ?

Les plateformes virtuelles ont transformé la manière dont les personnes obtiennent des informations et des services. Avec l'augmentation de la connectivité, elles ont également modifié la façon dont elles interagissent les unes avec les autres. Comme n'importe quel autre groupe, de nombreux membres des populations clés ont accès à des téléphones ou à des plateformes en ligne et les utilisent pour obtenir des informations, y compris pour se soigner, pour trouver des partenaires et des clients, pour recevoir des services de santé et pour acheter des produits liés à la santé. Cette section examine comment les espaces virtuels peuvent être développés et utilisés pour atteindre les populations clés qui ont accès à ces services dans le cadre d'une PAC. Alors que cette section se concentre sur les plateformes en ligne et virtuelles qui sont exploitées et développées par les responsables de la mise en œuvre des programmes, la section 1.2.6 Accès aux services par l'intermédiaire d'autres acteurs concerne les modalités en ligne qui sont détenues ou gérées par des tiers et qui peuvent également être exploitées dans le cadre des PAC.



Les approches en ligne peuvent être particulièrement pertinentes pour les populations clés où les rencontres en personne avec des travailleurs de proximité ou de santé comportent un risque de stigmatisation, de harcèlement ou d'arrestation.

Avec l'évolution des sites de réseautage social, ils ont créé la possibilité d'une sensibilisation ou d'une discussion plus ciblée, y compris des discussions de groupe et individuelles, des applications pour le conseil et la prise de décision et des références. Certains types de services de conseil, notamment en matière de santé mentale, peuvent également être fournis virtuellement, soit par téléphone, soit par le biais de chats en ligne et d'appels vidéo pour les personnes disposant d'un accès en ligne et d'un smartphone. En outre, les approches fondées sur l'intelligence artificielle modifient de plus en plus les modes de prestation des programmes en ligne et élargissent la gamme des services pouvant être fournis.

Quels sont les services proposés ?

Les services en ligne peuvent remplacer ou compléter les contacts en personne, et ils peuvent donc être utilisés pour fournir certains des services offerts par les services de proximité, tels que les connaissances en matière de santé et les informations sur la prévention du VIH et la réduction des risques. Comme pour les contacts avec les pairs, ils peuvent servir de passerelle vers les services physiques en indiquant où l'on peut se procurer des préservatifs ou quels établissements de santé sont réputés pour fournir des services aux populations clés.

Ils peuvent également permettre d'atteindre des communautés de populations clés beaucoup plus importantes que celles qui sont engagées dans des services en personne. Il peut s'agir de personnes qui ne révèlent pas leur statut ou leur identité, qui ne s'associent pas à des communautés de populations clés ou qui souhaitent un accès rapide et anonyme aux services liés au VIH parce qu'elles craignent une divulgation au sein de leur communauté ou en raison de différences entre les

communautés. Le soutien virtuel peut également favoriser les pratiques d'auto-administration de soins. Le tableau 4 présente les services couramment et parfois fournis par le biais de plateformes en ligne/virtuelles.

Une note d'information de 2022 de l'ONUSIDA et de l'OMS explique le potentiel de ces approches :

« La gestion de cas virtuelle (également connue sous le nom de communication ciblée avec les clients) est une intervention virtuelle utilisée pour gérer les personnes vivant avec le VIH ou d'autres maladies. Cela implique généralement l'utilisation d'outils virtuels pour soutenir les clients dans leur parcours et leur engagement

avec le système de santé après le diagnostic. La gestion virtuelle des cas peut soutenir des modèles de prestation de services différenciés tels que les services communautaires ou à domicile, y compris l'initiation et le renouvellement de la thérapie antirétrovirale et de la PrEP, les consultations et le soutien virtuels, les rappels automatisés ou dirigés par le prestataire de soins, et les chatbots. Une fois atteints, les clients intéressés peuvent être soutenus virtuellement à l'aide d'approches personnalisées et centrées sur le client pour les aider à accéder aux services. Les services peuvent être entièrement virtuels (par exemple, distribution de kits d'autotest, commande et livraison en ligne, soutien virtuel), ou ils peuvent permettre une orientation et une navigation virtuelles vers des établissements (p. ex. pour un test de confirmation après un autotest VIH ou l'initiation d'une PrEP ou d'une thérapie antirétrovirale). Ces approches peuvent être particulièrement utiles pour orienter les personnes vers des services tels que la prophylaxie post-exposition (PPE), les services d'échange d'aiguilles, la thérapie de substitution aux opiacés, le dépistage du VIH, l'identification et l'orientation des personnes présentant des symptômes d'infections sexuellement transmissibles ou du VIH, la contraception, les services de santé mentale et le soutien aux personnes victimes de violences, et pour soutenir le parcours du client depuis l'initiation de la thérapie antirétrovirale jusqu'à l'obtention de la suppression virale³⁶ ».

Tableau 4 : Services fournis par le biais de la programmation en ligne et virtuelle

| Couramment fournis par le biais de la programmation en ligne et virtuelle | Parfois fournis par le biais de programmes en ligne et virtuels (en fonction des besoins, de la formation et des rôles) |
|--|--|
| Conseils de soutien | Préservatifs et lubrifiants |
| Information et éducation qui aident les populations clés à comprendre leur santé, les risques sanitaires, les services disponibles et les droits légaux. | PrEP pour le VIH |
| Interventions visant à accroître la demande (création de la demande) de services fondés sur des données probantes en matière de VIH, d'hépatite virale et d'IST (orientation vers d'autres services) | PEP pour le VIH et les IST |
| | Dépistage (autotest du VIH) |
| | Traitement du VIH (y compris soutien à l'observance) |
| | Conseils pour les problèmes de santé mentale |
| | Lutte contre la violence |

Outre les services énumérés dans le tableau, des mécanismes en ligne peuvent également être utilisés pour faciliter l'accès aux services physiques, par exemple par le biais de réservations et d'orientations en ligne, et peuvent également permettre de recueillir les commentaires des utilisateurs sur l'attitude et les performances des prestataires.

Comment procéder ?

Comme tout le monde, les populations clés utilisent le monde en ligne de manière organique et sont susceptibles de trouver les plateformes et les services qui répondent le mieux à leurs besoins. Il est donc important de commencer par comprendre quels sites et applications sont populaires parmi les populations clés (y compris les personnes de différentes sous-catégories qui ont souvent des préférences différentes), comment ils sont utilisés et pourquoi. En outre, il est nécessaire de comprendre tout changement dans les habitudes en ligne au sein des communautés, car l'utilisation est dynamique et peut changer très rapidement. Cette compréhension est facilitée par l'engagement actif des membres des populations clés, qui est l'un des piliers de l'approche PAC.

Des outils ont été développés pour réaliser une cartographie des médias sociaux que les programmes peuvent utiliser comme base pour développer des approches en ligne³⁷.

Contrairement aux éléments physiques des PAC examinés dans ce rapport, les approches en ligne ou virtuelles ne sont pas intrinsèquement spécifiques à un lieu donné. Cela ouvre des perspectives dans la mesure où les services de conseil, les lignes d'assistance téléphonique ou les consultations peuvent tous être fournis dans le cadre d'une approche nationale, voire transnationale. Le guide ONUSIDA-OMS sur la programmation virtuelle fournit des conseils sur la manière dont les programmes peuvent travailler avec les membres des populations clés pour concevoir, planifier et fournir des services virtuels³⁷.

Si les populations clés accèdent effectivement à des services de bonne qualité auxquels elles font confiance par le biais d'approches en ligne, cela signifie qu'un programme peut augmenter les ratios requis pour la sensibilisation en personne (voir la section précédente) (Encadré 6).

Encadré 6

Prestation virtuelle pour les populations clés : un exemple de FHI 360³⁹

« Entre 2017 et 2021, FHI 360 a mis en œuvre une plateforme de sensibilisation et d'application de réservation en ligne (ORA) au Mali, au Népal et en Thaïlande. Un ensemble unique d'activités adaptées au contexte, aux besoins et aux ressources locales a été mis en œuvre pour soutenir la sensibilisation communautaire au VIH par des travailleurs de proximité en ligne, sur la base d'applications de médias sociaux populaires et de la couverture Internet dans chaque pays.

Les interventions comprenaient la création d'une demande en ligne, telle que des publicités payantes périodiques et des promotions d'influenceurs en ligne par le biais des médias sociaux.

Les interventions ont permis d'atteindre efficacement les populations prioritaires. Plus des deux tiers (69 %) des clients ayant pris rendez-vous par l'intermédiaire de l'ORA étaient des primo-testants (47 % au Mali, 81 % au Népal). Le taux de séropositivité était plus élevé que dans le cadre de l'approche traditionnelle (6,3 % contre 4,4 % en Thaïlande, 10,1 % contre 3,6 % au Népal et 15,6 % contre 11,2 % au Mali).

La sensibilisation en ligne par le biais de l'ORA a contribué aux objectifs globaux de prévention, de dépistage et de recherche de cas dans les trois pays. En Thaïlande, entre juillet 2017 et mars 2021, la sensibilisation en ligne a représenté 10 % de toutes les personnes touchées par le programme, 11 % de toutes les personnes testées pour le VIH et 15 % de toutes les personnes testées positives pour le VIH. Au Népal, entre octobre 2018 et mars 2021, la sensibilisation en ligne a représenté 9 % de toutes les personnes atteintes, 4 % de toutes les personnes dépistées au VIH et 11 % de toutes les personnes testées positives au VIH.»

Il vaut donc la peine d'investir dans la programmation en ligne au niveau national. En même temps, il est nécessaire d'établir des liens entre l'offre en ligne et les services physiques que l'utilisateur peut obtenir. Des services en ligne bien conçus peuvent y parvenir. Par exemple, les travailleurs sociaux qui gèrent un service de conseil national en ligne peuvent accéder à des informations sur les services locaux qu'ils peuvent utiliser pour orienter les utilisateurs vers ces services.

Les membres des populations clés devraient toujours être impliqués dans la conception et la mise en œuvre des services en ligne et virtuels, et les organisations dirigées par les populations clés peuvent jouer un rôle moteur dans leur mise en œuvre.

Considérations structurelles pour la programmation en ligne et virtuelle

Si les programmes en ligne et virtuels peuvent réduire les risques de stigmatisation, de discrimination et de violence auxquels sont confrontées les populations clés, cette approche n'est pas sans risques. L'anonymat offert par les interactions en ligne peut protéger les populations clés, mais peut aussi permettre aux agresseurs de cibler plus facilement les populations clés sans conséquences. La protection des données

et la confidentialité sont particulièrement importantes lorsque de grandes quantités d'informations sont collectées en ligne. Bien que ce guide n'en traite pas, il faut reconnaître que les plateformes en ligne et les personnes influentes peuvent être une source de désinformation et de mésinformation, et les programmes doivent être en mesure de contrer ces risques. Les programmes doivent donc être en mesure de contrer ces risques. Les protections possibles incluent :

- Intégration des mesures de sûreté et de sécurité dans les programmes en ligne, par la formation des travailleurs de proximité en ligne et d'autres prestataires, l'enregistrement des incidents et des menaces, les procédures d'intervention en cas d'urgence et la mise en œuvre de pratiques de travail sûres.
- Prise en compte des politiques de sécurité des données, de sûreté et de protection de la vie privée, en consultation avec les membres de la communauté, lors du développement ou de l'utilisation de plateformes virtuelles.
- Identification des inégalités d'accès aux téléphones/smartphones parmi les populations clés.
- Développement et mise en œuvre des mécanismes solides d'anonymat, de confidentialité et de protection des données dans tous les programmes en ligne.
- Surveillance des espaces en ligne privés et publics pour détecter les cas de harcèlement, d'abus, de divulgation de données personnelles, d'incitation à la haine et de désinformation, et mettre en place des mécanismes pour y répondre en toute sécurité.

Considérations budgétaires

Comme indiqué ci-dessus, il existe de nombreuses formes de programmes en ligne et virtuels, qui sont susceptibles d'être planifiés et chiffrés au niveau national plutôt que local. Les coûts associés peuvent inclure :

- Infrastructure/développement (si de nouveaux produits sont développés plutôt que d'exploiter les plateformes existantes).
- Création de contenu.
- Formation des personnes impliquées dans la sensibilisation en ligne et la fourniture d'autres services.
- Coûts de connexion à l'internet/aux données pour les responsables de la mise en œuvre et coûts associés à la fourniture d'un accès à faible coût aux populations clés.
- Équipement.
- Abonnements aux plateformes virtuelles/en ligne.
- Mesures de sûreté et de sécurité.

Il est peu probable que les produits de prévention soient budgétisés dans le cadre de la programmation virtuelle, étant donné qu'ils seraient obtenus dans des espaces physiques par l'intermédiaire de l'espace virtuel.

Suggestions de lecture

- FHI 360. Création d'espaces virtuels sûrs pour les personnes affectées par le VIH. 2022 ([https:// shortyawards.com/7th-impact/creating-virtual-safe-spaces-for-people-affected-by-hiv-providing-stigma-free-mental-health-care](https://shortyawards.com/7th-impact/creating-virtual-safe-spaces-for-people-affected-by-hiv-providing-stigma-free-mental-health-care) ; consulté le 5 mars 2025).
- Offrir des services de santé mentale aux personnes LGBTQI+ en Algérie, au Maroc et en Tunisie.
- Durham, NC : FHI 360 ; 2022 (https://unitedgmh.org/app/uploads/2025/03/ilovepdf_merged-1.pdf ; consulté le 24 novembre 2025).
- Going online to accelerate the impact of HIV programs (Aller en ligne pour accélérer l'impact des programmes VIH). Durham, NC ; FHI 360 Linkages ; 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-vision-going-online.pdf> ; consulté le 4 mars 2025).
- Quick online surveys-for planning online HIV outreach and service delivery. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-surveys-planning-online-outreach.pdf> ; consulté le 4 mars 2025).
- Social influencer outreach-for HIV programs reaching at-risk populations online. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-social-influencer-outreach.pdf> ; consulté le 4 mars 2025).
- Social media mapping-for planning online HIV outreach and service delivery (cartographie des médias sociaux pour planifier la sensibilisation au VIH et la prestation de services en ligne). Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-social-media-mapping.pdf> ; consulté le 4 mars 2020).
- Social network outreach-for HIV programs reaching at-risk populations online. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-social-network-outreach.pdf> ; consulté le 4 mars 2025).
- Safe queers. Donner aux organisations LGBTQ+ dans les zones à risque les moyens de se protéger numériquement. 2020 (<https://safequeers.org/> ; consulté le 4 mars 2025).
- Interventions virtuelles en réponse au VIH, aux infections sexuellement transmissibles et à l'hépatite virale.
- Innover-mettre en œuvre-intégrer. ONUSIDA, OMS. Policy Brief. Genève : ONUSIDA ; 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/policy-brief_virtual-interventions_fr.pdf ; consulté le 14 avril 2025).
- Guide de budgétisation et de planification des ressources pour la mise en œuvre d'interventions virtuelles dans le cadre des ripostes au VIH. Genève : OMS ; 2025 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240105713>).

1.2.3. Prestation de services par le biais d'espaces communautaires sûrs

De quoi s'agit-il ?

Les espaces communautaires sûrs sont des lieux accueillants et sécurisés où les membres des populations clés peuvent se rendre pour obtenir un soutien, un abri, des conseils et du repos, ainsi que pour bénéficier de services liés au VIH ou à d'autres aspects de la santé. Ils varient considérablement et peuvent inclure des centres d'accueil communautaires, des espaces au sein d'une organisation pour les populations clés ou d'une autre organisation de la société civile, le domicile d'un membre de la communauté, ou même une salle réservée dans un établissement de santé. L'essentiel est que les membres des populations clés puissent croire qu'il s'agit bien d'espaces sûrs. Ces espaces sont d'autant plus efficaces qu'ils sont faciles d'accès et situés dans des zones où les membres des populations clés vivent et se rassemblent.



Les espaces communautaires sûrs impliquent toujours activement des membres de la population clé en tant que personnel et bénévoles et sont souvent mis en œuvre directement par des organisations dirigées par des membres de la population clé.

Quels sont les services fournis ?

Les espaces communautaires sûrs étant des lieux dont le caractère et la capacité varient considérablement, il existe un large éventail de services qui peuvent y être dispensés, comme le montre le tableau 5. Ils permettent presque toujours de fournir, de manière permanente et sûre, certains des mêmes services que ceux fournis par les services de proximité. En outre, ils se prêtent généralement à des services de groupe ou collectifs qui contribuent à l'autonomisation de la communauté. Les espaces communautaires sûrs améliorés peuvent fournir des services cliniques, soit en engageant directement des praticiens, soit en faisant venir des médecins d'autres établissements pour effectuer des consultations programmées. Toutefois, même en l'absence d'une composante clinique, ils contribuent à accroître et à maintenir la demande de services et à augmenter la capacité des populations clés à s'organiser et à s'auto-plaider.

Tableau 5 : Services fournis par les espaces communautaires sûrs

| Couramment fournis par le biais d'espaces communautaires sûrs | Parfois fournis par l'intermédiaire des espaces communautaires sûrs (en fonction des besoins, de la formation et des rôles) |
|---|--|
| Autonomisation de la communauté | Lutte contre la violence |
| Préservatifs et lubrifiants | Réduction des risques (PS, OAMT et naloxone) |
| Conseils de soutien | PrEP et PEP |
| Information et éducation pour aider les populations clés à comprendre leur santé, les risques sanitaires, les services disponibles et les droits légaux | Dépistage du VIH (y compris l'autodépistage) |
| | Traitement du VIH/autre traitement (soutien à l'observance) |
| | Interventions sanitaires plus larges |
| Orientation vers d'autres services | Conseils pour les problèmes de santé mentale |

Comment procéder ?

Comme toujours, le point de départ de la création d'un espace sûr est la communauté elle-même. Les membres des populations clés doivent identifier l'emplacement, l'accessibilité, l'aménagement et les caractéristiques de l'espace (p. ex. heures d'ouverture, installations) et, pour ce faire, ils doivent être tenus informés des ressources disponibles. Ils peuvent également identifier des lieux existants, y compris des endroits où la communauté se réunit déjà, le domicile d'un membre de la communauté ou un établissement de santé qui soutient et accueille les populations clés, qui peuvent être adaptés pour servir d'espace sûr.

En raison du large éventail de services pouvant être fournis par un espace communautaire sûr, il convient de réévaluer régulièrement la possibilité d'ajouter ou de modifier ce qu'il offre. Il convient de maintenir des liens étroits entre les espaces sûrs et les programmes de sensibilisation. En effet, les espaces communautaires sûrs servent souvent d'espaces de planification et de réunion pour les travailleurs de proximité, et peuvent servir de lieu de stockage pour les préservatifs, le lubrifiant, etc.

Considérations structurelles pour les espaces communautaires sûrs

Il convient de veiller tout particulièrement à ce que les espaces sûrs soient sécurisés, à ce qu'ils garantissent le respect de la vie privée et à ce qu'ils soient acceptés au sein des communautés. Ils peuvent être confrontés aux mêmes problèmes que ceux qu'ils sont censés résoudre en premier lieu. Il est essentiel de s'assurer que les espaces sûrs et les activités qui y sont menées sont légaux, reconnus et soutenus par les autorités locales et les forces de l'ordre, en particulier dans les environnements fortement stigmatisés et criminalisés, afin d'éviter que les espaces de sécurité n'attirent l'attention de manière négative.

Les espaces sûrs doivent être dotés de protocoles de sécurité, y compris de mesures de sécurité et de méthodes de travail sûres, ainsi que de la confidentialité. Ils doivent être situés dans des endroits qui ne les rendent pas plus vulnérables aux critiques ou aux attaques de la communauté au sens large, des dirigeants et des autorités locales.

Considérations budgétaires

Il est nécessaire de maintenir les coûts des espaces sécurisés à un niveau minimum, en particulier s'ils sont intégrés dans des lieux ou des installations existants. Toutefois, les principales considérations à prendre en compte pour un espace sûr de base sont les suivantes :

- Loyer.
- Remise en état.
- Ameublement.
- Services publics.
- Espace de stockage.
- Installations appropriées pour la prestation de services cliniques lorsque ceux-ci sont inclus.
- Personnel (des travailleurs sociaux rémunérés et d'autres membres de la communauté peuvent participer au personnel de l'espace sûr).
- Communication et accès à l'internet.
- Des mesures de sécurité physique, le cas échéant, y compris du personnel de sécurité et une surveillance par télévision en circuit fermé.
- Bien que les produits tels que les préservatifs, le lubrifiant, les kits de test, les aiguilles et autres produits de réduction des risques soient susceptibles d'être achetés au niveau central, il est important que les volumes nécessaires soient calculés au niveau du site afin que des quantités suffisantes soient disponibles à chaque endroit

D'autres considérations peuvent inclure des besoins de renforcement des capacités, par exemple pour mettre en place des cliniques de jour ou des ateliers avec les membres de la communauté.

Lorsque les espaces de sécurité communautaires sont mis en place ou gérés par des organisations communautaires, il est essentiel que des investissements soient réalisés pour renforcer les capacités de gestion et de gouvernance de ces organisations.

Suggestions de lecture

Trust and choice : Increasing access to HIV services for LGBT people in Mozambique & Uganda (Confiance et choix : améliorer l'accès aux services VIH pour les personnes LGBT au Mozambique et en Ouganda). Brighton : Frontline AIDS ; 2021 (<https://frontlineaids.org/wp-content/uploads/2021/04/FLA-LGBT-Platform-Guide-EN-WEB.pdf> ; consulté le 4 mars 2025).

ICAP en RDC fournit des services de santé en matière de VIH et des espaces de soutien et de sécurité aux populations clés.

New York: ICAP Columbia University; 2024 (<https://icap.columbia.edu/news-events/icap-in-drc-provides-hiv-health-services-and-supportive-safe-spaces-to-key-populations/> ; consulté le 4 mars 2025).

Mathews C, Duby Z, Bunce B, van Blydenstein N, Bergh K, Ambrose A, Safe spaces for beneficiaries of a combination HIV prevention intervention for adolescent girls and young women in South Africa: access, feasibility, and acceptability. BMC Publ Health. 2022;21:22(1):1026 (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9123612/> ; consulté le 4 mars 2025).

Répondre aux besoins des populations clés : exemples d'innovations et de bonnes pratiques en matière de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins du VIH. Genève : OMS ; 2017 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255610/9789241512534-fra.pdf?sequence=1> consulté le 4 mars 2025).

1.2.4. **Prestation de services par l'intermédiaire d'établissements de santé**

De quoi s'agit-il ?

Les établissements de santé comprennent les centres de soins primaires ou les cliniques spécialisées au sein des hôpitaux (p. ex. les services spécialisés dans les maladies infectieuses ou le VIH, les cliniques de traitement des IST, de planification familiale, de réduction des risques ou de traitement de la dépendance). Ils constituent une partie essentielle d'une plateforme d'accès de confiance pour les populations clés, en particulier lorsque les services



cliniques sont fournis de manière limitée ou ne sont pas fournis du tout par le biais d'espaces communautaires sûrs ou de services cliniques mobiles. Pour faire partie d'une plateforme d'accès de confiance, un établissement de santé doit être compétent pour les populations clés. L'encadré 7 décrit les caractéristiques d'un tel établissement.

Encadré 7

Qu'est-ce qu'un établissement de santé compétent pour les populations clés ?

Un établissement de santé compétent pour les populations clés :

- Bénéficie de la confiance des utilisateurs des populations clés qui peuvent accéder à la clinique sans craindre d'être maltraités.
- Implique les leaders/pairs des populations clés dans la conception, la prestation et le suivi des services.
- Fournit des services de qualité en matière de VIH et de santé sexuelle et reproductive qui répondent aux besoins des populations clés.
- Respecte la confidentialité et l'intimité des utilisateurs des services (p. ex. salles de consultation/espaces d'attente privés, absence de signes/étiquettes/matériels susceptibles d'entraîner une stigmatisation, etc.)
- Fournit des services sans jugement, coercition ou discrimination et sans exiger des utilisateurs qu'ils cessent d'avoir des comportements considérés comme « risqués ».
- A des horaires d'ouverture adaptés aux besoins des populations clés.

- Met en place des mesures de sécurité pour protéger les locaux, le personnel et les utilisateurs des services.
- Recueille et stocke les données confidentielles des utilisateurs du service de manière sûre et sécurisée afin de garantir la confidentialité et l'anonymat.
- Dispose d'un système pour réagir et répondre à la stigmatisation, à la discrimination et à la violence qui se produisent dans les locaux.
- Contrôle régulièrement l'accès aux services afin d'évaluer la disponibilité, l'adéquation, l'acceptabilité et la qualité de la prestation de services.
- Il peut s'agir d'établissements de santé autonomes (publics ou privés) ou d'organisations non gouvernementales ou communautaires (c'est-à-dire sans but lucratif).

Les programmes destinés aux populations clés comprennent souvent des cliniques spécialisées qui sont créées et gérées presque entièrement au profit de ces groupes. Cette approche peut être très efficace, mais elle n'est viable que si le programme dispose de ressources suffisantes, si un grand nombre de populations clés ont besoin de ce type de service et si un tel établissement peut fonctionner en toute sécurité et dans le respect de la loi. Les centres spécialisés peuvent être vulnérables aux fluctuations de financement et aux problèmes de sécurité au niveau de la communauté, en particulier s'ils sont associés au service de populations fortement stigmatisées.

Les établissements de santé publics ou privés existants peuvent faire partie d'une PAC pour les populations clés à condition qu'ils soient compétents pour les populations clés, qu'ils soient adaptés pour fournir les services dont les populations clés ont besoin, à des moments appropriés et d'une manière confidentielle et non stigmatisante (figure 7). Les membres des différentes populations clés choisissent parfois des établissements publics en qui ils ont confiance pour offrir des soins sûrs et non discriminatoires, mais il est souvent nécessaire de fournir une formation et des intrants pour s'assurer que ces établissements sont compétents pour les populations clés.

Les caractéristiques des établissements publics et privés diffèrent considérablement d'un lieu ou d'une juridiction à l'autre. La plupart des établissements privés sont indépendants, mais certains peuvent faire partie d'un réseau plus large ou d'un mécanisme d'assurance maladie. Les membres des populations clés préfèrent parfois les établissements privés, en particulier lorsqu'ils peuvent offrir des services plus discrets et de la confidentialité. En même temps, les établissements privés n'offrent pas toujours une gamme complète de services et il existe souvent des obstacles financiers considérables à leur utilisation. Les programmes peuvent collaborer avec les établissements privés pour leur permettre de fournir des services subventionnés ou gratuits aux populations clés, par exemple en couvrant les primes d'assurance ou en remboursant les utilisateurs de services qui remplissent certains critères.

De même, les centres de soins de santé primaires et les établissements publics spécialisés (p. ex. ceux qui se concentrent sur les maladies infectieuses, le VIH ou la toxicomanie) ont des capacités et un potentiel différents pour servir les populations clés.

Quels sont les services fournis ?

Tableau 6 : Services fournis par les établissements de santé

| Généralement fournis par les établissements de santé | Parfois fournis par les établissements de santé (en fonction des besoins, de la formation et des rôles) |
|--|--|
| Préservatifs et lubrifiants | Réduction des risques (PS, OAMT et naloxone) |
| Dépistage (VIH, IST, hépatite) | Lutte contre la violence |
| Traitement (y compris soutien à l'observance) | Conseils de soutien |
| Soins d'urgence post-violence/traumatisme | Information et éducation pour aider les populations clés à comprendre leur santé, les risques sanitaires, les services disponibles et les droits légaux. |
| PEP et PrEP | Création d'une demande de services |
| Interventions sanitaires plus larges | Conseils pour les problèmes de santé mentale |
| Orientation vers d'autres services | |

Les cliniques dédiées aux populations clés fournissent souvent un ensemble spécifique de services liés au VIH et à la santé sexuelle, en particulier si elles sont entièrement financées par des programmes de lutte contre le VIH et si les ressources ne permettent pas d'adopter une approche plus large. Cela dépend également des capacités et des spécialités cliniques du personnel travaillant dans l'établissement. Cependant, n'importe quel établissement de santé peut potentiellement fournir un ensemble plus large d'interventions et de services, y compris un soutien à l'auto-administration de soins (tableau 6).

Les établissements publics ou privés qui ne se consacrent pas uniquement aux populations clés offrent souvent une gamme plus large de services ou, comme dans le cas d'un centre public intégré de santé sexuelle et de planning familial, organisent l'orientation vers d'autres spécialités au sein du même établissement, même si elles ne sont pas directement couvertes par le financement du programme en faveur des populations clés. Cela permet de répondre aux besoins de santé plus larges de l'utilisateur du service.

Les populations clés étant invitées à surveiller régulièrement leur état de santé, les programmes peuvent opter pour un système de contrôle trimestriel ou semestriel. Les bilans de santé sexuelle réguliers donnent aux cliniciens l'occasion de dépister, de traiter et de suivre le VIH et les IST ; dans l'idéal, d'autres problèmes de santé courants sont également couverts.

Pour les populations clés sous PrEP ou thérapie antirétrovirale, des visites régulières sont nécessaires pour la gestion clinique, le conseil et les renouvellements—la fréquence des visites dépend des produits et des schémas utilisés, et peut également être réduite pour les patients stables.

Les personnes qui s'injectent des drogues et utilisent des services de réduction des risques, ainsi que les personnes sous traitement antituberculeux, peuvent avoir besoin d'une présence beaucoup plus fréquente. Il existe des exemples où la fréquentation régulière d'une clinique contribue à réduire la stigmatisation, bien que l'approche exacte adoptée doive être guidée par les préférences des populations clés elles-mêmes. L'OMS met régulièrement à jour les recommandations sur la nécessité de se

rendre dans les cliniques pour différents types de services, sur la base des recherches les plus récentes. En outre, les directives nationales déterminent souvent les exigences.

Comment procéder ?

Comme pour tous les éléments décrits ci-dessus, les principes fondamentaux de la collaboration avec les établissements de santé sont la confiance et l'accès. Le point de départ de la collaboration avec les établissements existants en vue d'obtenir un accès fiable pour les populations clés est l'implication des utilisateurs des services dans le processus. Les membres des populations clés donneront des indications sur leurs préférences, les services dont ils ont besoin, les lieux et les heures d'ouverture, ainsi que sur les préoccupations à prendre en compte concernant le comportement et les attitudes du personnel de santé, la non-discrimination, la sécurité et la confidentialité. Cet engagement avec les utilisateurs des services visés doit être continu, avec des procédures de retour d'information telles que le suivi communautaire, les observatoires, les réunions de retour d'information communautaire et les mécanismes de retour d'information en ligne.

Le développement de la confiance de la communauté dans un établissement de santé nécessite d'investir dans la sensibilisation et la formation du personnel de l'établissement, y compris le personnel clinique, administratif et de sécurité, et d'adopter des politiques contre la discrimination. Il peut également s'agir d'investir pour rendre l'établissement plus accessible, par exemple en prolongeant les heures d'ouverture ou en créant des entrées/sorties ou des salles d'attente séparées pour les populations clés. Des journées cliniques spéciales pour différents groupes de population clés ou des journées consacrées à la santé familiale peuvent contribuer à instaurer un climat de confiance.

Lorsque les ressources le permettent, investir dans la capacité des établissements de santé (qu'ils soient dédiés aux populations clés ou destinés au public en général) à fournir une gamme plus large de services de santé peut améliorer leur compétence ou leur convivialité à l'égard des populations clés. Les services supplémentaires peuvent inclure les soins d'affirmation du genre, la réduction des risques, la santé anale, les conseils sur la réduction des risques liés au chemsex et la mise à jour des nouvelles formulations et des nouveaux schémas de prévention et de traitement du VIH. Les établissements doivent disposer d'un approvisionnement fiable de tous les produits et équipements nécessaires à la prestation de ces services.

L'implication des membres des populations clés dans la prestation de services au sein d'un établissement de santé fait également partie des compétences des populations clés. Des membres des populations clés formés peuvent fournir une gamme de services dans l'établissement, y compris tous les rôles décrits pour les travailleurs de proximité, et ils peuvent également assurer une bonne orientation, un suivi et une coordination entre les établissements de santé et les services communautaires et en ligne inclus dans la plateforme.

Dans un lieu donné (ville ou quartier), plusieurs établissements de santé peuvent faire partie d'une PAC. Le fait d'inclure à la fois une clinique spécialisée et une clinique publique élargit le choix des populations clés et peut également augmenter la gamme de services auxquels elles ont accès.

Considérations structurelles pour les établissements de santé

La stigmatisation et la discrimination à l'égard des populations clés peuvent être particulièrement prononcées dans les établissements cliniques. Dans des environnements très stigmatisants ou criminels, les membres des populations clés ont très peu confiance dans le fait qu'ils seront traités correctement et de manière confidentielle. C'est la raison pour laquelle des structures spécialisées ont souvent été adoptées dans le cadre des programmes destinés aux populations clés. Lorsque l'on travaille avec des établissements publics ou privés, il faut veiller à ce que les obstacles soient levés. Sinon, les populations clés ne leur feront pas confiance et ne les utiliseront pas. Outre la participation active des membres des populations clés, les aspects suivants doivent être pris en compte dans le cadre de la collaboration avec tout type d'établissement de santé :

- Aborder les obstacles juridiques tels que l'obligation de signaler toute activité illégale.
- Lutter contre les attitudes stigmatisantes et discriminatoires de l'ensemble du personnel (clinique, administratif et autres) à l'égard des populations clés par la sensibilisation et la formation, ainsi que par des politiques et des mécanismes de responsabilisation pertinents au sein des établissements de santé.
- Surveiller et examiner régulièrement les incidents et les menaces.
- Sûreté et sécurité, y compris des mesures de sécurité physique, afin de protéger les installations.
- Garantir les autorisations d'exploitation par le biais d'accords avec les responsables de la santé et les autorités locales.
- S'assurer que toutes les activités menées sont légales, en particulier dans les environnements où la législation peut criminaliser les activités qui soutiennent les populations clés.
- Compréhension et acceptation de la part de la communauté dans son ensemble ; dans le cas de cliniques spécialisées, cela peut inclure des journées portes ouvertes et veiller à ce que les services ne soient pas perçus comme étant exclusifs aux populations clés.
- Recevoir les commentaires des utilisateurs des services et y répondre (par exemple, par le biais d'un suivi communautaire, d'observatoires, de consultations, etc.)

Considérations budgétaires

Les considérations budgétaires varient considérablement selon que l'établissement appartient à un programme ou qu'il est créé par lui (par exemple une clinique dédiée aux populations clés), ou qu'il s'agit d'un établissement public ou privé existant. Les éléments clés à prendre en compte sont les suivants :

- Espace pour la prestation de services cliniques (clinique autonome ou partagée avec un espace sécurisé/centre d'accueil) si l'orientation vers un service n'est pas utilisée.
- Équipement (p. ex. table d'examen, lumière, équipement de diagnostic et réactifs, spéculums ou anosopes, installations de stérilisation et d'élimination, équipement et matériel d'enregistrement des données).

- Médicaments (pour les IST et le VIH ; de préférence aussi pour le planning familial et les affections générales courantes).
- Préservatifs, lubrifiants, aiguilles et seringues pour la distribution dans les cliniques.
- Formation et ressources nécessaires pour garantir et maintenir des services exempts de discrimination et de stigmatisation.
- Pour les références fiables : formation des prestataires de soins de santé, suivi de la qualité et de l'acceptabilité de la prestation de services, suivi et soutien de la mise en relation avec des prestataires fiables et de la rétention dans les soins.
- Mise en place d'un système de réservation électronique et création de réseaux d'orientation pour un engagement virtuel/en ligne.
- En fonction de l'option de prestation de services : salaires ou honoraires des cliniciens, espace clinique, équipement de diagnostic de base et réactifs, médicaments, contrôles de qualité et fournitures.
- Les programmes qui s'appuient uniquement sur l'orientation de confiance vers les établissements de santé existants auront probablement des coûts d'infrastructure et d'approvisionnement moins élevés, mais ils devront investir davantage dans des mécanismes garantissant que des orientations ont lieu, qu'elles sont suivies et qu'elles sont de bonne qualité, ainsi que dans l'établissement et la garantie de la confiance de la population clé dans le service.
- Capacités pour d'autres services de santé, de réduction des risques (p. ex. OAMT) ou d'affirmation du genre que les populations clés souhaitent et dont elles ont besoin, et qui ne seront pas nécessairement couverts par un financement spécifique au VIH. En outre, certains établissements peuvent être en mesure de générer des revenus qui contribuent à la durabilité en proposant des procédures non urgentes sur la base d'un paiement à l'acte qui génère des revenus (p. ex. élimination des verrues, épilation au laser, etc.)

Suggestions de lecture

FHI (Bureau national de l'Inde). Manuel de supervision des cliniques STI. Comprehensive STI services for sex workers in Avahan-supported clinics in India (Services complets de prise en charge des IST pour les travailleurs du sexe dans les cliniques soutenues par Avahan en Inde). Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2008 (https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/documents/STI_Clinic_Supervisory_Handbook.pdf ; consulté le 4 mars 2025).

Kidd R, Clay S, Stockton M, Nyblade L. Facilitator's training guide for a stigma-free health facility : training menus, facilitation tips, and participatory training modules. Washington, DC: Health Policy Project; 2015 (https://www.healthpolicyproject.com/pubs/281_SDTrainingGuide.pdf ; consulté le 4 mars 2025).

Liens. Health4All. Former les agents de santé à la fourniture de services VIH de qualité et sans stigmatisation pour les populations clés. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2018 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-h4all-2018.pdf> ; consulté le 4 mars 2025).

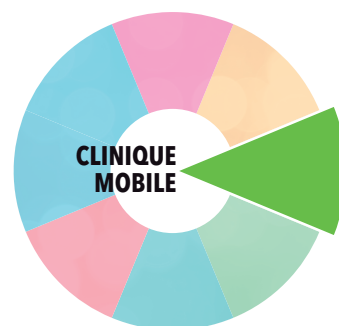
Manuel sur les populations clés à l'intention des prestataires de soins de santé. Harare : ministère de la santé et de la Protection de l'Enfance ; 2018 (<https://www.prepwatch.org/wp-content/uploads/2022/07/KP-Manual-Health-Providers-2018.pdf>, consulté le 4 mars 2025).

Dayton R, Morales GJ, Dixon KS. Formation des travailleurs de la santé : prévenir et répondre à la violence contre les populations clés. Durham, NC: FHI 360; 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-hcw-training-manual.pdf> ; consulté le 4 mars 2025).

1.2.5. **Prestation de services par le biais de cliniques de santé mobiles/ cliniques de proximité**

De quoi s'agit-il ?

Les cliniques mobiles sont un moyen de fournir des services cliniques qui conviennent aux populations clés. Installées dans un véhicule adapté, elles peuvent se rendre sur les sites où les membres des populations clés se rassemblent, à des heures qui leur conviennent. Les cliniques de proximité sont des cliniques temporaires installées dans des lieux où les populations clés se rassemblent. Elles sont installées pour une courte période dans un lieu physique (par exemple, un bar ou un club) à des heures qui conviennent aux populations clés. Ces deux modèles sont particulièrement utiles dans les situations où il n'y a pas d'autres installations à proximité ou lorsque les installations existantes n'offrent pas un accès fiable aux services pour les populations clés.



Quels sont les services offerts ?

Les cliniques mobiles ou de proximité peuvent fournir un ensemble de services similaires à ceux des établissements de santé fixes, bien que le contenu exact dépende des ressources, du temps disponible, etc. Elles peuvent aussi parfois pratiquer des interventions chirurgicales simples. Le tableau 7 décrit les services couramment et parfois fournis par ces structures.

Tableau 7 : Services fournis par les cliniques mobiles ou de proximité

| Couramment fournis par des cliniques mobiles ou de proximité | Parfois fournis par les cliniques mobiles ou de proximité en fonction des besoins, de la formation et des rôles |
|---|--|
| Préservatifs et lubrifiants | Réduction des risques (PS, OAMT et naloxone) |
| Dépistage (y compris soutien à l'autodiagnostic) | Interventions sanitaires plus larges |
| Traitement (y compris soutien à l'observance) | Conseils de soutien |
| PrEP | L'information et l'éducation qui aident les populations clés à comprendre leur santé, les risques sanitaires, les services disponibles et les droits légaux. |
| Création d'une demande de services | |
| l'orientation vers d'autres services. | |

Comment procéder ?

Les cliniques mobiles ou les cliniques de proximité sont utilisées dans de nombreux contextes différents, en particulier pour desservir les zones reculées. Lorsque ces ressources sont disponibles, elles peuvent également permettre d'atteindre les populations clés. Plus rarement, ces installations sont entièrement financées par le budget d'un programme destiné aux populations clés, bien que cela ne soit probable que lorsque les programmes disposent de ressources considérables.

L'engagement des populations clés est nécessaire pour déterminer si les cliniques mobiles sont acceptables et si elles auront la confiance des populations clés, ainsi que les modalités telles que le calendrier, l'emplacement et l'accès sécurisé pour éviter la stigmatisation et soutenir l'adhésion.

Il est important d'assurer un suivi continu pour veiller à ce que les lieux utilisés pour les services mobiles continuent d'être sûrs et dignes de confiance, et pour identifier de nouveaux lieux potentiels au fur et à mesure qu'ils se présentent.

Les cliniques mobiles devraient travailler en étroite collaboration avec d'autres éléments de la plateforme, en particulier les composantes de proximité, afin que les besoins de la population soient bien compris et satisfaits. En effet, les travailleurs de proximité facilitent et soutiennent souvent les visites des cliniques de proximité, par exemple en mobilisant les membres de la communauté dans la zone où la clinique mobile est implantée. Lorsque des cliniques mobiles sont utilisées, elles doivent être incluses dans les filières d'orientation et dans les systèmes de données et de suivi du programme.

Les cliniques mobiles peuvent être incluses dans une PAC aux côtés des établissements de santé afin d'augmenter les options pour les populations clés et de garantir que les services à haute fréquence sont plus facilement disponibles.

Considérations structurelles pour les cliniques mobiles

Les cliniques mobiles peuvent contribuer à éviter les obstacles structurels liés à la dépendance à l'égard des établissements de santé. Cependant, elles peuvent elles-mêmes être la cible de la stigmatisation, de la discrimination et de la violence. Les considérations structurelles sont similaires à celles des établissements de santé :

- Aborder les obstacles juridiques, tels que l'obligation de signaler toute activité illégale.
- Lutter contre les attitudes stigmatisantes et discriminatoires de l'ensemble du personnel (clinique, administratif et autres) à l'égard des populations clés par la sensibilisation et la formation, ainsi que par des politiques et des mécanismes de responsabilisation pertinents au sein des établissements de santé.
- Choisir des horaires pour les visites des cliniques mobiles/de proximité qui minimisent les risques de sécurité.
- Suivre et examiner régulièrement les incidents et les menaces.
- Sûreté et sécurité, y compris les mesures de sécurité physique et les protocoles d'urgence.
- Obtenir l'autorisation d'opérer par le biais d'accords avec les responsables de la santé et les autorités locales, y compris la préparation d'un calendrier de visites de cliniques.

- S'assurer que toutes les activités menées sont légales, en particulier dans les environnements où la législation peut criminaliser les activités qui soutiennent les populations clés.
- Comprendre et accepter la communauté dans son ensemble.
- Recevoir les réactions des utilisateurs des services et y répondre (par exemple, par le biais d'un suivi communautaire, d'observatoires, de consultations, etc.)

Considérations budgétaires

Étant donné que les cliniques mobiles sont généralement établies dans le cadre d'un programme destiné aux populations clés, leur coût doit être entièrement évalué, y compris un grand nombre des éléments qui doivent être évalués pour les établissements de santé, ainsi que l'équipement mobile lui-même :

- Installation mobile. Véhicule adapté, mobilier, abris/tentes, carburant et entretien, stockage en toute sécurité.
- Équipement (p. ex. table d'examen, lampe, équipement de diagnostic et réactifs, spéculums ou anoscope).
- Médicaments (pour les IST et le VIH ; de préférence aussi pour la planification familiale et les affections générales courantes).
- Formation et ressources nécessaires pour assurer et maintenir des services exempts de discrimination et de stigmatisation.
- Préservatifs, lubrifiants, aiguilles et seringues pour la distribution dans les dispensaires.
- Pour les références fiables, la formation des prestataires de soins de santé, le suivi de la qualité et de l'acceptabilité de la prestation de services, ainsi que le suivi et le soutien des liens avec les prestataires de confiance et le maintien des soins.
- En fonction de l'option de prestation de services, salaires ou honoraires des cliniciens, espace clinique (pouvant faire partie de l'espace sécurisé), équipement de diagnostic de base, réactifs, médicaments et fournitures.
- Conducteurs.
- Personnel de sécurité.

Suggestions de lecture

Rousseau E, Julies RF, Madubela N, Kassim S. Novel platforms for biomedical HIV prevention delivery to key populations-community mobile clinics, peer-supported, pharmacy-led PrEP Delivery, and the use of telemedicine. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2021;18:6 (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8549812/>).

Differentiated service delivery for key populations—men who have sex with men, sex workers, transgender people, people who inject drugs and prisoners and other people living in closed settings: A background review. 2016 (<https://www.differentiatedservicedelivery.org/wp-content/uploads/2022/05/DSD-Key-populations-review.pdf>).

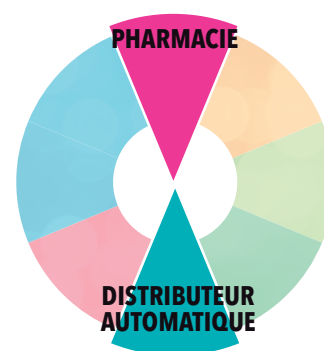
Rousseau E, Bekker L, Julies R, Celum C, Morton J, Johnson R, Baeten JM, O'Malley G. A community-based mobile clinic model delivering PrEP for HIV prevention to adolescent girls and young women in Cape Town, South Africa. *BMC Health Serv Res* 2021;21:888 (<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-06920-4>).

1.2.6. Accès aux services par le biais d'autres acteurs

De quoi s'agit-il ?

Puisque l'approche PAC vise à maximiser l'utilisation des actifs existants dans la communauté, de nombreuses autres entités ou acteurs peuvent être inclus :

- Pharmacies.
- Bars et clubs.
- Distributeurs automatiques.
- Boutiques en ligne.



Ce qu'ils ont en commun, c'est qu'il peut s'agir d'entreprises ou d'établissements privés, et qu'ils ne sont donc pas nécessairement planifiés par ou sous le contrôle direct d'un programme pour les populations clés ou dépendant du financement d'un programme, bien qu'il soit également possible que les distributeurs automatiques ou les boutiques en ligne soient planifiés dans le cadre d'une approche de programme ou d'un partenariat public-privé.

Puisqu'ils sont indépendants des programmes pour les populations clés, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour garantir que les populations clés souhaitant utiliser des services dans ou à partir de ces entités puissent le faire en toute sécurité (voir la section sur les aspects structurels).

Quels sont les services disponibles ?

Étant donné que ces autres prestataires sont des tiers, ils peuvent potentiellement fournir de nombreux services, comme le montre le tableau 8. Toutefois, comme il s'agit de tiers et non de parties planifiées d'un programme, ce qu'ils fourniront dépendra en grande partie de chaque entité.

Tableau 8 : Services disponibles par l'intermédiaire d'autres acteurs

Services potentiellement disponibles par l'intermédiaire d'autres acteurs

- Information et éducation qui aident les populations clés à comprendre leur santé, les risques sanitaires, les services disponibles et les droits légaux.
- Création d'une demande de services.
- Orientation vers les services.
- Préservatifs et lubrifiants.
- PrEP/PEP.
- Dépistage du VIH (y compris soutien à l'autodépistage).
- Traitement (renouvellement, soutien à l'observance).
- Contraception.

Comme pour l'ensemble des prestataires de services décrits ci-dessus, certains d'entre eux, en particulier les pharmacies, peuvent également être en mesure de soutenir les pratiques d'auto-administration de soins.

Comment procéder ?

Travailler avec d'autres prestataires dans le cadre d'une approche PAC, c'est établir un partenariat avec un éventail plus large d'acteurs dans un lieu de programme. Les populations clés elles-mêmes sont capables d'identifier les organisations ou les entités qui peuvent répondre à leurs besoins d'une manière non stigmatisante et sûre. Les programmes devraient donc suivre l'exemple des populations clés et s'en servir comme base pour intégrer ces entités dans la plateforme et élargir les services qu'elles peuvent fournir. Les travailleurs de proximité pairs sont souvent bien placés pour agir en tant qu'intermédiaires auprès de ces entités afin de négocier une collaboration.

Cela implique de travailler avec les propriétaires d'établissements de divertissement pour assurer un approvisionnement constant en préservatifs, ou de travailler avec les pharmacies pour améliorer l'orientation des patients en formant le personnel des pharmacies au dépistage de base et au travail avec les populations clés d'une manière non stigmatisante. Il pourrait également s'agir de placer des produits subventionnés dans ces lieux.

Il n'y a pas d'approche correcte pour travailler avec cette catégorie de prestataires ; il s'agit plutôt d'identifier le potentiel d'élargissement de la gamme de services et d'options sûrs et fiables pour les populations clés.

Des collaborations avec ces acteurs peuvent être établies et formalisées, par exemple par le biais d'un protocole d'accord ou d'un partenariat public-privé. Dans certains pays, des considérations réglementaires doivent être respectées, en particulier si ces acteurs extérieurs au programme sont engagés dans des activités réglementées (p. ex. l'utilisation/le placement de distributeurs automatiques doit généralement garantir un stockage sûr et approprié des produits et peut devoir garantir le respect des restrictions d'âge pour les personnes ayant accès aux produits) (encadré 8).

Encadré 8

Les pharmacies : une ressource communautaire sous-utilisée pour un accès de confiance⁴⁰

Les pharmacies sont un atout sous-utilisé dans les communautés et peuvent constituer un élément précieux d'une PAC. Les membres des populations clés font souvent confiance à un pharmacien local pour les conseiller discrètement sur le VIH, la santé sexuelle et les services de santé en général, et pour leur fournir des préservatifs et du lubrifiant.

En outre, l'empreinte des pharmacies communautaires est très large, car elles sont plus nombreuses et plus accessibles que les établissements de santé. Dans les endroits où il n'existe pas de programmes destinés aux populations clés, le personnel des pharmacies a souvent une très bonne connaissance des besoins et des risques sanitaires de la population locale.

Au Mozambique, le programme EpiC a intensifié le travail avec les pharmacies privées afin d'élargir l'accès à une série de services pour les populations clés, notamment le dépistage des IST, les préservatifs, les lubrifiants, l'autodiagnostic du VIH, la PEP, la PrEP, le dépistage et la prise en charge de la violence/des violences basées sur le genre et le planning familial, ainsi que les services essentiels et le suivi liés au traitement antirétroviral. Des membres clés de la population ont participé à la sélection et à la formation des pharmaciens privés.

Considérations structurelles pour travailler avec d'autres prestataires

Comme les autres prestataires sont souvent choisis par les membres des populations clés eux-mêmes, il existe déjà par définition un certain degré de confiance et d'accès. Cependant, les environnements sont dynamiques et de nouvelles orientations politiques et juridiques peuvent influencer la capacité et la volonté de ces acteurs indépendants de continuer à répondre aux besoins des populations clés. Les moyens d'atténuer ces risques sont les suivants :

- Dialogue avec les prestataires sur l'importance pour la santé publique des programmes destinés aux populations clés et sur l'environnement de ces populations.
- Fourniture d'informations correctes et actualisées sur les changements juridiques, en particulier dans les environnements où la législation peut être perçue comme imposant des restrictions au travail avec les populations clés ou à la fourniture de services à ces dernières.
- Fourniture de subventions, de matériel et de formations pour encourager les prestataires à rester engagés dans l'effort global.
- Veiller au respect des réglementations et des conditions locales.
- Développement d'accords formels/mémoires d'entente afin de renforcer et de maintenir la collaboration.
- Recevoir et répondre au retour d'information des utilisateurs des services (p. ex. par le biais d'un suivi communautaire, d'observatoires, de consultations, etc.)

Considérations budgétaires

Comme indiqué ci-dessus, cette catégorie de prestataires est indépendante et probablement établie en dehors du contexte d'un programme. De nombreux services sont susceptibles d'être fournis sur une base commerciale. Néanmoins, si des ressources sont disponibles, certains investissements

peuvent contribuer à rendre plus efficace la collaboration public-privé avec ces prestataires, par exemple :

- Fourniture de produits et de matériel de prévention ; subventions permettant au prestataire de fournir ces produits aux populations clés à un coût faible ou nul ; ou collaboration avec les organismes nationaux d'assurance maladie pour permettre le remboursement.
- Formation à la santé publique et aux nouvelles interventions.
- Systèmes de récompense pour les prestataires qui sont bien notés par les populations clés.

Suggestions de lecture

- Bateganya M. Experiences and lessons in optimizing decentralized drug distribution for key populations. Differentiated service delivery for key populations—réunion virtuelle. Durham, NC : FHI 360 ; 2021 (https://cquin.icap.columbia.edu/wp-content/uploads/2021/08/Bateganya_CQUIN-Key-Pops-Meeting_Final-8_25.pdf ; consulté le 6 mars 2025).
- Crawford ND, Harrington KRV, Chandra C, Alohan DI, Quamina A, Beck O. et al. Feasibility of reaching populations at high risk for HIV in community pharmacies. JAPhA. 2024;64;6;102239 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S154431912400267X> ; consulté le 6 mars 2025).
- Lalla-Edward S ; Venter W. Feasibility and impact of community pharmacy and novel pick-up points for antiretroviral therapy pre-exposure prophylaxis initiation and continuation in low and middle-income countries. Curr HIV/AIDS Rep. 2024;16:22:1:2 (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11568023/#:~:text=Likewise%2C%20novel%20pick%2Dup%20points,injecting%20drug%20users%205B33%5D> ; consulté le 6 mars 2025).
- Rousseau E, Julies RF, Madubela N, Kassim S. Biomedical HIV prevention delivery to key populations-community mobile clinics, peer-supported, pharmacy-led PrEP delivery, and the use of telemedicine. Current HIV/AIDS Rep. 2021;18:500-507 (<https://link.springer.com/article/10.1007/s11904-021-00578-7> ; consulté le 6 mars 2025).
- Protéger les populations clés des interruptions brutales des services essentiels liés au VIH. Genève : OMS ; 2025 (<https://www.who.int/news/item/27-02-2025-protecting-key-populations-from-abrupt-disruptions-to-essential-hiv-services> ; consulté le 6 mars 2025).

1.3. **Planifier et adapter les plateformes d'accès de confiance et prendre en compte les considérations structurelles transversales**

1.3.1. **Planification des plateformes d'accès de confiance**

Comme décrit ci-dessus, une PAC comprend tous les prestataires auxquels les populations clés font confiance et auxquels elles ont accès. Il n'y a pas deux plateformes identiques, chacune étant constituée de différentes combinaisons des différents types d'acteurs ou de prestataires décrits dans la section précédente, travaillant idéalement de manière coordonnée. L'établissement d'une coordination et d'une orientation entre les différents acteurs est un élément important de l'approche PAC.

La mise en place d'une plateforme efficace nécessite donc un engagement fort avec les populations clés dès le départ et tout au long de la conception et de la mise en œuvre. La cartographie participative des programmes (PPM) est un outil essentiel à cet égard. Ce processus place les populations clés au premier plan et permet d'identifier les atouts et les défis d'une communauté, ainsi que tout changement et toute nouvelle priorité et tout nouveau défi au fur et à mesure qu'ils apparaissent.

Les communautés et les contextes sont dynamiques : ils évoluent avec le temps. C'est pourquoi les processus tels que la microplanification doivent être continus plutôt que ponctuels. En outre, un processus continu reconnaît qu'à tout moment, des améliorations peuvent être apportées et met davantage l'accent sur l'adaptation continue de ce qui est déjà en place plutôt que sur un long processus de planification qui nécessite des interruptions de programme.

Comment planifier une plateforme d'accès de confiance ?

La PPM périodique implique les communautés de populations clés dans le processus d'identification des lieux et sites à haut risque et dans l'estimation de la taille des populations. Il s'agit souvent de la première étape du lancement d'un programme destiné aux populations clés et d'une occasion cruciale d'impliquer les communautés. Elle est également utile pour identifier les membres des populations clés qui sont influents dans leurs communautés et qui s'engagent à travailler avec elles. La PPM fournit donc des informations, suscite l'intérêt de la communauté et aide le programme à identifier les membres des populations clés qui peuvent être des travailleurs de proximité efficaces.

Il est important de répéter la cartographie (validation du site tous les 6 à 12 mois) dans le cadre de la microplanification afin de mettre à jour la planification de la sensibilisation, les estimations de la taille de la population et les cibles à l'aide d'informations sur les nouveaux lieux à haut risque et les nouvelles populations clés, ainsi que sur les lieux qui sont devenus inactifs ou les populations clés qui ont déménagé. Elle permet également d'identifier les nouveaux problèmes au fur et à mesure qu'ils apparaissent et de préparer l'introduction de nouvelles interventions ou l'adaptation des interventions existantes.

Le PPM consiste à rencontrer les populations clés de différents sites et à les guider pour dessiner des cartes de leurs sites qui identifient les lieux à haut risque, les routes et les points de repère clés, les prestataires de services VIH, de santé et autres auxquels les populations clés font confiance. Sont également identifiés les services qui ne sont pas fiables et les lieux à risque, ainsi qu'une estimation du nombre de populations clés présentes à chaque endroit.

La deuxième étape, la validation des lieux, implique l'équipe de sensibilisation et les membres de la population clé dans des visites de lieux afin d'observer et de discuter de manière informelle avec les membres et les parties prenantes. Cela permet de valider les chiffres estimés, les heures de pointe et d'autres détails. La même méthode est souvent utilisée dans le cadre de la microplanification.

Une cartographie améliorée peut inclure des discussions de groupe avec les populations clés afin d'évaluer leurs points de vue sur la manière dont les services devraient être configurés et sur les défis auxquels elles sont confrontées.

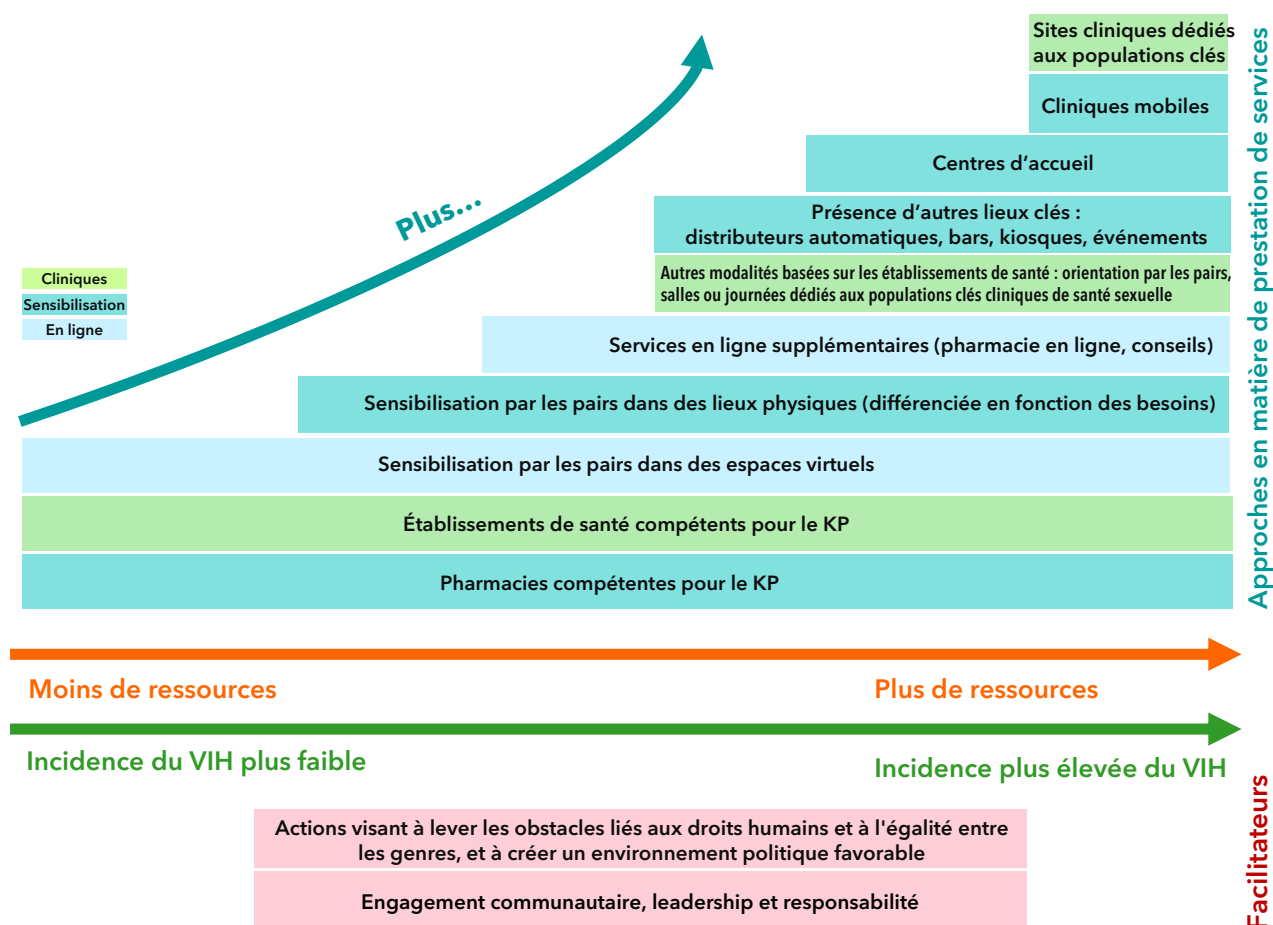
Considérations relatives au contexte et à la disponibilité des ressources pour une approche de plateforme d'accès de confiance

Comme le montrent clairement les sections ci-dessus, l'approche de la plateforme d'accès de confiance met l'accent sur une bonne compréhension du contexte local : les populations clés ont une grande confiance dans les établissements de santé publique et ne sont pas confrontées à des obstacles juridiques ou à des discriminations importants. Lorsque ces personnes ont un niveau élevé d'efficacité personnelle, ce qui leur permet d'adopter de bonnes pratiques d'auto-administration de soins, elles ont moins besoin de services adaptés aux populations clés. En revanche, lorsque les établissements de santé publique ne sont pas acceptables ou accessibles et qu'il existe des obstacles juridiques, il est probable qu'un investissement important sera nécessaire pour réduire ces obstacles à long terme et fournir des services spécialisés et sûrs dans l'immédiat.

Un autre facteur important pour la conception des PAC est la disponibilité des ressources pour les programmes spécifiques. Lorsque le financement spécifique est limité, les responsables doivent maintenir les résultats avec moins de ressources, souvent en s'éloignant des approches spécifiques à la population pour travailler avec les services de santé publique généraux ou avec de nouveaux types de partenaires tels que les pharmacies, les kiosques, etc. Les planificateurs doivent évaluer dans quelles situations il est nécessaire de préserver les approches spécifiques à certaines populations, par exemple lorsque d'autres types de prestataires ne sont pas suffisamment compétents ou ne font pas suffisamment confiance aux populations clés.

La figure 4 illustre la manière dont différents scénarios de ressources peuvent conduire à différentes conceptions de programmes, en montrant comment des options supplémentaires de prestation de services peuvent être envisagées dans des contextes où davantage de ressources sont disponibles et où l'environnement est tel que des services spécialisés sont nécessaires.

Figure 4. Différents scénarios de programmes basés sur la disponibilité des ressources



Aucun pays ou programme ne correspondra parfaitement à l'un ou l'autre de ces scénarios. Cependant, ils illustrent les choix auxquels sont confrontés les décideurs. Lorsque le financement le permet, des éléments de programme supplémentaires contribuent à lever les obstacles et à fournir davantage de services à un plus grand nombre de membres des populations clés.

En outre, des facteurs tels que la disponibilité des ressources, l'environnement favorable et les besoins diffèrent souvent d'une population clé à l'autre et d'un sous-groupe à l'autre (p. ex. les populations clés jeunes ou migrantes), ainsi que d'un endroit à l'autre dans un même pays (urbain/rural ou attitudes sociales/culturelles et lois différentes au sein d'un pays). Ainsi, une PAC destinée aux homosexuels et aux autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans un pays donné peut être très différent d'une PAC destinée aux travailleurs du sexe ou aux consommateurs de drogues injectables dans le même pays. L'encadré 9 résume les considérations à prendre en compte pour chaque groupe et sous-groupe de population clé lors de la planification des programmes.

Encadré 9**Éléments à prendre en compte lors de l'élaboration d'une PAC pour différentes populations clés**

Il existe toute une série de facteurs qui déterminent la forme que prendra une PAC. Dans un pays donné, ces facteurs peuvent différer pour chaque catégorie de population clé. Il s'agit notamment des éléments suivants :

Considérations épidémiologiques, telles que la prévalence du VIH, l'accès au dépistage et au traitement, et la taille des populations clés.

Interventions et services nécessaires à chaque population clé, tels que décrits dans les *Lignes directrices consolidées* de l'OMS (voir tableau 1), ainsi que les obstacles juridiques liés à ces interventions (p. ex. l'autorisation ou non de la substitution des aiguilles, ou les restrictions liées à l'âge pour l'accès à certains services).

Obstacles juridiques et autres qui affectent l'accès aux services pour différentes populations clés, notamment la crainte de la stigmatisation, de la discrimination ou de l'arrestation, et les obstacles juridiques qui affectent la mise en œuvre des programmes (p. ex. lois exigeant la déclaration de l'orientation sexuelle ou les lois sur la « promotion » de certains comportements).

Confiance et accessibilité des services ordinaires/principaux.

Ressources disponibles pour les programmes et services spécialisés, qui peuvent être différentes pour chaque catégorie de population clé.

Variations au sein d'une catégorie de population clé donnée, telles que l'âge, la langue, le statut migratoire et les préférences pour les services en ligne ou en personne.

Comme le montre la figure 4, il n'existe aucun scénario dans lequel les investissements dans les droits humains et l'égalité des genres, ainsi que l'engagement des populations clés, ne sont pas nécessaires. Le maintien de l'efficacité et d'un accès de confiance pour les populations clés, quel que soit le scénario de financement et quels que soient les obstacles existants, exige un suivi et une responsabilisation continus de la part de la communauté.

Pour compléter la figure 4, une autre façon de conceptualiser les différents « stades » de maturité d'une PAC est présentée à l'annexe 3.

Suggestions de lecture

- Emmanuel F, Persaud N, Weir SS, Bhattacharjee P, Isac S. Programmatic mapping : providing evidence for high impact HIV prevention programs for female sex workers. *JMIR Public Health Surveill.* 2019;5(2):e12636 (<https://publichealth.jmir.org/2019/2/e12636/pdf> ; consulté le 4 mars 2025).
- Guide opérationnel standard sur la cartographie et la validation programmatiques. Partenaires du site d'apprentissage au Sri Lanka. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2019 (https://www.aidscontrol.gov.lk/images/publications/UNAIDS_FHI360/Hotspot-Mapping-and-Validation-SOP-English.pdf ; consulté le 6 mars 2025).
- Procédure opérationnelle standard pour la mise en œuvre de stratégies efficaces de sensibilisation et de microplanification dirigées par la communauté dans les programmes destinés aux populations clés et vulnérables en Tanzanie. Dar-es-Salaam : National AIDS Control Programme Tanzania, Ministry of Health; 2024 (<https://www.hivinterchange.com/member-countries/tanzania> ; consulté le 6 mars 2025).
- Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, OMS, PNUD, PEPFAR, Université du Manitoba, ONUSIDA. Utiliser la cartographie programmatique pour améliorer l'accès aux programmes et la couverture pour les populations clés : lignes directrices pour les pays. Genève : ONUSIDA ; 2016 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/resource/using-programmatic-mapping-to-improve-program-access-and-coverage-for-key-populations-guidelines-for-countries/> ; consulté le 6 mars 2025).
- Mann Global Health, ONUSIDA, UNFPA. Micro-planning for more effective and efficient HIV programs : Sex-worker led condom programming in Malawi. Étude de cas. Genève : ONUSIDA ; 2024 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/micro-planning-more-effective-and-efficient-hiv-programs-sex-worker-led-condom> ; consulté le 6 mars 2025).
- Réseau d'apprentissage Sud-Sud. Designing outreach and microplanning for key population programmes. Johannesburg: SSLN; 2021 (https://cdn.prod.website-files.com/63ff2c1bed17e622bce9c2ea/64f6d301d1986ad990d3f8fb_Kenya-Malawi-Zim-outreach-and-microplanning-case-study_FINAL.pdf ; consulté le 3 mars 2025).
- Cowan F, Reza-Paul S, Ramaiah M, Kerrigan DL. Strategies to promote meaningful involvement of sex workers in HIV prevention and care. *Curr Opin HIV AIDS.* 2019;14(5):401-8 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31219886/> ; consulté le 1er mars 2025).

1.3.2. **Adaptabilité et différenciation**

De quoi s'agit-il ?

Les membres d'une population clé peuvent avoir des préférences différentes quant à la manière d'accéder aux services et aux prestataires auxquels ils font confiance, ou leurs besoins peuvent évoluer au fil du temps. De plus, de nouveaux défis peuvent surgir dans les environnements des populations clés. Des situations d'urgence liées aux droits humains et à la sécurité peuvent survenir et nécessiter l'adaptation d'un programme afin d'assurer la continuité des services. Les profils des populations clés peuvent changer, ce qui signifie que de nouvelles compétences et de nouveaux profils de travailleurs de proximité doivent être intégrés à la plateforme. Les changements de personnel dans les établissements de santé ou d'autres entités peuvent poser de nouveaux défis ou ouvrir de nouvelles perspectives pour la plateforme. De nouvelles approches et de nouveaux outils de prévention et de traitement peuvent voir le jour et doivent être rapidement déployés auprès de ceux qui en ont besoin. Une PAC doit être en mesure d'identifier et de répondre à toutes ces opportunités et à tous ces défis au fur et à mesure qu'ils se présentent.

Si une approche PAC est adoptée, elle doit intégrer un suivi continu par le biais de la PPM, de la microplanification (en particulier les données de suivi de routine et l'analyse des lacunes en matière d'opportunités) et du suivi ou des observatoires communautaires. Elle devrait également être bien reliée aux informations et à la prise de décision au niveau national. Cette approche sera alors bien placée pour identifier et répondre à ces changements dans l'environnement.

La différenciation, permise par l'approche PAC, est également d'une importance cruciale pour garantir que les besoins des différents profils de populations clés sont satisfaits, car les services peuvent être disponibles dans plus d'un cadre ou auprès de plus d'un prestataire, ce qui permet aux utilisateurs de choisir le plus approprié. En outre, les individus peuvent appartenir à plus d'une population clé, ce qui signifie qu'ils ont des besoins croisés—par exemple, une travailleuse du sexe qui s'injecte des drogues peut être inscrite dans un programme pour travailleurs du sexe qui ne fournit pas de conseils et d'accès à une gamme complète de services de réduction des risques. L'établissement de liens entre les programmes destinés à différentes populations et/ou la compréhension et la prise en compte de ces recouvrements constituent donc également un élément important d'une approche centrée sur la personne.

L'âge est un facteur spécifique pour les populations clés, les populations clés plus âgées et plus jeunes ayant des besoins spécifiques, qui peuvent inclure des contraintes légales supplémentaires sur l'accès aux services et le consentement pour les jeunes populations clés. Le suivi continu et l'engagement avec les communautés permettent de s'assurer que les programmes sont sensibles et répondent aux besoins croisés ou spécifiques des populations clés, ainsi qu'à l'évolution de ces besoins au fil du temps, ce qui est essentiel pour une programmation adaptative. Les prestataires, y compris les établissements de santé, les travailleurs de proximité et autres, ont besoin de formation et de conseils pour reconnaître et répondre à ces besoins spécifiques.

Suggestions de lecture

Prestation de services différenciés. Un cadre décisionnel pour la prestation de thérapies antirétrovirales différenciées pour les populations clés. (<https://differentiatedservicedelivery.org/wp-content/uploads/decision-framework-key-population-web3.pdf> ; consulté le 4 mars 2025).

Innovations pour surmonter l'hésitation vaccinale et augmenter la vaccination COVID-19 parmi les populations clés et les personnes vivant avec le VIH à Telangana, en Inde. Durham, NC: FHI 360; 2022 ([https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/drupal/documents/resource-epic-](https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/drupal/documents/resource-epic-increasing-vaccination-india-success-story.pdf)

[increasing-vaccination-india-success-story.pdf](https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/drupal/documents/resource-epic-increasing-vaccination-india-success-story.pdf) ; consulté le 6 mars 2025).

Atteindre les hommes qui achètent des services sexuels grâce à une prestation de services différenciée en République démocratique du Congo. Durham, NC: FHI 360; 2023 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/2024/02/resource-epic-success-story-drc-dsd-mwps.pdf> ; consulté le 6 mars 2025).

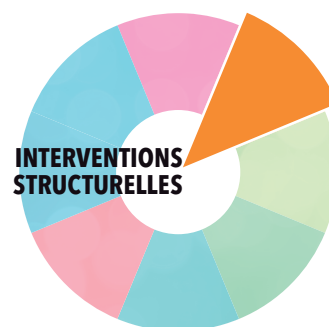
Servir les besoins des populations clés : exemples d'innovation et de bonnes pratiques en matière de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins du VIH. Genève : OMS ; 2017 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255610/9789241512534-fra.pdf?sequence=1> ; consulté le 4 mars 2025).

1.3.3. Interventions structurelles transversales pour les plateformes d'accès de confiance

De quoi s'agit-il ?

Comme l'illustrent les sections précédentes, il existe des considérations structurelles spécifiques pour chaque type de prestation de services inclus dans une PAC. Il existe également un certain nombre d'interventions structurelles qui sont transversales, en ce sens qu'elles peuvent contribuer à soutenir un projet de PAC dans son ensemble. Ces interventions peuvent être mises en œuvre sur le lieu d'un programme, par exemple par le biais d'un engagement avec les autorités locales et les forces de l'ordre. D'autres visent le niveau national et s'attaquent aux contraintes liées à la législation, aux politiques et aux pratiques, ou à la disponibilité et à la durabilité des ressources pour les programmes destinés aux populations clés. Ils sont essentiels à la réalisation d'une PAC et à l'impact du programme.

Dans de nombreux pays, les programmes destinés aux populations clés sont de plus en plus confrontés à la détérioration de l'environnement, avec l'introduction de lois et de politiques qui remettent en cause les normes mondiales en matière de droits humains et d'égalité entre les genres. On enregistre de plus en plus d'incidents de désinformation en ligne, de désinformation et d'incitation à la haine, ainsi que de violences collectives. Il est plus important que jamais de tenir compte des considérations structurelles et de la sécurité des programmes afin de garantir l'efficacité des programmes de santé publique destinés aux populations clés.



Quelles sont les interventions incluses ?

Les *Lignes directrices consolidées* de l'OMS fournissent des explications détaillées sur les types d'interventions structurelles nécessaires à l'efficacité des programmes destinés aux populations clés⁴¹. Elles portent sur les conditions qui, au niveau national ou infranational, influent sur la manière dont les programmes destinés aux populations clés sont mis en œuvre. Comme le montre le tableau 9, elles comprennent des activités permanentes travaillant directement avec les populations clés et la communauté locale au sens large, ainsi que des efforts à plus long terme portant sur l'environnement général.

Les efforts locaux et nationaux dans ce domaine peuvent et doivent être liés, les initiatives d'autonomisation des communautés et la collecte d'informations au niveau local constituant une plateforme pour le changement au niveau local et pour le plaidoyer ainsi que le changement de politique au niveau national.

Tableau 9 : Interventions structurelles transversales

| Interventions structurelles communes |
|---|
| ■ Suppression des lois, politiques et pratiques punitives |
| ■ Réduction de la stigmatisation et de la discrimination |
| ■ Renforcement de la capacité d'action des communautés |
| ■ Lutte contre la violence |

Voici quelques-unes des activités les plus importantes menées au niveau local dans le cadre de cette catégorie :

- Prévention et réponse à la violence, formation, mise en relation avec la police, les avocats et les établissements de santé, impression de formulaires, aide au voyage, sûreté et sécurité, et plaidoyer auprès des gardiens locaux, des décideurs, des directeurs d'établissements de santé et des agents chargés de l'application de la loi.
- Formation juridique, formation aux droits (« Connaissez vos droits ») et formation parajuridique communautaire : compréhension des lois grâce à la collaboration avec la communauté juridique et à l'élaboration de matériel de formation approprié pour les membres des populations clés, suivi des incidents de sécurité et des violations des droits humains, fourniture ou orientation vers des services juridiques et des voies de recours.
- Services juridiques et autres formes d'aide à l'accès à la justice et à la réparation.
- Plaidoyer auprès des chefs religieux, traditionnels et communautaires, ainsi qu'auprès des propriétaires de lieux.
- Protection de l'enfance, accès à l'éducation pour les populations clés jeunes et âgées, accès au logement, accès aux prestations gouvernementales, plans d'épargne/de crédit, garde d'enfants et autres interventions structurelles pour répondre aux priorités identifiées par la communauté ou les groupes d'entraide.
- Formation des prestataires de soins de santé à des services respectueux et exempts de stigmatisation, à la confidentialité, au consentement éclairé et aux autres droits des patients, ainsi qu'à des réponses à la violence, avec la participation de la communauté à la formation.
- Lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans tous les contextes.

- Évaluation des lieux et réalisation d'actions de plaidoyer auprès des propriétaires/gestionnaires.
- Autonomisation économique, p. ex. pour les personnes qui s'injectent des drogues, ainsi que les interventions de protection familiale et sociale pour les jeunes.

Dans de nombreux cas, il sera nécessaire d'établir des liens avec d'autres prestataires de services, car les programmes de lutte contre le VIH peuvent ne pas être suffisamment financés pour les couvrir.

Les activités communes au niveau national sont les suivantes

- Renforcement des capacités des réseaux représentatifs des populations clés, y compris en matière de plaidoyer
- Rassemblement de preuves des défis structurels au niveau local.
- Mise en place d'un mécanisme national de réaction rapide en cas de violence et d'autres violations des droits humains, y compris la fourniture de soins de santé, d'une assistance juridique, etc.
- Plaidoyer, apprentissage et sensibilisation visant à réformer les politiques et les lois afin d'améliorer l'environnement des programmes destinés aux populations clés, et à institutionnaliser le renforcement des capacités des responsables en matière de droits humains.
- Participation des populations clés aux organes nationaux de prévention du VIH, tels que les groupes de travail techniques.
- Plaidoyer en faveur de l'adhésion des gouvernements et de la reconnaissance des groupes de population clés.

Comment procéder ?

Bien qu'il existe de nombreux points communs entre les pays en ce qui concerne les obstacles structurels, il reste des différences significatives, en particulier en ce qui concerne les contextes juridiques. Et même dans les pays, il est probable qu'il y ait des différences entre les sites des programmes, non seulement en termes d'obstacles, mais aussi en termes de stratégies les plus efficaces pour les réduire. Par conséquent, l'approche visant à lever les obstacles doit être adaptée et contextuelle. Comme pour tous les éléments décrits ci-dessus, la compréhension du contexte nécessite la participation active des membres des populations clés concernées.

Les obstacles et les stratégies potentielles peuvent être identifiés dans le cadre de la conception du programme et par le biais d'une observation continue ou de mécanismes de suivi communautaire.

Comme le suggèrent les interventions recommandées par l'OMS, l'élimination des obstacles structurels nécessite une coordination particulière et un retour d'information constant entre les niveaux local et national, car les conditions au niveau local peuvent très bien être déterminées par les conditions au niveau national. Des liens étroits entre les groupes communautaires et la représentation au niveau local et ceux qui agissent au niveau national sont donc également essentiels, et des investissements sont nécessaires pour s'assurer que les organisations de populations clés ont la capacité et les ressources nécessaires pour effectuer ce travail de manière efficace.

Considérations budgétaires

Outre les considérations exposées dans les autres sous-sections ci-dessus, il convient de prendre en compte les éléments suivants :

- Formation et renforcement des capacités organisationnelles des organisations de populations clés impliquées dans la lutte contre les barrières structurelles aux niveaux local et national.
- Formation des responsables, en particulier des prestataires de soins de santé et des représentants des forces de l'ordre.
- Frais de transport et de communication.
- Fonds pour les mesures d'intervention d'urgence.
- Suivi des incidents de sécurité et des violations des droits humains.
- Fonds pour les assistants juridiques et pour l'engagement d'une assistance juridique et les frais annexes, les frais de justice, etc.

Suggestions de lecture

- Avahan, Fondation Bill & Melinda Gates. Community led crisis response systems (systèmes de réponse aux crises menés par les communautés). New Delhi: Bill & Melinda Gates Foundation; 2013 ([https://docs.gatesfoundation.org/documents/Community%20Led%20Crisis%20Response%20\(Web\).pdf](https://docs.gatesfoundation.org/documents/Community%20Led%20Crisis%20Response%20(Web).pdf) ; consulté le 4 mars 2025).
- Dayton R. Law enforcement training : preventing and responding to violence against key populations to increase access to justice and strengthen the HIV response. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-le-training-manual.pdf> ; consulté le 4 mars 2025).
- Dayton R, Morales GJ, Dixon KS. A guide to comprehensive violence prevention and response in key population programs (Guide pour une prévention et une réponse globales à la violence dans les programmes destinés aux populations clés). Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-vpr-guide.pdf> ; consulté le 4 mars 2025).
- Safety and security toolkit : strengthening the implementation of HIV programs for and with key populations. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2018 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/drupal/documents/resource-linkages-safety-security-toolkit.pdf> ; consulté le 4 mars 2025).
- Éliminer les obstacles aux services liés au VIH. Note d'information technique. Genève : Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; 2023 (https://resources.theglobalfund.org/media/14366/cr_removing-barriers-to-hiv-services_technical-briefing-note_en.pdf ; consulté le 2 avril 2025).
- Spectrum : a tool for key population-led law and policy reform. New York : PNUD ; 2024 (<https://www.undp.org/publications/spectrum-tool-key-population-led-law-and-policy-reform> ; consulté le 4 mars 2025).
- Garantir des soins de santé de qualité en réduisant la stigmatisation et la discrimination liées au VIH. Note technique. Genève : OMS ; 2024 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240097414> ; consulté le 2 avril 2025).
- PNUD, UNFPA, OIT, UNODC, UNICEF, HCR. Prévenir les crises des droits humains liées au VIH et y répondre : orientations pour les agences et programmes des Nations unies. New York : PNUD ; 2024 (<https://www.undp.org/publications/preventing-and-responding-hiv-related-human-rights-crisis-guidance-united-nations-agencies-and-programmes> ; consulté le 4 mars 2024).

PARTIE 2

GESTION DE PROGRAMMES D'ENVERGURE ET AVEC IMPACT



Partie 2 **GESTION DE L'ÉCHELLE ET DE L'IMPACT**

Les programmes et services destinés aux populations clés s'appuient sur des données programmatiques pour la planification continue et le suivi des progrès.

Pour fonctionner à grande échelle et atteindre le plus grand nombre de personnes possible, les programmes et services destinés aux populations clés s'appuient sur des données programmatiques pour la planification continue et le suivi des progrès. Ces informations commencent par les estimations les plus récentes des lieux où vivent les populations clés et de la taille des populations. Des cartographies programmatiques régulièrement mises à jour sont également essentielles pour optimiser l'échelle et la couverture ([section 2.1](#)).

Une supervision efficace des PAC commence par des indicateurs de programme prioritaires ([section 2.2](#)). Ceux-ci mesurent la mesure dans laquelle les populations clés sont atteintes dans la communauté et utilisent les services cliniques. Les cibles de ces indicateurs programmatiques sont basées sur la population, en utilisant les estimations de la taille de la population comme dénominateurs. Ces indicateurs de performance de base permettent un suivi fiable de l'acceptation, de l'utilisation et de la rétention, en utilisant les données de routine du programme.

Les données de base du programme peuvent également être utilisées pour suivre certains indicateurs de résultats et d'impact de la PAC, tels que l'incidence du VIH, l'utilisation des préservatifs ou les expériences de violence ([section 2.3](#)). Cela peut compléter et trianguler les données provenant d'enquêtes biocomportementales à plus grande échelle. L'analyse des données du programme peut également permettre d'apporter les ajustements nécessaires à l'ensemble des services, en particulier lorsqu'il existe des facteurs de risque intersectionnels (p. ex. les travailleurs du sexe qui s'injectent des drogues).

Le suivi des PAC par les communautés constitue un mécanisme de responsabilisation important pour la qualité des services tout en donnant simultanément aux populations clés les moyens d'utiliser leurs propres données pour plaider leur cause ([section 2.4](#)). Différents modèles sont utilisés dans les programmes destinés aux populations clés dans le monde entier. Il a été démontré que le mécanisme CLM a un effet direct sur l'amélioration de la fourniture de services liés au VIH.

Le renforcement des capacités et le leadership des populations clés sont essentiels à la durabilité de la PAC ([section 2.5](#)). Au niveau de l'organisation, les communautés et le personnel du programme doivent disposer de plans clairs et de possibilités d'avancement. Au niveau national, les pays doivent mettre en place des processus rigoureux de formation et de certification afin que les services destinés aux populations clés puissent faire partie du système de santé officiel.

La durabilité des programmes et des services destinés aux populations clés est une considération vitale, d'autant plus que les financements diminuent et que les objectifs mondiaux exigent des systèmes importants. Les pays devront faire preuve de souplesse et adapter les approches recommandées en fonction de la disponibilité des ressources. Des mécanismes de financement durables, tels que les contrats

sociaux, devraient être étudiés, ainsi que des modèles de partenariat qui intègrent les programmes et les services destinés aux populations clés dans les soins primaires.

2.1. **Mise à jour de la cartographie et des estimations de la taille de la population**

Une cartographie régulière et répétée est importante pour mettre à jour la planification de la sensibilisation, les estimations de la taille de la population et les cibles avec des informations sur les nouveaux lieux à haut risque et les nouvelles populations clés.

De quoi s'agit-il ?

Pour une réponse à grande échelle aux populations clés, il est essentiel d'examiner ce que l'on sait déjà sur les populations clés à travers le pays et de répondre à ces questions :

1. Combien y a-t-il de populations clés ?
2. Où se trouvent la plupart des populations clés et quand ?
3. Où les programmes existants pour les populations clés fournissent-ils des services ?
4. Quelles sont les sous-populations des communautés de populations clés qui ne sont pas atteintes par les programmes ?
5. Quelles sont les lacunes à combler (en termes de couverture géographique ou de gamme de services offerts) ?

Il existe de nombreuses méthodes différentes pour estimer la taille des populations et cartographier les communautés de populations clés. Elles comprennent le recensement, la capture-recapture, la méthode du multiplicateur, l'élargissement du réseau, la cartographie programmatique, etc⁴². La cartographie doit être réalisée dans le respect des besoins et de la sécurité des populations clés, en atténuant tout risque de violence policière ou collective visant des lieux spécifiques. Les populations clés locales doivent être impliquées dans la cartographie et, idéalement, la diriger⁴³.

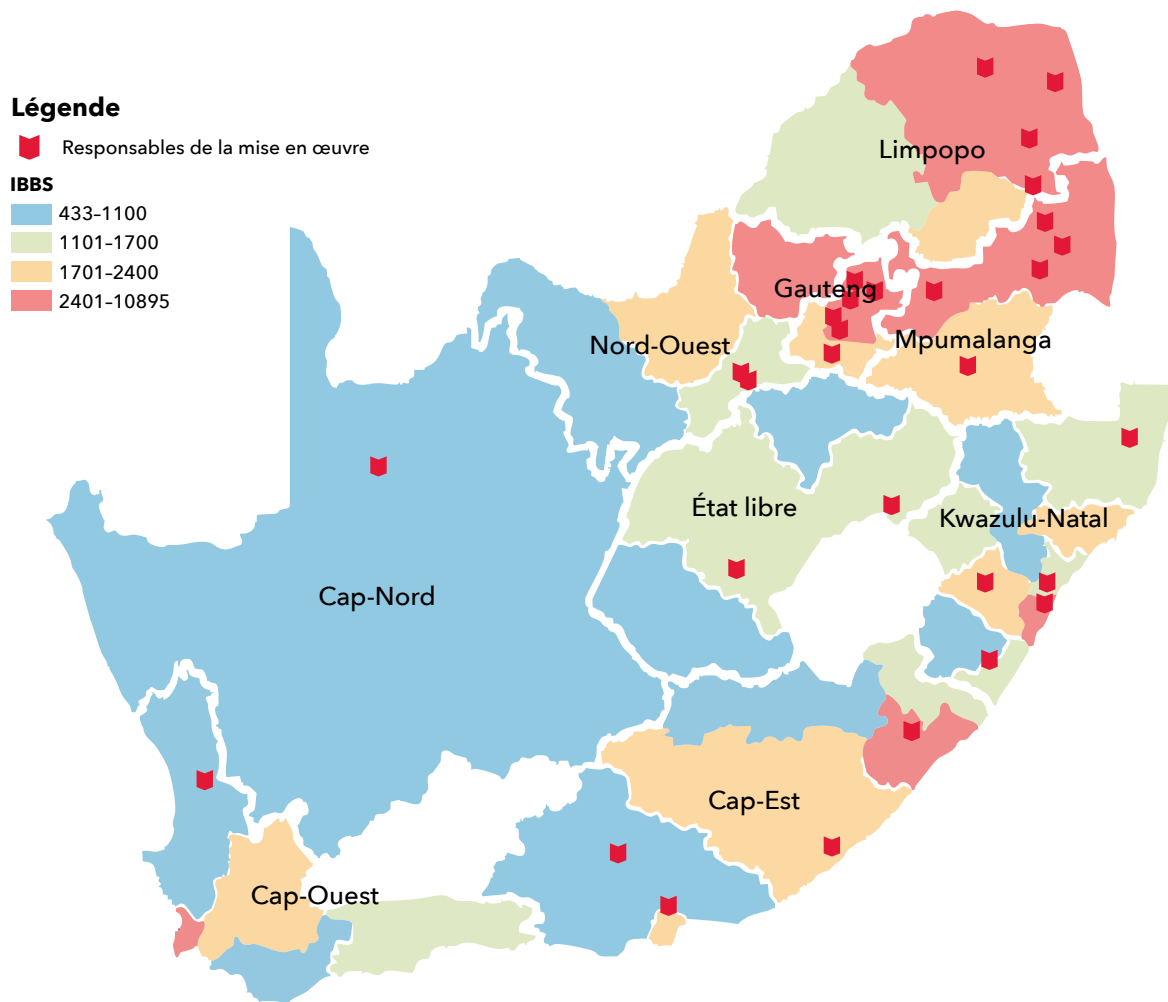
D'autres méthodes d'estimation de la taille sont nécessaires, en particulier celles qui peuvent être mises en œuvre avec moins de ressources que les enquêtes à grande échelle. L'une de ces solutions consiste à produire des estimations pour de petites zones en utilisant les données du programme⁴⁴. Mieux encore, les PPM périodiques impliquent les populations clés dans le processus d'identification des lieux à haut risque et d'estimation de la taille des populations, y compris tout changement au fil du temps.

Les cartographies programmatiques se distinguent des estimations mathématiques plus formelles. Les deux sont utiles de différentes manières. La première est nécessaire à la planification pratique des programmes, tandis que la seconde informe souvent les objectifs nationaux, la quantification et les efforts de mobilisation des ressources.

Les données issues d'études formelles d'estimation de la taille peuvent être triangulées avec les données collectées par le biais du PPM et peuvent être liées à l'analyse des sites de l'outil de microplanification. Il peut être utile de superposer les

données d'estimation de la taille de la population avec d'autres données telles que l'incidence du VIH, la couverture du traitement ou les sites de mise en œuvre (Figure 5). Cela peut aider à visualiser si le programme est étendu de la manière la plus efficace, ou s'il existe des lacunes en matière d'équité géographique.

Figure 5. Cartographie des sites de travailleurs du sexe superposée aux estimations de la taille de Cap-Nordulation, Afrique du Sud (adapté de l'original)⁴⁵



Les pays doivent se demander si l'ensemble de la population clé est à risque et si l'ensemble de la population estimée doit donc être utilisé comme dénominateur pour les objectifs de sensibilisation. Dans une récente série de groupes de réflexion, des experts ont suggéré que les programmes utilisent des estimations de la taille de la population d'hommes homosexuels et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes avec un partenaire non régulier, plutôt que l'ensemble de ces hommes⁴⁶.

Pourquoi cela vaut-il la peine d'investir ?

Les pays doivent choisir la ou les méthodes d'estimation de la taille et de cartographie les plus appropriées à leur contexte, y compris les ressources financières et techniques disponibles. La cartographie participative des programmes doit être privilégiée dans tous les contextes, à condition que :

(a) les données soient fiables, (b) le coût soit inférieur à celui d'enquêtes plus formelles, (c) l'exercice puisse être répété régulièrement, (d) les communautés soient impliquées tout au long du processus, et (e) des éducateurs pairs potentiels soient identifiés pour être recrutés et formés. Si les ressources le permettent, des études plus formelles d'estimation de la taille constituent un complément utile.

Il est important de répéter la cartographie (validation du site tous les 6 à 12 mois) pour mettre à jour les estimations de la taille de la population et réviser la planification et les objectifs de la sensibilisation à l'aide d'informations sur les nouveaux lieux à haut risque et les nouvelles populations clés, ainsi que sur les lieux qui sont devenus inactifs ou les populations clés qui ont déménagé.

Quels sont les besoins ?

- Des codes d'identification uniques adoptés au niveau national sont essentiels pour obtenir des estimations précises de la taille des populations clés.
- Des protocoles de recherche avec des considérations éthiques (y compris la sûreté et la sécurité) approuvés par un IRB, idéalement avec un renouvellement pluriannuel pour une cartographie répétée.
- Pour les estimations formelles de la taille des populations, des protocoles d'enquête et des procédures opérationnelles normalisées^{47, 48}.
- Pour les cartographies programmatiques, des réunions d'équipe avec des populations clés de différents sites sont organisées pour les aider à dessiner des cartes simples de leurs sites, y compris les lieux à haut risque, les routes principales et les points de repère. Les participants doivent fournir des estimations approximatives du nombre de populations clés présentes à chaque endroit.
- Validation des lieux à haut risque : l'équipe de sensibilisation et les membres de la population clé se rendent sur les lieux à haut risque pour observer et discuter de manière informelle avec les membres de la population clé et les parties prenantes. Cela permet de valider les chiffres estimés, les heures de pointe et d'autres détails.
- Une cartographie rapide qui doit être répétée tous les 6 à 12 mois pour mettre à jour les informations.

Est-ce dans le budget ?

- Le coût de la cartographie programmatique participative varie selon les pays. Les principaux facteurs sont les coûts des enquêteurs et les frais de déplacement. Les pays doivent prévoir plusieurs jours par site pour la cartographie participative, puis plusieurs heures par site à haut risque pour une validation à pied. Les estimations de coûts pour une cartographie programmatique approfondie figurent à l'annexe 4. Des modifications peuvent être nécessaires dans les environnements où les ressources sont limitées.
- Une validation répétée du site et une mise à jour de la PSE, plus légères, devraient être effectuées tous les ans.

6-12 mois. Cette tâche peut être effectuée par les équipes de sensibilisation existantes, les pairs et les superviseurs rémunérés, avec le soutien des gestionnaires de données.

Suggestions de lecture

- ONUSIDA, OMS. Outil de mise en œuvre du BBS-lite. Genève : ONUSIDA ; 2024 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/BBS-lite-tool>).
- Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. OMS, ONUSIDA. Utiliser la cartographie programmatique pour améliorer l'accès aux programmes et la couverture des populations clés : lignes directrices pour les pays. Genève : ONUSIDA ; 2016 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/Programmatic-mapping-to-improve-program-access-and-coverage-of-KPs.pdf>).
- Examiner et réviser : un outil pour examiner et réviser les estimations de la taille des populations clés. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation; 2018 (<https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tr-18-274.html>).
- Boîte à outils sur les priorités des efforts locaux de lutte contre le sida (PLACE). Chapel Hills, NC: MEASURE Evaluation; 2020 (<https://www.measureevaluation.org/resources/tools/hiv-aids/place>).
- Social media mapping-for planning online HIV outreach and service delivery. Durham, NC: FHI 360 Linkages; 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-social-media-mapping.pdf>).
- Xu C, Jing F, Lu Y, Ni Y, Tucker J, Wu D. Summarizing methods for estimating population size for key populations : a global scoping review for human immunodeficiency virus research. AIDS Res Ther. 2022;19(1);9 (<https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12981-022-00434-7.pdf>).

2.2. Conduire un contrôle efficace des programmes

Les indicateurs prioritaires des programme montrent dans quelle mesure les différentes parties de la plateforme pour les populations clés travaillent pour atteindre les populations clés.

De quoi s'agit-il ?

Le suivi des progrès d'une PAC commence par quatre questions⁴⁹ relatives à une population donnée :

1. Tous les membres de la population clé ont-ils été atteints au moins une fois par un éducateur pair (sensibilisation) ?
2. Les populations clés sont-elles contactées régulièrement (fréquence des contacts) ?
3. Toutes les populations clés se sont-elles rendues au moins une fois au dispensaire (participation et inscription au dispensaire) ?
4. Les populations clés utilisent-elles régulièrement les services de la clinique (fréquence de la clinique) ?

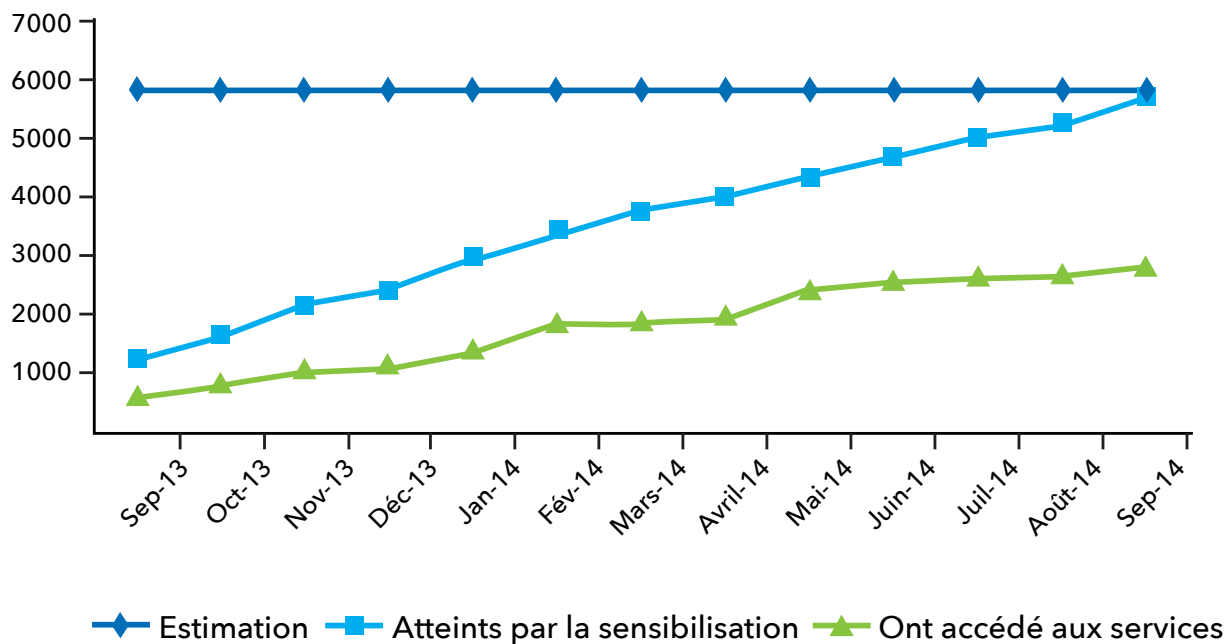
Ces questions montrent dans quelle mesure la plateforme permet d'atteindre les populations clés et de les mettre en relation avec les services cliniques^b. Les progrès doivent être suivis mensuellement (ou selon les besoins) par les parties prenantes concernées en fonction de la cartographie locale et des estimations de taille (en tant que dénominateur)⁵⁰. Les objectifs en matière de sensibilisation et de fréquence des consultations sont fixés par le programme, mais sont généralement de un à quatre fois par mois pour les contacts de sensibilisation (en fonction du risque) et de trois fois par an pour les consultations.^c Si un autodiagnostic du VIH est disponible, ou si les ART/ PrEP sont distribués tous les six mois, les consultations peuvent être moins fréquentes (deux fois par an)⁵¹. Les objectifs en matière de sensibilisation virtuelle peuvent varier.

Pour la sensibilisation et les services physiques, les outils de microplanification tels que le calendrier des pairs et l'analyse des lacunes en matière d'opportunités peuvent faciliter le suivi de la cohorte de pairs⁵². La sensibilisation virtuelle peut être mesurée par le nombre de clics ou d'interactions avec le contenu public (nombre de « J'aime », commentaires, partages, visionnages de vidéos), ou le nombre de chats ou d'engagements individuels avec les clients sur le thème du VIH (Encadré 10)⁵³. Les autres services virtuels peuvent être surveillés de manière similaire aux services physiques⁵⁴. Pour les populations clés qui se soignent elles-mêmes, les pharmacies ou le secteur privé, une enquête légère peut s'avérer utile pour compléter les données du programme sur l'utilisation des services (Figure 6).

b. Les deux sections suivantes sur le suivi traitent des résultats et de l'impact (section 2.3) et de la qualité des services par le biais de CLM (section 2.4). D'autres indicateurs (non abordés ici) mesurent l'utilisation de services spécifiques tels que le dépistage du VIH ou des IST, la distribution de produits de prévention, le dépistage du VIH, le lien avec les soins et l'observance.

c. Les services spécifiques doivent également faire l'objet d'un suivi dans le contexte de la population et des indicateurs de priorité. Par exemple, si seulement deux tiers des membres estimés des populations clés ont été atteints et que seulement la moitié d'entre eux ont utilisé la clinique, le taux de dépistage du VIH sera faible. L'amélioration des performances de la plateforme en matière de sensibilisation et de fréquentation des dispensaires permettra d'augmenter les taux de dépistage.

Figure 6. Exemple de suivi de programme pour les travailleuses du sexe à Mombasa, au Kenya⁵⁵



Encadré 10

Suivi de l'utilisation des services de santé mentale en ligne dans la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord



De 2021 à 2022, FHI 360 et Pragma Corporation ont mis en place un programme de services de santé mentale pour les personnes LGBTQI+ en Algérie, au Maroc et en Tunisie⁵⁶. Des séances avec des professionnels de la santé mentale ont été proposées à la fois en personne et en ligne. Le programme a contrôlé l'utilisation des deux modalités. Au total, 3 549 séances ont été dispensées à 1 494 utilisateurs uniques. En Algérie, seulement 1 % des séances ont été organisées de cette manière.

Au Maroc, 27 % des séances ont été dispensées virtuellement ; en Tunisie, 37 % ont été virtuelles. Le programme a enregistré un très faible taux de non-présentation—2 % en Algérie et 10 % au Maroc et en Tunisie. Ce suivi du programme fournit des informations essentielles sur l'acceptabilité des services virtuels pour les populations clés dans le cadre des PAC.

Les codes d'identification uniques harmonisés (UIC) restent essentiels pour le contrôle des programmes, en particulier entre les prestataires de services publics, privés et non gouvernementaux (encadré 11)⁵⁷. Les préférences des populations clés, ainsi que leur sûreté et leur sécurité, doivent être prises en compte lors du déploiement de différents types d'UIC⁵⁸.

Un examen global de 32 pays a révélé que seuls 11 d'entre eux disposaient d'un système d'UIC pour les populations clés, permettant de dédupliquer les résultats et de fournir des nombres exacts de clients bénéficiant de divers services⁵⁹.

Encadré 11

Exemple de cas en Afrique : utilisation de codes d'identification uniques



En Afrique, neuf pays—le Burundi, le Burkina Faso, le Ghana, le Kenya, le Liberia, le Malawi, le Mali, le Togo et l'Ouganda—ont intégré les codes d'identification uniques des populations clés dans leurs systèmes d'information de gestion de la santé⁶⁰.

Un projet pilote est en cours en Afrique du Sud, et les résultats sont attendus pour la fin de l'année 2025⁶¹.

Pourquoi cela vaut-il la peine d'investir ?

Le suivi des performances des plateformes n'est que la première étape du suivi des programmes destinés aux populations clés. Mais ces données sont essentielles pour comprendre les performances du programme par rapport à d'autres indicateurs et objectifs, tels que les préservatifs, les lubrifiants, la distribution d'aiguilles et de seringues, le dépistage du VIH, l'adoption de la PrEP, l'adoption de l'OAMT et un lien fructueux avec les soins. En l'absence de données fiables sur la taille des populations clés et sur les proportions d'utilisateurs des services cliniques et de personnes touchées par les actions de proximité, il est difficile de donner un sens aux données sur l'utilisation de services spécifiques ou d'identifier les lacunes.

Plus important encore, les indicateurs de la plateforme sont utilisés pour suivre les progrès globaux, identifier les problèmes et gérer les programmes en vue d'une amélioration continue. Ils sont également révélateurs de la confiance et de la participation de la communauté. Une utilisation partielle des services de proximité ou une baisse des visites dans les cliniques peuvent suggérer que les populations clés évitent les éducateurs pairs ou sont insatisfaites des services pour une raison ou une autre, ce qui nécessite une enquête plus approfondie (voir également la section 2.4 sur l'intégration du CLM).

La plateforme vise à identifier les populations clés de manière systématique, puis à mener des actions de proximité fréquentes et à effectuer des contrôles réguliers dans les cliniques, notamment en ce qui concerne les progrès accomplis pour atteindre les objectifs fixés et les lacunes constatées. Les objectifs pour des services spécifiques tels

que le dépistage du VIH et l'accès aux traitements antirétroviraux sont ensuite fixés en fonction d'autres indicateurs et critères d'éligibilité.

Quels sont les besoins ?

- Un système de suivi de la programmation solide et systématique avec les UIC, avec des indicateurs de base normalisés pour tous les programmes destinés aux populations clés et rapportés vers le haut pour une vue d'ensemble des progrès et des lacunes à l'échelle du pays. Dans la mesure du possible, il convient de parvenir à un consensus sur les UIC à utiliser par les prestataires de services publics, privés et communautaires destinés aux populations clés.
- Le plan de gestion doit refléter l'ampleur et les normes prévues du programme, souvent résumées sous la forme d'un programme minimum commun, avec des objectifs clairs. La gestion commence au niveau local par un examen fréquent (hebdomadaire) du travail de l'éducateur pair avec le superviseur pair. Le superviseur examine le travail de la semaine précédente, discute des problèmes, recueille/entame des données et aide ensuite à planifier le travail de la semaine suivante. De même, le navigateur pair discute du travail et des problèmes avec les superviseurs de la gestion de cas, examine les données et aide à planifier le travail suivant.
- Des examens des tableaux de bord des indicateurs prioritaires pour la couverture de base et l'engagement, le dépistage du VIH et le lien avec le traitement antirétroviral et la rétention ont lieu tous les mois par site (et aux niveaux intermédiaires du district et du programme central) avec une résolution active des problèmes. Des examens de plus haut niveau impliquant d'autres partenaires ou parties prenantes intéressés peuvent être organisés trimestriellement ou annuellement, avec des domaines d'intérêt supplémentaires (tels que la mise à jour de la cartographie de haut niveau pour l'échelle). Des enquêtes légères sont suggérées pour recueillir des informations sur les soins auto-administrés (voir section 2.3).

Est-ce dans le budget ?

- Cartographie et estimation de la taille de la PSE (voir [section 2.1](#)).
- Réunion/processus de planification des UIC (s'ils ne sont pas déjà opérationnels) pour les programmes destinés aux populations clés dans la région (formation connexe, mise en œuvre et soutien informatique).
- Dans le cadre de la mise en œuvre locale, visites hebdomadaires de supervision des éducateurs pairs par les superviseurs pairs et les navigateurs pairs avec les gestionnaires de cas.
- Saisie, nettoyage et analyse des données pour produire des tableaux de bord des indicateurs des programmes prioritaires et des cascades de prévention/soins.
- Examen régulier des tableaux de bord avec les équipes de proximité et les cliniques, le gouvernement et les responsables du programme (niveau local : mensuel ; district intermédiaire : trimestriel ; et niveau central du programme : semestriel).

Suggestions de lecture

Suivi des programmes de lutte contre le VIH auprès des populations clés. Genève : ONUSIDA ; 2024 ([https:// jointsiwg.unaids.org/wp-content/uploads/2025/03/Monitoring-HIV-Programs_English.pdf](https://jointsiwg.unaids.org/wp-content/uploads/2025/03/Monitoring-HIV-Programs_English.pdf)).

Guide de suivi et boîte à outils pour les programmes de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins du VIH avec les populations clés. Durham, NC: FHI 360; 2020 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/drupal/documents/resource-linkages-monitoring-tools.pdf>).

Simple methods of monitoring and evaluating for LGBTQI advocates everywhere (Méthodes simples de suivi et d'évaluation pour les défenseurs des droits des personnes LGBTQI partout dans le monde). Oakland, CA : MPact Global Action for Men's Health and Rights; 2021 ([https:// mpactglobal.org/wp-content/uploads/2021/02/MPact-Evaluation_Toolkit_6_spreads.pdf](https://mpactglobal.org/wp-content/uploads/2021/02/MPact-Evaluation_Toolkit_6_spreads.pdf)).

Rampilo M, Phalane E, Phaswana-Mafuya RN. Tracking HIV outcomes among key populations in the routine health information management system : a systematic review (Suivi des résultats du VIH parmi les populations clés dans le système de gestion de l'information sanitaire de routine : un examen systématique). Sexes. 2025;6(3):32 (<https://www.mdpi.com/2411-5118/6/3/32>).

2.3. Suivi des résultats et de l'impact

Il est important de savoir si les programmes se rapprochent des objectifs de résultats clés.

De quoi s'agit-il ?

Les méthodes de mesure des résultats et de l'impact des programmes destinés aux populations clés (section 2.3) sont différentes de celles utilisées pour mesurer la couverture (section 2.2). Il existe plusieurs façons de procéder, notamment les enquêtes biocomportementales intégrées (IBBS) à grande échelle, qui devraient être réalisées tous les cinq ans. La nouvelle « BBS-lite » peut être utilisée pour compléter les résultats d'une IBBS complète et les données du programme⁶². Dans une certaine mesure, les résultats et l'impact peuvent également être mesurés à l'aide d'enquêtes sur le terrain,

les résultats et l'impact peuvent également être mesurés à l'aide des données du programme provenant des PAC. Ceci est particulièrement utile dans les contextes à faibles ressources.

Les données de routine du programme sur les résultats et l'impact provenant des cliniques PAC peuvent inclure :

1. Les tendances des nouvelles infections à la syphilis diagnostiquées (à partir d'un dépistage systématique avec un taux de participation élevé).
2. Les tendances en matière de séroconversion (grâce au dépistage régulier du VIH chez des personnes auparavant séronégatives).^d
3. Les taux de suppression de la charge virale parmi les populations clés sous traitement antirétroviral.

Les méthodologies d'enquêtes légères de routine basées sur des programmes peuvent être utilisées pour recueillir des informations plus approfondies sur d'autres résultats en matière de prévention du VIH, notamment les BBS-Lite, les enquêtes de couverture rapide, les enquêtes dans les isolements (tableau 10) ou les méthodes assistées par ordinateur menées dans les cliniques ou dans la communauté⁶³. Ces méthodes sont couramment utilisées pour évaluer l'utilisation des préservatifs, l'utilisation de matériel d'injection stérile, l'expérience de la violence et/ou de la discrimination, la connaissance du statut VIH et de la suppression virale, entre autres. Elles peuvent être validées par des enquêtes moins fréquentes et plus rigoureuses auprès de la population (p. ex. IBBS).

d. Le suivi des nouvelles IST et des infections par le VIH de cette manière nécessite des garanties de confidentialité, ce qui est plus faisable dans les cliniques liées au programme et plus difficile avec des références extérieures. Le suivi de l'utilisation de la thérapie antirétrovirale, de l'observance et de la charge virale nécessite actuellement une collaboration étroite avec les services cliniques, ce qui est le rôle du navigateur pair.

Tableau 10 : Structure de l'équipe recommandée et responsabilités pour les enquêtes d'opinion par isolement**Coordinateur de l'étude (un pour deux ou trois équipes de terrain)**

- Coordonne et supervise l'ensemble des opérations des équipes de collecte de données.
- Résout les problèmes logistiques au cours de la mise en œuvre de l'étude.
- Maintient une communication régulière et fournit des mises à jour aux enquêteurs de l'étude et aux autres parties prenantes, telles que le gouvernement, d'autres réseaux, etc.
- Mène des consultations avec la communauté avant et après la collecte des données.
- Diffuse les résultats de l'étude dans des forums appropriés, y compris des forums communautaires.

Chercheur/collecteur de données pour l'enquête dans les isolements (un par équipe)

- Dirige la procédure de consentement éclairé en groupe avec les participants potentiels à l'enquête dans les isolements, à l'aide du formulaire de consentement.
- Anime les séances d'enquête dans les isolements.
- Compile les réponses à l'enquête dans les isolements et remplit le formulaire de rapport et le formulaire de comptage.
- Soumet le formulaire de vérification de l'éligibilité et le formulaire de dépouillement de l'enquête dans l'isolement via la plateforme de saisie des données sur tablette ou un autre système de saisie des données.

Chercheur communautaire (deux par équipe de terrain)

- Identifie un échantillon aléatoire de 10 à 12 participants potentiels et procède à la vérification de l'éligibilité sur place.
- Mobilise les membres sélectionnés à l'heure prévue pour l'enquête dans les isolements.
- Remplit le formulaire de vérification de l'admissibilité.
- Remplit l'outil de contrôle de l'échantillonnage par heure et par lieu.
- Supervise et soutient la session d'enquête dans les isolements.
- Compile les réponses à l'enquête dans les isolements.

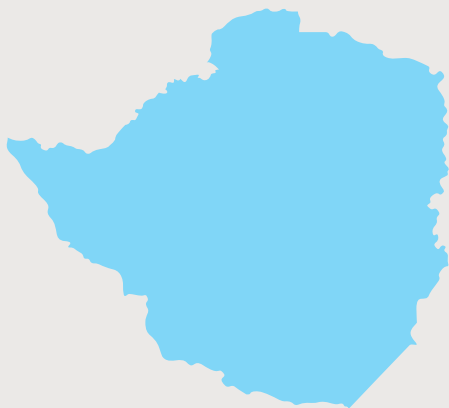
Pourquoi cela vaut-il la peine d'investir ?

La mesure des résultats à l'aide de données programmatiques de routine provenant de plateformes d'accès robustes ou d'enquêtes légères liées au programme présente plusieurs avantages importants par rapport aux enquêtes à grande échelle peu fréquentes : (1) les données reflètent ce qui se passe dans toutes les communautés d'intervention plutôt que dans quelques sites d'échantillonnage ; (2) les tendances peuvent être suivies grâce à des mises à jour régulières (plutôt que de laisser s'écouler plusieurs années entre les cycles d'enquête) ; et (3) elle est beaucoup plus rentable que les enquêtes à grande échelle. Lorsqu'ils sont triangulés avec les indicateurs de la plateforme relatifs à la sensibilisation et à l'utilisation des services, les programmes peuvent évaluer en permanence les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs en matière de résultats et d'impact, et procéder aux ajustements nécessaires. Une telle analyse des données du programme est également utile pour apporter les ajustements nécessaires à l'ensemble des services, en particulier pour les risques intersectionnels (c'est-à-dire les travailleurs du sexe qui s'injectent des drogues) (encadré 12). Idéalement, et si les ressources le permettent, des enquêtes formelles de grande envergure (IBBS) et des enquêtes programmatiques (BBS-Lite, enquêtes

de couverture rapide, enquêtes à l'isoloir) devraient être réalisées pour déterminer les personnes touchées et non touchées par le programme.

Encadré 12

Évolution de l'incidence du VIH parmi les travailleurs du sexe au Zimbabwe



Au Zimbabwe, les données du programme « Sisters with A Voice » ont été utilisées pour estimer l'évolution de l'incidence du VIH parmi les travailleurs du sexe. Les responsables de la mise en œuvre ont régulièrement recueilli des données sur le dépistage du VIH lors des visites des Sisters dans les cliniques entre 2013 et 2023. La prévalence du VIH était stable entre 2013 et 2016-17, mais a diminué de manière significative entre 2016-17 (54,6 %) et 2021-23 (38,9 %). La mortalité, le biais d'échantillonnage ou le renouvellement de la population des travailleurs du sexe n'expliquant pas les changements récents, ceux-ci peuvent probablement être attribués à des changements programmatiques, tels que l'augmentation de la couverture des traitements chez les clients masculins et des options de prévention, y compris l'extension de la couverture de la PrEP. Il s'agit d'une utilisation innovante des données du programme qui permet de mesurer l'impact dans le contexte des PAC⁶⁴.

Quels sont les besoins ?

- Dépistage volontaire systématique des IST, dépistage du VIH et/ou suivi de la charge virale (si ces mesures sont prioritaires).
- UIC et méthodes pour filtrer les doublons, y compris les tests VIH multiples par individu, et le suivi des informations sur les individus lorsqu'ils se déplacent en dehors des zones de desserte des services non gouvernementaux et communautaires.
- Personnel de l'organisation communautaire/travailleurs de proximité pour mener des enquêtes dirigées par des enquêteurs.
- Matériel d'isoloir ou logiciel d'enquête assistée par ordinateur.

Est-ce dans le budget ?

- Système de suivi solide avec des données sur l'interaction entre les pairs et les bénéficiaires, couplées à des données cliniques qui sont agrégées vers le haut (après avoir été utilisées et exploitées au niveau local).
- Formation des pairs, des superviseurs pairs, des navigateurs pairs, des gestionnaires de cas soutenus par le projet et du personnel clinique soutenu par le projet aux formulaires de données, à la saisie des données, à la gestion des données et à la sécurité.
- Personnel du projet responsable de l'agrégation des données.
- Conception, formation, achat des fournitures nécessaires et mise en œuvre de mini-enquêtes au sein de la communauté.
- Soutien en matière de technologie de l'information et d'analyse.

Voir l'annexe 5 pour un modèle de budget pour la réalisation d'une enquête BBS-Lite.

Suggestions de lecture

Coalition mondiale pour la prévention. New directions in measuring combination HIV prevention : a think tank series to align measurement of HIV prevention to the Global AIDS Strategy 2021-2026. Genève : ONUSIDA ; 2022 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/New-Directions-in-HIV-Prevention-Measurement-Series-Report-Final.pdf>).

Enquêtes élargies dans l'isoloir (ePBS) pour l'évaluation des résultats en matière de VIH parmi les populations clés et prioritaires : Guide et manuel de mise en œuvre. Nairobi : Partenaires pour la santé et le développement en Afrique ; 2023 (https://cdn.prod.website-files.com/63ff2c1bed17e622bce9c2ea/65c47b23b8b21c7e5803ac09_expanded%20Polling%20Booth%20Survey%20Manual_full%20document.pdf).

Atelier de suivi des résultats de la prévention du VIH. Johannesburg : Réseau d'apprentissage Sud-Sud ; 2024 (<https://www.hivinterchange.com/events/sslhiv-prevention-outcome-monitoring-workshop>)

Boîte à outils pour le suivi des résultats de la prévention du VIH (POMT). Annexe 2. Genève : Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; 2024 (https://resources.theglobalfund.org/media/13909/cr_me-measurement-hiv-prevention-programs_guidance_en.pdf).

Le BBS-lite. Méthodologie de suivi des programmes fournissant des services liés au VIH, à l'hépatite virale et à la santé sexuelle aux personnes issues des populations clés. Outil de mise en œuvre. Genève : ONUSIDA ; 2023 (https://jointsiwg.unaids.org/wp-content/uploads/2024/05/UNAIDS_BBS-liteTool_EN_WEB.pdf).

EpiC. Guideline for conducting a rapid coverage survey of HIV services among key populations (Lignes directrices pour la réalisation d'une enquête rapide sur la couverture des services VIH parmi les populations clés). Durham, NC: FHI 360; 2023 (<https://www.fhi360.org/resources/guideline-conducting-rapid-coverage-survey-hiv-services-among-key-populations>).

2.4. Intégrer un suivi mené par la communauté

Un suivi mené par la communauté est essentiel pour évaluer la qualité et l'accessibilité des services et garantir que les données générées sont utilisées pour adapter les réponses aux besoins des personnes vivant avec le VIH et des populations clés, y compris les jeunes populations clés.

De quoi s'agit-il ?

Un suivi mené par la communauté (CLM) utilise une plateforme structurée et des moniteurs pairs rigoureusement formés pour collecter et analyser des données qualitatives et quantitatives sur la prestation de services liés au VIH et pour établir des boucles de rétroaction rapides avec les décideurs afin de mettre en œuvre des réformes⁶⁵. Il peut également être utilisé pour suivre le financement, la politique, les droits humains, l'engagement communautaire et d'autres éléments d'un programme pour les populations clés^{66, 67, 68, 69}. L'importance du CLM mené par les populations clés est de plus en plus reconnue, par exemple par les États-Unis dans le cadre du PEPFAR⁷⁰. Lorsqu'il est intégré dans les PAC, ce mécanisme peut aider à identifier les problèmes et à cocréer des solutions pour éliminer les obstacles et optimiser l'accessibilité, la disponibilité, l'acceptabilité et la qualité des services liés au VIH. Parmi les méthodes de CLM couramment utilisées dans les PAC pour les populations clés, on peut citer :

- Les clients mystères.
- Les lignes téléphoniques de retour d'information.
- Les cartes d'évaluation de la communauté.
- Les enquêtes sur les dossiers des cliniques.
- Les entretiens de sortie d'établissement.
- Les discussions de groupe et entretiens avec des informateurs clés, des utilisateurs de services et des travailleurs de la santé.

Le suivi mené par la communauté doit être soutenu par le programme et les données qu'il génère doivent être systématiquement intégrées dans des examens du programme et des réunions de résolution des problèmes. Il doit être intégré à la PAC et dirigé par des pairs et des utilisateurs de services qui ont accès aux services de la PAC. Pour des raisons d'objectivité, la composante CLM doit être menée par une organisation communautaire qui n'est pas impliquée dans la prestation directe de services. Les liens hiérarchiques entre la communauté et les groupes de population clés nationaux devraient utiliser les données de CLM pour informer le plaidoyer national ou les solutions aux défis rencontrés au niveau local. Au fur et à mesure que les programmes évoluent vers une plus grande appropriation, le CLM doit être intégré dans les processus de prise de décision et d'engagement de la communauté (tableau 11).

Tableau 11 : Calcul de la disponibilité des services dans le cadre du CLM pour les populations clés⁷¹

| Visites de services au cours du deuxième trimestre | | Feuille de décompte de la disponibilité des services | | | | | | Tous les services disponibles (O/N) |
|--|---|---|------|---------|-------|--------------------|------|-------------------------------------|
| | | Test VIH | | PrEP | | Traitement des IST | | |
| Clients | Population clé | Demandé | Reçu | Demandé | Reçus | Recherché | Reçu | |
| 101 | Hommes homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes | ○ | ○ | | | | | ○ |
| 107 | Travailleuses du sexe | ○ | ○ | ○ | N | | | N |
| 85 | Femmes transgenres | | | | | ○ | N | N |
| 143 | Travailleurs du sexe | | | | | ○ | ○ | ○ |
| 122 | Consommateurs de drogues | ○ | ○ | | | | | ○ |
| 98 | Femmes transgenres | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 114 | Homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes | ○ | N | | | | | N |
| 151 | Hommes homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes | ○ | ○ | | | | | ○ |
| 89 | Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes | | | | | ○ | ○ | ○ |
| 134 | Femmes transgenres | | | ○ | ○ | | | ○ |
| Nombre total de visites de clients : 10 | | Nombre total de visites où TOUS les services étaient disponibles : 7 | | | | | | |
| Score de disponibilité (7/10) | | 70 % | | | | | | |

Remarque : un système rigoureux doit être mis en place pour protéger les éducateurs pairs, les navigateurs pairs, les autres prestataires de services de santé et les clients contre les représailles qu'ils pourraient subir s'ils signalaient des aspects négatifs de la prestation de services. Les protocoles de sécurité doivent tenir compte de cet aspect et garantir l'anonymat de tous les participants au projet de CLM.

Pourquoi cela vaut-il la peine d'investir ?

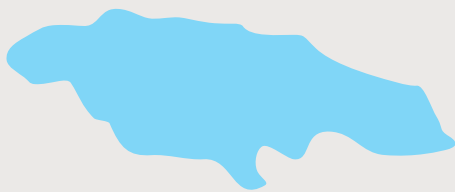
La stratégie mondiale de lutte contre le sida donne la priorité au CLM et vise à garantir que les données générées par la communauté sont utilisées pour adapter les réponses aux besoins des personnes vivant avec le VIH et des populations clés, y compris les jeunes populations clés. Le CLM est associé à une réduction de la stigmatisation et de la discrimination, à une meilleure utilisation des services liés au VIH, à une diminution de la fréquence des ruptures de stock de médicaments et à une plus grande probabilité de suppression de la charge virale⁷².

Il est essentiel que les PAC soient conçues pour répondre aux besoins et aux problèmes de la communauté. Un investissement précoce dans la gestion des plaintes des populations clés, assorti d'un plan d'action pour la résolution des problèmes, renforce la confiance et la participation au programme et améliore la qualité des services (encadré 13).

Le suivi communautaire est associé à une réduction de la stigmatisation et de la discrimination, à une meilleure utilisation des services liés au VIH, à une diminution de la fréquence des ruptures de stock de médicaments et à une plus grande probabilité de suppression de la charge virale.

Encadré 13

Qualité des services VIH pour les populations clés en Jamaïque



En 2019, dix personnes LGBTQ et leurs alliés ont été sélectionnés et formés par le JFLAG pour entreprendre une évaluation « mystère » afin d'évaluer la qualité des services VIH pour les populations clés dans cinq cliniques en Jamaïque. Les clients mystères ont été sélectionnés par le biais de réseaux communautaires. Un outil d'évaluation a été développé et partagé avec les participants lors d'une formation. Vingt-trois évaluations ont été réalisées. La plupart des acheteurs (70 %) ont estimé qu'il était facile d'accéder aux services liés au VIH, tandis que 28 % ont estimé que c'était difficile. Quelque 16 % des acheteurs ont critiqué certains établissements pour leur manque de professionnalisme ou d'intimité lors des tests de dépistage du VIH. Les acheteurs ont recommandé d'intensifier la formation à la sensibilité au genre afin d'améliorer l'accès aux services pour les personnes transgenres⁷³.

Quels sont les besoins ?

- Un plan pour le CLM de la qualité des services faisant appel à des réseaux de pairs, à des réunions de rétroaction communautaire, à la collecte systématique de données communautaires, à la recherche qualitative ou à d'autres méthodes similaires.
- Négociation avec les services cliniques et les administrations concernant les données communautaires et identification de plateformes pour un engagement systématique et un retour d'information bidirectionnel dans le cadre de réunions régulières.
- Soutien à la collecte de données (si elle ne fait pas partie de l'action de proximité habituelle).
- Méthodes et cadres d'analyse des données robustes pour garantir la crédibilité des données générées par le CLM.
- Liens avec les groupes nationaux de défense des populations clés, les groupes de travail techniques nationaux sur les populations clés ou d'autres structures pertinentes.
- Dans la mesure du possible, intégration des données de CLM dans les systèmes nationaux de suivi et d'évaluation, y compris le suivi de routine tel que le DHIS2.

Est-ce dans le budget ?

- Formation (et mise à jour) des personnes chargées de la collecte et de la supervision des données.
- Allocations/salaires des collecteurs de données et transport.
- Soutien aux réunions de retour d'information de la communauté.
- Soutien à l'implication de la communauté dans les réunions de résolution des problèmes avec les services d'orientation et le gouvernement.
- Suivi du programme/des services d'orientation par la communauté :
 - Soutien technique et financier aux communautés pour le suivi de routine.
 - Formation des contrôleurs communautaires aux éléments des normes internationales en matière de soins et de services, aux méthodes de collecte de données et à la collecte d'informations.
 - Outils testés, base de données établie et soutien/formation à l'interprétation.
 - Lien avec le réseau national des populations clés.
- Soutien à d'autres méthodes qualitatives avec assistance technique (par exemple, groupes de discussion, entretiens avec des informateurs clés, entretiens de sortie et clients mystères).
- Appareils électroniques et abonnements à des logiciels pour les systèmes électroniques de retour d'information des clients (si nécessaire).
- Soutien financier et technique aux membres externes de la communauté pour le contrôle de la qualité.
- Production de matériel de plaidoyer utilisant les données de CLM
- Réunions de plaidoyer avec les principaux décideurs pour présenter les données de CLM et cocréer des solutions.

Voir l'[annexe 4](#) pour un exemple de budget pour une évaluation mystère par des pairs.

Suggestions de lecture

- Community-led monitoring of HIV services toolkit: a guide for key populations. Selangor: SKPA2; 2024 (https://assets.healthequitymatters.org.au/wp-content/uploads/2024/10/04034619/DIGITAL_SKPA-2_CLM_Toolkit_FINAL.pdf).
- Makoni T, Kadziyanhike G, Mademutsa C, Mlambo M, Malama K. Community-led monitoring : a voice for key populations in Zimbabwe. J Int AIDS Soc. 2022;25(Suppl 1):e25925 (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9274208/pdf/JIA2-25-e25925.pdf>).
- État des soins de santé pour les populations clés. Johannesburg : Ritshidze ; 2022 (<https://ritshidze.org.za/wp-content/uploads/2022/01/Ritshidze-State-of-Healthcare-for-Key-Populations-2022.pdf>).
- Rapport d'évaluation d'un client mystère. Kingston: JFLAG Equality for All Jamaica; 2019 (<https://www.equalityjamaica.org/wp-content/uploads/2021/08/Mystery-Shopper-Assessment-Report.pdf>).
- Manuel sur la méthodologie du « client secret » pour l'évaluation de la qualité des services liés au traitement et à la prévention du VIH chez les HSH et les personnes transgenres. Tallinn : ECOM ; 2018 (https://ecom.NGO/library/secret_client_en).
- LINK—systèmes de retour d'information électronique pour les programmes de lutte contre le VIH. Durham, NC:
- FHI 360 Linkages; 2019 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/drupal/documents/resource-linkages-electronic-client-feedback-systems.pdf>).

2.5. Renforcement des capacités et du leadership communautaires

Le renforcement des capacités et l'autonomisation des communautés est un processus progressif découlant de programmes pour les populations clés bien mis en œuvre, qui peut être facilité par une série d'activités de renforcement des systèmes communautaires.

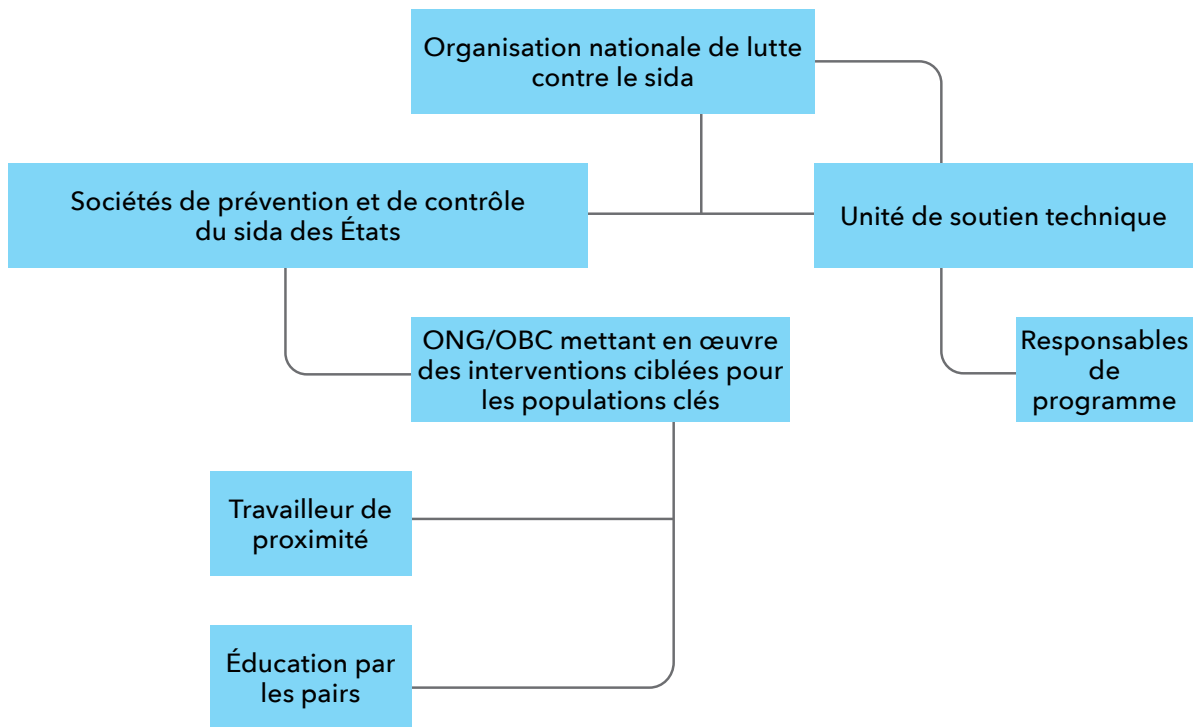
De quoi s'agit-il ?

L'autonomisation des communautés est un processus progressif découlant de programmes pour les populations clés bien mis en œuvre, qui peut être facilité par une série d'activités visant à renforcer les systèmes communautaires. Il est prouvé que l'appropriation par la communauté des programmes destinés aux populations clés est associée à des résultats positifs sur le plan comportemental et clinique⁷⁴.

Les organisations de populations clés activement engagées dans les processus de prestation de services et d'engagement devraient être soutenues pour renforcer leurs propres capacités institutionnelles, financières et techniques. Les programmes destinés aux populations clés devraient disposer de plans de renforcement des capacités et d'engagement communautaire pour les pairs et le personnel. Le développement du personnel nécessite un mécanisme de renforcement des capacités ou une unité de capacité technique comprenant une formation et une supervision de soutien basée sur des normes étroitement liées au suivi du programme. Les programmes devraient offrir des possibilités d'avancement professionnel au sein des organisations, en particulier pour les pairs, afin qu'ils puissent accéder à des postes de supervision ou de gestion.

De nombreuses organisations de populations clés possèdent des connaissances et une expérience approfondies. Elles peuvent être engagées comme prestataires d'assistance technique pour renforcer les PAC. Le soutien technique apporté par les populations clés est le plus efficace pour ce type de renforcement des capacités. Des unités d'appui technique aux populations clés ont été créées en Inde, au Kenya, au Mozambique, en Afrique du Sud et au Zimbabwe pour renforcer les capacités des programmes et de leurs exécutants (figure 7). Ces unités apportent un soutien flexible et itinérant aux responsables de la mise en œuvre des programmes, allant de la planification stratégique à la sensibilisation des communautés, en passant par le soutien clinique, le renforcement des capacités, la communication et les conseils en matière de plaidoyer⁷⁵.

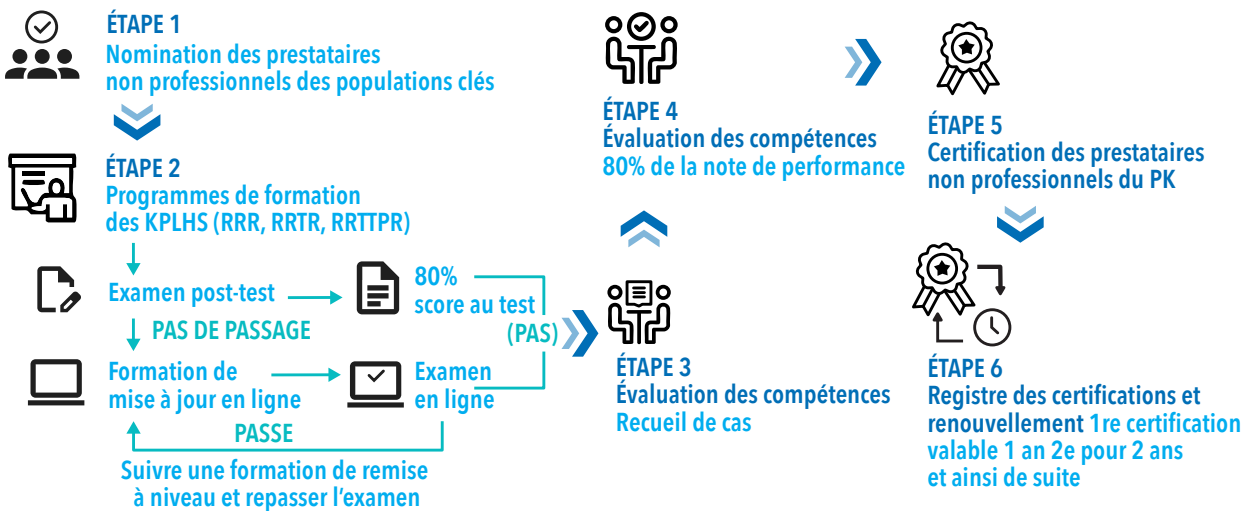
Figure 7. Structure du programme indien sur les populations clés avec unité de soutien technique intégrée⁷⁶



Pourquoi cela vaut-il la peine d'investir ?

Le renforcement des capacités de la communauté et du personnel facilite et renforce la mise en œuvre des programmes tout en instaurant la confiance et en permettant aux communautés de jouer un rôle de premier plan. Le renforcement des capacités des organisations axées sur les populations clés est un élément important de la durabilité. Dans certains contextes, les modèles de prévention du VIH menés par les populations clés sont plus rentables que les services publics^{77,78} encadré 14). En outre, l'accréditation officielle des organisations de populations clés est une étape importante pour les contrats sociaux et la couverture sanitaire universelle (figure 15).

Figure 8. Processus de formation et d'accréditation des prestataires de services de santé dirigés par les populations clés en Thaïlande⁷⁹



Encadré 14

Remédier à la faible utilisation des services liés au VIH par les populations clés en Thaïlande



En 2015, le modèle de services de santé dirigés par les populations clés (KPLHS) a été mis en place pour remédier à la faible utilisation des services VIH par les populations clés. Un processus rigoureux de programme de formation et de certification a été élaboré. À ce jour, 625 prestataires non professionnels provenant de populations clés ont été formés. Trente sites KPLHS sont certifiés et 22 reçoivent des remboursements directs pour la prestation de services de la part du gouvernement par l'intermédiaire de l'Office national de la sécurité sanitaire. Le KPLHS a fourni 55 % des tests de dépistage du VIH en 2018 et 82 % des utilisateurs actuels de la PrEP en 2021⁸⁰.

Quels sont les besoins ?

- Des (auto-)évaluations pour identifier les besoins en matière de développement des capacités.
- Plan(s) de renforcement des capacités organisationnelles et institutionnelles, y compris le personnel et les travailleurs de proximité pour les services prévus.

- Fourniture d'un soutien régulier par l'intermédiaire d'une unité de soutien technique ou d'un mécanisme similaire.
- Apprentissage par les pairs et mentorat entre les organisations et les responsables des populations clés.
- Voies de progression articulées et planifiées permettant aux populations clés d'assumer des responsabilités croissantes dans la planification, la mise en œuvre et l'examen des programmes, avec des plans de formation associés.
- Renforcement des systèmes communautaires au niveau local afin de promouvoir les facteurs essentiels, de traiter les conditions identifiées par les populations clés et de soutenir l'autonomisation des communautés.
- Si possible, un programme de formation et un processus d'accréditation approuvés au niveau national.

Est-ce dans le budget ?

- Évaluation des besoins en matière de renforcement des capacités et processus de planification.
- Plan et activités de renforcement des capacités organisationnelles et institutionnelles.
- Unité de soutien technique ou mécanisme similaire de renforcement des capacités, idéalement de pair à pair.
- Plan et activités de renforcement des systèmes communautaires—développement du leadership, mentorat, plaidoyer et recherche.
- Adaptation des supports de renforcement des capacités existants ou élaboration de nouveaux supports.
- Soutien à l'engagement des populations clés dans les espaces de prise de décision à tous les niveaux.
- Soutien aux communautés pour qu'elles établissent des liens avec les groupes de défense des populations clés aux niveaux national, régional et/ou mondial.

Suggestions de lecture

- ONUSIDA, PNUD, UNFPA. Accroître le soutien et les partenariats avec les populations clés du VIH. Formation en ligne In-reach. Genève : ONUSIDA ; 2023 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/increasing-support-and-partnerships-key-hiv-populations-reach-online-training>).
- Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Enda Sante, Institut de la société civile pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Community pulse: assessing strengths, empowering change-a tool for community-led organizations. Accra: Civil Society Institute for Health; 2024 (https://www.civilsocietyhealth.org/website/wp-content/uploads/2024/08/2024-Community-Pulse-Facilitators_v7-2.pdf).
- Mehrotra A, Davis DA, Evens E, White B, Wilcher R. The importance of key population community engagement and empowerment in HIV programming : insights from a global survey with local implementing partners. J Glob Health Rep. 2020;4:e2020044 (<https://www.joghr.org/article/12926-the-importance-of-key-population-community-engagement-and-empowerment-in-hiv-programming-insights-from-a-global-survey-with-local-implementing-partner>).
- Cours de formation pour les agents de santé fournissant des services de santé axés sur les populations clés. Projet de partenariat communautaire de l'USAID. Bangkok : Institute of HIV Research and Innovation ; 2024 (https://www.prepwatch.org/wp-content/uploads/2024/03/Course-syllabus_English.docx)
- Matambanadzo P, Otiso L, Kavhaza S, Bhattacharjee P, Cowan FM. Community leadership is key to effective HIV service engagement for female sex workers in Africa (Le leadership communautaire est la clé d'un engagement efficace des services VIH pour les travailleuses du sexe en Afrique). J Int AIDS Soc. 2025;28:e26425 (<https://doi.org/10.1002/jia2.26425>).

2.6. Des programmes durables pour un impact à long terme

L'intégration des plateformes d'accès de confiance dans les soins de santé primaires est essentielle à la durabilité à long terme. Les modèles de prestation de services et de financement doivent être adaptés aux contextes locaux.

De quoi s'agit-il ?

À l'approche de l'échéance des objectifs mondiaux pour 2030, il est nécessaire de transformer les ripostes au VIH pour une plus grande durabilité. La réalisation des objectifs est inégale, l'aide internationale diminue, les progrès vers la couverture sanitaire universelle sont au point mort et une réponse différente est nécessaire pour atteindre les populations les plus marginalisées en queue d'épidémie⁸¹.

Pour maintenir les programmes et les services destinés aux populations clés, il faut changer d'approche. En fonction des ressources disponibles—et de leur provenance (intérieure ou extérieure)—il existe différents modèles de programmes destinés aux populations clés⁸².

Il convient d'étudier les stratégies d'intégration des PAC dans les systèmes de soins de santé primaires, comme indiqué à la section 1.3.1, à la figure 4 et au tableau 12. Les modèles d'intégration doivent tenir compte de l'environnement juridique et politique et ne jamais compromettre la sûreté et la sécurité. Les préférences des populations clés doivent être au centre de l'examen des options de durabilité⁸³. Pour réaliser des progrès durables, il faudra inclure les populations clés dans les politiques et la planification des soins de santé primaires⁸⁴.

Il est essentiel de développer les contrats sociaux et d'autres mécanismes de financement durable pour les programmes et services destinés aux populations clés. Les politiques et lignes directrices nationales en matière de contrats sociaux devraient inclure les populations clés et les programmes de prévention du VIH (encadré 15). Dans certains pays, les approches combinant les dons des gouvernements, des entreprises et des particuliers ont donné de bons résultats⁸⁵.

Il est important de continuer à réduire la stigmatisation et la discrimination et de faire évoluer les normes sociales pour que les progrès vers des PAC durables ne soient pas réduits à néant.

Encadré 15

Contrats sociaux d'État pour les programmes destinés aux populations clés au Kazakhstan



Le Kazakhstan met en œuvre des contrats sociaux d'État pour la prévention du VIH depuis 2009. Pourtant, en 2018, seuls 4 des

20 contrats sociaux d'État pour la prévention du VIH et de la tuberculose bénéficiaient aux populations clés⁸⁶. De 2020 à 2024, l'ICAP a fourni un soutien technique à la ville d'Almaty pour stimuler le financement national dans les populations clés. Le soutien comprenait : la définition des spécifications techniques pour les contrats sociaux spécifiques aux populations clés ; la formation des organisations de populations clés ; et l'aide à la présentation des demandes. En conséquence, en 2022 et 2023, 355 000 USD ont été alloués aux contrats sociaux de l'État pour les programmes destinés aux populations clés. Le nombre de personnes vivant avec le VIH diagnostiquées par les ONG est passé de 5 % en 2021 à 10 % en 2022 et 2023⁸⁷.

Pourquoi cela vaut-il la peine d'investir ?

Les problèmes de financement de la lutte contre le VIH sont particulièrement aigus pour les populations clés. En 2023, 487,5 millions de dollars étaient disponibles pour l'ensemble des programmes ciblant les populations clés, dont 261,5 millions de dollars consacrés à des programmes de prévention complets, ce qui ne représente que 4,5 % des besoins. En outre, on estime que seuls 14,2 % des fonds destinés aux populations clés proviennent de sources publiques nationales⁸⁸. En 2024, seuls 2,6 % du financement total de la lutte contre le VIH ont été consacrés à des programmes destinés aux populations clés, bien que celles-ci représentent environ 80 % des nouvelles infections par le VIH en dehors de l'Afrique subsaharienne et environ 25 % en Afrique subsaharienne⁸⁹. Le Cadre d'accès mondial « Prévention 2030 » souligne que les dépenses consacrées aux services de prévention du VIH pour les populations clés (à l'exclusion de la PrEP) doivent atteindre 13 % du financement total d'ici à 2030⁹⁰. Le Cadre contient un nouvel objectif de haut niveau visant à ce que 20 % du financement national pour le VIH soit consacré à la prévention, en notant que le financement national pour les populations clés est particulièrement crucial.

En 2025, de brusques changements de politique de la part du gouvernement américain ont interrompu puis annulé des milliards de dollars de financement de la lutte contre le VIH, les programmes destinés aux populations clés étant touchés de manière disproportionnée^{91, 92}. Une enquête a révélé que 88 % des organisations destinées aux populations clés ont été contraintes de licencier du personnel, 77 % sont confrontées à des perturbations de la chaîne d’approvisionnement et 76 % ont dû fermer des bureaux ou des points de prestation de services⁹³. Les solutions qui permettent d’augmenter le financement—en particulier le financement national—sont essentielles pour soutenir les PAC.

Tableau 12 : Intégration des PAT pour les populations clés par le biais de partenariats entre ONG et cliniques en Malaisie (« modèle KK »)⁹⁴

| PAC pour les populations clés basée sur une ONG en collaboration avec le ministère de la santé (moh) | Programme d’aide aux populations clés en milieu hospitalier avec l’aide d’une ONG | Programme pour les populations clés en milieu hospitalier sans implication d’une ONG |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ La distance entre le bureau de l’ONG, les cliniques et la zone de sensibilisation est proche. ■ Le gouvernement absorbe les coûts des locaux et des services publics des ONG. ■ Les travailleurs de proximité (pairs) sont basés dans les bureaux de l’ONG. ■ Les activités quotidiennes sont supervisées par la direction de l’ONG. ■ Les pairs orientent les clients vers la clinique gouvernementale voisine où un partenariat est établi (l’OAMT et la PrEP y sont fournis). | <ul style="list-style-type: none"> ■ Un partenariat solide entre le ministère de la santé et l’ONG. ■ Le gouvernement absorbe les coûts administratifs liés à la gestion des pairs. ■ Le modèle est mis en œuvre dans les petites villes. ■ Les activités quotidiennes des pairs sont supervisées par le personnel de la clinique (superviseur de site). ■ L’ONG recrute et forme les pairs. ■ L’ONG se charge des rapports (directeur/coordinateur de programme). | <ul style="list-style-type: none"> ■ Cette option n’est utilisée que s’il n’y a pas d’ONG appropriée dans l’État/le district. ■ La supervision technique est assurée directement par le département de la santé de l’État. ■ Recrutement, formation et soutien : responsable national de lutte contre le sida. ■ Modèle temporaire (une durabilité à plus long terme et une appropriation par des ONG locales sont souhaitées). |

En 2021, la Malaisie comptait 45 partenariats ONG-clinique de ce type et sept autres soutenus par le Fonds mondial.

Quels sont les besoins ?

- Définir l'ensemble des interventions en faveur des populations clés à inclure et à chiffrer dans l'ensemble des prestations nationales.
- Recenser les organisations de la société civile et les organisations communautaires travaillant avec les populations clés qui peuvent s'associer aux cliniques pour des modèles de soins intégrés, ou qui peuvent être encouragées à postuler pour des opportunités de contrats sociaux.
- Établir des normes de calcul des coûts pour les PAC afin de faciliter la normalisation des paiements du gouvernement et/ou l'absorption des éléments du programme.
- Réformes juridiques et politiques pour permettre la prestation de services communautaires pour les éléments clés du programme (PrEP, OAMT) et pour permettre le transfert de fonds du gouvernement aux organisations communautaires pour la prestation de services aux populations clés.
- Élaborer ou mettre à jour les lignes directrices nationales en matière de contrats sociaux afin d'inclure les interventions auprès des populations clés, y compris la prévention du VIH.
- Mettre en place des partenariats cliniques/communautaires permettant d'intégrer les PAC dans les soins de santé primaires par le biais d'une approche collaborative qui maintient le leadership et l'appropriation de la prestation de services par les populations clés.

Est-ce dans le budget ?

Le temps pour les experts juridiques de rédiger des propositions de changement de politique et des modèles de législation afin d'étendre la fourniture de services par la communauté et les mécanismes de financement nationaux pour les programmes destinés aux populations clés.

Un soutien technique pour les exercices de cartographie afin d'informer les efforts d'intégration des ONG et des cliniques et d'élargir l'accès aux contrats sociaux.

Consultations avec les prestataires de services aux populations clés afin d'établir des normes de calcul des coûts fondées sur des données probantes.

Sensibilisation et formation des cliniques publiques afin qu'elles soient en mesure de fournir des services adaptés aux populations clés.

Réunions d'examen conjointes entre le gouvernement, les cliniques et les organisations communautaires sur les résultats de la PAC.

Suggestions de lecture

- Guide d'introduction à la durabilité de la réponse au VIH. Genève : ONUSIDA ; 2024 (https://sustainability.unaids.org/wp-content/uploads/2024/06/HIV-response-sustainability-response-primer_web.pdf).
- EpiC, Global black gay men connect. Sustaining the HIV response : a report on consultations with key population communities. Version 1. Durham, NC : FHI 360 ; 2024 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/2022/02/resource-epic-report-kp-consultation.pdf>).
- Towards domestic public financing and social contracting for harm reduction (Vers un financement public national et des contrats sociaux pour la réduction des risques). Londres : Harm Reduction International ; 2024 (https://hri.global/wp-content/uploads/2023/04/SOCIAL-CONTRACTING_FINAL.pdf).
- HIV Leadership forum implementing social contracting for HIV prevention : policy brief. Genève : ONUSIDA ; 2024 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/implementing-social-contracting-hiv-prevention>).
- Prestation de services différenciés : un cadre décisionnel pour une thérapie antirétrovirale différenciée pour les populations clés. Amsterdam : International AIDS Society ; 2018 (<https://differentiatedservicedelivery.org/wp-content/uploads/decision-framework-key-population-web3.pdf>).
- Ncube, G. Lessons learnt implementing integrated KP-focused HIV/SRHR programs in the public sector, Zimbabwe. New York : ICAP-Columbia University ; 2023 (https://cquin.icap.columbia.edu/wp-content/uploads/2023/11/Ncube_Session-11c_DSD-for-Key-Populations_Final-for-posting.pdf).

ANNEXES



Annexe 1 : Analyse comparative des coûts unitaires pour les plateformes d'accès de confiance

Lors de l'évaluation des coûts des PAC pour les populations clés, il est utile de comparer les besoins estimés en ressources aux coûts unitaires établis. Ces coûts peuvent varier considérablement d'un pays à l'autre (voire d'un district à l'autre et d'un responsable de la mise en œuvre à l'autre). L'analyse comparative peut servir à vérifier que les coûts unitaires sont raisonnables. S'ils sont trop bas, cela peut indiquer que des éléments essentiels du paquet manquent. S'ils sont trop élevés, la PAC risque de ne pas être viable (tableau 13).

Tableau 13 : Coûts unitaires par région pour la sensibilisation des populations clés, estimation des ressources de l'ONUSIDA (modélisation accélérée)⁹⁵

| Région | Population | Coût unitaire moyen | Coût unitaire médian |
|---|---|---------------------|----------------------|
| Afrique de l'Est et du Sud | Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes | \$128,00 | \$100,80 |
| | Travailleurs du sexe | \$80,40 | \$94,00 |
| | Personnes qui s'injectent des drogues | \$94,90 | \$135,00 |
| Afrique occidentale et centrale | Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes | \$53,60 | \$51,20 |
| | Travailleurs du sexe | \$53,30 | \$52,70 |
| | Personnes qui s'injectent des drogues | \$89,40 | \$90,30 |
| Asie et Pacifique | Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes | \$45,40 | \$44,50 |
| | Travailleurs du sexe | \$66,30 | \$77,40 |
| | Personnes qui s'injectent des drogues | \$144,80 | \$161,90 |
| Caraïbes | Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes | \$44,50 | \$44,50 |
| | Travailleurs du sexe | \$29,90 | \$29,90 |
| | Personnes qui s'injectent des drogues | \$48,90 | \$48,90 |
| Europe de l'Est et Asie centrale | Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes | \$47,20 | \$44,60 |
| | Travailleurs du sexe | \$122,90 | \$108,10 |
| | Personnes qui s'injectent des drogues | \$117,00 | \$122,50 |
| Amérique latine | Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes | \$44,50 | \$44,50 |
| | Travailleurs du sexe | \$29,90 | \$29,90 |
| | Personnes qui s'injectent des drogues | \$48,90 | \$48,90 |
| Moyen-Orient et Afrique du Nord | Hommes homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes | \$105,00 | \$105,00 |
| | Travailleurs du sexe | \$15,40 | \$15,40 |
| | Personnes qui s'injectent des drogues | \$68,50 | \$68,50 |

Une étude de l'ONUSIDA de 2024 contient plus de 350 coûts unitaires pour les interventions communautaires et à base communautaire auprès des populations clés dans 26 pays (tableau 14). Ces données sont plus granulaires et peuvent aider à l'évaluation comparative des coûts ou à l'estimation des besoins en ressources. La base de données de l'examen systématique est accessible via le tableau de bord financier du VIH de l'ONUSIDA⁹⁶.

Tableau 14 : Coûts unitaires de certaines interventions auprès des populations clés, 2024 Examen de l'ONUSIDA (diverses études)⁹⁷

| Pays | Population | Intervention | Coût unitaire |
|-----------------------|--|---------------------------------------|---------------|
| Burkina Faso | Travailleuses du sexe | Coût par client séronégatif | \$56,70 |
| Côte d'Ivoire | Travailleuses du sexe | Coût par kit d'autotest VIH distribué | \$13,00 |
| Kenya | Travailleuses du sexe | Coût par personne testée | \$9,56 |
| Inde | Travailleurs du sexe masculins | Coût par personne atteinte | \$90,00 |
| | Personnes transgenres | Coût par personne atteinte | \$116,00 |
| L'Indonésie | Personnes qui s'injectent des drogues | Coût par test VIH | \$65,00 |
| Mexique | Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes | Coût par personne atteinte | \$14,00 |
| Mali | Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes | Coût par kit d'autotest VIH distribué | \$28,00 |
| Sénégal | Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes | Coût par kit d'autotest VIH distribué | \$27,00 |
| Afrique du Sud | Travailleuses du sexe | Coût de la PrEP par année-personne | \$146,60 |
| Thaïlande | Travailleurs du sexe masculins (Phuket) | Coût par personne servie | \$74,90 |
| | Personnes qui s'injectent des drogues (Yala) | Coût par personne servie | \$144,20 |
| Ouganda | Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes | Coût par personne testée | \$15,90 |
| Vietnam | Personnes qui s'injectent des drogues | Coût par personne sous OST par an | \$378,00 |
| Zimbabwe | Populations clés (non ventilées) | Coût par client initié à la PrEP | \$86,00 |

Annexe 2 : **Fonctions de l'équipe de sensibilisation et de gestion**

| Éducateurs pairs/travailleurs de proximité | Navigateurs pairs |
|---|---|
| <p>Les éducateurs/travailleurs de proximité pairs font partie de l'équipe de gestion des cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ En atteignant les populations clés. ■ En s'assurant qu'elles sont engagées dans des services de prévention et des services cliniques, et qu'elles sont réengagées dans des services si nécessaire. ■ En aidant l'équipe à repérer les personnes inactives/perdus de vue. <p>Selon le programme, les éducateurs et les travailleurs pairs peuvent souvent devenir des navigateurs pairs ou des superviseurs pairs s'ils ont la formation et l'expérience nécessaires.</p> | <p>La navigation par les pairs est une approche utilisée par les programmes dans tous les pays pour s'assurer que les populations clés sont mises en relation et guidées tout au long du processus d'accès (et de maintien) aux services nécessaires et qu'elles participent à l'équipe de gestion des cas cliniques (avec le gestionnaire de cas et, éventuellement, le personnel clinique).</p> <p>Les navigateurs pairs sont généralement des personnes séropositives (ou affectées par le VIH), des modèles d'observance thérapeutique qui savent comment accéder aux services clés et les utiliser, et qui peuvent communiquer ces informations de manière claire et précise. L'objectif de la navigation par les pairs est de soutenir les personnes nouvellement diagnostiquées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ À s'inscrire au traitement et à rester dans le réseau de services pour parvenir à la suppression virale. ■ À s'inscrire à une prévention médicale (p. ex. une thérapie antirétrovirale) au sein du réseau de services. ■ À poursuivre l'observance. <p>La navigation par les pairs prend le relais de la sensibilisation par les pairs. Les navigateurs pairs travaillent à temps plein au sein d'une équipe de gestion de cas pour aider les bénéficiaires de services séropositifs à s'inscrire et à accéder aux services de soins et de traitement. Ils les aident à identifier et à surmonter les obstacles qui les empêchent d'atteindre leurs objectifs personnels en matière de santé. Ils aident également les bénéficiaires de services séronégatifs à obtenir une prévention médicale et les soutiennent.</p> <p>Les navigateurs pairs peuvent être recrutés parmi les travailleurs de proximité, mais ils doivent recevoir une formation supplémentaire pour s'assurer qu'ils ont une connaissance approfondie de tous les services pertinents disponibles dans les établissements et dans la communauté pour leurs bénéficiaires. Ils devraient également pouvoir être formés à la gestion de cas et comprendre leur responsabilité en matière de respect de la confidentialité.</p> |

Superviseurs pairs

Les superviseurs pairs renforcent les efforts de sensibilisation en soutenant et en supervisant les éducateurs pairs dans leur travail pour atteindre les populations clés et les maintenir engagées dans les services de prévention et les services cliniques. Ils travaillent en étroite collaboration avec les éducateurs pairs en examinant leur travail et leurs données, en les aidant à planifier le travail suivant et en s'engageant dans une résolution commune des problèmes. Leur rôle consiste également à consolider les données de sensibilisation des éducateurs pairs et à veiller à ce qu'elles soient communiquées à un niveau supérieur, et ils participent aux réunions de gestion et d'examen des données pertinentes.

Gestionnaire de cas

Les gestionnaires de cas améliorent les résultats pour les patients tout au long du continuum de prévention et de soins du VIH, y compris :

- Le lien avec la prévention basée sur la thérapie antirétrovirale.
- L'accès rapide aux soins et au traitement.
- Le maintien des soins et du traitement.
- L'observance durable de la thérapie antirétrovirale grâce à l'évaluation des besoins du client.
- L'élaboration, le suivi et l'évaluation des plans de traitement et des progrès réalisés.
- Une liaison entre le client et les autres prestataires de services afin de garantir une prise en charge globale du client.

Le rôle du gestionnaire de cas peut varier en fonction du contexte (communauté ou établissement). Divers cadres (y compris les navigateurs pairs) peuvent fournir des services de gestion de cas et être désignés en tant que gestionnaire de cas, en fonction du contexte et du programme. Un gestionnaire de cas peut également jouer un rôle dans la coordination avec les établissements et le personnel qui ne se trouvent pas dans la zone de recrutement, afin de s'assurer que les populations clés sont soutenues et mises en relation avec les services appropriés.

Annexe 3 : Matrice de progression pour les plateformes d'accès de confiance

Tableau 15 : Modèle de maturité d'une PAC

| | Mauvaise pratique | Démarrage | Consolidation | Haute qualité |
|---|--|--|--|--|
| Planification/ replanification | <ul style="list-style-type: none"> ■ Visites aléatoires des points chauds par des équipes mobiles poursuivant des objectifs ponctuels. ■ Pas de présence continue dans les lieux à haut risque ni d'engagement communautaire. ■ Les éducateurs pairs ne sont pas supervisés. ■ Pas de nouvelle cartographie pour mettre à jour les PSE et les lieux. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Cartographie de haut niveau pour identifier les domaines prioritaires nationaux et les lacunes du programme. ■ Cartographie programmatique et PSE pour guider l'orientation vers les services et les services de proximité. ■ La sensibilisation par les pairs est conçue pour assurer une présence continue dans les points chauds. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Microplanification pour permettre aux travailleurs de proximité d'évaluer et d'améliorer leur travail. ■ Objectifs assortis d'un examen régulier du tableau de bord des indicateurs de programme prioritaires (PPI), du dépistage et du conseil en matière de VIH et du lien avec les soins, afin d'évaluer les progrès accomplis. ■ Validation périodique des sites à haut risque afin d'affiner les dénominateurs et les objectifs du PSE et rechercher les personnes non couvertes. | <ul style="list-style-type: none"> ■ L'échelle est atteinte grâce à la couverture des principales zones nationales de travail du sexe. ■ Participation aux activités de proximité ■ >90 % de PSE dans la majorité des sites. ■ Fréquence de sensibilisation au moins mensuelle. ■ Dépistage régulier du VIH et conseils aux personnes séronégatives conformément aux procédures opérationnelles normalisées du pays. ■ Lien solide avec les soins et l'observance du traitement. ■ Efforts particuliers pour trouver les personnes non desservies. |

| | Mauvaise pratique | Démarrage | Consolidation | Haute qualité |
|---------------------------------|--|---|--|--|
| Définition des objectifs | <ul style="list-style-type: none"> ■ Objectifs étroits en matière de portée, de dépistage et de rendement. ■ L'absence d'identifiants uniques ne permet pas d'établir un lien entre les performances et les PSE. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Des objectifs clairs ont été fixés pour au moins quatre PPI concernant la sensibilisation : taux de participation et fréquence de la sensibilisation, taux de participation et fréquence des cliniques. ■ Des objectifs clairs en matière d'accès au traitement et de rétention. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Progrès documentés envers >90 % de participation aux actions de proximité, contacts fréquents avec les services de proximité, >80 % d'utilisation des cliniques et de bilans de santé réguliers. ■ Progrès documentés en matière d'accès au traitement et de rétention. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Cibles de sensibilisation stratifiées en fonction du risque, avec des contacts plus fréquents (hebdomadaires) pour les personnes considérées comme présentant le risque le plus élevé. ■ Mise au point d'approches différenciées pour la mise en relation avec le traitement et la rétention. |
| Suivi/supervision | <ul style="list-style-type: none"> ■ Pas de suivi/supervision des progrès (participation/fréquence des actions de proximité). ■ Pas de dénominateurs de population. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Cadre de suivi et de supervision en place pour suivre les progrès et soutenir le personnel des services de proximité et des cliniques. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Systèmes de microplanification avec supervision et planification hebdomadaires du travail de proximité, axés sur les PPI. ■ Les navigateurs pairs planifient le suivi des membres des populations clés. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Réunions mensuelles et trimestrielles à des niveaux plus élevés pour examiner les données, résoudre les problèmes persistants et soutenir les équipes locales. |

| | Mauvaise pratique | Démarrage | Consolidation | Haute qualité |
|--|--|--|---|--|
| Sensibilisation | <ul style="list-style-type: none"> La participation et la fréquence ne sont pas contrôlées. | <ul style="list-style-type: none"> La sensibilisation par les pairs est organisée pour couvrir les lieux à haut risque avec des ratios appropriés (environ 1 éducateur pour 50 membres de la population clé). Les navigateurs pairs sont organisés pour soutenir les membres des populations clés en matière de traitement ou de prévention médicale (un ratio de 1:20 à 1:30 de navigateurs pairs par rapport aux membres de la population clé ayant besoin de services). | <ul style="list-style-type: none"> Approche de 90 % d'utilisation des services de proximité et contacts mensuels de proximité. | <ul style="list-style-type: none"> Niveau de couverture élevé (90 % ou « saturation »), participation totale et contacts fréquents. |
| Interventions sur les produits de prévention (préservatifs / lubrifiants, aiguilles et seringues) | <ul style="list-style-type: none"> Intermittentes, pas de planification, de systèmes ou d'objectifs basés sur les besoins, approvisionnement intermittent avec des ruptures de stock. | <ul style="list-style-type: none"> Distribution régulière de préservatifs / lubrifiants (et d'aiguilles et de seringues) par le biais d'actions de proximité, soutenues par une logistique opérationnelle, avec des messages renforcés lors des visites dans les cliniques. | <ul style="list-style-type: none"> La promotion et la distribution de préservatifs reflètent les besoins évalués (c'est-à-dire qu'elles sont en rapport avec le nombre de clients déclarés). | <ul style="list-style-type: none"> Système solide de promotion et de distribution des préservatifs, sans rupture de stock ni interruption. L'utilisation des préservatifs est évaluée par des enquêtes dans des isoloirs. Ou méthode d'enquête similaire. |

| | Mauvaise pratique | Démarrage | Consolidation | Haute qualité |
|--|---|---|---|--|
| Services cliniques / médicaux | <ul style="list-style-type: none"> ■ L'utilisation et la fréquence ne sont pas contrôlées. ■ Pas d'assistance ou de suivi des références. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Promotion des visites à la clinique pour des contrôles réguliers. ■ Mise en place d'un système d'orientation vers des services médicaux supplémentaires. | <ul style="list-style-type: none"> ■ >80 % de fréquentation des cliniques, suivie de bilans de santé réguliers. ■ Les personnes orientées sont aidées à se rendre dans les cliniques et des efforts sont faits pour soutenir l'observance du traitement. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Contrôles trimestriels réguliers. ■ Preuve du déclin des IST. ■ Gestion solide des cas en place avec une forte adhésion au traitement médical et à la prévention documentée. |
| Interventions structurelles | <ul style="list-style-type: none"> ■ Aucune attention. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluation et dialogue sur les principaux problèmes. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Mécanisme de signalement et de réponse à la violence. ■ Liens établis avec les réseaux nationaux de populations clés. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Des groupes d'entraide / comités communautaires fixent les priorités, mettent en œuvre les réponses et contrôlent l'impact. |
| Appropriation par la communauté | <ul style="list-style-type: none"> ■ Aucune attention. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluation et engagement précoce du programme avec la communauté des populations clés. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Le programme collabore avec une communauté de populations clés pour la mise en œuvre d'interventions. ■ La communauté joue un rôle dans la prise de décision. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Les membres de la communauté de population clé sont habilités à jouer un rôle de plus en plus important au sein des organisations non gouvernementales et communautaires.. ■ Un plan de progression clair pour accroître la responsabilité et le leadership de la communauté. |

Annexe 4 : Exemple de budget pour la cartographie programmatique

Le tableau 16 présente un exemple de budget pour la PPM des populations clés^e. Les chiffres sont donnés à titre indicatif et doivent être adaptés au pays et à la taille des zones qui seront cartographiées. Le tableau 17 présente les coûts estimés pour la réalisation de la PPM et l'estimation de la taille des populations clés.

Tableau 16 : Exemple de budget pour la réalisation d'une cartographie programmatique participative et d'une estimation de la taille des populations clés⁹⁸

| Phase | Nb | Coût unitaire | Nb de semaines | % degré d'effort | Total |
|--|----|---------------|----------------|------------------|----------|
| 1. Budget de la phase de préparation | | | | | |
| Évaluation de l'environnement juridique | 1 | - | - | - | \$1 000 |
| Évaluation de l'état de préparation à la cartographie | 1 | - | - | - | \$500 |
| Recherche formative sur la typologie des sites et des sous-groupes | 1 | - | - | - | \$1 500 |
| Engagement communautaire | 1 | - | - | - | \$500 |
| Examen éthique | 1 | - | - | - | \$500 |
| Conseil consultatif communautaire | 1 | - | - | - | \$300 |
| Travail formatif pour développer le protocole et les instruments | 1 | - | - | - | \$200 |
| Élaboration d'un plan d'urgence et assistance juridique | 1 | - | - | - | \$500 |
| 2. Budget des travaux sur le terrain | | | | | |
| A. Niveau national | | | | | |
| Responsable national | 1 | \$500 | 22 | 100 % | \$11 000 |
| Spécialiste en cartographie | 1 | \$300 | 13 | 50 % | \$1 950 |
| Personne chargée du budget et de l'administration | 1 | \$300 | 22 | 100 % | \$6 600 |
| Gestionnaire de données | 2 | \$300 | 16 | 100 % | \$9 600 |
| Atelier de formation de quatre jours— Participants : parties prenantes nationales | 10 | \$100 | - | - | \$1 000 |
| Atelier de formation de quatre jours— Participants : équipe nationale | 5 | \$100 | - | - | \$500 |
| Participants : deux personnes par région (dix régions) | 20 | \$500 | - | - | \$10 000 |

e. Cet exemple suppose dix zones géographiques, avec un total de 49 zones : une ville de 1 000 000 d'habitants ; une ville de 250 000 habitants ; un district de 200 000 habitants ; cinq villes de 150 000 habitants et deux zones de 100 000 habitants.

| Phase | Nb | Coût unitaire | Nb de semaines | % degré d'effort | Total |
|---|-----|---------------|----------------|------------------|--------------|
| Frais de transport et de déplacement vers les districts pour les travaux sur le terrain | 1 | \$400 | 20 | - | \$8 000 |
| Atelier national de retour d'information et plans d'action | 1 | \$300 | - | - | \$1 000 |
| B. Niveau de la zone géographique sélectionnée (peut comprendre plusieurs zones) : 1 par zone géographique | | | | | |
| Responsable local de terrain | 1 | \$300 | 2 | 100 % | \$600 |
| Superviseur adjoint | 2 | \$200 | 2 | 100 % | \$800 |
| Formation—deux jours chacun | 3 | \$800 | 1 | 1 | \$2 400 |
| Formation des enquêteurs | 10 | \$150 | 1 | 100 % | \$1 500 |
| Formation des mobilisateurs sociaux | 10 | \$150 | 1 | 100 % | \$1 500 |
| Fournitures | 1 | \$400 | 1 | 1 | \$400 |
| Réunion des parties prenantes locales pour présenter l'étude avant le travail sur le terrain | 1 | \$500 | 1 | 1 | \$500 |
| Atelier de retour d'expérience et plans d'action | 1 | \$500 | 1 | 1 | \$500 |
| Total local pour une zone géographique sélectionnée | - | - | - | - | \$8 200 |
| C. Niveau de la zone (population de la zone : 50 000 habitants) | | | | | |
| Superviseur local sur le terrain | 1 | \$300 | 0.5 | 100 % | \$150 |
| Superviseur adjoint | 2 | \$200 | 0.5 | 100 % | \$200 |
| Intervieweurs | 10 | \$150 | 0.5 | 100 % | \$750 |
| Mobilisateurs sociaux | 10 | \$150 | 0.5 | 100 % | \$750 |
| Photocopies de questionnaires et de fiches d'information | 800 | \$0,25 | 1 | 1 | \$200 |
| Transport | 1 | \$1 000 | 0.5 | 1 | \$500 |
| Techniciens de saisie des données | 2 | \$150 | 0,5 | 50 % | \$75 |
| Total local pour une zone | - | - | - | - | \$2 625 |
| | | | | | \$244 |
| | | | | | 650 |
| | | | | | TOTAL |

Tableau 17 : Coûts estimés pour la réalisation de la PPM et l'estimation de la taille des populations clés

| Taille de la zone à cartographier | Coût estimé (USD) |
|---|-------------------|
| Ville de deux millions d'habitants | \$113 000 |
| Ville d'un million d'habitants | \$61 000 |
| Ville de 500 000 habitants | \$34 500 |
| Ville de 250 000 habitants | \$21 500 |
| Ville de 100 000 habitants ou moins | \$13 500 ou moins |
| District avec des zones urbaines et rurales/population du district 100 000 habitants ou moins | \$15 000 |

Annexe 5 : **Modèle de budget d'enquête BBS-Lite**

Le coût estimé d'une enquête BBS-Lite est de 80 000 \$ (tableau 18), contre environ 200 000 \$ pour une enquête IBBS complète⁹⁹.

Tableau 18 : Modèle de budget pour une enquête BBS-Lite

| | Unités | Nombre/fréquence | Coût unitaire | Coût total |
|--|--------|------------------|---------------|------------|
| Frais de personnel | | | | |
| Enquêteur principal | | | | |
| Co-investigateurs | | | | |
| Coordinateur de l'étude | | | | |
| Collecteurs de données (personnel des services de santé / ONG) | | | | |
| Gestionnaire de base de données | | | | |
| Statisticien | | | | |
| Soutien administratif | | | | |
| Total partiel | | | | |
| Coût total du personnel | | | | |
| Frais de réunion | | | | |
| Location de locaux | | | | |
| Rafraîchissements | | | | |
| Sous-total | | | | |
| Frais de recherche | | | | |
| Examen éthique | | | | |
| Sous-total | | | | |
| Base de données | | | | |
| Développement de la base de données et des instruments d'enquête | | | | |
| Serveur pour héberger la base de données (frais mensuels) | | | | |
| Sous-total | | | | |
| Recrutement et collecte de données | | | | |
| Impression (formulaires de consentement et d'information, coupons) | | | | |
| Tablettes (achat, location, existantes) | | | | |
| Remboursement des participants | | | | |
| Sous-total | | | | |

| | Unités | Nombre/fréquence | Coût unitaire | Coût total |
|--------------------------------|--------|------------------|---------------|------------|
| Rapport et publication | | | | |
| Conception | | | | |
| | Unités | Nombre/fréquence | Coût unitaire | Coût total |
| Impression | | | | |
| Sous-total | | | | |
| Coûts de soutien | | | | |
| Fournitures de bureau | | | | |
| Transport | | | | |
| Total partiel | | | | |
| Total des coûts hors personnel | | | | |
| | | | | |
| Total des coûts | | | | |

Annexe 6 : Exemple de budget pour des enquêtes mystères menées par des pairs

Le tableau 19 illustre un budget pour la réalisation d'un CLM à l'aide d'un modèle de client mystère et de pairs de la PAC. Sur la base de cet exemple, dans trois grandes métropoles, le recrutement et la formation des clients mystères pairs ont été les tâches les plus coûteuses. Les coûts de démarrage moyens s'élevaient à 10 001 \$. Les coûts moyens de mise en œuvre sur quatre mois par visite s'élevaient à 228 \$.

Les coûts annuels moyens de mise en œuvre par visite étaient inférieurs de 33 %, soit 151 \$. Il convient toutefois de noter que cet exemple concerne les États-Unis d'Amérique. Les coûts peuvent être nettement inférieurs dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Les coûts des organisations qui mettent en œuvre et exploitent un CLM en établissement peuvent varier entre 100 000 et 150 000 dollars par an¹⁰⁰, ce qui inclut les coûts de la collecte des données, de la gestion et de l'analyse des données, des opérations et du personnel du projet, de la formation / du renforcement des capacités, des interventions de plaidoyer, de l'organisation des réunions des parties prenantes et des visites de contrôle / des audits de la qualité des données. Cette fourchette de coûts varie d'un pays à l'autre, en fonction du coût de la vie en général, du nombre de sites de collecte de données, de l'utilisation du papier par rapport à la collecte de données numériques, du nombre de membres du personnel, de la distance entre les sites et de la localisation des sites de collecte de données (urbaine / périurbaine / rurale).

Tableau 19 : Activités et coûts d'une enquête mystère menée par des pairs dans le cadre d'un programme destiné aux populations clés aux États-Unis d'Amérique¹⁰¹

| Activités et coûts | Grande ville 1 | Grande ville 2 | Grande ville 3 | % du total |
|--|----------------|----------------|----------------|------------|
| Activités de démarrage | | | | |
| Gestion du lancement du projet | \$5 779 | \$5 873 | \$5 804 | 58 % |
| Développement d'un protocole d'achat ¹ | \$3 284 | \$3 284 | \$3 284 | 33 % |
| Formation du personnel du site de recherche au protocole d'achat | \$898 | \$898 | \$898 | 9 % |
| Sous-total : coûts de démarrage | \$9 961 | \$10 055 | \$9 986 | 100 % |
| Activités de mise en œuvre | | | | |
| Identification des cliniques ¹ | \$466 | \$466 | \$466 | 5 % |
| Recrutement de clients mystères | \$2 529 | \$2 824 | \$3 862 | 31 % |
| Formation des clients mystères | \$843 | \$811 | \$1 216 | 10 % |
| Incitations à la formation des clients mystères | \$600 | \$900 | \$900 | 8 % |
| Frais divers de formation (nourriture, parking) | \$101 | \$134 | \$44 | <1 % |

| Activités et coûts | Grande ville 1 | Grande ville 2 | Grande ville 3 | % du total |
|--|----------------|----------------|----------------|------------|
| Coordination des visites des clients mystères sur les sites | \$1 111 | \$1 048 | \$1 816 | 13 % |
| Incitations à la visite d'un client mystère | \$1 600 | \$2 000 | \$4 500 | 27 % |
| Débriefing du personnel avec les clients mystères sur les résultats de la visite du site | \$578 | \$441 | \$728 | 6 % |
| Sous-total : coûts de mise en œuvre | \$7 828 | \$8 623 | \$13 533 | 100 % |
| Coût total | \$17 789 | \$18 678 | \$23 519 | 100 % |
| Sites | | | | |
| Nombre de sites (n) | 17 | 19 | 30 | |
| Nombre de visites (n) | 34 | 38 | 60 | |
| Coûts pour une durée d'essai de quatre mois | | | | |
| Coût de mise en œuvre par visite | \$230 | \$227 | \$226 | |
| Coût total par visite | \$523 | \$492 | \$392 | |
| Coût par année | | | | |
| Coût de mise en œuvre par visite ² | \$145 | \$150 | \$159 | |
| Coût total par visite | \$248 | \$233 | \$214 | |

RÉFÉRENCES

1. Coalition pour la prévention du VIH. Plateformes d'accès de confiance pour les populations clés. Considérations relatives à la planification et à la budgétisation d'une plateforme pour les populations clés afin de fournir des services de prévention et de traitement du VIH de qualité et à grande échelle, ainsi qu'à la prise en compte des facteurs essentiels. Genève : ONUSIDA ; 2020 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/considerations-planning-and-budgeting-key-population-trusted-access-platform-july-2020> ; consulté le 6 mars 2025).
2. Godbole R. Analyzing USAID program disruptions: Implications for PEPFAR programming and beneficiaries. Washington, DC: Center for Global Development; 2025 (<https://www.cgdev.org/publication/analyzing-usaid-program-disruptions-implications-pepfar-programming-and-beneficiaries>).
3. Congressional Budget Justification, FY 2026. Washington, DC: Département d'État des États-Unis ; 2025 ; p.126 (<https://www.state.gov/wp-content/uploads/2025/05/FY-2026-State-CBJ-.pdf>).
4. Nolen S. Trump budget office is withholding H.I.V. funds that Congress appropriated. New York: The New York Times ; 21 août 2025 (<https://www.nytimes.com/2025/08/21/health/hiv-aids-pepfar-funding-trump.html>).
5. GC7 reprioritization and revision of grant activities. Geneva: The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; 2025 (<https://resources.theglobalfund.org/en/gc7-reprioritization/>).
6. Alcorn K. US funding cuts cause immediate drops in numbers testing and on HIV treatment. Aidsmap. 21 juillet 2025 (<https://www.aidsmap.com/news/jul-2025/us-funding-cuts-cause-immediate-drops-numbers-testing-and-hiv-treatment>).
7. PrEP delivery imperiled. New York: AVAC; 2025 (<https://avac.org/resource/infographic/prep-delivery-imperiled/>).
8. Ten Brink D, Martin-Hughes R, Bowring AL, Wulan N, Burke K, Tidhar T. Impact of an international HIV funding crisis on HIV infections and mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. The Lancet HIV. 2025;12(5):e346-e354 ([https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(25\)00074-8/fulltext#fig3](https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(25)00074-8/fulltext#fig3)).
9. Godbole, R. Analyzing USAID program disruptions: Implications for PEPFAR programming and beneficiaries. Washington, DC: Center for Global Development ; 2025 (<https://www.cgdev.org/publication/analyzing-usaid-program-disruptions-implications-pepfar-programming-and-beneficiaries>).
10. Approche de redéfinition des priorités programmatiques du GC7 : protéger et permettre l'accès aux services vitaux. Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; 2025 (https://resources.theglobalfund.org/media/sveowiic/cr_gc7-programmatic-reprioritization-approach_summary_en.pdf).
11. Rapid operational guidance on maintaining essential HIV, Hepatitis and STI services during the US Government Funding Pause. Genève : OMS, à paraître.

12. INPUD, NSWP, GATE, MPact, GBGMC WE INSIST! Non-negotiables for and by key populations in the reprioritisation and revision of Global Fund programmes in Grant Cycle 7. Edinburgh: Global Network of Sex Work Projects; 2025.
13. Coalition mondiale pour la prévention du VIH. Prevention 2030: A global access framework for country-led HIV responses. À paraître.
14. Ncube G. Lessons learnt implementing Integrated KP-focused HIV/SRHR programs in the public sector, Zimbabwe (Leçons tirées de la mise en œuvre de programmes intégrés VIH/SRHR axés sur le PK dans le secteur public). Septième réunion annuelle du CQUIN. 13-17 novembre 2023. Johannesburg.
15. Coalition mondiale pour la prévention du VIH, Réseau d'apprentissage Sud-Sud. Impact case: developing an effective community outreach system for the key populations programme in Tanzania. Johannesburg: SSLN ; 2024 (https://drive.google.com/file/d/1LZsGu9nRgu2WD9EhlpQYmnr_yt6jVYTd/view ; consulté le 2 mars 2025).
16. Cowan FM, Musemburi S, Matambanadzo P, Chida P, Steen R, Makandwa R. Using a programme science approach to substantially reduce the risk of HIV transmission and acquisition in sex transactions among female sex workers in Zimbabwe. J Int AIDS Soc. 2024;27:e26262 (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11236902/> ; consulté le 1er mars 2025).
17. Smart ladies mobilise la communauté pour promouvoir les droits et le bien-être des travailleurs du sexe à Nakuru, au Kenya. Une réussite d'EpiC. Durham, NC: FHI 360; 2021 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/2024/02/resource-epic-kenya-success-story-kpif.pdf> ; consulté le 10 février 2025).
18. *Directives consolidées* sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH, de l'hépatite virale et des IST pour les populations clés. Genève : OMS ; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390> ; consulté le 10 février 2025).
19. Outil de mise en œuvre de l'OMS pour la prophylaxie pré-exposition (PrEP) de l'infection par le VIH : module du prestataire pour la PrEP orale et à longue durée d'action. Genève : OMS ; 2024 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378164/9789240097230-fra.pdf?sequence=1> ; consulté le 10 avril 2025).
20. Lignes directrices sur le lénacapavir pour la prévention du VIH et les stratégies de dépistage pour la prophylaxie pré-exposition injectable à longue durée d'action. Genève : OMS ; 2025 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240111608> ; consulté le 30 juillet 2025).
21. Ensemble d'interventions recommandées pour la prévention, le diagnostic, le traitement et la prise en charge du VIH, de l'hépatite virale et des IST chez les travailleurs du sexe. Policy Brief. Genève : OMS ; 2024. (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240076198> ; consulté le 10 février 2025).
22. Ensemble d'interventions recommandées pour la prévention, le diagnostic, le traitement et la prise en charge du VIH, de l'hépatite virale et des IST chez les personnes qui s'injectent des drogues. Policy Brief. Genève 2023 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240071858> ; consulté le 10 février 2025).

23. Ensemble d'interventions recommandées pour la prévention, le diagnostic, le traitement et la prise en charge du VIH, de l'hépatite virale et des IST chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Policy Brief. Genève : OMS ; 2024 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240076174> ; consulté le 10 février 2025).
24. Ensemble recommandé d'interventions favorables et sanitaires pour la prévention, le diagnostic, le traitement et la prise en charge du VIH, de l'hépatite virale et des IST chez les personnes transgenres et de sexe différent. Policy Brief. Genève : OMS ; 2024 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240076211> ; consulté le 10 février 2025).
25. Nouvelle déclaration de bonnes pratiques sur les interventions de conseil et de comportement pour les populations clés afin de prévenir le VIH, l'hépatite virale et les IST. Policy Brief. Genève : OMS ; 2023 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240072275> ; consulté le 10 février 2025).
26. Sustaining HIV, viral hepatitis and STI priority services in a changing funding landscape: operational guidance (Soutenir les services prioritaires de lutte contre le VIH, l'hépatite virale et les IST dans un paysage financier en évolution). Genève : OMS ; 2025. (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/sustaining-hiv-viral-hepatitis-and-sti-priority-services-in-a-changing-funding-landscape_pre-launch ; consulté le 30 juillet 2025).
27. *Directives consolidées* sur la prévention, le diagnostic, le traitement et la prise en charge du VIH, de l'hépatite virale et des IST pour les populations clés Genève : OMS ; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390> ; consulté le 10 février 2025).
28. USAID, PEPFAR, Linkages, Fondation Bill & Melinda Gates, Université du Manitoba. Monitoring guide and toolkit for key population JHIV prevention, care and treatment programs. Durham, NC: FHI 360 Linkages ; 2016 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/resource-linkages-monitoring-tools.pdf> ; consulté le 2 mars 2025).
29. UNFPA, Forum mondial sur les HSH et le VIH, PNUD, ONUSIDA, OMS, USAID. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with men who have sex with men (MSMIT) (Mise en œuvre de programmes complets de lutte contre le VIH et les IST avec les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes). Genève : OMS ; 2015 (<https://mpactglobal.org/wp-content/uploads/2015/11/MSMIT-for-Web.pdf> ; consulté le 1er mars 2025).
30. Bhattacharjee P, Musyoki H, Prakash R, Malaba S, Dallabetta G, Wheeler T, et al. Microplanning at scale with key populations in Kenya: Optimising peer educator ratios for programme outreach and éducateurs pour la diffusion du programme et l'utilisation des services VIH/IST. PLoS One. 2018;13(11):e0205056 (<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0205056> ; consulté le 4 mars 2025).
31. Coalition mondiale pour la prévention du VIH, Réseau d'apprentissage Sud-Sud. Étude d'impact : Développement d'un système de sensibilisation communautaire efficace pour le programme des populations clés en Tanzanie. Johannesburg: SSLN ; 2024 (https://drive.google.com/file/d/1LZsGu9nRgu2WD9EhlpQYmnr_yt6jVYTd/view ; consulté le 2 mars 2025).

32. Designing outreach and microplanning for key population programmes (Conception de la sensibilisation et de la microplanification pour les programmes destinés aux populations clés). Johannesburg: South to South Learning Network (https://cdn.prod.website-files.com/63ff2c1bed17e622bce9c2ea/64f6d301d1986ad990d3f8fb_Kenya-Malawi-Zim-outreach-and-microplanning-case-study_FINAL.pdf ; consulté le 2 mars 2025).
33. Avahan, Fondation Bill & Melinda Gates. Micro-planning in peer led outreach programs-a handbook. New Delhi: Bill & Melinda Gates Foundation; 2013 ([https://docs.gatesfoundation.org/documents/Microplanning%20Handbook%20\(Web\).pdf](https://docs.gatesfoundation.org/documents/Microplanning%20Handbook%20(Web).pdf) ; consulté le 2 mars 2025).
34. Liens. Cartographie programmatique et microplanification. Standard operating procedure, Sri Lanka. Durham, NC : FHI 360 Linkages ; 2020 (https://www.aidscontrol.gov.lk/images/publications/UNAIDS_FHI360/Hotspot-Mapping-and-Validation-SOP-English.pdf ; consulté le 2 mars 2025).
35. Liens. Ensuring compliance with LINKAGES data safety and security checklists. Durham, NC: FHI 360 Linkages; 2020 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/data-safety-guidance.pdf> ; consulté le 4 mars 2025).
36. ONUSIDA, OMS. Interventions virtuelles en réponse au VIH, aux infections sexuellement transmissibles et à l'hépatite virale. Innover-mettre en œuvre-intégrer. Policy brief. Genève : ONUSIDA ; 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/policy-brief_virtual-interventions_en.pdf ; consulté le 14 avril 2025).
37. Liens. Social media mapping for planning online HIV outreach and service delivery (Cartographie des médias sociaux pour la planification de la sensibilisation au VIH et de la prestation de services en ligne). Durham, NC: FHI 360, Linkages; 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-social-media-mapping.pdf> ; consulté le 4 mars 2020).
38. ONUSIDA, OMS. Interventions virtuelles en réponse au VIH, aux infections sexuellement transmissibles et à l'hépatite virale. Innover-mettre en œuvre-intégrer. Policy Brief. Genève : ONUSIDA ; 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/policy-brief_virtual-interventions_en.pdf ; consulté le 14 avril 2025).
39. Ibid.
40. Bateganya M. Expériences et leçons dans l'optimisation de la distribution décentralisée de médicaments pour les populations clés. Prestation de services différenciés pour les populations clés–Réunion virtuelle. New York: ICAP-Columbia University; 2021 (https://cquin.icap.columbia.edu/wp-content/uploads/2021/08/Bateganya-CQUIN-Key-Pops-Meeting_Final-8_25.pdf ; consulté le 6 mars 2025).
41. *Directives consolidées* sur la prévention, le diagnostic, le traitement et la prise en charge du VIH, de l'hépatite virale et des IST pour les populations clés. Genève : OMS ; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390> ; consulté le 10 février 2025).
42. Abdul-Quader AS, Baughman AL, Hladik W. Estimating the size of key populations: current status and future possibilities. *Curr Opin HIV AIDS*. 2014;9(2):107-114 (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6787402/pdf/nihms-1053821.pdf>).

43. Cartographie et estimation de la taille de la population des travailleurs du sexe. Edimbourg: Global Network of Sex Work Projects ; 2015, p.3 (https://www.nswp.org/sites/default/files/Mapping%26Population%20Size%20Estimates%20Policy%20Brief%2C%20NSWP%20-%20November%202015_0.pdf).
44. Loeb T, Willis K, Velishavo F, Lee D, Rao A, Baral S.. Tirer parti des données de programme collectées régulièrement pour informer les estimations extrapolées de la taille des populations clés en Namibie : étude d'estimation sur une petite zone. JMIR Public Health Surveill. 2024;10(1):e48963 (<https://publichealth.jmir.org/2024/1/e48963/>).
45. SANAC, NDOH. South Africa's national sex worker HIV, TB and STI plan: 2019-2022. Pretoria: South African National AIDS Council ; 2021, p.32 (<https://sanac.org.za/wp-content/uploads/2021/07/NATIONAL-SEX-WORKER-PLAN-WEB-FINAL.pdf>).
46. Coalition mondiale pour la prévention. New directions in measuring combination HIV prevention: a think tank series to align measurement of HIV prevention to the Global AIDS Strategy 2021-2026. Genève : ONUSIDA ; 2022, p.8 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/New-Directions-in-HIV-Prevention-Measurement-Series-Report-Final.pdf>).
47. L'outil de mise en œuvre BBS-lite. Genève : ONUSIDA ; 2024, pp.56-64 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/BBS-lite-tool>).
48. Lignes directrices pour les enquêtes biocomportementales auprès des populations exposées au risque d'infection par le VIH. Annexe I-4 : liste de contrôle pour la conception de l'enquête. Genève : OMS ; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-151301-2>).
49. Suivi des programmes de lutte contre le VIH auprès des populations clés. Genève : ONUSIDA ; 2024, p.51 (https://jointsiwg.unaids.org/wp-content/uploads/2025/03/Monitoring-HIV-Programs_English.pdf ; consulté le 10 février 2025).
50. Ibid, p.10 (https://jointsiwg.unaids.org/wp-content/uploads/2025/03/Monitoring-HIV-Programs_English.pdf).
51. Ngure K, Ortblad KF, Mogere P, Bardon AR, Thomas K, Mangale D. Six-month PrEP dispensing with HIV self-testing to improve the efficiency of delivery in Kenya: a randomized non-inferiority implementation trial. The Lancet HIV. 2022;9(7);e464.
52. Avahan, Fondation Bill et Melinda Gates. Micro-planning in peer led outreach programs: a handbook based on the experience of the Avahan India AIDS initiative. Lignes directrices détaillées, meilleures pratiques et outils de mise en œuvre. New Delhi: Bills and Melinda Gates Foundation; 2013; Tools 4 and 8 ([https://docs.gatesfoundation.org/documents/Microplanning%20Handbook%20\(Web\).pdf](https://docs.gatesfoundation.org/documents/Microplanning%20Handbook%20(Web).pdf)).
53. Coalition mondiale pour la prévention. Nouvelles orientations dans la mesure de la prévention combinée du VIH. Une série de groupes de réflexion pour aligner la mesure de la prévention du VIH sur la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026. Genève : ONUSIDA ; 2022, p.11 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/New-Directions-in-HIV-Prevention-Measurement-Series-Report-Final.pdf>).

54. Innovate-implement-integrate: policy brief on virtual interventions in response to HIV, sexually transmitted infections and viral hepatitis. Genève : ONUSIDA ; 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/policy-brief_virtual-interventions_en.pdf).
55. Liens. Guide de suivi et boîte à outils pour les programmes de prévention, de soins et de traitement du VIH destinés aux populations clés. Genève : ONUSIDA ; 2016, p.40 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/resource-linkages-monitoring-tools.pdf>).
56. Offrir des services de santé mentale aux personnes LGBTQI+ en Algérie, au Maroc et en Tunisie. Durham, NC: FHI 360 ; 2022. (https://unitedgmh.org/app/uploads/2025/03/ilovepdf_merged-1.pdf ; consulté le 24 novembre 2025).
57. Liens. Unique identifier codes: guidelines for use with key populations. Durham, NC: FHI 360, Linkages; 2016 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/drupal/documents/resource-linkages-uic-guidance.pdf>).
58. KELIN, Kenya Key Populations Consortium. « Tout le monde a dit non » Biométrie, VIH et droits humains : une étude de cas au Kenya. Nairobi : KELIN ; 2018 (<https://www.kelinkenya.org/wp-content/uploads/2022/12/Everyone-said-no.pdf>).
59. Résumé global des résultats d'une évaluation des services de lutte contre le VIH pour les populations clés dans six régions. Washington, DC: AMPG Health; 2019 ; p.15 (<https://www.globalfundadvocatesnetwork.org/wp-content/uploads/2019/04/ASSESSMENT-OF-HIV-SERVICES-PACKAGES-FOR-KEY-POPULATIONS-IN-SIX-REGIONS.pdf>).
60. Rampilo M, Phalane E, Phaswana-Mafuya RN. Tracking HIV outcomes among key populations in the routine health information management system: a systematic review (Suivi des résultats du VIH parmi les populations clés dans le système de gestion de l'information sanitaire de routine : une revue systématique). Sexes. 2025;6(3):32 (<https://www.mdpi.com/2411-5118/6/3/32>).
61. Rampilo M, Phalane E, Phaswana-Mafuya RN. Piloter l'inclusion du code d'identification unique des populations clés dans le système sud-africain de gestion de l'information sanitaire de routine : protocole pour une étude en plusieurs phases. JMIR Res Protocols. 2024;13(1):e55092 (<https://www.researchprotocols.org/2024/1/e55092/>).
62. ONUSIDA, OMS. The bio-behavioural survey «lite»: a methodology for monitoring programmes providing HIV, viral hepatitis and sexual health services to people from key populations. Outil de mise en œuvre. Outil de mise en œuvre. Genève : ONUSIDA ; 2024 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/BBS-lite-tool_en.pdf).
63. Boîte à outils de suivi des résultats de la prévention du VIH (POMT). Genève : Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; 2024 ; annexe 2 (https://resources.theglobalfund.org/media/13909/cr_me-measurement-hiv-prevention-programs_guidance_en.pdf).
64. Chabata S, Jones HS, Hove T, Ali S, Bansi-Matharu L, Machingura F, Takaruzza A, Matambanadzo P, Dirawo J, Steen R, Busza J, Yekeye R, Mugurungi O, Phillips A, Cowan FM, Hargreaves JR. Decline in HIV prevalence among female sex workers in Zimbabwe between 2013 and 2023 (sous presse).

65. Establishing community-led monitoring of HIV services (Mise en place d'un suivi communautaire des services liés au VIH). Genève : ONUSIDA ; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/establishing-community-led-monitoring-hiv-services_en.pdf).
66. Suivi des ressources pour la recherche et le développement en matière de prévention du VIH. Publication annuelle du groupe de travail. New York: AIDS Vaccine Advocacy Coalition (AVAC) (<https://www.hivresourcetracking.org/>).
67. Global HIV policy watch. Washington, DC: Association internationale des prestataires de soins liés au sida (<https://www.hivpolicywatch.org/>).
68. Manuel d'outils de suivi de l'engagement communautaire 2023. Bryanston, Afrique du Sud : International Treatment Preparedness Coalition ; 2023 (https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2023/09/Community-Engagement-Monitoring-Tool-Manual-Version-1.0_English.pdf).
69. The rights-evidence-ACTion (REAct) tool. Brighton: Frontline AIDS; 2021 (<https://frontlineaids.org/our-programmes/react/>).
70. Plan opérationnel national et régional PEPFAR 2023 (COP/ROP). Directives pour tous les pays soutenus par le PEPFAR. Washington, DC: Département d'État américain, PEPFAR ; 2023 ; p.109 (<https://www.state.gov/wp-content/uploads/2023/02/PEPFAR-2023-Country-and-Regional-Operational-Plan.pdf>).
71. SKPA2. Community-led monitoring of HIV services toolkit: a guide for key populations. Surry, Nouvelle-Galles du Sud: Health Equity Matters; 2024 (https://assets.healthequitymatters.org.au/wp-content/uploads/2024/10/04034619/DIGITAL_SKPA-2_CLM_Toolkit_FINAL.pdf).
72. Oberth G, Lauer K, Bozinovski J, Mwebe S, Tshuma N, Soboyisi M, et al. Strengthening the use of community-led monitoring data in the HIV response: findings from an operational research initiative in Malawi and South Africa. Gates Open Res Preprint. VeriXiv. 2025;2(12):12.
73. Rapport d'évaluation d'un client mystère. Kingston: JFLAG Equality for All Jamaica; 2019 (<https://www.equalityjamaica.org/wp-content/uploads/2021/08/Mystery-Shopper-Assessment-Report.pdf>).
74. Moore L, Chersich MF, Steen R, Reza-Paul S, Dhana A, Vuylsteke B. Community empowerment and involvement of female sex workers in targeted sexual and reproductive health interventions in Africa: a systematic review. Globalization Health. 2014;10(1):47 (<https://link.springer.com/article/10.1186/1744-8603-10-47>).
75. Ministère de la santé du Kenya. The successful chase: TSU initiatives reduce HIV risk among key populations in Kenya. Nairobi : Ministère de la Santé ; p.6 (https://cdn.prod.website-files.com/63ff2c1bed17e622bce9c2ea/64f6cf65675d8b902cad104b_Kenya-KP-TSU-Case-Study_FINAL.pdf).
76. Banque mondiale. Interventions ciblées. India's pathbreaking approach to address the HIV/AIDS epidemic: key successes, lessons and the future. Washington, DC : Banque mondiale ; 2012 ; p.10 (<https://documents1.worldbank.org/curated/en/818261616735177221/pdf/Targeted-Interventions-India-s-Pathbreaking-Approach-to-Address-the-HIV-AIDS-Pandemic-Key-Successes-Lessons-and-the-Future.pdf>).

77. Versteegh L, Amatavete S, Chinbunchorn T, Thammasiha N, Mukherjee S, Popping S. The epidemiological impact and cost-effectiveness of key population-led PrEP delivery to prevent HIV among men who have sex with men in Thailand: A modelling study. *The Lancet Regional Health-Southeast Asia*. 2022;7 ([https://www.thelancet.com/journals/lansea/article/PIIS2772-3682\(22\)00113-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lansea/article/PIIS2772-3682(22)00113-5/fulltext)).
78. Ibid.
79. KPLHS: Key population-led health services (services de santé clés pour la population). Birkirkara, Malte : Institut international de recherche sur la santé ; 2021 (<https://ihri.org/wp-content/uploads/2022/10/KPLHS-factsheet.pdf>).
80. Pengnonyang S, Ramautarsing RA, Janyam S, Chaisalee T, Chanlearn P, Vannakit R. Certification des prestataires non professionnels pour la fourniture de services VIH destinés aux populations clés dans le système national de santé thaïlandais : enseignements tirés. *J Int AIDS Soc*. 2022;25(7):e25965 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jia2.25965>).
81. HIV response sustainability primer (Guide d'introduction à la durabilité de la riposte au VIH). Genève : ONUSIDA ; 2024 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/HIV%20response%20sustainability%20response%20primer_web.pdf).
82. Coalition mondiale pour la prévention du VIH. Scalable and sustainable HIV primary prevention models for people from key populations; à paraître.
83. EpiC. Global black gay men connect. Sustaining the HIV response: a report on consultations with key population communities. Version 1. Durham, NC: FHI 360; (2024) (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/2022/02/resource-epic-report-kp-consultation.pdf>).
84. Coleman M, Akolo C, Mbanusi A, Sithole B, Siberry GK, Schowen R, et al. Integrating HIV and primary healthcare for key populations: community-led models from Vietnam, Nigeria and Eswatini. *J Int AIDS Soc*. 2025;28(9):e70027 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jia2.70027>)
85. Rapport annuel 2023 de la Fondation malaisienne de lutte contre le sida. Kuala Lumpur: Malaysia AIDS Foundation ; 2024 (https://maf.org.my/V2/wp-content/uploads/2024/08/Annual-Report-2023_MAF_A4_A_07082024-s.pdf).
86. Taking stock of budget advocacy efforts in Eastern Europe, South-Eastern Europe and Central Asia: Kazakhstan country case. Vilnius : Eurasian Harm Reduction Association ; 2021 (<https://old.harmreductioneurasia.org/wp-content/uploads/2022/02/Казakhstan-англ.pdf>).
87. Sauranbayeva M. Kazakhstan : Comment le plaidoyer auprès des députés de la ville d'Almaty a conduit à l'allocation de 355 000 USD en 2023 et 2024 pour la contractualisation sociale des interventions de prévention du VIH parmi les populations clés, y compris la réduction des risques menée par la communauté. Présentation lors de l'événement d'apprentissage virtuel du 3 septembre 2024. Influencer l'allocation du financement public sous-national pour les réponses communautaires au VIH en Asie et dans le Pacifique : stratégies et approches pour un plaidoyer budgétaire efficace, organisé par l'ONUSIDA et Seven Alliance ; 2024.

88. Aidsfonds, Love Alliance. Dangerously off track: how funding for the HIV response is leaving key populations behind. Amsterdam: Aidsfonds; 2025; p.5 (https://aidsfonds.org/wp-content/uploads/2024/11/Dangerously_off_track_EN_web.pdf).
89. Le sida, la crise et le pouvoir de transformation : Le point sur le sida dans le monde 2025 de l'ONUSIDA. Genève : ONUSIDA ; 2025 ; pp.8 et 55 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2025/2025-global-aids-update>).
90. Stover JG, Mattur D, Siapka M, Pliakas T, Valladares-Cardona R. The impact and cost of reaching the UNAIDS global HIV targets. medRxiv, 2025-07; p.13 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2025.07.01.25330647v1.full.pdf>).
91. Impact of the PEPFAR funding freeze on programs for key populations (Impact du gel du financement du PEPFAR sur les programmes destinés aux populations clés). New York: Global Black Gay Men Connect; 2025; p.12 (<https://gbgmc.org/wp-content/uploads/2025/03/Frozen-Out.pdf>).
92. Oberth G, Bozinovski J, Lauer K, Rafif N, Sithole S, Mwanza H, et al. Service-level effects of HIV funding cuts in Southern Africa. Findings from a community-led early warning system (Résultats d'un système d'alerte précoce dirigé par la communauté). Gates Open Research Pre-print. 2025 (<https://verixiv.org/articles/2-94/v1>).
93. Impact of the PEPFAR funding freeze on programs for key populations (Impact du gel du financement du PEPFAR sur les programmes destinés aux populations clés). New York: Global Black Gay Men Connect; 2025; p.13 (<https://gbgmc.org/wp-content/uploads/2025/03/Frozen-Out.pdf>).
94. Rapport annuel 2021 de la Fondation malaisienne de lutte contre le sida. Kuala Lumpur: Malaysia AIDS Foundation; 2022 (https://mac.org.my/v4/wp-content/uploads/2023/05/Annual-Report-2021_MAC_A4_.pdf); Suleiman A. Seamless care: integrating HIV services into primary health care model; 2024 (https://www.iasociety.org/sites/default/files/EduFund/meeting-material/pakistan/SeamlessCare-IntegrationOfHIVServicesIntoPHC-MalaysiaModel_AnitaSuleiman.pdf).
95. Tableau de bord financier. Genève : ONUSIDA (<https://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).
96. https://hivfinancial.unaids.org/CLR_Systematic_Review_2024-06-06.xlsx
97. Ibid.
98. Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, OMS, PNUD, PEPFAR, Université du Manitoba, ONUSIDA, et al. Using programmatic mapping to improve program access and coverage for key populations: guidelines for countries. Genève : ONUSIDA ; 2016 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/Programmatic-mapping-to-improve-program-access-and-coverage-of-KPs.pdf>).
99. ONUSIDA, OMS Outil de mise en œuvre du BBS-lite. Genève : ONUSIDA ; 2024 ; p.10 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/BBS-lite-tool>).
100. The community treatment observatory (CTO) model explained: how communities can collect and analyze health data to ensure accountability and drive change. Bryanston, Afrique du Sud : International Treatment Preparedness Coalition; 2019 (<https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2019/02/ITPC-CTO-Model-Full-Eng.pdf>).

101. Phillips VL, Xue A, Castillo M, Santiago D, Wimply T, Hightow-Weidman LB. Coût de l'évaluation mystère par les pairs pour accroître la compétence culturelle dans les cliniques communautaires offrant des tests VIH/IST aux jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : résultats de l'essai « get connected ». *Health Econ Rev.* 2023;13(1):34 (<https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s13561-023-00447-6.pdf>).

