



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Afrique

GUIDE



LIGNES DIRECTRICES UNIFIÉES SUR
**LA PRÉVENTION,
LE DIAGNOSTIC,
LE TRAITEMENT ET
LES SOINS DU VIH**

JUIN 2016

POPULATIONS CLÉS



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Afrique

LIGNES DIRECTRICES UNIFIÉES SUR
**LA PRÉVENTION,
LE DIAGNOSTIC,
LE TRAITEMENT ET
LES SOINS DU VIH POUR
LES POPULATIONS CLÉS**

JUIN 2016

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS/AFRO :

Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés.

1. Infections à VIH - prévention et contrôle
 2. Infections à VIH - thérapie
 3. Infections à VIH – diagnostic
 4. Facteurs de risque
 5. Populations vulnérables
 6. Directives
- I. Organisation mondiale de la Santé

ISBN: 978-929031222-2

(Classification NLM : WC 503.6)

© Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2016

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du protocole n° 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès de la Bibliothèque du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Boîte Postale 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39100 ou +242 065 081 114; télécopie : +47 241 39501; courriel : afro@afro.who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire la présente publication – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à la même adresse.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les mesures raisonnables pour vérifier l'exactitude des informations contenues dans la présente publication. Toutefois, cette publication est diffusée sans aucune garantie, fut-elle expresse ou sous-entendue. Le lecteur est responsable de l'interprétation des informations qu'elle contient et de l'utilisation qui en est faite. L'OMS ne peut en aucun cas être tenue responsable des dommages qui pourraient découler de l'utilisation de ces informations.

Maquette L'IV Com Sàrl, Villars-sous-Yens, Suisse.

Imprimé à Genève

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	vii
ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	xi
DÉFINITION DES TERMES CLÉS	xii
RÉSUMÉ D'ORIENTATION	xv
1 INTRODUCTION	2
1.1 Populations clés et groupes vulnérables	2
1.2 Le VIH au sein des populations clés	4
1.2.1 Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	4
1.2.2 Les Personnes privées de liberté ou dans environnements confinée	5
1.2.3 Les consommateurs de drogues par injection	5
1.2.4 Travailleurs(se)s de sexe	6
1.2.5 Les personnes transgenres	6
1.2.6 Vulnérabilités et risque divers	6
1.2.7 Adolescents et jeunes des populations clés	7
1.3 Cibler les populations clés: un sage investissement	7
1.3.1 Clé à la dynamique des épidémies.	8
1.3.2 Extension de la couverture peut faire la différence	8
1.4 Portée de ces lignes directrices sur les populations clés	9
1.5 Utilisation de ces lignes directrices	9
1.6 But et objectifs	11
1.7 Audience cible	11
1.8 Principes des lignes directrices	11
2 MÉTHODE ET PROCESSUS D'ÉLABORATION DES LIGNES DIRECTRICES	14
2.1 Aperçu	14
2.2 Mise en place des groupes d'élaboration des lignes directrices	14
2.3 Préciser la portée des lignes directrices	15

2.4	Revue des preuves	16
2.4.1	Information sur les prisons et autres établissements fermés	16
2.5	Élaboration des recommandations relatives à la prophylaxie préexposition	16
2.6	Évaluation des preuves	17
2.6.1	Comment interpréter la qualité des preuves	17
2.6.2	Comment déterminer la force d'une recommandation	17
2.7	Révision de la prestation de services, des méthodes de mise en œuvre et des études de cas	19
2.8	Élaboration des lignes directrices	19
2.9	Plans de diffusion.	19
2.10	Mise à jour.	19
3	ENSEMBLE COMPLET DE MESURES D'INTERVENTION	22
3.1	Services pour toutes les populations clés.	22
3.2	Considérations spécifiques	23
3.2.1	Prisons et autres centres fermés.	23
3.2.2	Consommateurs de drogues par injection	24
3.2.3	Adolescents des populations clés	24
4	INTERVENTIONS DU SECTEUR DE LA SANTÉ	26
4.1	Prévention	26
4.1.1	Programmation exhaustive de préservatifs et de lubrifiants.	26
4.1.2	Réduction des préjudices pour les consommateurs de drogues par injection	29
4.1.3	Interventions comportementales	40
4.1.4	Prévention de la transmission dans les milieux de soins de santé	43
4.1.5	Prévention liée aux ARV	44
4.1.6	Circoncision masculine médicale volontaire pour la prévention du VIH	48
4.2	Services de dépistage du VIH (SDV)	50
4.3	Lien et adhérence aux soins.	54
4.4	Traitement et soins	55
4.4.1	Thérapie antirétrovirale.	55
4.4.2	Prévention de la transmission mère-enfant	58
4.4.3	Interactions médicamenteuses de la TAR	60

4.5	Prévention et gestion des co-infections et co-morbidités	62
4.5.1	Tuberculose	63
4.5.2	Hépatite virale	67
4.6	Soins généraux	73
4.6.1	Nutrition	73
4.6.2	Interventions en matière de santé sexuelle et génésique	73
5	FACTEURS DÉTERMINANTS	84
5.1	Loi et politique	86
5.1.1	Obstacles juridiques	86
5.1.2	Facteurs déterminants	86
5.2	Stigmatisation et discrimination	92
5.2.1	Obstacles	92
5.2.2	Facteurs déterminants	92
5.3	Capacitation des communautés	96
5.3.1	Obstacles	96
5.3.2	Facteurs déterminants	96
5.4	Violence	101
5.4.1	Obstacles	101
5.4.2	Facteurs déterminants	101
6	PRESTATION DE SERVICES	106
6.1	Aperçu	106
6.2	Stratégies de prestation de services clés	108
6.2.1	Intégration des services	108
6.2.2	Décentralisation des services	110
6.2.3	Distribution des tâches liées à la prestation de services	112
6.2.4	Approches communautaires	113
6.3	Facteurs clés à prendre en considération lors de la fourniture de services à toutes les populations clés	116

7 ÉLABORATION DE LA RIPOSTE :	
LE PROCESSUS DE PRISE DE DÉCISION, DE PLANIFICATION ET DE SUIVI	124
7.1 Introduction	124
7.1.1 Principes directeurs	125
7.2 Comprendre la situation	126
7.3 Planification et mise en œuvre de la riposte	129
7.4 Suivi et évaluation de la riposte	130
7.5 Planification et développement progressif de la riposte	131
RÉFÉRENCES	136

ANNEXES

Toutes les annexes sont disponibles en anglais sur le lien suivant : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/>

- Annexe 1. Pre-exposure prophylaxis for men who have sex with men : a systematic review
- Annexe 2. Pre-exposure prophylaxis for people who inject drugs : a systematic review
- Annexe 3. Values and preferences : consolidated report
- Annexe 3.1 Values and Preferences of MSM : the use of antiretroviral therapy as prevention
- Annexe 3.2 Values and preferences of people who inject drugs, and views of experts, activists and service providers : HIV prevention, harm reduction and related issues
- Annexe 3.3 Values and preferences of transgender people : a qualitative study
- Annexe 4. Health interventions in prisons : a literature review
- Annexe 5. Case examples of programmes serving the needs of key populations
- Annexe 6.1 HIV and young transgender people
- Annexe 6.2 HIV and young people who sell sex
- Annexe 6.3 HIV and young people who inject drugs
- Annexe 6.4 HIV and young men who have sex with men

REMERCIEMENTS

Groupe d'élaboration des lignes directrices et groupe de pilotage

Coprésidents : **Chris Beyrer** (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, USA) et **Adeeba Kamarulzaman** (University of Malaya, Malaisie).

Elie Aaraj[#] (Middle East & North Africa Harm Reduction Association (MENAHR), Liban), **Eliot Albers**^{*} (The International Network of People who Use Drugs (INPUD), Royaume Uni), **George Ayala**^{*} (The Global Forum on MSM and HIV (MSMGF), USA), **Carlos F. Cáceres** (Sexuality and Human Development, Cayetano Heredia University, Pérou), **Kate Montecarlo Cordova**[#] (Association of PERSONNES TRANSGENRES in the Philippines (A.T.P), Philippines), **Tetiana Deshko**[#] (International HIV/AIDS Alliance in Ukraine), **Daouda Diouf**[#] (Enda Santé, Sénégal), **Zoë Dodd**[#] (The International Network of People who Use Drugs (INPUD), Canada), **Frits van Griensven** (Thai Red Cross Society, Chulalongkorn University, Thaïlande), **Mengjie Han**[#] (National Center for AIDS/STD Control and Prevention, Chine CDC, République populaire de Chine), **Ralf Jürgens** (Open Society Foundations, USA), **Mehdi Karkouri**[#] (Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd, Maroc), **JoAnne Keatley** (Center of Excellence for Transgender Health, USA), **Anita Krug**[#] (Youth RISE, Australie), **Joep Lange**^{*} (University of Amsterdam, Pays-Bas), **Keletso Makofane**[#] (The Global Forum on MSM and HIV, Afrique du Sud), **Jessie Mbwambo**[#] (Muhimbili University of Health and Allied Sciences, Tanzanie), **Fabio Mesquita** (Ministère de la Santé, Brésil), **Noah Metheny**^{*} (The Global Forum on MSM and HIV (MSMGF), USA), **Ruth Morgan Thomas** (Global Network of Sex Work Projects (NSWP), Royaume-Uni), **Debbie Muirhead** (Department of Foreign Affairs and Trade (DFAT), Indonésie), **Patrick Mutua Mburugu** (Ministry of Public Health & Sanitation, Kenya), **Ed Ngoksin** (Global Network of People Living with HIV/ AIDS (GNP+), Afrique du Sud), **Sam Nugraha**[#] (Community Based Treatment (Rumah Singgah PEKA), Indonésie), **Tonia Poteat** (Office of the U.S. Global AIDS Coordinator (OGAC), USA), **Ganesh Ramakrishnan** (Bill and Melinda Gates Foundation, Inde) et **Sushena Reza-Paul**[#] (University of Manitoba, Canada ; Ashodaya Samithi, Inde).

[#] Groupe d'élaboration des lignes directrices uniquement

^{*} Groupe de pilotage uniquement

Contributeurs (études méthodiques de l'approche GRADE)

Caitlin Kennedy et **Virginia Fonner** (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, USA) et **Nandi Siegfried** (épidémiologiste clinique indépendant, Afrique du Sud).

Contributeurs (preuves)

Sonya Arreola, **George Ayala**, **Jack Beck**, **Keletso Makofane** (The Global Forum on MSM and HIV (MSMGF), USA), **Margaret Harris** (consultante de l'OMS), **Mary Henderson** (consultante de l'OMS), **Mira Schneiders** (consultante de l'OMS), **Ameé Schwitters** (Centers for Disease Control and Prevention, USA) et **Kate Welch** (consultante de l'OMS).

Pairs évaluateurs externes

Peter Aggleton (Centre for Social Research in Health, University of New South Wales, Australie), **Eliot Albers** (The International Network of People who Use Drugs (INPUD), Royaume-Uni), **George Ayala** (The Global Forum on MSM and HIV (MSMGF), USA), **Sylvia Ayon** (Kenya AIDS NGOs Consortium, Kenya), **Stef Baral** (Center for Public Health and Human Rights, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, USA), **Taib Basheeib** (Reachout Center Trust, Kenya), **Nicholas Bates** (The Albion Centre, Australie), **Parinita Bhattacharjee** (University of Manitoba, Kenya, et National AIDS and STI Control Programme Technical Support Unit (NASCOPTSU), Kenya), **Sha'ari bin Ngadiman** (Ministry of Health, Malaisie), **Jamie Bridge** (International Drug Policy Consortium, Royaume-Uni), **Jude Byrne** (International Network of People who Use Drugs (INPUD), Australie), **Gabriela Calazans** (School of Medicine of the University of São Paulo, Brésil), **Mohamed Chakroun** (Faculté de Médecine, Université de Monastir, Tunisie), **Xiang-Sheng Chen** (National Center for Sexually Transmitted Disease Control, République populaire de Chine), **Mauro Cabral** (GATE - Global Action for Trans* Equality, Argentine), **Mean Chhi Vun** (National Centre for HIV and STI prevention and Control, Cambodge), **Joy Cunningham** (FHI360, USA), **Louisa Degenhardt** (National Drug and Alcohol Research Centre (NDARC), University of New South Wales, Australie), **Justus Eisfeld** (GATE – Global Action for Trans* Equality, USA), **Benham Farhoudi** (Islamic Azad University, Tehran Medical Branch, Iran), **Naomi Fontanos** (Gender and Development Advocates (GANDA) Filipinas, Philippines), **Le Minh Giang** (Center for Research and Training on HIV/AIDS, Vietnam), **George Githuka** (Ministry of Health, Kenya), **Kimberly Green** (FHI360, Ghana), **Bikash Gurung** (Youth RISE, Népal), **Wisal Hassan** (Health Alliance International, Soudan), **Lee Hertel** (The International Network of People who Use Drugs (INPUD), USA), **Chad Hughes** (Centre for International Health, Burnet Institute, Australie), **Smarajit Jana** (Sonagachi Research and Training Institute, Inde), **Manhong Jia** (Yunnan AIDS/STI Centre, République populaire de Chine), **Jeremiah Johnson** (Treatment Action Group, USA), **Kianoush Kamali** (National AIDS Control Programme, Iran), **John Kashiha** (Tanzania Sisi Kwa Sisi Foundation, Tanzanie), **Deanna Kerrigan** (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, USA), **Nduku Kilonzo** (Liverpool VCT, Care and Treatment (LVCT), Kenya), **Nataliia Kitsenko** (The Way Home NGO, Ukraine), **Kelika A. Konda** (University of California, Los Angeles, USA, et Universidad Pérouana Cayetano Heredia, Pérou), **Bram Langen** (COC Nederland, Pays-Bas), **Biangtung Langkham** (Project ORCHID, Emmanuel Hospital Association, Inde), **Joseph Tak Fai Lau** (The Chinese University of Hong Kong, République populaire de Chine), **Anthony Lisle** (UNAIDS Regional Support Team for Asia and the Pacific, Thaïlande), **Lisa Maher** (Kirby Institute for Infection and Immunity in Society, University of New South Wales, Australie), **Samuel Matsikure** (Gays and Lesbians of Zimbabwe (GALZ), Zimbabwe), **Marden Marques Soares Filho** (Ministério da Saúde, Brésil), **Susie MCLÉan** (International HIV/AIDS Alliance, Royaume-Uni), **Ellen Mitchell** (KNCV Tuberculosis Foundation, The Pays-Bas), **Jason Mitchell** (Oceania Society for Sexual Health and HIV Medicine, Fiji), **Joseph Ngua Mombo** (Sex Worker Outreach Programme (SWOP), Kenya), **Jules Mugabo** (WHO Rwanda), **Lillian Mworeko** (International Community of Women Living with HIV (ICW Afrique de l'Est), Ouganda), **Isidore Obot** (University of Uyo, Nigeria), **Dédé Oetomo** (Asia Pacific Coalition on Male Sexual Health (APCOM), Indonésie), **Nittaya Phanuphak** (Thai Red Cross AIDS Research Centre, Thaïlande), **Midnight Poonkasetwattana** (Asia Pacific Coalition on Male Sexual Health (APCOM), Thaïlande), **Made Yogi Oktavian Prasetia** (Bali Medika Clinic, Indonésie), **Anita Radix** (Callen Lorde Community Health Center, USA), **Kevin Rebe** (ANOVA Health Institute, Afrique du Sud), **Helen Rees** (Wits Reproductive and HIV Research Institute, Afrique du Sud), **Gary Reid** (consultant indépendant, Inde), **Kirill Sabir** (FtM Phoenix

Group, Russia), **Bettina Schunter** (consultant indépendant, Pakistan), **Sopheap Seng** (National Center for HIV/AIDS, Cambodge), **Maninder Singh Setia** (dermatologue et épidémiologiste consultant, Inde), **Sally Shackleton** (Sex Workers Education Education and Advocacy Taskforce (SWEAT), Afrique du Sud), **Kate Shannon** (British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS, Canada), **Oscar Ozmund Simooya** (The Copper Belt University, Zambie), **Tim Sladden** (United Nations Population Fund, Turquie), **Mat Southwell** (Coact, Royaume-Uni), **Rosario Jessica Tactacan-Abrenica** (San Lazaro Hospital, Philippines), **Siti Nadia Tarmizi** (Ministry of Health, Indonésie), **Pham Thi Minh** (Vietnam Network of People who Use Drugs (VNPUD), Vietnam), **Marguerite Thiam-Niangoin** (Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA, Côte d'Ivoire), **Tengiz Tsertsvadze** (AIDS and Clinical Immunology Research Center, Géorgie), **Bea Vuylsteke** (Institute of Tropical Medicine, Belgique), **Darshana Vyas** (Pathfinder International, Inde), **Daniel Wolfe** (Open Society Foundations, USA), **William Chi Wai Wong** (The University of Hong Kong, Chine) et **Tariq Zafar** (Nai Zindagi, Pakistan).

Représentants des organes de l'ONU et autres partenaires

Jenny Butler (United Nations Population Fund, USA), **Monica Ciupagea** (United Nations Office on Drugs and Crime, Autriche), **Clifton Cortez** (United Nations Development Programme Asia-Pacific Regional Centre, Thaïlande), **Karl Dehne** (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Suisse), **Mauro Guarinieri** (The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, Suisse), **Fabienne Hariga** (United Nations Office on Drugs and Crime, Autriche), **Michel Kazatchkine** (UN Secretary General's Special Envoy on HIV/AIDS in Eastern Europe and Central Asia, Suisse) et **Mariângela Simão** (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Suisse).

Personnel et consultants de l'OMS

Les membres, ci-après, du personnel de l'OMS ont contribué à l'élaboration du présent lignes directrices : **Avni Amin** (Département santé et recherche génésiques), **Annabel Baddeley** (Programme mondial de lutte contre la tuberculose), **Nathalie Broutet** (Département santé et recherche génésiques), **Nicolas Clark** (Département de la santé mentale et Abus de substances psychoactives), **Meg Doherty** (Programme mondial de lutte contre le VIH/Sida), **Martin Donoghoe** (Bureau régional pour l'Europe), **Philippa Easterbrook** (Programme mondial de lutte contre l'hépatite), **Jane Ferguson** (Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent), **Nathan Ford** (Programme mondial de lutte contre le VIH/Sida), **Mary Lyn Gaffield** (Département santé et recherche génésiques), **Raul Gonzalez-Montero** (Programme mondial de lutte contre le VIH/Sida), **Joumana Hermez** (Bureau régional pour la Méditerranée orientale), **Knut Lonnoth** (Programme mondial de lutte contre la tuberculose), **Rafael Mazin** (Bureau régional des Amériques), **Eyerusalem Negussie** (Programme mondial de lutte contre le VIH/Sida), **Lisa Nelson** (Programme mondial de lutte contre le VIH/Sida), **Susan Norris** (Secrétariat du Comité de révision des directives), **Martina Penazzato** (Programme mondial de lutte contre le VIH/Sida), **Nathan Shaffer** (Programme mondial de lutte contre le VIH/Sida), **Marco Vitoria** (Programme mondial de lutte contre le VIH/Sida), **Teodora Wi** (Département santé et recherche génésiques), **Stefan Wiktor** (Programme mondial de lutte contre l'hépatite), **Kouadio Yeboue** (Équipe d'appui interpays pour l'Afrique de l'ouest) et **Pengfei Zhao** (Bureau régional pour le Pacifique occidental).

Il convient de remercier tout particulièrement les consultants de l'OMS suivants qui ont contribué à la rédaction, la coordination et la recherche pour ces lignes directrices : **Cadi Irvine, Alice Armstrong, Bradley Mathers, Michelle Rodolph, Anee Schwitters** (CDC), et **Graham Shaw**. Les consultants de l'OMS suivants ont également pris part à l'élaboration de ces lignes directrices : **Katie Curran, Cheryl Johnson** et **Kevin O'Reilly**. Les internes qui ont soutenu le processus : **Carmen Figueroa, Pramudie Gunaratne** et **George Mugambi**.

Le soutien administratif de l'OMS nous a été apporté par **Nadia Hilal McDonald** et l'appui à la communication par **Glenn Thomas** et **Oyuntungalag Namjilsuren**. **Ward Rinehart** et **Sarah Johnson** (Jura Editorial Services) ont révisé ce document.

Coordination générale

Rachel Baggaley a coordonné l'ensemble du processus d'élaboration de ces lignes directrices avec **Annette Verster** et **Cadi Irvine**, sous la supervision d'**Andrew Ball** et **Gottfried Hirschall** (Programme mondial de lutte contre le VIH/Sida).

Financement

Le Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida (ONUSIDA) et le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) ont assuré le soutien au financement de ce travail, avec notamment des analyses systématiques des preuves, la compilation des éléments de preuve, la convocation de la réunion d'experts et l'élaboration, la révision et l'impression de ces lignes directrices. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a financé le travail de fond sur les populations transgenres.

Ces lignes directrices sont dédiées à **Glenn Thomas** du Département de la Communication de l'OMS, mort tragiquement dans l'accident du vol MH17 alors qu'il se rendait à la Conférence internationale sur le sida en Australie afin d'aider à rendre public ce document.

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

3TC	lamivudine
ADVIH	autodiagnostic du VIH
ARV	Antirétroviral
AZT	zidovudine
CMMV	circoncision masculine médicale volontaire
DAPIP	dépistage et accompagnement psychologique à l'initiative du prestataire
EFO	efavirenz
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
FTC	emtricitabine
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation
VHB	virus de l'hépatite B
VHC	virus de l'hépatite C
HPV	papillomavirus humain (PVH)
INNTI	inhibiteurs non-nucléosidiques de la transcriptase inverse
IP	inhibiteur de la protéase
IST	Infection Sexuellement Transmissible
LPV/r	lopinavir/ritonavir
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
PAS	programme de distribution d'aiguilles et de seringues
PEPFAR	Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PPE	prophylaxie post-exposition
PrEP/PPrE	prophylaxie préexposition
PTME	prévention de la transmission du VIH mère-enfant
PVH	papillomavirus humain
RTV	ritonavir
S&E	suivi et évaluation
SDV	Services de dépistage du VIH
TAM	traitement assisté médicalement
TAR/ART	thérapie antirétrovirale
TB	Tuberculose
TB-MR	Tuberculose multirésistante
TDF	ténofovir
TEM	Traitement d'entretien à la méthadone
TPI	Traitement préventif à l'isoniazide
TPR	Traitement présomptif régulier
TSO	Thérapie de substitution aux opiacés
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

DÉFINITION DES TERMES CLÉS

Les définitions utilisées dans ces lignes directrices sont en accord avec les définitions consensuelles actuelles utilisées dans le document de Stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/Sida 2011-2015 (1) et les Nations Unies, comme décrit dans le document « Le VIH et le commerce du sexe – Note d’orientation de l’ONUSIDA » du Programme commun des Nations Unies du le VIH/Sida (ONUSIDA) (2) et d’autres documents pertinents de l’Organisation mondiale de la Santé (OMS) et des Nations Unies.

Populations clés. Les populations clés sont des groupes définis qui, en raison de comportements à haut risque spécifiques, sont davantage exposés à l’infection du VIH indépendamment du type d’épidémie ou du contexte local. En outre, ces groupes ont souvent des problèmes liés à leurs comportements qui augmentent leur vulnérabilité à l’infection du VIH. Ces lignes directrices se concentrent sur cinq (5) populations clés : 1) les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, 2) les consommateurs de drogues par injection, 3) les personnes en prison et autres centres fermés, 4) travailleurs(les) de sexe et 5) les personnes transgenres. Les personnes en prison et autres centres fermés sont également incluses dans ces lignes directrices en raison des taux souvent élevés d’incarcération des autres groupes, des comportements à risque accru et de l’absence de services liés au VIH dans ces endroits. Les populations clés jouent un rôle important dans la dynamique du VIH. Elles constituent également des partenaires essentiels dans la riposte efficace à l’épidémie. (1).

Populations vulnérables. Les populations vulnérables sont des groupes de personnes particulièrement exposées à l’infection du VIH dans certaines situations ou certains contextes, comme les adolescents (en particulier les adolescentes en Afrique subsaharienne), les orphelins, les enfants des rues, les personnes handicapées et les travailleurs migrants ou mobiles. Ces populations ne sont pas affectées par le VIH de la même manière dans tous les pays et au cours des épidémies. Les présentes lignes directrices ne traitent pas spécifiquement des populations vulnérables ; toutefois, la majorité des points peuvent s’appliquer à ces populations.

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Il s’agit d’hommes entretenant des rapports sexuels et/ou romantiques avec des hommes. Les termes « hommes » et « sexe » sont interprétés différemment dans diverses cultures et sociétés et par les personnes impliquées. Par conséquent, ces termes englobent une large variété de paramètres et de contextes dans lesquels des relations sexuelles d’homme-à-homme sont entretenues, indépendamment des multiples motivations liées à ces relations sexuelles, des identités sexuelles auto-déterminées et d’identifications différentes à une communauté ou à un groupe social en particulier.

Les consommateurs de drogues par injection. Il s’agit de personnes qui s’injectent des substances psychotropes (ou psychoactives) à des fins non médicales. Ces drogues incluent, sans toutefois s’y limiter, les opiacés, les stimulants de type amphétamine, la cocaïne, les hypno-sédatifs et les hallucinogènes. L’injection peut se faire par voie intraveineuse, intramusculaire, sous-cutanée ou toute autre voie injectable. Les personnes qui s’auto-injectent des médicaments à des fins médicales – appelées « injections thérapeutiques » - ne sont pas incluses dans cette définition. La définition inclut aussi les personnes qui s’auto-injectent des substances non-psychotropes, telles que des stéroïdes ou d’autres hormones, pour le remodelage de leur corps ou pour améliorer leurs performances sportives. Bien que ces lignes

directrices sont axées sur les consommateurs de drogues par injection en raison de leur risque de transmission du VIH à travers le partage du matériel d'injection infecté ; ces lignes directrices s'appliquent aussi aux consommateurs d'autres substances par injection.

Personnes privées de liberté ou dans environnements confinés. Il existe différents termes employés pour désigner les lieux de détention qui accueillent des personnes en attente de leur procès, condamnées ou soumises à d'autres conditions de sécurité. De même, des termes différents sont utilisés pour qualifier les personnes détenues. Dans ces lignes directrices, le terme « prisons et autres centres fermés » renvoie à tous les lieux de détention dans un pays et les termes « personnes privées de liberté » et « détenus » se réfèrent à toutes les personnes détenues dans des établissements pénitentiaires, y compris les jeunes filles et garçons ainsi que les adultes, au cours de l'enquête sur un crime, en attendant leur procès, avant le prononcé de la peine et après le prononcé de la peine. Ce terme n'inclut pas formellement les personnes détenues pour des raisons liées à l'immigration ou au statut de réfugiés, les personnes détenues sans inculpation et les personnes condamnées à suivre un traitement obligatoire et à se rendre dans des centres de réinsertion. Toutefois, la majorité des points de ces lignes directrices s'appliquent aussi à ces personnes (3).

Les consommateurs de drogues. Ces personnes incluent celles qui utilisent des substances psychotropes par toute voie d'administration, y compris les injections, l'inhalation, les voies orales, transmuqueuse (sublinguale, rectale, intranasale) ou transdermique. Souvent, cette définition n'inclut pas l'utilisation de substances largement utilisées telles que les boissons et aliments contenant de l'alcool et de la caféine.

Les travailleurs(SES) de sexe. Il s'agit d'adultes (18 ans et plus) hommes, femmes et transgenres qui reçoivent de l'argent ou des biens en échange de services sexuels, sur une base régulière ou occasionnelle. Le commerce du sexe est un acte sexuel consensuel entre adultes. Il peut prendre plusieurs formes et varie selon les pays et les communautés et à l'intérieur de ceux-ci. Le commerce du sexe varie également en fonction de son degré de « formalité » ou d'organisation (4).

Comme défini dans la Convention relative aux droits de l'enfant, les enfants et les adolescents de moins de 18 ans qui se livrent à des actes sexuels en échange d'argent, de biens ou de faveurs sont « exploités sexuellement » et ne sont pas définis comme des travailleurs(SES) de sexe (5).

De nombreuses personnes s'identifieront à plus d'une population clé. Par exemple, certains hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent également s'engager dans le commerce du sexe et/ou s'injecter des drogues.

Transgenre. Il s'agit d'un terme générique qui renvoie aux personnes dont l'identité et l'expression sexuelles ne se conforment pas aux normes et attentes traditionnellement associées au sexe qui leur a été attribué à la naissance. Ce terme inclut les personnes transsexuelles, transgenres ou non-conformes à leur sexe (6, 7). Les personnes transgenres peuvent s'auto-identifier comme un(e) transgenre, un homme, une femme, un homme

transsexuel, une femme transsexuelle, un transsexuel ou, dans certaines cultures, un(e) hijra (Inde), un(e) kathoey (Thaïlande), un(e) waria (Indonésie) ou l'une des multiples autres identités transgenres. Ces personnes peuvent exprimer leur genre de différentes manières

masculines, féminines et/ou androgynes. La grande vulnérabilité et les besoins particuliers des personnes transgenres en matière de santé nécessitent un statut distinct et indépendant dans le cadre de la riposte mondiale au VIH.

Les comportements sexuels à risque diffèrent dans les divers sous-groupes au sein de la communauté transgenre. Par exemple, les comportements sexuels à risque peuvent être plus importants chez les femmes transgenres (homme à femme) ou les hommes transgenres (femme à homme) qui ont des rapports sexuels anaux passifs avec des hommes que chez les hommes ou femmes transgenres qui ont des rapports sexuels uniquement avec des femmes. Dans de nombreux pays, le taux de prévalence de l'infection du VIH chez les femmes transgenres est aussi élevé, voire plus élevé, que chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. En raison de ces différents profils de comportements à risque, les présentes lignes directrices se concentrent sur les personnes transgenres ayant des rapports sexuels avec des hommes plutôt que sur les personnes transgenres ayant uniquement des rapports sexuels avec des femmes (8).

Enfants. Selon l'Article 1 de la Convention relative aux droits de l'enfant, « L'enfant est défini comme tout être humain de moins de 18 ans, sauf si la loi nationale accorde la majorité plus tôt » (5).

Adolescents. Les personnes entre 10 et 19 ans sont généralement considérées comme des adolescents. Les adolescents ne forment pas un groupe homogène ; la maturité physique et émotionnelle vient avec l'âge, mais son progrès varie d'une personne à une autre d'un même âge. Par ailleurs, des facteurs sociaux et culturels peuvent affecter leur santé, leur capacité à prendre des décisions importantes et leur capacité à accéder à des services (9).

Ce document utilise principalement le terme « adolescents ». D'autres termes couvrant des groupes d'âge qui se chevauchent incluent :

Jeunes. Ce terme renvoie aux personnes âgées de 15 à 24 ans (10).



RÉSUMÉ D'ORIENTATION

Objectif

Dans ces nouvelles lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a regroupé et harmonisé tous les guides existants qui se rapportent aux cinq (5) populations clés – les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues par injection, les personnes en prison et autres centres fermés, les travailleurs(se)s de sexe et les personnes transgenres – et met à jour les guides et recommandations sélectionnés. Ces lignes directrices ont pour objectif de : fournir un ensemble complet de recommandations liées au VIH et fondées sur des preuves pour toutes les populations clés ; accroître la sensibilisation aux besoins des populations clés et aux questions importantes à celles-ci ; améliorer l'accès, la couverture et l'utilisation des services efficaces et acceptables ; et catalyser un plus grand engagement national et mondial au financement et aux services appropriés.

Les comportements à risque et la vulnérabilité des populations clés entraînent un taux d'infection à VIH disproportionné au sein de ces groupes dans tous les pays et contextes. Ces risques disproportionnés reflètent à la fois un comportement commun entre les membres de ces populations et les questions juridiques et sociales spécifiques qui augmentent leur vulnérabilité au VIH/Sida. Pourtant, les services liés au VIH et destinés aux populations clés restent largement insuffisants. Dans de nombreux contextes, l'incidence du VIH au sein des populations clés continue d'augmenter, même lorsque l'impact se stabilise ou diminue au sein de la population générale.

À ce jour, l'OMS a élaboré des guides normatifs distincts pour chacune des cinq (5) populations clés ; toutefois, en général, le guide n'aborde pas de manière appropriée les grandes questions relatives aux populations clés. De même, l'orientation mondiale en matière de VIH de l'OMS, y compris les lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux (2013), n'ont pas expressément tenu compte des questions liées aux populations clés. Ces lignes directrices visent à combler ces lacunes et repousser les limites. Les pays et autres utilisateurs finaux ont souligné l'importance de l'unification des lignes directrices sur les populations clés de l'OMS afin d'aider les gestionnaires de programmes et prestataires de services nationaux, notamment ceux tirés des programmes communautaires, dans la planification et la mise en place des services pour ces populations. Ainsi, ces lignes directrices unifiées abordent les questions importantes pour une prestation de services liés au VIH efficace destinés à toutes les populations clés et ceux destinés à un ou plusieurs groupes spécifiques. Cette édition 2016 en français inclut de nouvelles recommandations de l'OMS, notamment sur le traitement antirétroviral (ART) et sur la prophylaxie préexposition (PrEP).

Format des lignes directrices

Ces lignes directrices se présentent en sept (7) chapitres :

Chapitre 1 : Historique, contexte, justification, principes directeurs, objectifs et audience cible.

Chapitre 2 : Méthodologie et processus d'élaboration des lignes directrices.

Chapitre 3 : Ensemble complet de mesures d'interventions.

Chapitre 4 : Interventions cliniques pour les populations clés.

Chapitre 5 : Facteurs déterminants pour une mise en œuvre réussie.

Chapitre 6 : Questions de prestations de services et études de cas.

Chapitre 7 : Lignes directrices sur la hiérarchisation et la planification des services, le suivi et l'évaluation, la détermination des cibles, les indicateurs et les instruments d'établissement des coûts.

Méthode d'élaboration des lignes directrices

En octobre 2013, un groupe de pilotage externe s'est rencontré et a révisé toutes les lignes directrices existantes de l'OMS et a identifié les recommandations nécessitant une mise à jour et les thèmes à aborder. Ce groupe était composé de personnes appartenant aux réseaux des populations clés et à des organisations, des universitaires, des chercheurs, des gestionnaires et responsables de la mise en œuvre de programmes, des organisations partenaires des Nations Unies, soutenus par un secrétariat de l'OMS.

Le groupe de pilotage externe a suggéré que les lignes directrices unifiées sur les populations clés fournissent des recommandations dans le continuum des soins du VIH – prévention, diagnostic, lien, traitement et soins – et incluent des recommandations et des lignes directrices sur les facteurs déterminants qui sont essentiels à la prestation de services sûrs, efficaces et acceptables liés au VIH. Les nouveaux champs identifiés incluent une ré-révision des preuves relatives à la fourniture d'une prophylaxie préexposition au VIH (PPrE ou PrEP) aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et une évaluation des preuves relatives à la PPrE pour les consommateurs de drogues par injection, un groupe qui n'avait pas été pris en compte dans les lignes directrices précédentes. Le groupe de pilotage externe a également souligné l'élaboration des recommandations sur la livraison communautaire de la naloxone pour le traitement d'overdose d'opioïde et la mise à jour des recommandations pour les personnes en prison et autres centres fermés.

Suite à la réunion du groupe de pilotage externe en octobre 2013, un groupe d'élaboration des lignes directrices a été formé, comprenant la majorité des membres du groupe de pilotage externe et des membres experts supplémentaires. Lors de leur réunion tenue en mars 2014, le groupe d'élaboration des lignes directrices a unanimement soutenu une recommandation reformulée de la PPrE pour hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes; un vote majoritaire a déterminé l'ampleur de la recommandation. En outre, les groupes d'élaboration des lignes directrices ont révisé et entièrement soutenu tous les autres points des lignes directrices existantes. En mars 2014, un autre groupe d'élaboration des lignes directrices a révisé et proposé de nouvelles lignes directrices sur la livraison communautaire de la naloxone.

Suite à ces réunions, le projet des lignes directrices unifiées sur les populations clés a été révisé par des pairs évaluateurs externes, des évaluateurs des organes de l'ONU, des membres du personnel de l'OMS chargés du Programme mondial de lutte contre le VIH/Sida, des responsables du Département de la santé mentale et des toxicomanies, des membres d'autres départements de l'OMS et des équipes régionales.

Recommandations

Le tableau ci-joint résume les recommandations présentées dans ce document.

Toutes les recommandations et lignes directrices du document sont tirées des lignes directrices existantes de l'OMS à l'exception des nouvelles recommandations sur la PrEP et la gestion

communautaire de l'overdose d'opioïde. La nouvelle recommandation sur la PrEP constitue un changement d'une recommandation sur la considération de la PrEP comme un ensemble de services de prévention pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, pour maintenant offrir PrEP comme choix supplémentaire de prévention pour les populations fortement exposées au risque d'acquisition du VIH (Voir Chapitre 2 pour la méthodologie et Chapitre 4 pour la mise à jour des recommandations.) La nouvelle recommandation sur la gestion de l'overdose d'opioïde soutient l'administration de la naloxone aux personnes de la communauté qui pourraient être des témoins d'une scène d'overdose et les instruit sur son administration. Les révisions des éléments de preuve à jour des recommandations sur le VIH pour les personnes en prison et autres centres fermés ont renforcé les recommandations existantes. Pour toutes les autres recommandations, les documents originaux sur les lignes directrices, qui sont cités en référence dans ce document, décrivent le processus d'élaboration de ces lignes directrices.

Incidence sur la programmation

Les considérations en matière de santé publique et d'équité soulignent le besoin de hiérarchiser et d'améliorer les services liés au VIH destinés aux populations clés. Ces lignes directrices pour les populations clés visent à soutenir les pays dans la prestation de services VIH plus efficaces, acceptables et complets, afin d'accroître la couverture et de répondre aux problèmes d'inégalité d'accès actuels. Les pays devront procéder à une évaluation de leurs propres situations, en tenant compte de la taille de la population actuelle et en révisant les taux de couvertures actuels et la qualité des programmes. Il est également important d'évaluer et, si possible, de faire face aux barrières sociales et juridiques à l'accès et de réaliser des progrès autant que les circonstances propres à chaque pays le permettent.

Recherche supplémentaire

Avec des organisations partenaires, le Programme mondial de lutte contre le VIH/Sida élabore un cadre scientifique sur la mise en place de services complets liés au VIH, soulignant les priorités de recherche clés, y compris celles se rapportant aux populations clés.

Résumé des recommandations de l'oms relatives aux populations clés

INTERVENTIONS DU SECTEUR DE LA SANTÉ	
PRÉVENTION DU VIH	
1	L'utilisation adéquate et systématique du préservatif avec des lubrifiants compatibles avec les préservatifs est recommandée pour toutes les populations clés afin de prévenir la transmission sexuelle du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST).
2	La prophylaxie préexposition (PrEP) par voie orale avec tenofovir disoproxil fumarate (TDF) devrait être offerte comme choix supplémentaire de prévention pour les populations clés fortement exposées au risque d'acquisition du VIH dans le cadre des stratégies de prévention du VIH combinée. NOUVELLE RECOMMANDATION
3	La Prophylaxie post-exposition (PPE) devrait être rendue disponible pour toutes les personnes admissibles au sein des populations clés sur une base volontaire après une éventuelle exposition au VIH.
4	La Circoncision masculine médicale volontaire (CMMV) est recommandée comme une stratégie supplémentaire importante pour la prévention d'une infection hétérosexuelle à VIH chez l'homme, plus particulièrement dans des contextes où prédominent une épidémie généralisée et une hyper endémie du VIH, et un faible taux de prévalence de la circoncision masculine.

RÉDUCTION DES RISQUES POUR LES CONSOMMATEURS DE DROGUES PAR INJECTION	
5	Tous les membres des populations clés qui consomment des drogues par injection devraient avoir accès à un matériel d'injection stérile dans le cadre des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues .
6	Tous les membres des populations clés ayant acquis une dépendance aux opiacés devraient recevoir et avoir accès à la thérapie de substitution aux opiacés .
7	Toutes les membres des populations ayant une consommation nuisible d'alcool ou d'autre substance devraient avoir accès à des interventions fondées sur des preuves , notamment de brèves interventions psychosociales impliquant une évaluation, une rétroaction précise et des conseils.
8	Les personnes susceptibles d'être les témoins d'une scène d'overdose d'opioïde devraient avoir accès à la naloxone et être instruites sur son utilisation dans le cadre de la gestion d'un cas d'urgence lié à une overdose soupçonnée d'opiacés. NOUVELLES RECOMMANDATIONS
SERVICES DE DÉPISTAGE DU VIH (SDV)	
9	Un service de dépistage du VIH volontaire devrait être offert systématiquement à toutes les populations clés aussi bien dans la communauté que dans les cadres cliniques. Les services de dépistage communautaires relatifs au VIH pour toutes les populations clés , liés aux services de prévention, de soins et de traitement , sont recommandés outre le dépistage et l'accompagnement psychologique initiés par le prestataire.
TRAITEMENT ET SOINS DU VIH	
10	Les populations clés vivant avec le VIH devraient avoir les mêmes droits d'accès à la thérapie antirétrovirale (TAR) et à la gestion de la TAR que les autres populations.
11	Toutes les femmes enceintes des populations clés devraient avoir les mêmes droits d'accès aux services de prévention de la transmission du VIH mère-enfant (PTME) et suivre les mêmes recommandations que les femmes des autres populations.
PRÉVENTION ET GESTION DES CO-INFECTIONS ET CO-MORBIDITÉS	
12	Les populations clés devraient avoir les mêmes droits d'accès aux services de prévention, dépistage et traitement de la tuberculose (TB) que les populations exposées au risque d'infection à VIH ou vivant avec le VIH.
13	Les populations clés devraient avoir les mêmes droits d'accès aux services de prévention, dépistage et traitement de l'hépatite B et C que les populations exposées au risque d'infection à VIH ou vivant avec le VIH.
14	Un dépistage systématique et une gestion des problèmes de santé mentale (dépression et stress psychosocial) devraient être proposés aux membres des populations clés vivant avec le VIH afin d'optimiser les résultats en matière de santé et d'améliorer leur observance au TAR. La gestion peut s'étendre du co-conseil sur le VIH et la dépression à des thérapies médicales appropriées.
SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE	
15	Le dépistage, le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles devraient être proposés systématiquement dans le cadre de la prévention et des soins généraux du VIH destinés aux populations clés.
16	Les membres des populations clés, y compris celles vivant avec le VIH , devraient avoir droit à une vie sexuelle épanouie et avoir accès à une gamme d' options de procréation .
17	Les lois sur l'avortement et les services y liés devraient protéger la santé et les droits humains de toutes les femmes, y compris celles des populations clés.
18	Il est important de réaliser un dépistage du cancer du col de l'utérus sur toutes les femmes des populations clés.
19	Il est important que toutes les femmes des populations clés bénéficient du même soutien et des mêmes droits d'accès aux services liés à la conception et aux soins de grossesse que les femmes des autres groupes.

FACTEURS DÉTERMINANTS

1	Les lois, politiques et pratiques devraient être révisées et, si nécessaire, par les décideurs et dirigeants publics, avec un véritable engagement des parties intéressées des populations clés, afin de permettre et de soutenir la mise en place et l'extension des services de santé destinés aux populations clés.
2	Les pays devraient travailler à appliquer et faire respecter les lois antidiscriminatoires et protectrices , dérivées des normes des droits de l'homme, pour éliminer la stigmatisation, la discrimination et la violence à l'égard des membres des populations clés.
3	Les services de santé devraient être disponibles, accessibles et acceptables pour les populations clés, sur la base des principes d'éthique médicale, de prévention de la stigmatisation, de non-discrimination et de droit à la santé.
4	Les programmes devraient viser la mise en œuvre d'une panoplie d'interventions pour accroître l'autonomisation des communautés au sein des populations clés.
5	La Violence à l'égard des membres des populations clés devrait être prévenue et maîtrisée avec l'aide des organisations des populations clés. Tout acte de violence à l'égard des membres des populations clés devrait être surveillé et signalé, et des mécanismes de recours devraient être mis en place afin de garantir la justice.

INTRODUCTION

1

1.1	Populations clés et groupes vulnérables	2
1.2	Le VIH au sein des populations clés	4
1.2.1	Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	4
1.2.2	Personnes privées de liberté ou dans environnements confinée	5
1.2.3	Les consommateurs de drogues par injection	5
1.2.4	Les travailleurs(se)s de sexe	6
1.2.5	Les personnes transgenres	6
1.2.6	Chevauchement des vulnérabilités et risques divers	6
1.2.7	Adolescents et jeunes des populations clés	7
1.3	Gestion des populations clés : un sage investissement	7
1.3.1	Clé à la dynamique des épidémies	8
1.3.2	Couverture étendue, source de différence	8
1.4	Portée de ces lignes directrices sur les populations clés	9
1.5	Utilisation de ces lignes directrices	9
1.6	But et objectifs	11
1.7	Audience cible	11
1.8	Principes des lignes directrices	11

1 INTRODUCTION

1.1 Populations clés et groupes vulnérables

Populations clés. Les comportements à risque et vulnérabilités de populations spécifiques et leurs propres réseaux déterminent la dynamique du VIH. Ces lignes directrices sont axées sur cinq (5) groupes de populations clés qui, dans la majorité des contextes, sont touchés de manière disproportionnée par le VIH :

- les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- les personnes privées de liberté ou dans environnements confinée¹
- les consommateurs de drogues par injection
- les travailleurs(es) de sexe et
- les personnes transgenres.

En ne répondant pas aux besoins des populations clés, une riposte durable au VIH ne saurait être trouvée.

Ces risques disproportionnés reflètent à la fois un comportement commun entre les membres de ces populations et les barrières juridiques et sociales spécifiques qui augmentent leur vulnérabilité au VIH/Sida. Les populations clés influencent la dynamique de l'épidémie et jouent un rôle crucial dans la détermination de la nature et de l'efficacité de la riposte au VIH. Les personnes vivant avec le VIH jouent un rôle central dans la riposte au VIH et sont, par conséquent, souvent considérées comme une population clé. Toutefois, ce document ne traite pas des personnes vivant avec le VIH comme d'une population distincte.

Dans la majorité des pays, la couverture insuffisante et la faible qualité des services offerts aux populations clés continuent d'entraver la riposte au VIH. Tous les pays devraient considérer l'importance du fait d'atteindre ces populations clés, de comprendre leurs besoins et de leur offrir des services équitables, accessibles et acceptables. Afin d'y parvenir, il est essentiel de travailler en collaboration avec les groupes et réseaux des populations clés pour la conception et la prestation de services (1).

Groupes vulnérables. Dans certains contextes, d'autres groupes aussi sont particulièrement vulnérables à l'infection à VIH, notamment les travailleurs migrants, les réfugiés, les conducteurs de camion sur longue distance, le personnel militaire, les mineurs et, en Afrique australe, les jeunes femmes. Ces populations ne sont pas uniformément vulnérables ou affectées de manière égale dans différents pays et contextes épidémiques. Les pays devraient également identifier ces populations supplémentaires spécifiquement à leurs contextes, se concentrer, développer et créer des services en conséquence.

Point focal sur les populations clés. En règle générale, les pays devraient prioriser leur riposte au VIH et axer leur politique sur les populations les plus vulnérables, tout en portant le plus lourd fardeau du VIH et en étant actuellement mal desservis. Ces populations incluront des populations vulnérables précises et, dans tous les contextes, les populations clés. Ces lignes directrices

¹ L'ONUSIDA définit les « populations clés » comme les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs(es) de sexe, les consommateurs de drogues par injection et les transsexuels, mais reconnaît que les Personnes privées de liberté ou dans environnements confinée, aussi, sont particulièrement vulnérables au VIH et n'ont pas un accès suffisant aux services

présentent des recommandations pour les cinq (5) populations clés ci-dessus mentionnées (adultes et adolescents), tout en reconnaissant que les pays devront personnaliser leur riposte en fonction de la taille de ces populations et aussi répondre aux besoins des populations vulnérables (voir encadré). Des lignes directrices détaillées sur le traitement et les soins aux personnes vivant avec le VIH sont présentées dans les Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH (2).

Sans répondre aux besoins des populations clés, une riposte durable au VIH ne saurait être trouvée. À ce jour, dans la majorité des pays où l'épidémie du VIH est généralisée, la riposte a été presque exclusivement axée sur la population générale. Même les pays qui reconnaissent que l'épidémie du VIH est concentrée dans les populations clés sont réticents quant à la mise en œuvre des mesures d'intervention appropriées qui touchent ceux qui en ont le plus besoin.

Une riposte efficace nécessite plus qu'un simple soutien aux services et programmes destinés aux populations clés ; elle nécessite des changements systémiques et environnementaux que seule une action concertée peut apporter. Pour les membres des populations clés et des groupes vulnérables, de nombreux facteurs qui influencent le risque d'une personne à être infectée par le VIH échappent complètement au contrôle de la personne. Plus particulièrement pour les populations clés, les facteurs sociaux, juridiques, structurels et autres facteurs contextuels augmentent la vulnérabilité au VIH et obstruent l'accès aux services liés au VIH. De tels facteurs incluent des mesures législatives punitives et des pratiques de maintien de l'ordre, la stigmatisation et la discrimination, la pauvreté, la violence et les taux élevés de sans-abri dans certains sous-groupes de populations. Ces facteurs affectent la manière dont les personnes ou populations peuvent se protéger de, et faire face à, l'infection du VIH ; ils peuvent limiter l'accès à l'information, aux services de prévention, aux soins et au traitement. Par ailleurs, d'autres services de santé spécifiques aux besoins des populations clés sont souvent rares ou inexistant – par exemple, une thérapie d'affirmation du genre pour les personnes transgenres et des services de réduction des méfaits pour les consommateurs de drogues par injection. Le cadre géographique et le contexte social peuvent aussi affecter la vulnérabilité d'une personne.

Justification de l'unification des lignes directrices sur les populations clés

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a élaboré des lignes directrices sur chacune des cinq (5) populations clés. Toutefois, ces lignes directrices n'ont ni traité de manière appropriée les points communs entre toutes ces populations clés, ni répondu aux besoins des pays relatifs à une approche cohérente informée par une analyse de la situation. Ce document vise à unifier les lignes directrices de l'OMS et des partenaires de l'ONU sur les cinq (5) groupes de populations clés dans un même document. Ce document se réfère aussi aux outils et autres documents de l'OMS en rapport avec les activités du programme relatif à la santé des populations clés, tels que l'information/le suivi stratégiques et l'évaluation des populations clés, des publications des partenaires de l'ONU et de nouveaux documents qui permettent de combler les lacunes identifiées.

Ces lignes directrices tiennent compte des éléments communs à toutes les populations clés et mettent en exergue les questions spécifiques et les risques uniques à chaque groupe. Cette approche vise à aider les pays à planifier, élaborer et suivre, de manière plus efficace et efficiente, des programmes acceptables et appropriés pour les populations clés correspondant à leur propre contexte épidémiologique. Ces lignes directrices traitent des questions de mise en application dont les services doivent tenir compte afin de garantir l'équité et d'optimiser l'impact.

Les membres de toutes les populations clés continuent de faire face à d'importants actes de stigmatisation et de discrimination, des barrières et contraintes juridiques relatives à l'accès aux services et, parfois, une faible priorité par le secteur de santé publique, notamment les ministères de la santé. Dans de nombreux contextes, les organisations communautaires offrent des services importants aux populations clés. De meilleurs partenariats et liens entre les organisations communautaires et les ministères de la santé sont cruciaux. Un accès équitable aux, et une fourniture des services de santé et des services liés au VIH aux populations clés constituent une grande priorité, nécessitant un financement interne et externe suffisant.

1.2 Le VIH au sein des populations clés

Les populations clés font face au taux de prévalence élevé du VIH et influencent la dynamique de l'épidémie du VIH.

Il existe une raison épidémiologique claire pour que les programmes relatifs au VIH soient axés sur les populations clés. Dans de nombreux contextes, l'incidence du VIH dans la population générale s'est stabilisée ou a reculé. Toutefois, dans le monde, les populations clés continuent de faire face à un taux de prévalence du VIH élevé et influencent la dynamique de l'épidémie du VIH.

En règle générale, il existe moins de données sur la santé, y compris les données sur la prévalence du VIH, aussi bien pour les populations clés que pour les populations générales en raison des diverses complexités relatives à l'échantillonnage (et au manque de données d'estimation de la taille), aux questions juridiques liées à la stigmatisation et à la discrimination. Les lois visant à incriminer le comportement des populations clés rendent difficile la collecte des données représentatives. Dans de pareilles circonstances, les personnes sont réticentes à l'idée d'être comptées parmi les membres de ces populations.

1.2.1 Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

L'épidémie du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes continue de se répandre dans la majorité des pays. Dans la majorité des zones urbaines, le taux de prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est en moyenne 13 fois plus important que chez la population générale (3). L'une des raisons expliquant ce taux de prévalence chez les hommes ayant des rapports avec des hommes serait que la transmission du VIH par voie anale et sans préservatif est plus facile que par voie vaginale et sans préservatif, et les risques individuels d'infection du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes incluent les relations sexuelles anales passives non protégées, un nombre élevé de partenaires masculins et la consommation concomitante de drogues par injection (4, 5, 6).

Dans le monde, l'épidémie du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes continue de s'étendre.

Par région, les estimations du taux de prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes varient entre 3 % au Moyen-Orient et en Afrique du Nord et 25,4 % dans les Caraïbes (4). Au Kenya, le seul pays africain ayant des données sur l'incidence du VIH, un taux d'incidence annuel de plus de 20 % a été rapporté

récemment à Mombasa (4). D'autres pays en Afrique rapportent un taux élevé de prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, notamment la Côte d'Ivoire avec un taux de 18 % (7, 8). Dans d'autres régions où l'on rapporte une incidence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, il n'existe aucune preuve du recul de cette incidence. En effet, la Chine et la Thaïlande par exemple, rapportent une avancée de l'incidence.

Une législation discriminatoire, une stigmatisation (y compris par les travailleurs de la santé) une violence homophobe dans de nombreux pays sont un frein de taille à la prestation de services liés au VIH destinés aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et limitent leur

utilisation des services existants. De nombreux pays criminalisent les relations sexuelles avec des partenaires de même sexe (soit homme-homme uniquement, soit homme-homme et femme-femme). À compter du mois de décembre 2011, les pratiques sexuelles entre personnes du même sexe étaient criminalisées dans 38 sur 53 pays d'Afrique (9). Dans les Amériques, en Asie, en Afrique et au Moyen-Orient, 83 pays ont des lois qui ont rendu illégales les relations sexuelles entre hommes (10). L'éventail des sanctions juridiques et la mesure d'application de la loi pénale diffèrent d'un pays à un autre (11).

1.2.2 Les Personnes privées de liberté ou dans environnements confinée

Il existe plus de 10 millions d'hommes et de femmes dans les prisons et autres centres fermés, avec un chiffre annuel d'environ 30 millions de personnes se déplaçant entre la prison et la communauté (17). Dans le monde, le taux de prévalence du VIH, des infections sexuellement transmissibles, de l'hépatite B et C et de la tuberculose chez les populations carcérales serait deux (2) à dix (10) fois plus élevé que chez la population générale (18). Dans de nombreux contextes, on enregistre un taux de prévalence du VIH et un taux d'infection du VIH plus élevés chez les personnes privées de liberté et les personnes travaillant dans des prisons et leurs familles (19).

Outre les comportements à risque d'infection à VIH dans les prisons (activités sexuelles non protégées, consommation de drogues par injection et tatouage), les facteurs liés à l'infrastructure de la prison, à la gestion de la prison et au système de justice pénale contribuent à accroître le risque d'infection à VIH, à l'hépatite B et C et à la tuberculose dans les prisons (20). En raison des conditions de détention, notamment le surpeuplement, la violence sexuelle, la consommation de drogues et le manque d'accès aux moyens de prévention du VIH, tels que les préservatifs et lubrifiants, le risque de transmission est très élevé (18).

Dans certains contextes, les taux de prévalence du VIH sont plus élevés chez les femmes dans les prisons que chez les hommes et beaucoup plus élevés que chez les femmes au sein de la population générale. Par exemple, en Moldavie en 2005, le taux de prévalence du VIH chez les femmes détenues était de 9,6 % à comparer avec 1,5-5 % chez les hommes détenus et < 0,5 % chez les femmes au sein de la population générale (21). Au Canada, en 2002, le taux de prévalence du VIH était signalé à 3,71 % chez les femmes détenus comparé à 1,96 % chez les hommes détenus et < 0,5 % chez les femmes de la population générale (22).

En raison du caractère illégal du commerce du sexe, de la consommation de drogues et des rapports sexuels avec des personnes du même sexe dans de nombreux pays, un nombre important de personnes des différentes populations clés sont incarcérées à un moment ou à un autre de leur vie. Étant donné que la détention constitue en elle-même un facteur de risque pour la transmission du VIH, elle accroît davantage le risque d'infection au VIH pour les membres des autres populations clés. Les cadres où sévit une ségrégation forcée entre les sexes (par exemple les prisons) sont d'importants contextes pour les activités sexuelles homme-homme qui ne sont liés à aucune identité homosexuelle.

L'accès au dépistage et à l'accompagnement psychologique liés au VIH, mais aussi aux programmes de prévention et de soins liés au VIH est généralement insuffisant dans les prisons et autres centres fermés. Peu de pays mettent en place des programmes complets relatifs au VIH dans les prisons (18). Non seulement il existe un réel besoin de ces services dans les prisons, mais ils devraient également être liés aux services relatifs au VIH dans la communauté afin de maintenir la continuité après la relâche d'une personne.

1.2.3 Les consommateurs de drogues par injection

Dans le monde, 158 pays ont rapporté une consommation de drogues par injection et parmi ces pays, 123 (soit 78 %) ont rapporté des cas de VIH parmi les consommateurs de drogues par injection (12, 13). Les données sur la prévalence d'utilisation des drogues par injection

n'est pas disponible pour près de la moitié de ces pays, plus particulièrement en Afrique, au Moyen-Orient et en Amérique latine. L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) a, conjointement avec l'OMS, l'ONUSIDA et la Banque mondiale, estimé qu'en 2012, à travers le monde, environ 12,7 millions (fourchette : 8,9 millions–22,4 millions) de personnes s'étaient injectées des drogues récemment et que sur ces personnes, 1,7 million (fourchette : 0,9 million–4,8 millions) de personnes (soit 13,1 %) vivaient avec le VIH.

Les taux d'infection à VIH sont élevés chez les consommateurs de drogues par injection. Par exemple, au Pakistan, le taux de prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues par injection est estimé à 37,8 %, sur la base des données de surveillance 2011, presque le quadruple du taux enregistré en 2005 (15). En Indonésie, le taux de prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues par injection est estimé à 36,4 % (comparé à 0,4 % dans la population générale âgée de 15-49 ans) ; en Ukraine, au moins 20 % (comparé à 0,9 %) et en Birmanie 18 % (comparé à 0,6 %) (16). Selon les données recueillies dans 49 pays, le risque d'infection à VIH était en moyenne 22 fois plus important chez les consommateurs de drogues par injection que dans la population générale. Dans 11 de ces pays, le risque était au moins 50 fois plus élevé. En Europe de l'Est, une valeur estimée de 40 % de nouvelles infections se déclarent chez les consommateurs de drogues par injection et leurs partenaires sexuels (3).

1.2.4 Travailleurs(es) de sexe

Dans le monde, le taux de prévalence moyen du VIH chez les travailleurs(es) de sexe est estimé à environ 12 %. Le taux de prévalence du VIH et les ratios de probabilité de l'infection à VIH varient considérablement au sein des régions. Dans 26 pays affichant une prévalence du VIH moyenne et élevée dans la population générale, 30,7 % des travailleurs(es) de sexe étaient séropositifs (3, 23). Par exemple, la prévalence du VIH chez les travailleurs(es) de sexe au Nigeria était estimée à 24,5 % (comparé à 3,7 % chez la population générale âgée de 15–49 ans), 22,2 % en Lettonie (comparé à 0,7 % dans la population générale) et 50,8 % au Rwanda (comparé à 2,9 % dans la population générale) (3).

Les travailleurs(es) de sexe courent un plus grand risque d'infection au VIH en raison de leurs multiples partenaires sexuels et, parfois, de l'utilisation irrégulière des préservatifs, due au refus ou à la coercition des clients. Les questions juridiques, la stigmatisation, la discrimination et la violence constituent des obstacles à la prestation de services relatifs au VIH pour les travailleurs(es) de sexe.

1.2.5 Les personnes transgenres

Une méta-analyse publiée en 2013 souligne la vulnérabilité particulière des femmes transgenres au VIH. Des données étaient disponibles pour les pays enregistrant une épidémie de VIH à prédominance masculine ; ces pays incluent les États-Unis d'Amérique, six (6) pays de l'Asie-Pacifique, cinq (5) pays de l'Amérique latine et trois (3) pays d'Europe. Le taux de prévalence du VIH était de 19,1 %. Parmi les 7 197 femmes transgenres échantillonnées dans dix (10) pays à faible et moyen revenu, le taux de prévalence du VIH était de 17,7 %. Parmi les 3 869 femmes transgenres échantillonnées dans cinq (5) pays à revenu élevé, le taux de prévalence était de 21,6 % (24).

1.2.6 Vulnérabilités et risque divers

De nombreux membres des populations clés ont plus d'un comportement à risque élevé (par exemple, la consommation de drogue injectable et le commerce du sexe, ou la consommation de drogues par injection par un homme ayant des rapports sexuels avec des hommes). Par conséquent, ces groupes de personnes sont susceptibles d'avoir des taux de prévalence du VIH plus élevés que les groupes n'ayant qu'un seul type de comportement à risque.

Ces sous-groupes des populations clés peuvent particulièrement présenter un risque élevé d'infection à VIH (25, 26). Par exemple, une étude transversale réalisée en 1999 sur les travailleurs(les) de sexe au Vietnam a révélé que le taux de prévalence du VIH était considérablement plus important chez les travailleurs(les) de sexe de la rue que chez les travailleurs(les) de sexe dans des établissements de divertissement (3,8 % contre 1,8 %, $p = 0,02$) (27). Les sous-groupes présentant le plus grand risque d'infection à VIH ne sont pas assez couverts par les programmes de surveillance ou d'intervention actuels.

1.2.7 Adolescents et jeunes des populations clés

Les adolescents et jeunes des populations clés sont plus exposés au risque d'infection à VIH que les personnes plus âgées dans ces populations. Certes, les études sont limitées ; toutefois, elles démontrent de manière consistante que les adolescents et les jeunes des populations clés sont d'autant plus vulnérables que les cohortes plus âgées aux IST, au VIH et à d'autres problèmes liés à la santé sexuelle et reproductive (28). Le développement physique, émotionnel et mental rapide, les facteurs psychosociaux et socio-économiques complexes, et l'accès limité aux et l'utilisation des services accroissent leur vulnérabilité et leur risque d'infection (29). Pour les jeunes de moins de 18 ans en particulier, les barrières politiques et juridiques liées à l'âge de la majorité sexuelle empêchent souvent l'accès à une gamme de services de santé, y compris le dépistage et accompagnement psychologique (DAP), la réduction des risques et autres services fournis particulièrement aux populations clés (30). De telles barrières limitent également la capacité des adolescents à exercer leur droit à la prise de décision informée et indépendante.

Les adolescents des populations clés peuvent faire face à une stigmatisation, une discrimination et une violence plus accentuée que celles auxquelles les personnes plus âgées des populations clés font face. De peur de faire face à une discrimination et/ou des conséquences juridiques possibles, de nombreux adolescents des populations clés sont réticents à l'idée de recevoir des services diagnostiques et de traitement. Par conséquent, ils sont effacés dans plusieurs programmes d'interventions essentielles en matière de santé, perpétuant ainsi leur exclusion (31).

Les données épidémiologiques et comportementales fiables et représentatives sur les adolescents et les jeunes des groupes de populations clés restent limitées (32). Les jeunes restent largement

Les besoins spécifiques des jeunes des populations clés sont négligés aussi bien par les programmes conçus généralement pour les jeunes que par les programmes destinés aux adultes des populations clés.

invisibles dans la surveillance de routine du VIH et dans les recherches sur la prévalence du VIH et des risques y liés. Cette absence de données entraîne souvent à la négligence de leurs besoins spécifiques par les politiques et programmes destinés à la jeunesse et par les services destinés aux adultes des populations clés (32).¹

1.3 Cibler les populations clés : un sage investissement

La pratique récente visant une utilisation plus stratégique des ressources consacrées au VIH (33) attire l'attention sur le fait de cibler les populations clés dans le cadre de la lutte contre le VIH. Dans le cas des épidémies concentrées et généralisées, un investissement accru dans les populations clés d'un pays permet de mieux améliorer le rapport efficacité-coût de la riposte au VIH.

À ce jour, les investissements dans la majorité des pays sont axés sur la population générale. Dans les épidémies concentrées, presque par définition, la grande majorité des infections

¹ L'OMS, ONUSIDA, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) ont élaboré quatre (4) directives techniques sur les jeunes des populations clés. Ces énoncés de politique sont fondés sur les revues des données épidémiologiques, les documents sur la fourniture de services, une analyse politique et la recherche quantitative sur les valeurs et préférences des jeunes des populations clés. Ces lignes directrices incluent des messages clés du présent document. Voir Appendice 6 et les révisions de ces directives techniques de 2015, voir www.who.int

apparaissent dans les populations clés et, parfois, dans des groupes vulnérables spécifiques. Même dans les épidémies généralisées, les populations clés constituent souvent une forte proportion de la prévalence du VIH et l'incidence dans certaines populations clés a continué d'augmenter même lorsque les taux dans la population générale se stabilisent ou baissent.

Entre 40 % et 50 % de toutes les nouvelles infections à VIH chez les adultes à travers le monde se produisent chez des membres des populations clés et leurs partenaires immédiats.¹ Dans les pays d'Asie, d'Europe de l'est et d'Asie centrale, plus de la moitié des nouvelles infections surviennent chez les populations clés – de 53 % à 62 %. Même dans les pays de l'Afrique subsaharienne où l'épidémie est généralisée et qui ont mené des analyses des modes

Entre 40 % et 50 % de toutes les nouvelles infections à VIH chez les adultes à travers le monde se produisent chez les membres des populations clés et leurs partenaires immédiats.

de transmission (MT), la proportion des nouvelles infections dans les populations clés est importante, bien qu'elle varie considérablement – par exemple, un taux estimatif de 10 % en Ouganda, 30 % au Burkina Faso, 34 % au Kenya, 37 % au Nigeria, 43 % au Ghana et 45 % au Bénin.

1.3.1 Clé à la dynamique des épidémies

Une autre raison expliquant l'investissement dans le rapport coût-efficacité de l'investissement dans les populations clés est le rôle central des populations clés dans la dynamique des épidémies. Les membres des populations clés peuvent aussi transmettre le VIH à d'autres populations – par exemple, les clients des travailleurs(se)s de sexe et les partenaires sexuels des consommateurs de drogues par injection. Par conséquent, les infections chez les membres des populations clés peuvent avoir un effet multiplicateur.

Dans une analyse de six (6) pays de l'Afrique de l'ouest, par exemple, il est mentionné que la proportion des nouvelles infections se produisant chez les partenaires sexuels des personnes considérées « à risque élevé » allait de 20 % au Burkina Faso et au Nigeria à environ 30 % au Bénin, en Côte d'Ivoire et au Ghana et probablement jusqu'à 49 % au Sénégal (34). Entre-temps, la proportion des dépenses liées à la prévention du VIH allouées particulièrement aux programmes destinés aux travailleurs(se)s de sexe et leurs clients, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues par injection représentaient 1,7 % au Burkina Faso, 0,4 % en Côte d'Ivoire et 0,24 % au Ghana, alors que le pourcentage des nouvelles infections estimées dans les groupes de ces populations était de 30 %, 28 % et 43 %, respectivement (35).

1.3.2 Extension de la couverture peut faire la différence

Pour un pays, l'impact d'amélioration de la couverture peut varier en allant du fait d'éviter un nombre considérable de nouvelles infections à une stabilisation ou un renversement des taux d'incidence généraux.

Les projections suggèrent que les incidences de la couverture optimisée des prestations des populations clés peuvent varier en allant du fait d'éviter un nombre considérable de nouvelles infections dans les pays où l'épidémie est généralisée à sa stabilisation ou au renversement des taux d'incidence dans les pays où l'épidémie est concentrée.

Par exemple, en Asie, la transmission du VIH se produit principalement à travers des rapports sexuels rémunérés non protégés, la consommation de drogues par injection et les

¹ Estimations préliminaires basées sur les pays sélectionnés en utilisant des analyses publiées des modes de transmission, des estimations des nouvelles infections fondées sur les estimations de la prévalence du VIH et de la taille de la population clé, ou les modes de transmission rapportés par les diagnostics d'infection à VIH déclarés (ONUSIDA, 2014).

rapports sexuels non protégés entre hommes. Une utilisation accrue des préservatifs par les travailleurs(les) de sexe et leurs clients, grâce à une promotion efficace des préservatifs, permet d'inverser la tendance à la hausse de la prévalence au milieu des années 1990. Ces dernières années, toutefois, les taux annuels d'incidence ont légèrement changé. Sans un investissement supplémentaire et bien ciblé, le taux de prévalence pourrait recommencer à augmenter (36). Selon une estimation réalisée en 2008, un programme élargi d'interventions liées au VIH axé sur ces comportements à risque élevé permettrait d'éviter cinq (5) millions de nouvelles infections entre 2007 et 2020 – un nombre égal au nombre de personnes vivant avec le VIH dans la région en 2007. En outre, le nombre de décès liés au VIH décroîtrait de 40 % et en 2020 il y aurait 3,1 millions de personnes en moins vivant avec le VIH (37).

En 2011, la Banque mondiale avait projeté que, si le Pérou n'augmentait pas la couverture des programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, le nombre de nouvelles infections par an dans la population générale passerait d'environ 14 000 en 2008 à environ 20 000 en 2015. En revanche, une couverture élargie des programmes destinés particulièrement aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes stabiliserait au moins le nombre de nouvelles infections par an dans la population générale ou commencerait à le faire décroître.

De même, en Thaïlande, une couverture totale des programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes permettrait de faire baisser le nombre annuel de nouvelles infections dans la population générale de 22 500 en 2008 à 20 000 en 2015 ; autrement, le nombre de nouvelles infections augmenterait à 27 200 (38).

1.4 Portée de ces lignes directrices sur les populations clés

Ces lignes directrices exposent les grandes lignes de l'intervention de santé publique au VIH pour les cinq (5) populations clés. Elles présentent et traitent des nouvelles recommandations et une palette de recommandations et orientations tirées des lignes directrices de l'OMS en vigueur, notamment les Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH (2013) et les lignes directrices de 2015, sur quand commencer la TAR et la prophylaxie préexposition (2). Elles résument les composantes d'un ensemble complet d'interventions pour les populations clés et considèrent les questions, défis et opportunités liés à leur mise en place. Ces lignes directrices fournissent également une aide sur la priorisation et la planification des services.

Un certain nombre d'études de cas apparaît dans les Chapitres 5 et 6. Elles incluent des considérations pour chaque groupe de population clé, décrivant une variété d'approches d'interventions et de prestations de services dans une série de pays et de programmes régionaux.

1.5 Utilisation de ces lignes directrices

Tout comme dans les lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux, ces lignes directrices reconnaissent le besoin d'un soutien aux services liés à la prévention, au diagnostic, au traitement et aux soins du VIH (Fig. 1.1).

Symboles utilisés dans tout le document :



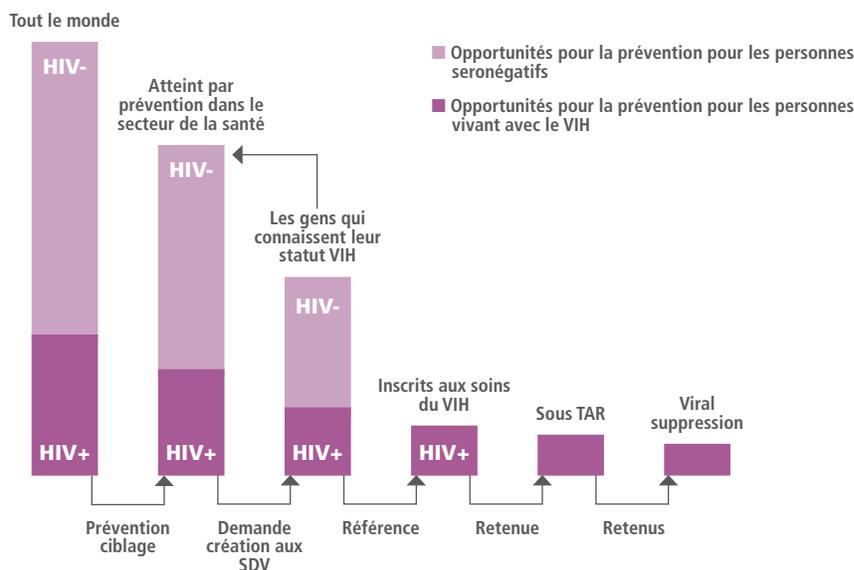
Les **principales recommandations de l'OMS** entrent en droite ligne avec les recommandations existantes de l'OMS et sont surlignées en bleu (voir ci-dessous), et la source des recommandations est fournie pour référence,

NOUVEAU

Les **nouvelles recommandations de l'OMS** élaborées spécifiquement pour les présentes lignes directrices,

EN COURS

Les **recommandations en cours d'élaboration** – les secteurs cliniques clés où l'OMS élabore des lignes directrices.

Fig. 1.1 Cascade de prévention, diagnostic, traitement et soins du VIH

Dans ces lignes directrices, le titre « Guide de bonnes pratiques » renvoie aux recommandations qui peuvent s'avérer utiles, ne nécessitent pas de classification et permettent de constater que les effets désirables l'emportent sur les effets indésirables. Ces pratiques se rapportent souvent aux principes des droits de l'homme reflétés dans un certain nombre d'accords internationaux et aux questions d'équité et d'éthique.

Codification par couleurs dans ce document :

Tous les groupes de population clé

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

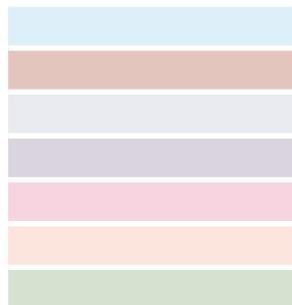
Les personnes privées de liberté ou dans environnements confinés

Les consommateurs de drogues par injection

Les travailleurs(se)s de sexe

Les personnes transgenres

Les adolescents des populations clés



Les documents de référence élaborés pour soutenir ces lignes directrices incluent les études des valeurs et préférences des populations clés et de leurs prestataires de services. Les tableaux

relatifs aux études systématiques et à l'approche GRADE (notation des recommandations, de l'appréciation, du développement et de l'évaluation) pour les nouvelles recommandations sont présentés en intégralité dans les Appendices 1 et 2.

1.6 But et objectifs

Ces lignes directrices ont pour but de présenter des lignes directrices unifiées qui informent l'élaboration et la mise en place des politiques, programmes et services liés au VIH pour les populations clés.

Ces lignes directrices ont pour objectif les points suivants :

- Présenter des **lignes directrices unifiées** pour les interventions du secteur de la santé pour le VIH pour chaque groupe des populations clés ;
- **Souligner les ensembles de services de santé communs liés au VIH** qui sont bénéfiques à et acceptables pour toutes les populations clés et les services supplémentaires nécessaires pour les groupes de populations clé ;
- **Mettre à jour les lignes directrices** pour la planification, la prestation, la surveillance et l'évaluation des services de prévention, diagnostic, traitement et soins du VIH pour chaque population clé ;
- Fournir des lignes directrices **liées au sexe et à l'âge** pour les interventions liées au VIH destinées aux membres des populations clés, notamment les adolescents.

1.7 Audience cible

Le principal audience cible de ces lignes directrices est constitué des gestionnaires de programmes nationaux de riposte au VIH et des autres décideurs au sein des ministères de la santé et les responsables des politiques, programmes et services sanitaires dans les prisons. En outre, les lignes directrices seront pertinentes pour les gestionnaires aux niveaux national et sous-national chargés des services liés à la tuberculose, à l'hépatite virale, à la santé sexuelle et génésique, à la réduction des préjudices et à la dépendance aux drogues, et la santé mentale ; les organisations communautaires de la société civile et les programmes de mise en œuvre ; et les agences de développement et de financement.

1.8 Principes des lignes directrices

Le cadre d'élaboration de ces lignes directrices est fondé sur les principes des droits de l'homme reflétés dans un certain nombre d'accords internationaux (39, 40).

- **Droits de l'homme** : La protection des droits de l'homme pour tous les membres de chaque population clé est fondamentale à l'élaboration de ces lignes directrices. Les législateurs et autres autorités gouvernementales devraient mettre en place et faire respecter les lois protectrices et antidiscriminatoires, dérivées des normes internationales des droits de l'homme, afin d'éliminer toute stigmatisation, discrimination et violence auxquelles les populations clés font face et de réduire leur vulnérabilité au VIH (40).

Principes directeurs

- droits de l'homme
- accès à des soins de santé de qualité
- accès à la justice
- acceptabilité des services
- connaissances sanitaires
- fourniture de services intégrés

- **L'accès à des soins de santé de qualité** est un droit humain. Il inclut le droit des membres des populations clés à des soins de santé de qualité et appropriés sans discrimination. Les prestataires et établissements de soins de santé doivent servir les personnes issues des populations clés sur la base des principes d'éthique médicale et des droits à la santé (18). Les services de santé devraient être accessibles à toutes les populations clés. Ces lignes directrices ne sauraient être efficaces que si les services sont acceptables, de haute qualité et largement mis en place. Des services de faible qualité et un accès restreint aux services limiteront les avantages individuels et l'incidence des recommandations sur la santé publique.
- **L'accès à la justice** constitue une priorité essentielle pour les personnes issues des populations clés, en raison des taux élevés de contact avec les services chargés de l'application de la loi et l'illégalité actuelle de leurs comportements dans de nombreux pays. L'accès à la justice inclut l'immunité d'arrestation et de détention arbitraires, le droit à un procès équitable, le droit de ne pas être soumis à la torture ou à un traitement cruel, inhumain et dégradant et le droit, y compris dans les prisons et autres centres fermés, à des services de santé de la meilleure qualité possible (41). La protection des droits de l'homme, y compris les droits à l'emploi, au logement et aux soins de santé, pour les personnes issues des populations clés nécessite une collaboration avec les agences de soins de santé et d'application de la loi, notamment celles qui gèrent les prisons et autres institutions fermées. La détention dans un espace fermé ne devrait pas entraver le droit de préserver la santé et la dignité (18).
- **L'acceptabilité des services est un aspect essentiel de l'efficacité.** Les interventions visant la réduction de la charge virale du VIH chez les membres des populations clés doivent être respectueuses, acceptables, appropriées et abordables pour les destinataires afin de les faire participer et d'assurer qu'ils aient accès aux soins de santé. Les services destinés aux membres des populations clés emploient souvent des modèles appropriés de prestation de services mais manquent d'expertise sur le VIH. Inversement, les personnes issues des populations clés peuvent ne pas trouver les services liés au VIH acceptables. Il est nécessaire d'améliorer les capacités sur les deux fronts. La consultation avec les organisations de personnes issues des populations clés et incluant les travailleurs pairs dans le domaine de la prestation de services est un moyen efficace d'œuvrer à la réalisation de cet objectif (42). Le mécanisme du point de vue de l'information sur une base régulière et continue des bénéficiaires aux prestataires de services permettra de renseigner et d'améliorer l'acceptabilité des services aux populations clés.
- **Connaissances en matière de santé :** Les personnes issues des populations clés ont souvent très peu de connaissances liées à la santé et aux traitements. Cet état de choses pourrait constituer un obstacle à leurs prises de décision liées aux comportements à risque d'infection à VIH et à leurs comportements favorisant la santé. Les services liés à la santé devraient fournir, de manière régulière et systématique, des informations précises liées à la santé et aux traitements aux membres des populations clés. En même temps, les services liés à la santé devraient renforcer les capacités des prestataires afin de prévenir et de traiter toute infection à VIH chez les membres des populations clés, notamment les adolescents (42).
- **Fourniture de services intégrés :** Les membres des populations clés font généralement face à de multiples co-morbidités et à des situations sociales difficiles. Par exemple, le VIH, l'hépatite virale, la tuberculose, d'autres maladies infectieuses et problèmes de santé mentale sont courants au sein des populations clés. Les services intégrés offrent l'opportunité pour une prévention, des soins et un traitement axés sur les patients pour la multitude des questions touchant les populations clés. En outre, les services intégrés facilitent une meilleure communication et de meilleurs soins. Par conséquent, dans la mesure du possible, la prestation de services destinés aux populations clés devrait être intégrée. En cas d'impossibilité, des liens solides entre les services de santé travaillant avec les populations clés devraient être établis et maintenus (43).

MÉTHODE ET PROCESSUS D'ÉLABORATION DES LIGNES DIRECTRICES

2

2.1	Aperçu	14
2.2	Mise en place des groupes d'élaboration des lignes directrices	14
2.3	Définition de la portée des lignes directrices	15
2.4	Révision des preuves	16
2.4.1	Information sur les prisons et autres établissements fermés	16
2.5	Élaboration des recommandations relatives à la prophylaxie préexposition	16
2.6	Appréciation des preuves	17
2.6.1	Comment interpréter la qualité des preuves	17
2.6.2	Comment déterminer la force d'une recommandation	17
2.7	Révision de la prestation de services, des méthodes de mise en œuvre et des études de cas	19
2.8	Élaboration des lignes directrices	19
2.9	Plans de diffusion	19
2.10	Mise à jour	19

2 MÉTHODE ET PROCESSUS D'ÉLABORATION DES LIGNES DIRECTRICES

2.1 Aperçu

Le Programme mondial de lutte contre le VIH/Sida de l'OMS a dirigé l'élaboration de ces lignes directrices unifiées de l'OMS sur les populations clés, conformément aux procédures et normes de l'OMS décrites dans le manuel de l'OMS pour l'élaboration des lignes directrices (2012) (1).

Ces lignes directrices regroupent les recommandations existantes de l'OMS, les nouvelles recommandations et les lignes directrices publiées par l'OMS et les partenaires de l'ONU. Les recommandations clés tirées des Lignes directrices unifiées de l'OMS sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH (2013) (2) sont incluses, avec des considérations spécifiques pour chaque groupe de population clé mises en évidence.

2.2 Mise en place des groupes d'élaboration des lignes directrices

Le Département VIH de l'OMS a mis en place quatre (4) groupes chargés de l'élaboration des lignes directrices. Les membres de ces groupes ont été sélectionnés afin de garantir un éventail de savoir-faire et d'expérience, y compris une représentation géographique des genres et des populations clés appropriée et une expérience y liée. Les quatre (4) groupes et leurs fonctions sont les suivants :

Le **Comité de pilotage des lignes directrices de l'OMS sur le VIH et les populations clés**, dirigé par le Programme mondial de lutte contre le VIH/Sida de l'OMS, a conduit le processus d'élaboration des lignes directrices. Le Comité incluait des participants du Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent de l'OMS, du Département de la santé mentale et des toxicomanies, du Département santé et recherche génésiques, du Programme mondial de lutte contre l'hépatite, et du Programme mondial de lutte contre la tuberculose.

Le **Comité de pilotage externe** est un groupe équilibré géographiquement et du point de vue du genre, composé de 25 universitaires, chercheurs, gestionnaires de programme, responsables de la mise en œuvre et membres des réseaux et organisations des populations clés. Il a présenté à l'OMS des lignes directrices sur la portée et le contenu des nouvelles questions à aborder.

Le **Groupe d'élaboration des lignes directrices**, constitué de 26 membres, comptait la majorité des membres du Comité de pilotage externe et certains experts supplémentaires. Ce groupe était chargé de la formulation des nouvelles recommandations de l'OMS, du guide des bonnes pratiques et du consensus sur le contenu final.

Le groupe de réviseurs pairs externes a été sélectionné en consultation avec les bureaux régionaux de l'OMS afin d'assurer un équilibre géographique et du genre. Au total, plus de 70 pairs évaluateurs du monde universitaire, de la politique et la recherche, des programmes de mise en place et des réseaux et organisations des populations clés, ont révisé les lignes directrices. En général, les réviseurs ont fait des propositions pour améliorer la clarté du document et ont apporté des modifications et corrections au texte.

Implication des groupes et réseaux de populations clés

Le partenariat avec et l'implication des groupes et réseaux de populations clés ont été des éléments essentiels à l'élaboration de ces lignes directrices et ce, à tous les niveaux du processus d'élaboration. Les groupes et réseaux de populations clés ont joué un rôle important aussi bien en tant que membres du groupe d'élaboration des lignes directrices et du groupe des réviseurs pairs qu'en tant que partenaire au développement de la méthode et de l'évaluation des valeurs et préférences d'enquête, comme décrit ci-dessous.

Conflits d'intérêt

Tous les participants au Comité de pilotage externe et les membres du Groupe de réviseurs pairs externes ont soumis des Déclarations d'intérêt au secrétariat de l'OMS. Le secrétariat de l'OMS et le Groupe d'élaboration des lignes directrices ont passé en revue toutes les déclarations et n'ont décelé aucun conflit d'intérêt suffisant pour exclure qui que ce soit de la participation à l'élaboration des lignes directrices. Une compilation complète des déclarations est disponible sur demande.

2.3 Préciser la portée des lignes directrices

Dans l'optique d'élaborer ces lignes directrices, le Groupe de pilotage des lignes directrices de l'OMS a élaboré le plan de toutes les lignes directrices de l'OMS sur le VIH, en particulier celles axées sur les cinq (5) groupes de populations clés. Ensuite, il a passé en revue ces documents et d'autres afin d'identifier les lacunes, les chevauchements et d'en déterminer la pertinence. Les résultats de cet exercice de mappage ont été présentés lors de la réunion de cadrage tenue en octobre 2013. Le groupe a passé en revue le mappage, formulé des recommandations sur la portée de ces lignes directrices (populations et gamme d'interventions à couvrir) et a relevé deux (2) points nécessitant de nouvelles lignes directrices : 1) **prophylaxie préexposition (PPre/PrEP)** et 2) **prévention et gestion de l'overdose d'opioïde**. Depuis la publication de ces lignes directrices en 2014, l'OMS a publié des nouvelles recommandations sur la PrEP et la ART en 2015. Dans cette édition on utilise ces nouvelles recommandations sur la PrEP et sur ART, le cas échéant.

Autres lignes directrices

À l'heure actuelle, le Programme mondial de lutte contre le VIH/Sida et d'autres départements de l'OMS élaborent ou mettent à jour un certain nombre de lignes directrices qui se rapportent aux populations clés. Celles-ci incluent :

- **Le traitement de l'hépatite C** (réalisée par l'équipe mondiale de lutte contre l'hépatite pendant l'élaboration de ces lignes directrices et incluses ici), **le traitement de l'hépatite B (Achevé en 2015)** et **le dépistage de l'Hépatite B et C** (version anglaise uniquement, 2016) ;
- **Lignes directrices sur la contraception et le VIH** (élaborées par le Département santé et recherche génésiques et incluses ici) ;

- **Lignes directrices sur la prophylaxie post-exposition (PPE)** (élaborées en 2014 par le Département VIH et incluse ici) ;
- **Lignes directrices sur les IST** (élaborées en 2016 par le Département santé et recherche génésiques et incluses ici).

Public

Le Groupe de pilotage externe a identifié le public ciblé pour ces lignes directrices. Les services de santé dans des milieux à faibles ressources bénéficieront plus des orientations présentées dans ce document car ils font face aux défis les plus importants quant à la prestation de services adaptés aux populations clés. Toutefois, ces lignes directrices sont utiles pour toutes les épidémies de VIH et les contextes économiques et sont, par conséquent, considérées comme des lignes directrices mondiales. Les régions et pays peuvent adapter ces recommandations à leurs besoins locaux, leurs contextes épidémiologiques de VIH et leurs services existants afin de faciliter leur mise en application.

2.4 Revue des preuves

Ces lignes directrices incluent des recommandations existantes pertinentes et de nouvelles recommandations. L'élaboration de ces nouvelles recommandations a commencé avec des revues systématiques des preuves. Le Groupe d'élaboration des lignes directrices a recommandé la réalisation de revues des documents existants et l'évaluation des revues et enquêtes existantes sur les valeurs et préférences, ainsi que l'examen des coûts et de la faisabilité de la mise en application. Par ailleurs, l'OMS a commandé de nouvelles études et a passé en revue les études existantes sur les valeurs et les préférences liées aux recommandations existantes afin de s'assurer que les lignes directrices reflètent de manière appropriée des préoccupations des populations clés.

2.4.1 Information sur les prisons et autres établissements fermés

En 2007, une analyse documentaire approfondie a été menée pour contribuer à l'élaboration de la publication de l'OMS intitulée « Effectiveness of interventions to address HIV in prisons » (3, 4). En 2014, ce document a été mis à jour pour servir les présentes lignes directrices, à travers une analyse documentaire abrégée axée sur les documents conçus entre 2007 et 2014. Les résultats ont soutenu l'analyse de 2007 ; aucune nouvelle preuve n'a été trouvée, raison pour laquelle aucune recommandation des lignes directrices de 2007 n'a été modifiée. Le Groupe d'élaboration des lignes directrices et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) ont passé en revue, confirmé et accepté cette conclusion. La revue de 2014 a identifié la nécessité d'effectuer d'autres recherches dans ce domaine. L'Annexe 4 inclut les secteurs de recherche possibles.

2.5 Élaboration des recommandations relatives à la prophylaxie préexposition

L'OMS a convoqué la réunion d'élaboration des lignes directrices en mars 2014 pour mettre à jour les recommandations relatives à l'utilisation de la PPrE chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (5) et pour examiner les preuves en vue de formuler une nouvelle recommandation sur l'utilisation de la PPrE chez les consommateurs de drogues par injection, mais également pour revoir toutes les sections des lignes directrices unifiées. Les personnes représentant un large éventail de parties prenantes ont pris part à la réunion d'élaboration des

lignes directrices soit en tant que membres du Groupe d'élaboration des lignes directrices, soit en tant qu'observateurs avertis.

En 2015, nouvelles lignes directrices sur PPrE sont publiées et incluses dans la traduction française (voir http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf?ua=1)

2.6 Évaluation des preuves

Pendant le processus d'élaboration des lignes directrices de l'OMS, le groupe d'élaboration des lignes directrices a formulé des recommandations guidées par la **qualité** des preuves disponibles. D'autres facteurs – notamment les valeurs et préférences, coûts et faisabilité – sont également pris en compte pour déterminer la **force** de la recommandation.

2.6.1 Comment interpréter la qualité des preuves

Plus la qualité des preuves scientifiques est bonne, plus il y a de chances pour la formulation d'une forte recommandation. L'approche GRADE à l'élaboration des recommandations, qui a été adoptée par l'OMS, définit la qualité des preuves comme la mesure selon laquelle l'on est assuré que l'évaluation prononcée des effets (désirables ou indésirables) des preuves se rapproche de celle des effets qui sont étudiés (6, 7, 8). L'approche GRADE précise quatre (4) niveaux de qualité des preuves (9) (Tableau 2.1).

Tableau 2.1 Importance des quatre niveaux de preuve GRADE

Qualité des preuves	Justification
Élevée	Il est très improbable que d'autres recherches modifient la fiabilité en notre évaluation de l'effet.
Moyenne	Il est probable que d'autres recherches aient un impact significatif sur notre évaluation de l'effet.
Faible	Il est très improbable que d'autres recherches aient un impact important sur l'évaluation de l'effet et qu'elles modifient notre évaluation.
Très faible	Toute évaluation de l'effet est très incertaine.

2.6.2 Comment déterminer la force d'une recommandation

La force d'une recommandation reflète le degré de confiance du groupe d'élaboration des lignes directrices que les effets désirables de la recommandation l'emportent sur les effets indésirables (Tableau 2.2). Les effets désirables (**avantages potentiels**) peuvent inclure les résultats bénéfiques en matière de santé (par exemple, une incidence réduite du VIH et une morbidité et une mortalité réduites); une réduction de la charge sur les personnes et/ou les services de santé; et les économies potentielles pour les personnes, les communautés, les programmes et/ou les systèmes de santé. Les effets indésirables (**inconvenients possibles**) incluent ceux touchant les personnes, les familles, les communautés ou les services de santé. Les charges supplémentaires prises en compte incluent l'utilisation des ressources et les implications économiques de la

mise en œuvre des recommandations que les programmes, les prestataires de services et les patients devront supporter ; les conséquences cliniques négatives (par exemple, la résistance aux médicaments, la toxicité) ; et les conséquences juridiques là où certaines pratiques sont criminalisées.

Une recommandation est soit stricte, soit conditionnelle.

Une recommandation stricte (pour ou contre) est une recommandation pour laquelle il est certain que les effets désirables de l'adoption de la recommandation sont largement supérieurs aux effets indésirables.

Une recommandation conditionnelle (pour ou contre) est une recommandation pour laquelle la qualité des preuves peut être faible ou peut s'appliquer uniquement à des groupes ou contextes précis ; ou le tableau d'experts conclut que les effets désirables de l'adoption de la recommandation sont probablement supérieurs aux effets indésirables, mais n'en est pas certain pour toute situation.

Si mise en application, une recommandation conditionnelle devrait être suivie de près et évaluée rigoureusement. Des recherches plus approfondies devront être entreprises pour aborder les incertitudes et pourraient apporter de nouvelles preuves susceptibles de modifier le calcul de la balance.

Les **valeurs et préférences** des clients finaux (populations clés), la **faisabilité** et le **coût**, ainsi que la considération des éventuels avantages et préjudices, contribuent à déterminer la force d'une recommandation.

Tableau 2.2 Points pris en compte pendant l'évaluation de la force des recommandations

Points	Justification
Avantages et risques	Lorsqu'une nouvelle recommandation est élaborée, les effets désirables (avantages) et les effets indésirables (risques) devraient être mis en balance, compte tenu des anciennes recommandations ou autres alternatives. Plus l'écart entre effets désirables et indésirables est grand ou plus les avantages l'emportent sur les risques, plus une recommandation stricte est probable.
Valeurs et préférences (acceptabilité)	Plus il y a de chances que la recommandation soit largement acceptée ou hautement appréciée, plus une recommandation stricte est probable. Plus la variabilité est grande ou plus il y a de fortes raisons pour que les mesures recommandées ne soient probablement pas acceptées, plus une recommandation conditionnelle est probable.
Incidences financières	Plus les coûts sont moindres (coût monétaire, infrastructure, équipement ou ressources humaines) ou plus le rapport coût-efficacité est meilleur, plus une recommandation stricte est probable.
Faisabilité	Si une intervention est réalisable dans un contexte où un impact important est prévu, alors une recommandation stricte est appropriée.

Les enquêtes, études qualitatives et les revues de documentation étaient commandées et tout autre document était évalué afin d'étudier les valeurs et préférences des populations clés et des prestataires de services, mais aussi les avantages, les inconvénients, le coût et la faisabilité des nouveaux champs, des recommandations existantes et de la fourniture de services. Une attention particulière a été accordée aux valeurs et préférences des adolescents dans les populations clés.¹

Les preuves sur les valeurs et préférences incluaient les conclusions des ateliers avec des membres des populations clés dans une série de pays ; un sondage multirégional et anonyme en ligne auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; des entrevues approfondies avec des informateurs clés parmi les prestataires de services sélectionnés et les consommateurs de drogues par injection ; des entrevues approfondies avec des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; et une revue de la documentation sur les valeurs et préférences des populations clés concernant la PPrE. L'Appendice 3 présente des rapports complets et un tableau portant sur la gamme d'activités entreprises.

2.7 Révision de la prestation de services, des méthodes de mise en œuvre et des études de cas

Un appel à grande échelle pour des exemples de bonnes pratiques a été lancé dans le but d'identifier les approches efficaces et acceptables de la prestation de services aux populations clés. Ces études de cas, présentés dans les Chapitres 5 et 6, offrent un regard sur la mise en place réussie des services destinés aux groupes de population clé. L'Appendice 5 présente de plus amples informations sur ces études de cas.

2.8 Élaboration des lignes directrices

Suite à la consultation du Groupe d'élaboration des lignes directrices, le projet complet des lignes directrices a été révisé et communiqué par voie électronique au Groupe d'élaboration des lignes directrices et au Groupe de réviseurs pairs externes afin d'obtenir leurs commentaires et réactions. Toutes les réponses étaient prises en considération et, selon qu'il convient, insérées dans le projet final.

2.9 Plans de diffusion

Les lignes directrices sont diffusées en version imprimée et électroniquement sur le site Web de l'OMS avec tous les Appendices.

2.10 Mise à jour

Le Programme mondial de lutte contre le VIH/Sida s'est engagé à fournir des **misés à jour régulières** des lignes directrices unifiées sur les populations clés à chaque fois que des preuves nouvelles ou révisées sont disponibles, y compris de nouvelles orientations pertinentes élaborées par d'autres départements de l'OMS.

¹ L'OMS, ONUSIDA, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) ont élaboré quatre (4) directives techniques sur les jeunes des populations clés. Ces énoncés de politique sont fondés sur les revues des données épidémiologiques, les documents sur la fourniture de services, une analyse politique et la recherche quantitative sur les valeurs et préférences des jeunes des populations clés. Ces lignes directrices incluent des messages clés du présent document. Voir Appendice 6 et les révisions de ces directives techniques de 2015, voir www.who.int

ENSEMBLE COMPLET DE MESURES D'INTERVENTION

3

3.1	Services pour toutes les populations clés	22
3.2	Considérations spécifiques	23
3.2.1	Prisons et autres milieu fermés	23
3.2.2	Consommateurs de drogues par injection	24
3.2.3	Adolescents des populations clés	24

3 ENSEMBLE COMPLET DE MESURES D'INTERVENTION

3.1 Services pour toutes les populations clés

Une combinaison d'interventions est nécessaire pour une riposte efficace au VIH au sein des populations clés. L'ensemble complet des mesures d'intervention suivant est recommandé pour aider les pays à programmer la prévention et le traitement du VIH au sein des populations clés. Alors que les Chapitres 4 et 5 décrivent les interventions à travers de plus amples détails, la section ci-après est un résumé des principaux points.

L'ensemble est composé de deux (2) parties :

- a) **Interventions essentielles du secteur de la santé** (voir Chapitre 4 pour plus de détails)
 1. **Programmation complète de préservatifs et de lubrifiants**
 2. **Interventions de réduction des préjudices liés à la dépendance aux drogues**, en particulier les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues¹ et une thérapie de substitution aux opiacés
 3. **Interventions comportementales**
 4. **Services de dépistage du VIH (SDV)**
 5. **Traitement et prise en charge du VIH**
 6. **Prévention et gestion des co-infections et autres co-morbidités**, y compris l'hépatite virale, la tuberculose et les problèmes de santé mentale
 7. **Interventions de santé sexuelle et génésique.**²
- b) **Principales stratégies pour la création d'un environnement favorable** (voir Chapitre 5 pour plus de détails)
 1. **Législation favorable, engagements politique et financier, notamment**
 2. **La décriminalisation des comportements des populations clés**
 3. **La lutte contre la stigmatisation et la discrimination**
 4. **L'autonomisation des communautés**
 5. **La lutte contre la violence à l'égard des membres des populations clés**

¹ Les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues sont importants pour les consommateurs de drogues injectables, mais aussi pour les personnes transgenres qui ont besoin d'un matériel d'injection stérile afin de s'injecter des hormones en toute sécurité pour affirmer leur genre. D'autres domaines incluent les tatouages, les piercings et autres formes de pénétration cutanée, qui s'appliquent particulièrement aux prisons et autres milieux fermés.

² Y compris la contraception, le diagnostic et le traitement des IST, le dépistage du cancer du col de l'utérus, etc. (voir Chapitre 4).

Les interventions et stratégies incluses dans cet ensemble sont très interdépendantes.

Les interventions et stratégies de cet ensemble sont très interdépendantes. Les interventions du secteur de la santé rapportent plus d'avantages lorsqu'elles sont disponibles et lorsque les facteurs environnementaux favorables sont en place.

Ces interventions du secteur de la santé ne devraient pas être retardées en cas d'absence de facteurs environnementaux favorables. Certes, la présence de facteurs favorables augmenterait considérablement leur impact; toutefois, lorsque ces facteurs favorables dépassent largement le contrôle du secteur de la santé, il est important que le secteur de la santé puisse y faire face conjointement avec d'autres secteurs.

Outre les interventions citées, les membres des populations clés devraient avoir accès aux services médicaux généraux, juridiques et de protection sociale afin qu'ils puissent accéder au meilleur niveau de santé et de bien-être possibles.

3.2 Considérations spécifiques

L'ensemble complet ci-dessus mentionné s'applique à tous les membres des populations clés. Des éléments supplémentaires qui s'appliquent à des populations clés spécifiques sont résumés et présentés de manière détaillée dans les Chapitres 4 et 5.

3.2.1 Prisons et autres centres fermés

Les services de prévention et de traitement du VIH dans les communautés devraient également être fournis aux personnes privées de liberté ou dans environnements confinés. L'efficacité prouvée de ces interventions dans les communautés ne changera pas lorsque ces interventions seront réalisées dans des prisons et autres centres fermés. Néanmoins, il pourrait y avoir certaines considérations spécifiques sur la meilleure manière de fournir ces services dans les prisons et autres centres fermés afin d'optimiser leur efficacité. Dans le but d'accroître l'équité des soins de santé dans ces contextes, une importance particulière devrait être accordée à l'assignation de la responsabilité de la santé dans les prisons au ministère de la santé plutôt qu'au ministère de la justice ou de l'intérieur (3).

En 2013, l'ONUDD et ses partenaires ont convenu d'un ensemble complet pour la prévention et le traitement efficaces du VIH dans les prisons et autres milieux fermés. Outre les interventions recommandées pour les membres des communautés, les interventions qui s'appliquent aux centres fermés incluent les points suivants :

- prévention de la transmission du VIH à travers des services médicaux et dentaires
- prévention de la transmission du VIH et d'autres maladies à diffusion hémotogène à travers les tatouages, les piercings et toute autre forme de pénétration cutanée
- protection du personnel contre les risques professionnels.

D'autres interventions sont tout aussi importantes et ne devraient pas être négligées. Il s'agit notamment de la distribution de brosses à dents et de rasoirs électriques dans des trousseaux d'hygiène de base, une alimentation équilibrée, des programmes de visite privée, des soins palliatifs et une libération compassionnelle pour les situations de fin de vie (4).

3.2.2 Consommateurs de drogues par injection

Cet ensemble est pratiquement le même que l'ensemble complet pour la prévention, le traitement et la prise en charge du VIH pour les consommateurs de drogues par injection, largement reconnu au plus haut niveau politique et par les principaux organismes donateurs (1, 2). Alors que les interventions de réduction des préjudices de la dépendance aux drogues font partie de l'ensemble complet d'interventions destiné aux populations clés, il est important que les pays qui enregistrent une consommation des drogues par injection **accordent la priorité à la mise en place immédiate des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues et à la thérapie de substitution aux opiacés (PAS et TSO)**. La mise en place de ces principaux services de réduction des préjudices devrait faciliter et améliorer l'accès aux services spécifiques au VIH, comme les conseils et le dépistage du VIH et la thérapie antirétrovirale, et améliorer le respect de la thérapie antirétrovirale. Les interventions de réduction des préjudices pour les consommateurs de drogues sans toutefois se les injecter sont aussi importantes. Elles devraient inclure un traitement de la dépendance aux drogues fondé sur des éléments factuels et une fourniture de médicaments non injectables de manière appropriée au contexte local et à la tendance locale en matière de consommation de drogue.

3.2.3 Adolescents des populations clés

L'ensemble complet d'interventions s'applique aussi aux adolescents des populations clés. La programmation ciblée sur les adolescents devrait également inclure :

- la vaccination contre le PVH dans le cadre des programmes de lutte contre le PVH.

Il est vivement conseillé aux pays :

- d'examiner leurs politiques relatives au consentement et d'envisager de les réviser dans le but de réduire les barrières liées à l'âge pour permettre l'accès et l'utilisation des services liés au VIH.

Les sérieuses lacunes quant aux connaissances subsistent toutefois en ce qui concerne la meilleure façon de mettre en place des programmes qui répondent aux besoins des adolescents (5). Cependant, il est important que les services soient conçus et fournis de manière à tenir compte des multiples vulnérabilités qui s'additionnent et auxquelles les adolescents des populations clés font face, et leurs différents besoins en fonction de leur âge, de leurs comportements spécifiques, des complexités de leur environnement social et juridique et du contexte épidémique.

INTERVENTIONS DU SECTEUR DE LA SANTÉ

4

4.1	Prévention	26
4.1.1	Programme exhaustif de distribution de préservatifs et de lubrifiants	26
4.1.2	Réduction des préjudices pour les consommateurs de drogues par injection	29
4.1.3	Interventions comportementales	40
4.1.4	Prévention de la transmission dans les milieux de soins de santé	43
4.1.5	Prévention liée aux ARV	44
4.1.6	Circoncision masculine médicale volontaire pour la prévention du VIH	48
4.2	Services de dépistage du VIH (SDV)	50
4.3	Lien et adhérence aux soins	54
4.4	Traitement et prise en charge du VIH	55
4.4.1	Thérapie antirétrovirale	55
4.4.2	Prévention de la transmission mère-enfant	58
4.4.3	Interactions médicamenteuses de la TAR	60
4.5	Prévention et gestion des co-infections et co-morbidités	62
4.5.1	Tuberculose	63
4.5.2	Hépatite virale	67
4.5.3	Santé mentale	71
4.6	Soins généraux	73
4.6.1	Nutrition	73
4.6.2	Interventions en matière de santé sexuelle et génésique	73

4 INTERVENTIONS DU SECTEUR DE LA SANTÉ

4.1 Prévention

4.1.1 Programmation exhaustive de préservatifs et de lubrifiants

Contexte et justification

Accroître la disponibilité, l'accessibilité, l'abordabilité et l'utilisation des préservatifs masculins et féminins et des lubrifiants compatibles avec les préservatifs chez les membres des populations clés à travers des programmes de distribution ciblés constitue une composante essentielle de la lutte contre le VIH.

L'utilisation systématique et correcte des préservatifs masculins réduit la transmission sexuelle du VIH et d'autres IST par voie anale ou vaginale d'au plus 94 %.

L'utilisation systématique et correcte des préservatifs masculins réduit la transmission du VIH et d'autres IST par voie anale ou vaginale d'au plus 94 %. L'utilisation de lubrifiants à base d'eau ou de silicone (contrairement au lubrifiant à base de pétrole) permet de prévenir la rupture et le glissement des préservatifs (1, 2, 3, 4). Alors que

très peu de données sur les préservatifs féminins sont disponibles, des données suggèrent que l'utilisation des préservatifs féminins prévient la transmission du VIH et d'autres IST (4).

La distribution efficace des préservatifs est particulièrement importante pour les populations clés. Les relations sexuelles non protégées et autres comportements à risque élevé, comme la dépendance aux drogues coïncident souvent chez les populations clés, plus particulièrement chez les adolescents des populations clés (5, 6, 7).

Recommandations et orientations

TOUS LES GROUPES DE POPULATION CLÉ

L'utilisation systématique et correcte des préservatifs avec des lubrifiants compatibles avec les préservatifs est recommandée pour toutes les populations clés afin de prévenir une transmission sexuelle du VIH et des IST (recommandation stricte, qualité moyenne des preuves) (3, 8, 9, 10).

Recommandations associées et aspects contextuels pour des groupes de population clé spécifiques

LES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES

- Les préservatifs et les lubrifiants compatibles avec les préservatifs sont recommandés pour les rapports sexuels anaux (3).
- La distribution suffisante de lubrifiants devrait être respectée.

LES PERSONNES PRIVÉES DE LIBERTÉ OU DANS ENVIRONNEMENTS CONFINÉE

Les relations sexuelles ont lieu dans les prisons et autres centres fermés, mais l'accès général aux préservatifs y est limité. Il est important d'introduire, et d'étendre l'envergure de la programmation des préservatifs et des lubrifiants dans les prisons et autres centres fermés, sans restriction quantitative, de façon anonyme et sous une forme aisément accessible (par exemple, des distributeurs automatiques de préservatifs) (9, 11).

LES CONSOMMATEURS DE DROGUES PAR INJECTION

Le programme de distribution de préservatifs est une composante essentielle de l'ensemble complet pour la réduction de préjudices pour les consommateurs de drogues par injection et leurs partenaires sexuels (8).

La transmission sexuelle du VIH est souvent négligée chez les consommateurs de drogues par injection. Cependant, il existe un risque important de transmission du VIH aux partenaires sexuels non consommateurs de drogues par injection. De plus, l'utilisation de stimulants, par voies injectables et non injectables, est souvent associée aux comportements sexuels à risque (8, 12, 13).

LES TRAVAILLEURS(SES) DE SEXE (ET LEURS CLIENTS)

- L'utilisation systématique et correcte des préservatifs et des lubrifiants compatibles avec les préservatifs est recommandée chez les travailleurs(SES) de sexe et leurs clients (10).
- Les travailleurs(SES) de sexe, homme ou femme, font souvent face à un déséquilibre de pouvoir qui limite leur capacité d'utilisation des préservatifs avec leurs clients. (Voir Chapitre 5 sur les facteurs déterminants.) Les travailleurs(SES) de sexe qui consomment des drogues par injection seraient plus particulièrement vulnérables à ces déséquilibres de pouvoir. Le préservatif féminin présente des avantages par rapport au préservatif masculin car les femmes peuvent décider de son utilisation et il peut être inséré bien des heures avant tout rapport sexuel (14). Les approches de sensibilisation et par groupes de pairs peuvent aider à accroître la connaissance, développer les compétences et capacités des travailleurs(SES) de sexe à utiliser des préservatifs et des lubrifiants de manière systématique.

LES PERSONNES TRANSGENRES

- Les préservatifs et lubrifiants compatibles avec les préservatifs sont recommandés pour les rapports sexuels anaux (3).
- La distribution suffisante de lubrifiants aux femmes et hommes transgenres ayant des rapports sexuels avec des hommes devrait être respectée.

LES ADOLESCENTS DES POPULATIONS CLÉS

Les capacités émotionnelles, intellectuelles et sociales sont en évolution permanente. Les jeunes des populations clés, peut-être plus que leurs pairs au sein de la population générale, font face à des déséquilibres de pouvoir dans leurs relations sexuelles, qui limitent leur capacité à utiliser des préservatifs (5, 15, 16). Les approches de sensibilisation et par groupes de pairs peuvent aider à accroître la connaissance, développer les compétences et capacités des adolescents des populations clés à utiliser des préservatifs et des lubrifiants correctement et systématiquement (17).

Facteurs relatifs à la mise en œuvre

La législation et les approches répressives devraient appuyer les programmes de distribution de préservatifs. La possession de préservatifs ne devrait pas constituer de preuve d'activité criminelle et la police ne devrait pas harceler les personnes qui gardent des préservatifs sur elles (10).

Promotion de l'accès. Alors que les préservatifs sont largement vendus dans la majorité des pays, la distribution gratuite des préservatifs et des lubrifiants aux populations clés lève tout obstacle lié au coût (17, 18). Les préservatifs, masculins et féminins et de différentes tailles, devraient être rendus disponibles à travers de multiples médias qui atteignent toutes les différentes populations clés, plus particulièrement les jeunes de ces populations. Les campagnes de promotion des préservatifs est de sensibiliser davantage, de promouvoir l'acceptabilité et les avantages liés à l'utilisation du préservatif, et d'aider à surmonter les obstacles sociaux et personnels liés à leur utilisation (10).

Lubrifiants. Les lubrifiants compatibles avec les préservatifs devraient toujours être distribués avec les préservatifs masculins et féminins. Les lubrifiants réduisent les risques de rupture et glissement du préservatif et peuvent réduire la gêne pendant les rapports sexuels protégés (10). Une quantité importante de lubrifiant devrait toujours être utilisée pendant les rapports sexuels anaux (19). Les lubrifiants à base d'eau ou de silicone n'endommagent pas les préservatifs en latex, contrairement aux lubrifiants à base d'huile – qui devraient par conséquent ne pas être utilisés avec des préservatifs en latex.

Informations et renforcement des compétences. En même temps que la promotion et la fourniture de préservatifs, les programmes destinés aux populations clés devraient fournir des informations et offrir un renforcement des compétences liées à la négociation de l'utilisation du préservatif (10). En outre, les interventions comportementales peuvent encourager une utilisation systématique du préservatif. Tous les programmes de distribution de préservatifs devraient s'attaquer aux facteurs complexes sexospécifiques, religieux et culturels qui peuvent empêcher l'utilisation du préservatif. Plus particulièrement, avant d'introduire les programmes de distribution de préservatifs dans les prisons, l'éducation et l'information des personnes privées de liberté et du personnel pénitentiaire devraient être soigneusement planifiés (9).

Références supplémentaires

- Condom programming for HIV prevention: a manual for service providers. New York, UNFPA, 2005. <http://www.unfpa.org/public/global/pid/1291>
- Comprehensive condom programming: a guide for resource mobilization and country programming. New York, UNFPA, 2010. <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2011/CCP.pdf>
- WHO, UNFPA, UNAIDS, NSWP, World Bank. Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions. (Chapitre 4). Geneva, WHO, 2013. http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/
- Male latex condom specification, prequalification and guidelines for procurement. Geneva, WHO, 2010. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241599900/en/
- WHO, UNFPA, FHI360. Use and procurement of additional lubricants with male and female condoms – advisory note. Geneva, WHO, 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/76580/1/WHO_RHR_12.33_eng.pdf

4.1.2 Réduction des préjudices pour les consommateurs de drogues par injection

Contexte et justification

Les consommateurs de drogues par injection qui sont exposés au VIH et à d'autres infections virales à diffusion hématogène (telles que l'hépatite B et C) à travers le partage de matériels d'injection contaminés. Dans certains cadres, la dépendance peut prévaloir davantage chez les membres d'autres populations clés qu'au sein de la population générale.

L'ensemble complet. Un ensemble complet d'interventions fondées sur des données probantes visant la réduction des préjudices liés à la dépendance aux drogues est décrit dans le Guide technique de l'OMS, de l'UNODC et d'ONUSIDA pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins destinés aux consommateurs de drogues par injection (8). Cette publication et cet ensemble d'interventions ont reçu un large soutien de la part des Nations Unies (20, 21, 22, 23, 24) et d'importants donateurs internationaux, notamment le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR).

Paquet compréhensive de réduction de risques

1. Programmes de distribution d'aiguilles et de seringues (PAS)
2. Thérapie de substitution aux opiacés (TSO) et autre traitement des toxicomanes fondée sur des données probantes
3. Services de dépistage pour le VIH (SDV)
4. Thérapie antirétrovirale (TAR)
5. Prévention et traitement des ITS
6. Programmes de distribution des préservatifs destinés aux consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels
7. Information, sensibilisation et communication ciblées destinées aux consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels
8. Prévention, vaccination, diagnostic et traitement de l'hépatite virale
9. Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose.

Seules les deux (2) premières interventions (PAS et TSO et autre traitement des toxicomanes) sont propres à la consommation de drogues. Ces interventions sont présentées dans le présent chapitre.

Sensibilisation communautaire. La sensibilisation communautaire n'est pas citée comme une intervention distincte dans l'ensemble des interventions; toutefois, elle constitue une méthode efficace pour atteindre les personnes, plus particulièrement celles qui font face à des barrières quant à l'obtention de services généraux, comme c'est souvent le cas pour les membres des populations clés. La sensibilisation est un moyen très efficace d'effectuer des interventions de prévention du VIH comme les PAS, les programmes de distribution de préservatifs et la communication ciblée, ainsi qu'un point d'accès utile pour référence au TSO et au TAR. Par conséquent, la sensibilisation est une composante essentielle de tous les programmes liés au VIH (25).

Un certain nombre d'autres interventions n'est pas inclus dans l'ensemble complet de réduction des préjudices en raison de preuves insuffisantes de leur efficacité en matière de prévention et de traitement du VIH. Cependant, une nouvelle recommandation sur la distribution communautaire de la naloxone est désormais incluse et décrite dans les détails à la fin de ce chapitre.

Réduction des préjudices liés à l'injection de substances à des fins d'affirmation de genre. L'injection de substances par des personnes transgenres à des fins d'affirmation de genre est différente de l'utilisation de drogues par injection comme décrite ci-dessus. Lorsque l'hormonothérapie à des fins d'affirmation de genre est utilisée, il est important que les services de soins de santé s'assurent de l'emploi de préparations adéquates afin d'éviter tout dosage incorrect, de gérer tout effet indésirable et de réduire le partage de matériel d'injection. Toutefois, il n'existe à ce jour aucune ligne directrice de l'OMS sur l'hormonothérapie liée à l'affirmation de genre.

L'injection d'hormones est différente de l'injection non médicale du silicone et d'autres produits destinés à la modification corporelle (26, 27). En effet, l'injection de silicone lâche et d'autres produits est nocive pour la santé, causant des préjudices comme l'infection, la défiguration, la migration de la substance injectée dans le corps et les maladies systémiques (28, 29, 30). Il est important que les personnes transgenres soient conseillées sur les risques sanitaires de ces injections et l'accès abordable aux services de soins de santé qui offre des méthodes d'affirmation du genre plus sûres.

Adolescents qui consomment des drogues par injection.¹ Les adolescents qui consomment des drogues par injection font face à des risques et barrières supplémentaires aux services en raison des multiples facteurs juridiques, développementaux et environnementaux. Les adolescents ont souvent moins connaissance des pratiques injectables plus sûres et des services y relatifs. Dans de nombreux pays, les restrictions d'âge et/ou le consentement parental excluent les jeunes des PAS et des programmes de TSO. Les jeunes et les adolescents peuvent avoir besoin de stratégies d'engagement spécifiques et plus créatives pour promouvoir l'utilisation des services. La participation des parents des adolescents qui consomment des drogues par injection dans les programmes de réduction des préjudices pourrait permettre d'assurer une assistance appropriée à ces adolescents. Néanmoins, il est important d'obtenir le consentement de l'adolescent avant d'impliquer ses parents.

4.1.2.1 Programmes de distribution d'aiguilles et de seringues

Contexte et justification

Les PAS réduisent considérablement et au meilleur coût la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues par injection.

Une fois que le VIH est introduit chez les consommateurs de drogues par injection qui partagent généralement les seringues et le matériel d'injection, les taux de prévalence du VIH peuvent atteindre des proportions épidémiques très rapidement (31). La distribution gratuite ou à moindre coût du matériel

d'injection stérile aux consommateurs de drogues par injection facilite l'utilisation d'aiguilles et de seringues neuves et réduit le nombre d'injection avec des aiguilles et seringues déjà utilisées (8, 32, 33, 34, 35, 36, 37).

Les PAS réduisent considérablement et au meilleur coût la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues par injection (36). Les PAS peuvent également réduire la transmission d'autres virus hématogènes, telle que l'hépatite virale B et C, chez les consommateurs de drogues

¹ Voir HIV and young people who inject drugs. WHO, Geneva, 2015, <http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/hiv-young-idu/en/>

par injection (35, 36, 38, 39, 40). En même temps, les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues n'encouragent pas la consommation de drogues. Il n'existe aucune preuve d'importantes conséquences négatives imprévues des PAS, comme l'initiation de l'injection chez les personnes qui ne s'étaient jamais injectées ou l'augmentation du taux d'injection au niveau individuel ou sociétal (41, 42, 43, 44).

Les PAS pourraient servir de point d'entrée important aux autres services. Les PAS visent à impliquer leurs clients plusieurs fois et sur une base régulière. Par conséquent, ils ont de multiples opportunités pour faciliter l'accès aux autres services de santé, notamment la TSO et tout autre traitement des dépendances aux drogues, les conseils et le dépistage pour le VIH, la tuberculose et l'hépatite virale (45). Aussi, les PAS peuvent offrir des soins de santé de base et aborder certains points spécifiques qui affectent le plus souvent les consommateurs de drogues par injection, comme le soin des plaies et la prévention des overdoses. Divers moyens de distribution d'aiguilles et de seringues ainsi que de fourniture de services peuvent être employés, y compris la distribution à des endroits fixes tels que les pharmacies, les machines de distribution automatique et la sensibilisation mobile et ciblée (8, 36). Par ailleurs, étant donné les taux élevés d'incarcération des consommateurs de drogues par injection, l'accès au matériel d'injection stérile et aux PAS est un élément important des services de santé dans les prisons (4).

En vue de prévenir la transmission du VIH à travers la consommation de drogues par injection, il est important de fournir des informations non seulement sur la procédure à suivre, à travers une injection plus sûre et le non-partage du matériel d'injection, mais également sur les moyens pour y parvenir, à travers la distribution gratuite ou à moindre coût du matériel d'injection stérile. Les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues offrent aussi l'opportunité de référence à d'autres services de santé ou services connexes, notamment les conseils et le dépistage pour le VIH et le traitement des toxicomanes.

Considérations de mise en application des recommandations et des lignes directrices

TOUS LES GROUPES DE POPULATIONS CLÉS

Tous les membres des populations clés qui consomment des drogues par injection devraient avoir accès à un matériel d'injection stérilisé à travers les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues (recommandation stricte, faible qualité de preuves) (8, 32, 36, 46).

Remarques supplémentaires

- Il est suggéré que les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues offrent également un faible volume mort de seringues (LDSS) et des informations sur leur avantage préventif comparé aux seringues conventionnelles (39).
- Le matériel d'injection devrait être approprié au contexte local, en tenant compte de certains facteurs, tels que le type et la préparation des drogues qui sont le plus souvent injectées (8, 27).

Recommandations connexes et aspects contextuels pour des groupes de populations clés spécifiques

PERSONNES PRIVÉES DE LIBERTÉ OU DANS ENVIRONNEMENTS CONFINÉE

- Il est important d'offrir aux personnes privées de liberté ou dans environnements confinée des mesures de prévention, comme des préservatifs et du matériel d'injection propre, et pas uniquement des informations sur les moyens d'éviter les risques. Les personnes en prison et autres centres fermés devraient avoir un accès facile et en toute confidentialité aux PAS (9).
- Les systèmes carcéraux devraient tester et évaluer des initiatives de tatouage plus sûres afin de déterminer si celles-ci réduisent le partage et la réutilisation du matériel de tatouage et, par conséquent, les infections (9, 11).

PERSONNES TRANSGENRES

Les personnes transgenres qui consomment des drogues par injection à des fins d'affirmation de genre devraient utiliser un matériel d'injection stérile et des méthodes d'injection aseptiques afin de réduire le risque d'infection aux maladies hématogènes comme le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C (3).

ADOLESCENTS DES POPULATIONS CLÉS

Les lignes directrices de l'OMS ne précisent pas la limite d'âge pour les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues.

Considérations de mise en application

Changement structurel. Le changement structurel est un élément important pour la création d'une politique de soutien, et d'un environnement juridique et social qui faciliterait un accès équitable aux services de prévention et de traitement du VIH pour tous, y compris les PAS pour les consommateurs de drogues par injection (8).

Défense Il est souvent requis de citer des données probantes en santé publique liées à divers secteurs, plus particulièrement les agences d'application de la loi et la communauté locale, afin de promouvoir un contexte qui stimule les PAS et leur permette de fonctionner entièrement (8, 36, 45, 47).

Criminalisation contreproductive. Si le fait de porter des aiguilles et des seringues déjà utilisées constitue une infraction criminelle ou peut servir de preuve d'utilisation de drogues, alors les consommateurs de drogues par injection pourraient être réticents à l'idée d'apporter des matériels utilisés aux PAS pour élimination (27, 36, 45).

Servir les populations clés. Il est important que les PAS soient sensibilisés aux besoins en matière de santé de chaque population clé. Les organisations des populations clés peuvent fournir elles-mêmes ces interventions, soit avoir des voies de référence efficaces aux services qui le font (32).

Autres matériels. Outre les aiguilles et seringues, d'autres matériels liés aux injections peuvent être fournis, notamment les tiges d'alcool, les fioles d'eau stérilisée, les filtres, les garrots, les

réipients de malaxage (par exemple, cuillères ou « cuiseurs ») les acidulants (par exemple, les poudres d'acide ascorbique ou d'acide citrique) (8, 27).

Élimination sûre. Les PAS devraient mettre en place des systèmes d'élimination sûre du matériel d'injection et promouvoir leur utilisation (8, 27). Il existe différents types de systèmes d'élimination sûre, notamment la distribution de récipients à usage unique et résistants aux perforations. L'élimination sûre et efficace réduit le nombre de matériel contaminé dans la communauté, réduisant ainsi la réutilisation de ce matériel et les piqûres accidentelles et limitant les réactions négatives de la communauté. Les informations fournies peuvent également couvrir des opportunités de réduction du taux de dépendance aux drogues à long terme.

Informations et éducation dans les prisons et autres centres fermés. Les personnes privées de liberté et le personnel pénitentiaire devraient recevoir des informations sur les programmes et participer à leur élaboration et leur mise en œuvre. Les programmes pilotes soigneusement évalués des PAS dans les prisons sont essentiels à l'élaboration des programmes complets en cours, mais l'expansion des programmes ne devrait pas dépendre des résultats des programmes pilotes, surtout dans le cas où les injections sont courantes dans les prisons (9).

Références supplémentaires

- WHO, UNODC, UNAIDS. Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision. Geneva, WHO, 2012. http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/
- WHO, UNAIDS, UNODC. Guide to starting and managing needle and syringe programmes. Geneva, WHO, 2007. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596275_eng.pdf
- Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva, WHO, 2004. <http://www.who.int/hiv/pub/idu/e4a-needle/en/>
- Best practices for injections and related procedures toolkit. Geneva, WHO, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599252_eng.pdf

4.1.2.2 Traitement de substitution aux opiacés

Contexte et justification

La TSO est très efficace en matière de réduction des pratiques d'injection qui exposent les personnes dépendantes des opiacés au risque d'infection à VIH

Les interventions qui traitent de manière efficace la dépendance à substances peuvent réduire l'utilisation de drogues illicites et, par conséquent, la fréquence des injections, tout en améliorant la santé générale et le fonctionnement social (8). Pour les personnes dépendantes des opiacés, le traitement de substitution aux agonistes opiacés (TSO) – parfois connu sous le nom de traitement assisté médicalement (TAM) –

est très efficace en matière de réduction des pratiques d'injection qui exposent les personnes dépendantes des opiacés au risque d'infection à VIH (33, 34, 48, 49, 50). Le TSO peut réduire l'utilisation des opiacés et améliorer la rétention du traitement du VIH (51, 52, 53). L'accès et l'observance du TSO peut améliorer les résultats en matière de santé (4), réduire l'overdose et la mortalité en résultant (54), réduire l'activité criminelle (55), donner lieu à de meilleurs résultats psychosociaux (56) et réduire le risque pour les femmes enceintes dépendantes de drogues et pour leurs enfants (57).

La méthadone et la buprénorphine, qui apparaissent toutes deux sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS, sont les agonistes opiacés les plus utilisées (58). La méthadone est un opioïde synthétique utilisé pour traiter la dépendance aux opiacés. Elle réduit les symptômes de sevrages des opiacés et l'effet euphorique en cas d'utilisation des opiacés. La méthadone est administrée oralement sur une base journalière; il est important de s'assurer que la dose est suffisante (60–120 mg) et administrée pendant une durée suffisante (8, 50). La buprénorphine est un agoniste partiel; son efficacité en matière de traitement de la dépendance aux opiacés est similaire à celle de la méthadone. Elle est principalement administrée dans sa forme sublinguale (8–24 mg/jour). Les programmes de TSO devraient créer des environnements favorables et des relations de soutien afin de faciliter le traitement coordonné des problèmes co-morbides de santé physique et mentale et s'attaquer aux facteurs psychosociaux pertinents (50).

- Pour obtenir une couverture optimale et des résultats thérapeutiques, un traitement de substitution aux opiacés devrait recevoir gratuitement ou être couvert par le régime public d'assurance maladie et devrait être accessible à toutes les personnes qui en ont besoin, y compris celles en prison et autres centres fermés (50).
- Le TSO ne devrait pas être obligatoire; les patients doivent donner leur consentement éclairé pour le traitement (8, 50).
- Afin d'être plus efficace, le TSO devrait être fourni comme un traitement d'entretien sur une durée suffisante et à des doses appropriées (8, 50).

Recommandations et orientations

TOUS LES GROUPES DE POPULATIONS CLÉS

Tous les membres des populations clés dépendant des opiacés devraient recevoir un traitement de substitution aux opiacés en harmonie avec les orientations de l'OMS (recommandation stricte, faible qualité des preuves) (8, 32, 50), y compris les membres en prison et autres centres fermés (9).

Remarques supplémentaires

- Afin d'optimiser la sécurité et l'efficacité des programmes de TSO, les politiques et règlements devraient encourager des structures de dosage flexibles, sans restriction sur les doses ou la durée du traitement (50). Les doses minimales d'entretien à la méthadone habituelles devraient s'inscrire dans une fourchette de 60–120 mg par jour, et les doses moyennes d'entretien à la buprénorphine devraient être d'au moins 8 mg par jour (50). Les doses à prendre à la maison peuvent être offertes lorsque la dose et la situation sociale sont stables et lorsqu'il existe un faible risque de diversion pour des raisons illégitimes (50). Le TSO est plus efficace en tant que traitement d'entretien sur des périodes plus longues (un traitement pendant des années pourrait être nécessaire). La désintoxication ou le sevrage aux opiacés (plutôt qu'un traitement d'entretien) donne lieu à de faibles résultats sur le long terme. Cependant, les patients devraient être aidés au sevrage des opiacés s'ils le désirent (50).
- Le TSO devrait être utilisé pour le traitement de la dépendance pendant la grossesse, plutôt que comme tentative de désintoxication aux opiacés (50, 59).

- Un soutien psychosocial devrait être disponible pour toutes les personnes dépendantes des opiacés, en association avec des traitements pharmacologiques de la dépendance aux opiacés. Ce soutien devrait, au minimum, inclure l'évaluation des besoins psychosociaux, la thérapie de soutien et des liens avec les services correctionnels et communautaires (50).
- Pour les personnes dépendantes aux opiacés atteintes de la tuberculose, de l'hépatite virale B ou C ou du VIH, les agonistes opiacés devraient être administrés en combinaison avec un traitement médical. Nul besoin d'attendre l'abstinence des opiacés pour commencer le traitement de ces maladies (50).
- Les services de traitement devraient offrir des vaccins contre l'hépatite B à tous les patients dépendants aux opiacés (qu'ils participent ou non aux programmes de TSO) (50).
- Les établissements de soins qui offrent des TSO devraient initier et maintenir les TAR pour les personnes éligibles vivant avec le VIH (4).

Recommandations connexes et aspects contextuels pour des groupes de populations clés spécifiques

PERSONNES EN PRISON ET AUTRES CENTRES FERMÉS

- Les autorités pénitentiaires dans les pays où le TSO est disponible dans la communauté devraient introduire urgemment les programmes de TSO et les étendre à une échelle supérieure le plus tôt possible (9).
- Les pays devraient affirmer et renforcer le principe de traitement, d'éducation et de réhabilitation comme une alternative de conviction et de punition pour les infractions en matière de drogues (8).
- Il faut veiller à ce que, avant d'entrer dans les prisons et autres centres fermés, les personnes suivant des TSO puissent continuer leur TSO sans interruption pendant qu'elles sont en prison et pendant leur transfert dans d'autres unités (9, 50) et puissent suivre des TSO communautaires après leur relâche (60).
- La fourniture des TSO avant la relâche peut permettre de réduire la mortalité liée à l'overdose (61).

PERSONNES TRANSGENRES

Il n'existe aucune preuve d'interactions médicamenteuses entre le traitement de substitution aux opiacés et les médicaments utilisés pour l'affirmation de genre; toutefois, les recherches restent très limitées.

ADOLESCENTS DES POPULATIONS CLÉS

Les lignes directrices de l'OMS ne spécifient pas la restriction d'âge pour le traitement de substitution aux opiacés.

Considérations de mise en œuvre

Processus documenté. Il devrait être établi pour assurer l'acquisition sûre et légale, le stockage, la dispensation et le dosage des médicaments, plus particulièrement de la méthadone et la buprénorphine (50).

Supervision. Au stade précoce du traitement, l'administration des doses de méthadone et de buprénorphine devrait être supervisée directement (50).

Doses à prendre à la maison. Elles peuvent être recommandées lorsque la dose et la situation sociale sont stables et lorsqu'il existe un faible risque de diversion pour des raisons illégitimes (50).

Abandon involontaire du traitement. Cet abandon est parfois justifié pour assurer la sécurité du personnel et des patients ; cependant, le non-respect des règles du programme uniquement ne devrait pas généralement être la cause d'un abandon involontaire. Avant tout abandon involontaire, des mesures raisonnables devraient être prises, incluant la réévaluation de l'approche du traitement (50).

Références supplémentaires

- Guidelines for psychosocially assisted pharmacotherapy for the management of opioid dépendance. Geneva, WHO, 2009. <http://www.who.int/hiv/pub/idu/opioid/en/index.html>
- Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision. Geneva, WHO, 2012. http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/
- Operational guidelines for the management of opioid dépendance in the South-East Asia Region. New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia, 2008. http://www.who.int/hiv/pub/idu/op_guide_opioid_depend/en/index.html
- Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva, WHO, 2014. http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/

4.1.2.3 Autre traitement de la dépendance aux drogues

Contexte et justification

La preuve de la prévention du VIH n'est pas aussi solide que celle des PAS et du TSO. Toutefois, les autres interventions relatives à la dépendance aux drogues sont vivement recommandées là où les drogues autres que les opiacés sont largement utilisées ou que les TSO restent indisponibles.

L'objectif du traitement des dépendances est d'atteindre et de maintenir un bien-être physique, psychologique et social en limitant le risque associé à la consommation de drogues, en réduisant les niveaux de consommation de drogues ou en s'abstenant complètement de toute consommation de drogues. En raison du caractère chronique de la dépendance aux drogues et le besoin

d'aborder les dimensions sociales et psychologiques, l'abstinence, si désirée, est généralement un processus long et difficile. « Poser des jalons » et fournir des « stratégies de stabilisation » – en clair, des objectifs réalisables – peuvent permettre de définir et de structurer les progrès. Ces éléments peuvent également permettre de réduire les préjudices associés aux drogues, dont l'un est la transmission de virus hématogènes tels que le VIH et l'hépatite B et C (62).

Les données disponibles sur l'impact du traitement d'autres formes de dépendance aux drogues sur l'incidence du VIH sont moins probantes que celles relatives aux TSO (8, 63). Néanmoins, ces autres interventions sont recommandées dans des contextes où des drogues autres que des opiacés, comme des stimulants de type amphétamine, de la cocaïne, des sédatifs et des hypnotiques, sont largement consommées et aussi dans des contextes où les TSO restent inexistantes (8). Le traitement de la dépendance aux drogues permet de prévenir la transmission du VIH en réduisant la consommation de drogues par injection, le partage de matériel d'injection et les comportements sexuels à risque et en créant des opportunités pour l'éducation sur le VIH et les soins médicaux (64).

Le traitement de la dépendance aux drogues combine généralement différentes formes de traitement, mais les approches peuvent être simplement cataloguées comme des approches psychosociales (des interventions comportementales ou basées sur l'abstinence) ou pharmacologiques. Les formes pharmacologiques comprennent la désintoxication, la prévention des rechutes et les traitements de rechute visant la réduction de l'envie et la consommation de drogue (62).

La détention n'est pas un traitement. Dans de nombreux pays, les consommateurs de drogues (par injection) sont arrêtés et placés dans des centres de détention, ostensiblement en vue d'un traitement de la dépendance aux drogues et d'une réhabilitation, mais sans procès ou évaluation clinique de la dépendance. Dans ce cas, les résultats cliniques du traitement déterminent très rarement la durée de la détention. En général, ces centres manquent de surveillance médicale du sevrage de drogue, et le traitement de la dépendance à la drogue basée sur des données n'est pas offert. Les détenus peuvent être forcés à s'impliquer dans des travaux non rémunérés ou des exercices de style militaire et peuvent être sujets à des châtiments corporels. Après leur sortie de ces centres, bon nombre d'entre eux rechutent dans la consommation de drogues et parfois le risque d'overdose s'accroît (65).

Ces approches enfreignent les droits de l'homme. En outre, il n'existe aucune preuve que ces approches traitent efficacement la dépendance aux drogues ou réduisent la transmission du VIH. Par conséquent, elles ne sauraient être considérées comme un traitement de la dépendance aux drogues (8). Cela explique que l'OMS et d'autres partenaires des Nations Unies ne soutiennent pas ces formes de détention et appellent les États-membres à fermer ces centres de détention obligatoire pour les consommateurs de drogues et de mettre en place des services sociaux et sanitaires volontaires basés sur les droits et des faits au sein de la communauté (66).

Il est plus facile de contenir la propagation du VIH dans un contexte où il existe une large panoplie de services basés sur des données pour le traitement de la dépendance aux drogues (62).

Recommandations et orientations

TOUS LES GROUPES DE POPULATIONS CLÉS

Toutes les populations clés qui ont une consommation nuisible d'alcool ou d'autres substances devraient avoir accès à des interventions basées sur des faits, y compris de brèves interventions psychosociales avec notamment une évaluation, une rétroaction spécifique et des conseils (recommandation conditionnelle, très faible qualité de preuves) (3, 46).

Recommandations connexes et aspects contextuels pour des groupes de populations clés spécifiques

PERSONNES PRIVÉES DE LIBERTÉ OU DANS ENVIRONNEMENTS CONFINÉE

- Les personnes privées de liberté ou dans environnements confinée devraient avoir accès aux mêmes options de traitement de la dépendance aux drogues basé sur des données que les personnes vivant dans la communauté (9, 60).
- Afin de réduire l’incarcération abusive et le surpeuplement carcéral, qui accroît le risque d’infection à VIH, il est essentiel que les pays revoient leurs lois et politiques qui criminalisent les personnes pour leur consommation d’alcool ou de drogues (9, 60).

ADOLESCENTS DES POPULATIONS CLÉS

Le traitement devrait être fourni dans les meilleurs intérêts de l’adolescent concerné et en consultation avec lui.

Considérations de mise en œuvre

Interventions psychosociales. Elles devraient être intégrées au traitement complet de la dépendance aux drogues (39, 50).

Alternatives à la criminalisation. Les pays devraient affirmer et renforcer le principe qui vise à fournir traitement, éducation et réhabilitation comme une alternative à la condamnation et à la punition pour des infractions liées aux drogues. Actuellement, de nombreux pays engagent de considérables dépenses relatives à l’incarcération des toxicomanes, une approche associée à un taux très élevé de rechute après la relâche. Il n’existe aucune preuve de l’efficacité ou de la rentabilité de cette approche (8).

Références supplémentaires

- mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva, WHO, 2011. http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/index.htm
- Technical briefs on amphetamine-type substances. Manila, WHO Bureau régional pour le Pacifique occidental, 2011. http://www.who.int/hiv/pub/idu/ats_tech_brief/en/index.html
- Basic principles for treatment and psychosocial support of drug dependent people living with HIV/ AIDS. Geneva, WHO, 2006. http://www.who.int/substance_abuse/publications/basic_principles_drug_hiv.pdf

4.1.2.4 Prévention et gestion de l'overdose d'opiacés

Contexte et justification

À travers le monde, l'overdose de drogue est la principale cause de décès chez les consommateurs de drogues par injection et une cause commune de décès sans rapport avec le VIH chez les personnes vivant avec le VIH. En effet, environ 69 000 personnes meurent d'overdose chaque année (67).

L'overdose d'opiacés peut être évitée et, si découverte à temps, traitée.

L'overdose d'opiacés peut être évitée et, si découverte à temps, traitée. Les TSO offrent une prévention plus efficace aux personnes dépendantes de l'opiacés (50). L'overdose d'opiacés peut être traitée par support respiratoire et à travers l'antagoniste de la naloxone

d'opiacés à action brève. La médication n'a aucun effet si les opiacés sont absents et ne présentent aucun risque d'abus. La naloxone est incluse dans la liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS (68).

Alors que la naloxone a longtemps été utilisée sur une large échelle par le personnel médical et dans les établissements de soins de santé, de nombreux pays dans différentes régions ont récemment lancé une distribution communautaire, c'est-à-dire permettre la distribution et l'administration par les personnes dépendantes des opiacés, leurs pairs et leurs familles, ainsi que par les premiers intervenants comme la police et les services d'urgence. Une meilleure disponibilité de la naloxone grâce à la distribution communautaire permettrait de réduire le taux élevé d'overdose d'opioïde, plus particulièrement dans des contextes où l'accès aux services de santé de base est limité pour les consommateurs de drogues par injection.

Recommandations et orientations

TOUS LES GROUPES DE POPULATIONS CLÉS

- Les personnes susceptibles de faire une overdose d'opiacés devraient avoir accès à la naloxone et devraient être informées de son utilisation pour la gestion d'urgence de cas suspectés d'overdose d'opiacés (recommandation stricte, très faible qualité de preuves) (69).
- La naloxone est efficace lorsqu'elle est administrée par voie intramusculaire, intranasale, intraveineuse et sous-cutanée. Les personnes qui administrent la naloxone devraient choisir la voie d'administration en fonction de la formulation disponible, de leurs habilités en matière d'administration, du cadre et du contexte local (recommandation conditionnelle, très faible qualité de preuves) (69).
- En cas de susception d'une overdose d'opiacés, les premiers intervenants devraient d'abord maintenir les voies aériennes ouvertes, procéder à la ventilation assistée et donner de la naloxone (recommandation stricte, très faible qualité de preuves) (69).
- Après une réanimation réussie suite à l'administration de la naloxone, le niveau de conscience et la respiration de la personne concernée devraient être surveillés de près – si possible, jusqu'au plein rétablissement de cette personne (recommandation stricte, très faible qualité de preuves) (69).

Recommandations connexes et aspects contextuels pour des groupes de populations clés spécifiques

ADOLESCENTS DES POPULATIONS CLÉS

Les lignes directrices de l'OMS ne spécifient pas la restriction d'âge pour la gestion d'overdose.

Considérations de mise en œuvre

Enjeux juridiques et politiques. Il peut exister des barrières juridiques et politiques à l'accès et l'utilisation de la naloxone par les premiers intervenants profanes, ce qui devrait être revu afin de mettre en œuvre cette recommandation.

Dose. Si possible, des efforts devraient être réalisés afin d'adapter la dose pour éviter tout symptôme marquant du sevrage des opiacés. Le choix de la dose initiale dépendra de la formulation et du contexte ; toutefois, les doses supérieures à 0,8 mg IM/IV/SC accélèreraient davantage l'apparition de symptômes importants liés au sevrage.

Références supplémentaires

- Community management of opioid overdose. Geneva, WHO, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137462/1/9789241548816_eng.pdf?ua=1&ua=1.
- WHO model list of essential medicines, 18th list. Geneva, WHO, 2013. http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/18th_EML_Final_web_8Jul13.pdf
- UNODC, WHO. Discussion paper. Opioid overdose : preventing and reducing opioid overdose mortality. Vienna, United Nations, 2013. <http://www.unodc.org/docs/treatment/overdose.pdf>

4.1.3 Interventions comportementales

Contexte et justification

Les **interventions comportementales** permettent aux personnes de soutenir des comportements à moindre risque et de maintenir dans la durée de changement positif

Afin de réduire le risque de transmission des IST ou du VIH, les personnes doivent comprendre le risque auquel elles sont exposées et avoir des connaissances, habilités et croyances en leur auto-efficacité à réduire ce risque. Les interventions comportementales fournissent des informations, une motivation, une éducation et un renforcement des capacités qui permettraient aux individus de réduire les comportements à risque et de maintenir dans la durée ce changement positif

Les interventions comportementales peuvent viser des individus ou des groupes. Les conseils individualisés peuvent être axés sur la sensibilisation aux risques personnels et stratégies de réduction des risques ; par exemple, les conseillers ou les travailleurs de la communauté peuvent discuter des comportements à risque, établir un lien direct entre les activités d'un participant et le risque d'infection à VIH et envisager des stratégies de réduction de ce risque. En revanche, les interventions entre pairs et les séances de groupe peuvent s'axer sur la

sensibilisation au risque général, les séances de groupe offrant les avantages supplémentaires du soutien du groupe pour trouver des stratégies réalisables de réduction de risques. Les campagnes de marketing social peuvent s'avérer utiles en faisant la promotion du dépistage, du traitement et d'autres services.

Les interventions visant les changements comportementaux peuvent être fournies dans le cadre d'autres interventions de l'ensemble complet. Elles peuvent avoir lieu en direct ou à travers des médias de radiodiffusion de masse et des médias numériques tels qu'Internet. Les choix du contenu et de l'approche, ainsi que du moyen d'expression, devraient être basés sur une bonne analyse formative de la situation locale.

Bien que la logique des interventions comportementales se fonde principalement sur la sensibilisation individuelle et la prise de décisions relatives au VIH, de telles interventions peuvent également fonctionner au niveau communautaire. Par exemple, les interventions peuvent impliquer la formation des leaders d'opinion à la communication avec leurs pairs, changeant ainsi les perceptions des normes sociales liées aux risques et à l'empêchement du risque.

Les adolescents méritent une attention particulière car, à ce stade, l'envie d'explorer et d'expérimenter normalement se développe avant la capacité à prendre des décisions (70). Les capacités cognitives évolutives des adolescents jouent un rôle très important dans la conception des interventions comportementales qui leur sont destinées.

Recommandations et orientations

TOUS LES GROUPES DE POPULATIONS CLÉS

Une gamme d'interventions comportementales peut fournir des informations et des capacités qui soutiennent la réduction de risques, préviennent la transmission du VIH et augmentent l'utilisation des services au sein de toutes les populations clés. Les données probantes sont insuffisantes pour formuler des recommandations générales pour toutes les populations clés. Cependant, des approches comportementales spécifiques pour les groupes de populations clés précises ont été évaluées et peuvent être recommandées.

Recommandations connexes et aspects contextuels pour des groupes de populations clés spécifiques

HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES

- Les stratégies suivantes sont recommandées pour favoriser les comportements sexuels à moindre risque et augmenter l'utilisation des services de dépistage pour le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes :
 - Informations ciblées fondées sur l'internet
 - Stratégies de marketing social
 - Sensibilisation sur les rapports sexuels sur un lieu de rencontre (3, 32).
- La mise en œuvre des interventions comportementales au niveau individuel et des interventions comportementales communautaires est proposée (3, 32).

PERSONNES EN PRISON ET AUTRES CENTRES FERMÉS

- Une approche complète axée sur les pairs accroît l'efficacité des efforts d'éducation à la prévention du VIH dans les prisons (9).
- Les programmes d'information et d'éducation sur le VIH et d'autres maladies infectieuses sont importants pour les personnes privées de liberté et le personnel pénitentiaire. Une attention particulière devrait être réservée aux besoins des personnes privées de liberté après leur relâche.

CONSOMMATEURS DE DROGUES PAR INJECTION

- Les consommateurs de drogues par injection et les réseaux communautaires pertinents devraient prendre part à l'élaboration et à la communication des messages.
- Les interventions comportementales pour les consommateurs de drogues par injection devraient aborder les risques liés à la consommation de la drogue et aux comportements sexuels (27).
- Pour les consommateurs de drogues par injection, les interventions des pairs sont particulièrement efficaces pour la prévention du VIH et de l'hépatite virale (39).
- L'information et l'éducation sur l'injection sûre et la prévention de l'overdose sont importantes.

TRAVAILLEURS(SES) DE SEXE

Les programmes de promotion des préservatifs, y compris les programmes communautaires, peuvent augmenter l'utilisation des préservatifs par les travailleurs(se)s de sexe et leurs clients. À travers des interventions menées par les communautés et les pairs, ces programmes peuvent fournir des informations et perfectionner les compétences pour l'utilisation du préservatif et les informations y liées, et créer une demande pour le dépistage du VIH et des IST ainsi que le traitement et la prise en charge du VIH (71).

PERSONNES TRANSGENRES

Les stratégies suivantes sont recommandées pour favoriser des comportements sexuels à moindre risque et augmenter l'utilisation des services de dépistage pour le VIH chez les personnes transgenres :

- Informations ciblées fondées sur l'internet
- Stratégies de marketing social
- Sensibilisation sur les rapports sexuels sur un lieu de rencontre (3, 32)

La mise en œuvre des interventions comportementales au niveau individuel et des interventions comportementales communautaires est proposée (3, 32).

ADOLESCENTS DES POPULATIONS CLÉS

Les approches interactives et participatives fondées sur les compétences pour les adolescents des populations clés, y compris des approches en ligne, de soins de santé mobiles, de pairs et de sensibilisation ont paru acceptables aux adolescents et se sont révélées prometteuses dans certains contextes (72, 73).

Références supplémentaires

- Kennedy CE et al. Behavioural interventions for HIV positive prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010, 88(8):615–623. <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/09-068213/en/>
- Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men having sex with men and transgender people. Geneva, WHO, 2011. http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/msm_guidelines2011/en/

4.1.4 Prévention de la transmission dans les milieux de soins de santé

Les principaux éléments pour la prévention de la transmission du VIH dans les milieux de soins de santé incluent :

Procédures principales de prévention

- Sûreté du sang (voir <http://www.who.int/bloodsafety/publications/en/>) ;
- Prévention des injections à risque ;
- Soins d'urgence et soins chirurgicaux essentiels qui limitent le besoin de transfusion sanguine ;
- Précautions standard pour réduire la propagation de l'infection associée aux soins de santé et pour éviter tout contact direct ou indirect avec le sang, les liquides organiques, les sécrétions et la peau non intacte. Ces précautions de contrôle des infections de base au niveau des soins de santé incluent l'hygiène des mains, l'utilisation d'un équipement de protection individuelle pour prévenir les expositions, l'élimination sûre des objets contondants et des déchets, et un nettoyage et une désinfection sûre de l'environnement et du matériel ;
- Identification, élimination et contrôle de l'exposition aux dangers sur le lieu de travail et prévention des blessures par piqûre d'aiguille.

La **prévention secondaire** – il s'agit de la prophylaxie post-exposition (PPE) – est applicable dans les **milieux de soins de santé** lorsque la prévention primaire a échoué ou lorsqu'un travailleur de la santé ou un patient a été exposé au risque de transmission du VIH, accidentellement ou à travers des procédures à risque (voir Section 4.1.5.2).

Références supplémentaires

- Blood donor selection. Guidelines on assessing donor suitability for blood donation. Geneva, WHO, 2012. http://www.who.int/bloodsafety/publications/bts_guideline_donor_suitability/en

4.1.5 Prévention liée aux ARV

4.1.5.1 Prophylaxie pré-exposition

En 2015, l'OMS a élaboré de nouvelles directives de prophylaxie pré-exposition (PrEP) destinées à être intégrées à la présente publication. L'intégralité de la discussion relative aux directives et à ses motifs est ici présentée.

Contexte et motifs

La PrEP orale correspond à l'utilisation de médicaments ARV par des personnes non-infectées par le VIH afin de bloquer l'acquisition du VIH en cas d'exposition.

Douze essais sur l'efficacité de la PrEP orale ont été conduits chez des couples sérodiscordants, des hommes et des femmes hétérosexuels, des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, des personnes s'injectant des drogues et des femmes transgenres. Lorsque le protocole a été largement respecté, l'efficacité a été élevée, ce qui montre la valeur de cette intervention dans le cadre de stratégies de prévention combinée.

En 2012, l'OMS a recommandé l'utilisation de la PrEP chez des couples sérodiscordants, des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et des personnes transgenres car des projets de mise en évidence étaient nécessaires pour garantir des stratégies de distribution optimales (74). Dans la version 2014 du présent document, la PrEP était fortement recommandée pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (*voir annexe 7*).

Cette nouvelle recommandation remplace les précédentes recommandations de l'OMS sur la PrEP et permet de considérer le choix de la PrEP, en tant qu'offre, pour des personnes courant un risque important de contracter le VIH plutôt que de limiter la recommandation à des populations spécifiques. La nouvelle recommandation permettra à de plus larges populations de bénéficier de cette option de prévention supplémentaire. Elle permet aussi à la PrEP, en tant qu'offre, d'être basée sur une évaluation individuelle plutôt que sur un groupe à risque et vise à favoriser la mise en œuvre fondée sur des preuves épidémiologiques locales concernant les facteurs de risque dans l'acquisition du VIH.

De plus amples informations sur cette recommandation sont disponibles dans le guide de l'OMS indiquant quand débiter une thérapie antirétrovirale et sur la prophylaxie pré-exposition pour le VIH. (4) Pour consulter le texte décrivant cette recommandation dans sa version 2014, veuillez vous référer à l'annexe 7 du présent document.

Recommandations et directives

NOUVEAU

TOUS LES GROUPES CLÉS DE POPULATION

La PrEP orale (avec TDF) devrait être offerte comme choix de prévention supplémentaire pour les populations clés courant un risque important d'infection par le VIH, dans le cadre de stratégies de prévention combinée (forte recommandation, haute qualité des preuves) (4).

Recommandations connexes et aspects contextuels pour des groupes de populations clés spécifiques

NOUVELLE RECOMMANDATION

La prophylaxie préexposition (PrEP) par voie orale avec tenofovir disoproxil fumarate (TDF) devrait être offerte comme choix supplémentaire de prévention pour les populations clés courant un risque important d'infection par le VIH dans le cadre des stratégies de prévention du VIH combinée.

NOUVEAU

Références supplémentaires

- Appendices 1, 2 et 3 et 7.
- Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV: recommendations for use in the context of demonstration projects. Geneva, WHO, 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75188/1/9789241503884_eng.pdf
- Technical update on pre-exposure prophylaxis. Geneva, WHO, 2015. <http://www.who.int/hiv/pub/prep/prep-technical-update-2015/en/>
- Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Geneva, WHO, 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf?ua=1
- WHO expands recommendation on oral pre-exposure prophylaxis of HIV infection. Geneva, WHO, 2015. <http://www.who.int/hiv/pub/prep/policy-brief-prep-2015/en/>

4.1.5.2 Prophylaxie Post-Exposition (PPE)

Contexte et justification

La PPE est le seul moyen de réduire le risque d'infection après une exposition au VIH.

La Prophylaxie post-exposition (PPE) est administrée pour réduire la probabilité d'infection à VIH après une possible exposition. Depuis le début des années 1990, les antirétroviraux ont été prescrits pour la PPE suite à l'exposition au VIH en milieu de travail. Cette pratique a été étendue à des situations en dehors du milieu de travail, notamment l'agression sexuelle. D'autres expositions en dehors du milieu de travail incluent les expositions liées au partage du matériel d'injection chez les consommateurs de drogues par injection et une éventuelle exposition à travers une activité sexuelle consensuelle (79). La PPE est, à ce jour, le seul moyen de réduire le risque d'infection à VIH chez une personne qui a été exposée au VIH. Ainsi, elle est largement considérée comme une partie intégrante de la stratégie globale de prévention (79).

Les lignes directrices de l'OMS en matière de PPE sont mises à jour en 2014 pour toutes les populations. La durée recommandée actuelle de la PPE est de 28 jours ; la première dose devrait être prise le plus tôt possible, dans un délai de 72 heures après exposition. L'on a noté une tendance progressive en faveur de l'adoption d'un traitement de PPE mieux toléré, qui est souvent constitué d'une prise unique quotidienne d'une combinaison de trois (3) antirétroviraux, notamment des analogues nucléosidiques et des inhibiteurs de la protéase résistants à la chaleur. Plus récemment, l'introduction de classes alternatives de médicaments telles que les analogues non-nucléosidiques et les inhibiteurs d'intégrase a été envisagée. Les lignes directrices de l'OMS en matière de PPE de 2014 fournissent des traitements révisés destinés aux adultes, aux adolescents et aux enfants.

En dépit de sa courte durée, les taux de réussite relatifs à l'utilisation de la PPE sont bas. Par conséquent, les conseils et autres mesures de soutien d'observance sont recommandés. La PPE ne devrait pas être considérée à 100 % efficace. Il est, par conséquent, impératif que les politiques de prophylaxie post-exposition au VIH confirment l'importance des conseils de prévention primaire et de prévention de risques dans tous les milieux où le VIH pourrait être transmis (79). Offrir une prophylaxie préexposition après la fin de la PPE de 28 jours peut être envisagé pour les personnes qui présentent des comportements à risques élevés répétés ou qui ont suivi des traitements répétés de PPE.

La PPE devrait être disponible pour toute personne admissible issue des populations clés sur une base volontaire et après une exposition possible au VIH.

Recommandations et orientations

TOUS LES GROUPES DE POPULATIONS CLÉS

La prophylaxie post-exposition au VIH devrait être entreprise pour les personnes qui se présentent dans un délai de 72 heures après une agression sexuelle. Utiliser la décision partagée avec le survivant pour déterminer si la prophylaxie post-exposition au VIH est appropriée (recommandation stricte, très faible qualité de preuves) (80).

Recommandations connexes et aspects contextuels pour des groupes de populations clés spécifiques

PERSONNES EN PRISON ET AUTRES CENTRES FERMÉS

La PPE devrait être accessible à toutes les personnes en prison et autres centres fermés qui ont pu être exposées au VIH, tout comme dans des milieux non carcéraux. Des lignes directrices claires devraient être élaborées et communiquées aux personnes privées de liberté, au personnel de santé et aux autres employés (9, 11).

Considérations de mise en œuvre

Une évaluation des risques liés au VIH et des conseils spécifiques au VIH et à la PPE devraient être intégrés à l'intervention de la PPE (79).

Les services complets en cours devraient être disponibles pour les personnes qui suivent la PPE, avec notamment le traitement et la prise en charge des personnes qui subissent une séroconversion (79).

Références supplémentaires

- Guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) for HIV and the use of co-trimoxazole for HIV-related infections among adults, adolescents and children. Recommendations for a public health approach- December 2014 supplement to the 2013 consolidated ARV guidelines. Geneva, WHO, 2014. http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/arvs2013supplement_dec2014/en/http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/arvs2013supplement_dec2014/en/
- Responding to intimate partner violence and sexual violence against women : WHO clinical and policy guidelines. Geneva, WHO, 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf

4.1.5.3 Introduction précoce de la TAR indépendamment du taux de CD4

Contexte et justification

Les données soutiennent l'introduction précoce de la TAR chez les personnes, indépendamment du taux de CD4, pour prévenir la transmission du VIH.

La charge virale est le facteur le plus déterminant du risque de transmission du VIH. Lorsque la charge virale n'est pas détectable chez une personne, alors le risque de transmission du VIH est considérablement réduit. Il y a des données croissantes du potentiel de la TAR à réduire la

transmission du VIH en diminuant la charge virale. Cette donnée soutient l'introduction précoce de la TAR chez les personnes, indépendamment du taux de CD4, pour prévenir la transmission du VIH (4).

Nouvelles lignes directrices de l'OMS relatives aux ARV recommandent l'introduction de la TAR indépendamment du taux de CD4 pour tous allaitantes vivant avec le VIH (option B+) (4). Une introduction précoce de la TAR est aussi recommandée pour des raisons cliniques, en priorisant les personnes co-infectées par le VIH et le virus de l'hépatite B et atteintes d'une affection hépatique grave et/ou de la tuberculose évolutive.

Les lignes directrices unifiées de l'OMS sur l'utilisation des antirétroviraux (2015) recommandent l'introduction de la TAR dans toutes les populations, y compris les membres des populations clés.

L'introduction de la TAR indépendamment du taux de CD4 chez les membres des populations clés vivant avec le VIH vise non seulement à accroître l'accès aux TAR aux populations qui y ont actuellement très peu accès et qui font l'objet de perte de suivi à la suite du diagnostic, mais aussi ajouter un avantage pour la santé publique en réduisant le taux de transmission du VIH.

Bien que la TAR ait un important effet préventif, elle devrait être utilisée en combinaison avec d'autres interventions biomédicales qui réduisent les pratiques à risque d'infection à VIH et/ou réduisent la probabilité de transmission du VIH par événement contact, notamment les préservatifs masculins et féminins, les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues, le traitement de substitution aux opiacés avec de la méthadone ou du buprénorphine, et la circoncision masculine médicale volontaire (4).

Recommandations et orientations

TOUS LES GROUPES DE POPULATIONS CLÉS

La TAR devrait être initiée chez toutes les personnes vivant avec le VIH, indépendamment du stade clinique OMS ou du taux de CD4, en priorisant les groupes suivants :

- Chez les personnes vivant avec le VIH et la tuberculose évolutive (recommandation stricte, faible qualité de preuves).
- Chez les personnes co-infectées par le VIH et le virus de l'hépatite B (VHB) avec manifestations d'une hépatopathie chronique grave (recommandation stricte, faible qualité de preuves).
- Pour des raisons liées aux programmes et à leur opérationnalité, plus particulièrement dans des situations d'épidémie généralisée, la TAR devrait être initiée chez toutes les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH comme un traitement à vie (recommandation conditionnelle, faible qualité de preuves) (4).
- Chez les partenaires séropositifs dans les couples sérodiscordants afin de réduire la transmission du VIH aux partenaires non infectés (recommandation stricte, qualité élevée de preuves) (4).

NOUVEAU

Références supplémentaires

- Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. WHO, Geneva, September 2015. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/>

4.1.6 Circoncision masculine médicale volontaire pour la prévention du VIH

Contexte et justification

La circoncision masculine médicale réduit le risque de transmission sexuelle du VIH de la femme à l'homme d'environ 60 %.

Il existe des données probantes tirées de trois (3) essais aléatoires contrôlés menés en Afrique qui suggèrent que la circoncision masculine médicale réduit le risque de transmission sexuelle du VIH de la femme à l'homme d'environ 60 % (81, 82, 83). Sur cette base, l'OMS et l'ONUSIDA ont recommandé la circoncision

masculine médicale volontaire (CMMV) comme intervention efficace supplémentaire comme mesure de prévention de la transmission hétérosexuelle du VIH, plus particulièrement dans des situations d'épidémie généralisée du VIH (84). Les données les plus récentes en Ouganda démontrent que, au cours des cinq (5) années qui ont suivi la fin de l'essai, une haute efficacité a été maintenue chez les hommes circoncis, avec un effet protecteur de 73 % contre l'infection à VIH (85).

La CMMV est une pratique sûre lorsqu'elle est réalisée par des professionnels de la santé qualifiés dans un cadre convenablement équipé. Les messages seront rédigés avec soin et adaptés à la culture ; ils utiliseront les langues et les symboles locaux et seront cohérents avec le niveau spécifique d'éducation et de compréhension des groupes de population auxquels ils sont destinés. Les messages devraient être destinés aux hommes et aux femmes (84).

Recommandations et orientations

TOUS LES GROUPES DE POPULATIONS CLÉS

- La CMMV est recommandée comme stratégie supplémentaire importante de prévention de la transmission hétérosexuelle du VIH à l'homme, plus particulièrement dans des situations d'hyperendémie, d'épidémie généralisée du VIH et de faible prévalence de la circoncision masculine (84).
- La fourniture des services de CMMV devrait permettre de s'intéresser aux besoins en matière de santé sexuelle des hommes ; de tels services devraient activement conseiller et promouvoir les comportements sexuels à moindre risque (84).

Recommandations connexes et aspects contextuels pour des groupes de populations clés spécifiques

HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES

- La CMMV n'est pas recommandée pour prévenir la transmission du VIH à travers des relations sexuelles entre hommes, car il n'y a pas de preuve que la CMMV protège lors de rapports sexuels anaux passifs (3).
- Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent toutefois bénéficier de la CMMV s'ils s'engagent aussi dans des rapports sexuels vaginaux. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ne devraient pas être exclus des services de CMMV dans les pays de l'Afrique orientale et australe où la CMMV est offerte comme moyen de prévention du VIH.

PERSONNES EN PRISON ET AUTRES CENTRES FERMÉS

La CMMV **ne fait pas** partie de l'ensemble des interventions recommandées dans les prisons. Si la CMMV est offerte aux hommes dans les prisons dans les pays prioritaires de l'Afrique orientale et australe ayant une épidémie généralisée et de faibles taux de circoncision masculine, il est crucial qu'elle soit offerte dans le plein respect de l'éthique médicale et des principes des droits de l'homme. Le consentement informé, la confidentialité et l'absence de coercition devraient être assurés.

TRAVAILLEURS(SES) DE SEXE (ET CLIENTS DES TRAVAILLEURS(SES) DE SEXE)

- Les messages de santé et les conseils devraient mettre l'accent sur le fait que la reprise des relations sexuelles avant la guérison complète des plaies augmenterait le risque de transmission du VIH chez les hommes séropositifs circoncis récemment et pourrait augmenter le risque de transmission du VIH aux partenaires féminines des hommes séronégatifs circoncis récemment (84).
- Les « services de santé » destinés aux hommes qui offrent la CMMV aux clients des travailleurs(SES) de sexe ou à d'autres hommes à haut risque d'exposition au VIH (comme au sein des couples sérodiscordants) peuvent s'avérer une approche prometteuse dans les pays hautement prioritaires d'Afrique orientale et australe pour atteindre les hommes à haut risque d'infection à VIH. Toutefois, cette approche n'a pas été revue et évaluée sur une base systématique.

PERSONNES TRANSGENRES

La CMMV n'est pas recommandée pour la prévention du VIH chez les femmes transgenres (3).

ADOLESCENTS DES POPULATIONS CLÉS

Les pays qui connaissent des épidémies généralisées ou des hyperendémies de VIH et une faible prévalence de la circoncision masculine devraient élargir l'accès aux services de circoncision comme priorité pour les adolescents et les jeunes hommes (84).

Considérations de mise en œuvre

Protection partielle. La circoncision masculine n'offre qu'une protection partielle contre une infection à VIH de la femme à l'homme. Par conséquent, les services de circoncision masculine ne devraient pas être dispensés isolément, mais plutôt comme un service qui fait partie d'un ensemble minimal recommandé. Cet ensemble inclut des informations sur les avantages et les risques de la procédure, des conseils sur les pratiques sexuelles à moindre risque, l'accès au dépistage du VIH, la promotion de l'utilisation du préservatif et la gestion des IST (84).

Opportunité d'expansion des services. L'introduction et l'expansion des services de CMMV dans les pays hautement prioritaires en Afrique orientale et australe devrait servir de plateforme pour l'expansion des services liés au VIH à tous les hommes.

Références supplémentaires

- Male circumcision for HIV prévention. Geneva, WHO, 2014. <http://www.who.int/hiv/topics/malecircumcision/en/>
- Clearinghouse on male circumcision for HIV prévention. Research Triangle Park NC, USA, FHI360, 2014. <http://www.malecircumcision.org/>
- New data on male circumcision and HIV prévention : policy and programme implications. Geneva, WHO, 2007. http://libdoc.who.int/publications/2007/9789241595988_eng.pdf

4.2 Services de dépistage du VIH (SDV)

Contexte et justification

Les services de dépistage du VIH (SDV) constituent une première étape essentielle qui permet aux personnes vivant avec le VIH de connaître leur statut sérologique et d'obtenir d'avoir accès à des services de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH. Pour les personnes négatives au dépistage, les SDV sont une importante opportunité de mettre les personnes exposées au VIH en contact avec des programmes de prévention primaire et de les encourager à se faire dépister de nouveau plus tard (4).

Pour les populations clés, plus particulièrement celles dont les comportements sont criminalisés, les services de SDV sont parfois utilisés d'une manière punitive ou coercitive. Au contraire, les conseils et le dépistage du VIH doivent être volontaires et sans contrainte, en particulier par les fournisseurs de soins de santé, les partenaires, la famille, les clients des travailleurs(se)s de sexe ou dans une prison ou un autre milieu fermé (4, 8, 9, 10, 86). Comme tous les services, les services de SDV destinés aux populations clés pour mettre l'accent sur les principes des services de SDV de l'OMS, à savoir consentement, confidentialité, conseils, résultats corrects et lien aux soins – plus particulièrement le consentement et la confidentialité.

Les services de **SDV** constituent une première étape essentielle ; néanmoins, environ la moitié des personnes vivant avec le VIH ne connaissent pas leur statut sérologique.

Par ailleurs, les services de SDV doivent être intégrés au programme complet de prévention, de soins et de traitement (4). Il est important qu'il y ait des liens clairs et solides entre le dépistage et les services de prévention, traitement et soins du VIH pour les personnes séropositives avec

des services de prévention pour les personnes séronégatives ; des liens insuffisants empêchent les personnes de prendre en compte leurs résultats. Le dépistage du VIH chez les populations clés devrait se conformer aux algorithmes de dépistage validés au niveau national, concorder avec les stratégies de dépistage de l'OMS et avoir des mécanismes appropriés d'assurance/ amélioration de la qualité en place (88).

Ignorance du statut sérologique. En général, il est estimé qu'environ la moitié des personnes vivant à l'heure actuelle avec le VIH ignorent leur statut sérologique (88). Pour les membres des populations clés, l'accès aux services de SDV et, par conséquent, la connaissance du statut sérologique a tendance à se raréfier. Les membres des populations clés se font souvent dépister tard et manquent d'établir un lien entre les services de SDV et les soins et l'évaluation en vue d'une TAR (88). Ainsi, nombre de ces personnes commencent le traitement lorsqu'elles sont déjà très immunes-déprimées et lorsque la probabilité d'avoir de faibles résultats pour la santé – et une transmission verticale du VIH pour les femmes enceintes qui se présentent tard aux soins prénataux ou au moment de l'accouchement – est très élevée (4).

Conseils. Il s'agit d'une composante essentielle du dépistage. Les conseils avant dépistage doivent fournir des informations exactes sur le dépistage et les implications d'un résultat positif ou négatif afin de permettre à la personne concernée de se faire dépister pour faire un choix éclairé. Les conseils avant dépistage doivent apporter, entre tant d'autres éléments, un soutien en ce qui concerne la révélation du statut sérologique. Par ailleurs, les services de SDV offrent une excellente occasion de fournir des informations exactes sur les pratiques sexuelles sans risque et la réduction des préjugés qui s'appliquent à la personne dépistée, en reflétant les résultats du dépistage. Les conseils sur le changement de comportement et la réduction de risques peuvent être utiles.

Cadres multiples. Un dépistage rapide du VIH permet aux travailleurs de la santé de présenter aux clients leurs résultats le même jour. Par conséquent, les services de SDV peuvent être offerts dans divers cadres, y compris les cliniques de soins de santé primaires (par exemple les cliniques de santé maternelle et infantile), et par divers prestataires, notamment les travailleurs de proximité.

Le dépistage communautaire, qui est lié aux services de prévention, de soins et de traitement, a la possibilité d'atteindre le plus grand nombre de personnes, comparé aux services de SDV dans les cliniques ; en effet, le dépistage communautaire peut atteindre les personnes qui ne sont pas prêtes à se rendre dans des établissements de santé pour se faire dépister et les personnes asymptomatiques (89). Il est important d'avoir des procédures claires en place, qui respectent les stratégies et algorithmes nationaux de dépistage du VIH, pour confirmer les résultats positifs au dépistage du VIH et d'encourager les clients à suivre un traitement pour bénéficier des soins (9).

Dépistage et Conseil du VIH à l'initiative du soignant, lorsque les SDV sont automatiquement offerts dans les établissements de soins de santé, le Dépistage et Conseil du VIH à l'initiative du soignant vise à élargir la couverture de ces services. Il est recommandé, tant qu'il n'est ni obligatoire ni coercitif et tant qu'il est lié au traitement et aux soins, en se conformant aux lignes directrices de l'OMS. Une attention particulière doit être accordée à la fourniture d'informations exactes ; en effet, il faut obtenir un consentement éclairé et garder les résultats confidentiels.

Toutes les formes de SDV devraient être volontaires et répondre aux principes de l'OMS : consentement, confidentialité, conseils, résultats corrects et lien aux services de soins, de traitement et de prévention. L'assurance de la qualité du dépistage et des conseils est essentielle à toutes les approches de SDV (4, 90).

Recommandations et orientations

TOUS LES GROUPES DE POPULATIONS CLÉS

- Les SDV volontaires devraient être systématiquement offerts à toutes les populations clés dans les communautés et les établissements de soins de santé (3, 4, 8, 10, 86, 91).
- Les services de dépistage communautaires pour le VIH destinés aux populations clés, et qui sont liés aux services de prévention, de traitement et de soins, sont recommandés, en plus du Dépistage et Conseil du VIH à l'initiative du soignant (recommandation stricte, faible qualité de preuves) (4).

Remarque supplémentaire

Les couples et les partenaires devraient recevoir des services de SDV avec un soutien en cas de révélation de leur statut sérologique (92).

Recommandations connexes et aspects contextuels pour des groupes de populations clés spécifiques

PERSONNES EN PRISON ET AUTRES CENTRES FERMÉS

Il est important de se prémunir contre les conséquences négatives du dépistage dans les prisons – par exemple, la ségrégation des personnes privées de liberté – et de respecter le principe de confidentialité. Il est également important que les personnes dépistées positives aient un accès et soient liées aux services de soins et de traitement du VIH (9, 93).

- Les services de dépistage du VIH devraient être volontaires (93).
- L'utilisation du dépistage rapide du VIH peut augmenter le nombre de personnes privées de liberté qui décident de se faire dépister (93).
- Le dépistage, conjointement avec les autres services de réduction des risques, comme la distribution de préservatifs et de lubrifiants et le dépistage des IST, peut accroître les avantages du dépistage et les conseils pour le VIH (93).

ADOLESCENTS DES POPULATIONS CLÉS

Dans toutes les situations épidémiques, des services de SDV accessibles et acceptables doivent être disponibles pour les adolescents et offerts, sans risque, de diverses manières (86). Les pays sont encouragés à examiner leurs politiques de consentement en vigueur et envisager de les réviser afin de réduire les barrières liées à l'âge pour permettre l'accès et l'utilisation des services de SDV et de lien à la prévention, au traitement et aux soins (86). Les jeunes devraient pouvoir obtenir des services de SDV sans consentement ou présence requis(e) des parents ou des tuteurs.

- Les services de SDV qui sont liés aux services de prévention, de traitement et de soins, sont recommandés pour les adolescents des populations clés dans toutes les situations (épidémie généralisée, épidémies concentrée et à faible prévalence) (recommandation stricte, très faible qualité de preuves) (4, 86).
- Les adolescents devraient être conseillés sur les avantages et risques potentiels de la révélation de leur statut sérologique. Ils devraient avoir la capacité et être soutenus pour décider quand, où et à qui révéler leur statut (recommandation conditionnelle, très faible qualité de preuves) (86).
- Les enfants en âge scolaire devraient connaître leur statut sérologique (recommandation stricte, faible qualité de preuves) (86).

Considérations de mise en œuvre

Dépistages rapides. Les dépistages rapides du VIH dans des établissements de santé facilitent considérablement l'accès au dépistage, le retrait des résultats le jour même et une référence et un suivi appropriés (4).

Fourniture continue. Les mécanismes devraient être élaborés pour apporter une fourniture consistante des kits de dépistage et prévenir la rupture de stock.

Qualité des services. Elle détermine l'utilisation des services de SDV. Par conséquent, il est important d'instaurer un système d'assurance qualité aux niveaux national, sous-national, communautaire et des installations (95).

Systèmes carcéraux. Ils devraient constituer une partie intégrante des efforts nationaux d'accroître l'accès aux services de SDV. Accroissement de l'accès aux services de SDV dans les prisons ne devrait pas être entrepris isolément, mais plutôt dans le cadre d'un programme complet de lutte contre le VIH visant l'amélioration des soins de santé et la réalisation de l'accès universel aux services de prévention du VIH dans les prisons et autres centres fermés (93).

Services de SDV destinés aux couples. Il existe de nombreux avantages potentiels à encourager les partenaires à se faire dépister en même temps et à se révéler mutuellement le statut sérologique de l'un à l'autre ; ensemble, ils peuvent prendre des décisions éclairées sur la prévention du VIH et s'offrir l'un l'autre le soutien nécessaire pour obtenir et observer la TAR. Les services de SDV destinés aux couples ou partenaires devraient être offerts à toute personne, peu importe comment celle-ci définit sa relation. Le principe – et la politique – devrait consister à encourager toutes les personnes en couple à se faire dépister en tant que couple ou individuellement, indépendamment de leurs orientations sexuelles ou de la durée ou stabilité de leur relation.

L'auto dépistage du VIH est un processus par lequel une personne qui désire connaître son statut sérologique prélève un échantillon de son sang, effectue un test et interprète les résultats en privé. L'auto dépistage du VIH est un test de dépistage; il ne fournit pas de diagnostic (96), raison pour laquelle un test de confirmation est nécessaire si le résultat initial s'avère positif. L'auto dépistage du VIH pourrait accroître le nombre de personnes dépistées, qui connaissent leur statut sérologique et qui, en cas de résultat positif, observent un traitement.

Alors que les kits d'auto dépistage peuvent avoir été approuvés pour vente et utilisation, de nombreux pays n'ont pas de loi ou politique officielle relative à leur utilisation.

Références supplémentaires

- Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva, WHO, 2015 <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>
- Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. Geneva, WHO, 2007. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595568_eng.pdf
- UNODC, WHO, UNAIDS. HIV testing and counselling in prisons and other closed settings. Vienna, UNODC, 2009. http://www.who.int/hiv/pub/idu/tc_prison_tech_paper.pdf
- Delivering HIV test Results and messages for re-testing and counselling in adults. Geneva, WHO, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599115_eng.pdf
- Service delivery approaches to HIV testing and counselling: a strategic policy framework. Geneva, WHO, 2010. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75206/1/9789241593877_eng.PDF
- Guidance on couples HIV testing and counselling and antiretroviral therapy for treatment and prévention in serodiscordant couples. Geneva, WHO, 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44646/1/9789241501972_eng.pdf
- Report on the first International Symposium on Self-testing for HIV: the legal, ethical, gender, human rights and public health implications of HIV self-testing scale-up. Geneva, WHO, 2013. www.who.int/iris/bitstream/10665/85267/1/9789241505628_eng.pdf
- HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. Geneva, WHO, 2013. http://www.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf

4.3 Lien et adhérence aux soins

Les services de SDV constituent la première étape dans le continuum des soins liés au VIH; un dépistage positif du VIH sans lien avec les services de prévention, de soins et de traitement du VIH offrent des avantages limités. Il est nécessaire de s'assurer que les personnes dépistées séropositives sont reliées et qu'elles adhèrent aux services de soins liés au VIH afin d'atteindre les avantages sanitaires et de prévention de la TAR. Malheureusement, des pertes importantes surviennent à toutes les étapes du continuum des soins liés au VIH. Ces pertes peuvent être particulièrement importantes chez les membres des populations clés.

Barrières psychologiques et sociales. Un certain nombre de barrières psychologiques et sociales entravent le lien aux soins pour les personnes nouvellement diagnostiquées du VIH. La stigmatisation perçue associée à la présence dans une clinique VIH continue de constituer une barrière à l'adhérence aux premiers soins. L'absence du soutien familial et la peur de la révélation des résultats freinent également l'accès. En outre, la manière dont les personnes

vivant avec le VIH perçoivent leur propre santé et l'efficacité de la TAR peuvent affecter leur volonté de recevoir des soins cliniques. Les personnes vivant avec le VIH qui croient en l'efficacité des thérapies alternatives, qui redoutent les effets secondaires de la TAR ou qui ont le sentiment d'être en bonne santé ont moins de chances d'adhérer aux soins liés au VIH que les personnes qui ne partagent pas ces perceptions (99). Par ailleurs, la consommation de drogues par injection est associée à un faible lien et à une faible rétention dans les services de soins (100, 101).

Plusieurs interventions qui visent à combattre ces barrières psychosociales ont été évaluées. Des conseils post-dépistage accrus et des conseils de suivi par les travailleurs de la santé dans les communautés augmentent de manière significative la proportion de personnes qui adhèrent aux soins liés au VIH (102). Les consommateurs de drogues par injection ont plus de chances de commencer et poursuivre un traitement du VIH s'ils participent aux programmes de TSO (103).

Contraintes économiques. La migration à la quête d'opportunités d'emploi (104) et l'impossibilité de manquer son travail pour se rendre à un rendez-vous médical (105, 106) peuvent aussi inhiber l'adhérence aux soins cliniques du VIH.

Les **facteurs du système sanitaire** qui affectent les liens aux soins incluent la confiance aux références passives comme seule stratégie de lien, un effectif insuffisant, de longues périodes d'attente, des services de faible qualité offerts dans les cliniques VIH et le mauvais comportement du personnel des soins de santé.

Les questions opérationnelles clés devraient être prises en considération et abordées en vue de l'amélioration des liens aux soins, avec notamment de meilleurs partenariats entre la communauté et les prestataires cliniques, et des efforts accrus pour améliorer la qualité des services (voir Chapitre 6).

4.4 Traitement et soins

4.4.1 Thérapie antirétrovirale

Contexte et justification

L'utilisation de la TAR pour le VIH chez les populations clés devrait respecter les mêmes recommandations et principes généraux que pour tous les adultes (4). Ils devraient également avoir le même droit d'accès. Les membres des populations clés peuvent faire face à la discrimination et la marginalisation, qui peuvent entraver leur accès aux soins de santé, notamment le traitement du VIH. Il est important que les membres des populations clés aient un accès équitable aux services de traitement et de soins du VIH.

Lignes directrices à jour. La révision en 2013 et la révision de 2015 des lignes directrices de l'OMS relatives au TAR inclut de nouvelles recommandations sur le moment d'initier la TAR, les régimes médicamenteux à suivre pour un traitement de première, deuxième et troisième intentions, et la manière de surveiller les personnes qui suivent un TAR. Ces lignes directrices (4) devraient être consultées pour de plus amples informations sur la gestion de la TAR.

Les populations clés vivant avec le VIH devraient avoir un accès équitable au TAR et aux soins, et à la même gestion de la TAR que les autres populations.

Recommandations et orientations

TOUS LES GROUPES DE POPULATIONS CLÉS

Initiation de la TAR

- En tant que priorité, la TAR devrait être initiée chez toutes les personnes qui ont une infection grave à VIH ou sont à un stade avancé de la maladie (stade clinique OMS 3 ou 4) et les personnes qui ont un nombre de C4 \leq 350 cellules/mm³ (recommandation stricte, qualité moyenne des preuves) (4).
- La TAR devrait être initiée chez les personnes vivant avec le VIH indépendamment de leur stade clinique OMS (recommandation stricte, qualité moyenne des preuves) (4).
- La TAR devrait être initiée chez les personnes vivant avec le VIH, indépendamment de leur stade clinique OMS ou du nombre de CD4, dans les cas suivants (4):
 - Les personnes vivant avec le VIH et la tuberculose évolutive (recommandation stricte, faible qualité de preuves);
 - Les personnes co-infectées par le VIH et le VHB, avec manifestation d'une hépatopathie chronique grave (recommandation stricte, faible qualité de preuves);
 - Les partenaires séropositifs dans les couples sérodiscordants, afin de réduire la transmission du VIH aux partenaires non infectés (recommandation stricte, qualité élevée de preuves);
 - Les femmes enceintes et allaitantes (recommandation stricte, qualité moyenne des preuves).

Remarque supplémentaire

Il n'existe pas de recommandation particulière sur la TAR spécifique à une population clé. Cependant, en raison de la stigmatisation, la discrimination et la marginalisation, les membres des populations clés se présentent souvent tard pour recevoir un traitement.

Recommandations connexes et aspects contextuels pour des groupes de populations clés spécifiques

PERSONNES DANS LES PRISONS ET AUTRES CENTRES FERMES

- L'observance du traitement du VIH peut être augmentée en abordant les problèmes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH, en assurant la confidentialité sur le statut sérologique d'un prisonnier et en permettant aux personnes en prison et autres centres fermés d'avoir accès aux soins et au traitement sans discrimination de la part du personnel pénitentiaire.
- En cas de transfèrement, les personnes en prison et autres centres fermés devraient recevoir des soins qui devraient durer jusqu'à l'établissement de soins de santé dans la nouvelle prison ou, en cas de relâche, jusqu'à ce qu'un lien soit établi avec un service communautaire de soins de santé liés au VIH (60, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114).

CONSOmmATEURS DE DROGUES PAR INJECTION

- Les lignes directrices en vigueur de l'OMS sur l'utilisation de la TAR dans le cadre du traitement de l'infection à VIH chez les adultes et les adolescents s'appliquent aux personnes vivant avec le VIH qui consomment des drogues par injection (4).
- Lorsque la TAR est offert dans un milieu favorable, les consommateurs de drogues par injection ont des résultats de traitement similaire aux résultats des autres groupes (115).

ADOLESCENTS DES POPULATIONS CLÉS

Les approches communautaires peuvent améliorer l'observance du traitement et la continuité des soins par les adolescents vivant avec le VIH (86).

La formation des travailleurs de la santé peut contribuer à l'observance du traitement et la continuité des soins par les adolescents vivant avec le VIH (86).

Les prestataires de soins de santé peuvent encourager l'adhérence des adolescents en :

- les aidant à explorer les facteurs qui influencent leur adhérence
- améliorant leur compréhension du VIH, de la TAR et de l'adhérence
- reconnaissant leurs besoins de développement tout en encourageant leur indépendance
- les aidant à intégrer la TAR dans leur quotidien
- offrant des régimes de TAR simplifiés
- encourageant la participation dans les interventions communautaires et des groupes de soutien par les pairs (116, 117, 118).

Considérations de mise en œuvre

Prestation des services de thérapie. Les lignes directrices unifiées de l'OMS sur l'utilisation des ARV (2013) et la révision de 2015 (4) offrent un certain nombre de recommandations sur la prestation de services, avec notamment la décentralisation des soins de TAR et l'intégration des services de TAR aux autres services cliniques, tels que les services de tuberculose, les soins prénataux et les services où sont offertes les TSO.

Approches visant à soutenir la prestation de la TAR, la continuité des soins et l'adhérence. Les membres des populations clés font souvent face à plus de barrières que ceux des autres populations quant à l'accès et à la continuation des soins. Ils sont souvent difficiles à atteindre et mobiles, ont moins accès et utilisent moins les services de santé en général, et peuvent faire face à la stigmatisation et à la discrimination dans les services de santé. Le Chapitre 6 présente une palette d'approches visant à soutenir de meilleurs modèles d'accès, de rétention et d'adhérence.

TAR dans les prisons et autres centres fermés. Le traitement du VIH, y compris la TAR, les soins et le soutien dans les prisons, ne devraient pas être différents de ceux offerts aux personnes vivant avec le VIH dans la communauté et devraient être conformes aux lignes directrices nationales.

Les personnes incarcérées ont un risque supplémentaire de contracter la tuberculose. Cependant, avec un soutien adéquat et des programmes de traitement structurés, d'excellents résultats peuvent être obtenus dans les prisons (4, 9). En raison des taux élevés d'incarcération

au sein des populations clés, des efforts devraient être consentis pour s'assurer de la disponibilité de la TAR (et du traitement de la tuberculose) dans le cadre des services de santé dans les prisons (4, 9).

Références supplémentaires

- Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing Infection à VIH: recommendations for a public health approach. Geneva, WHO, 2013. http://www.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf

4.4.2 Prévention de la transmission mère-enfant

Contexte et justification

La prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH, également appelée prévention de la transmission verticale, renvoie aux interventions visant la prévention de la transmission du VIH d'une mère porteuse du VIH à son enfant pendant la grossesse, la phase de travail et l'accouchement ou pendant l'allaitement. La PTME est aussi axée sur l'initiation précoce de la TAR chez la mère et la protection de la santé de la mère.

L'OMS recommande une approche à quatre (4) volets à la stratégie globale de PTME :

1. Prévention primaire de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer
2. Prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH
3. Prévention de la transmission du VIH des femmes vivant avec le VIH à leurs enfants
4. Fourniture d'un traitement, de soins et d'un soutien appropriés aux mères vivant avec le VIH, à leurs enfants et à leurs familles.

Les **interventions directes** pour prévenir la transmission verticale sont constituées d'une cascade de services.

Dans le troisième volet, qui est axé sur les interventions directes en vue de la prévention de la transmission verticale, les interventions préventives sont constituées d'une cascade de services, à savoir, entre autres éléments, les conseils et le dépistage du VIH, la TAR, les accouchements sans risque, une alimentation

plus sûre des nourrissons, interventions postnatales dans le cas d'une TAR en cours, diagnostic précoce des nourrissons et diagnostic final pour les nourrissons exposés au VIH, lien de la mère et de l'enfant aux services de soins et de traitement appropriés (volet 4).

Toutes les femmes enceintes des populations clés devraient avoir le même accès aux services de PTME et suivre les mêmes recommandations que les femmes des autres populations.

Recommandations et orientations

TOUTES LES FEMMES ENCEINTES¹ DES GROUPES DE POPULATION CLÉS

- Toutes les femmes enceintes ou allaitantes vivant avec le VIH devraient recevoir un traitement à base de trois (3) ARV, qui devra être maintenue au moins pendant toute la durée du risque de transmission mère-enfant. Les femmes qui répondent aux critères d'admissibilité devront continuer la TAR à vie (CD4 < 500 cellules/mm³) (recommandation stricte, qualité moyenne des preuves) (4).
- Pour des raisons liées aux programmes et à leur opérationnalité, plus particulièrement dans des situations d'épidémie généralisée, la TAR devrait être initiée chez toutes les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH comme un traitement à vie (option B+) (recommandation stricte, qualité moyenne des preuves) (4).

Recommandations connexes et aspects contextuels pour des groupes de populations clés spécifiques

PERSONNES EN PRISON ET AUTRES CENTRES FERMÉS

Il convient de prendre particulièrement en considération la facilitation de l'accès des prisonnières enceintes aux services de PTME, étant donné que les femmes font face à de plus grands obstacles liés au dépistage, aux conseils, aux soins et au traitement du VIH dans les prisons que les femmes enceintes hors des prisons.

CONSOMMATEURS DE DROGUES PAR INJECTION

Toutes les femmes enceintes et leurs familles affectées par les troubles liés à la dépendance aux drogues devraient avoir accès à des services et interventions abordables de prévention et de traitement fournis en portant une attention particulière à la confidentialité, aux législations nationales et aux normes internationales relatives aux droits de l'homme. Les femmes ne devraient pas être exclues des services de soins de santé en raison de leur dépendance aux drogues (119).

Considérations de mise en œuvre

Équité et levée des obstacles liés à l'accès. Dans la majorité des pays, les femmes des populations clés ont moins accès aux services de PTME que les femmes au sein de la population générale. En particulier, les consommatrices de drogues par injection, leurs partenaires et les travailleurs(les) de sexe y ont moins accès. Par ailleurs, les adolescents en général et les adolescentes des populations clés en particulier ont moins accès aux interventions de PTME et ont les pires résultats. Des efforts spéciaux devraient être faits pour comprendre et surmonter les barrières à l'accès et pour fournir des services acceptables aux femmes adultes et aux adolescentes des populations clés.

Présentation tardive. Les femmes adultes et les adolescents des populations clés se présentent souvent tardivement aux services des soins prénataux ou se présentent pour la première fois au

¹ Sont inclus les hommes transgenres enceintes.

moment de l'accouchement et sans n'avoir reçu aucun soin prénatal. Par conséquent, ces femmes ont accès aux interventions de PTME assez tardivement. Par ailleurs, elles font souvent face à des défis relatifs au suivi des interventions de PTME en cours et des interventions postnatales. Cette situation a des conséquences néfastes sur leur santé et celle de leurs nourrissons, et réduit l'efficacité des interventions de PTME. Des stratégies devraient être élaborées pour promouvoir et soutenir la présence des femmes enceintes des populations clés aux soins prénataux.

Soutien de l'adhérence. Des initiatives et des efforts spéciaux sont nécessaires pour optimiser l'accès aux soins et le soutien à l'adhérence des femmes des populations clés, mais aussi pour soutenir des liens efficaces au traitement à long terme. Ce point s'avère surtout pendant l'allaitement, une période pendant laquelle le suivi est mauvais.

Références supplémentaires

- Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing Infection à VIH: recommendations for a public health approach. Geneva, WHO, 2013. http://www.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf
- Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Geneva, WHO, 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf
- Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva, WHO, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf

4.4.3 Interactions médicamenteuses de la TAR

Contexte et justification

Les **interactions médicamenteuses** possibles rendent la tâche plus compliquée au moment de prescrire des médicaments ARV et de surveiller le traitement.

Les prestataires devraient connaître tous les médicaments consommés par les personnes vivant avec le VIH au moment de l'initiation de la TAR et les nouveaux médicaments ajoutés pendant la poursuite du traitement. Pour de nombreux membres des populations clés, ces médicaments peuvent inclure les drogues à usage récréatif, les médicaments pour les

co-infections et les co-morbidités, et, chez les personnes transgenres, la substitution hormonale. Les interactions médicamenteuses possibles rendent la tâche plus compliquée au moment de prescrire des médicaments ARV et de surveiller le traitement. Les conseils pour les conséquences possibles des interactions médicamenteuses et un environnement qui promeut et permet le rapport des médicaments concomitants sont des éléments importants des soins de bonne qualité destinés à toutes les personnes vivant avec le VIH.

Tuberculose

Les lignes directrices de l'OMS relatives au traitement de la tuberculose passent en revue les considérations clés pour la gestion de la co-infection par la tuberculose et le VIH (120). Une combinaison médicamenteuse contre-indiquée clé est la combinaison de la rifampicine et des inhibiteurs de protéase (IP). Lorsque les personnes co-infectées par la tuberculose et le VIH reçoivent des IP rehaussés, la rifabutine pourrait devoir être substituée à la rifampicine. En cas d'indisponibilité de la rifabutine, seul du lopinavir/ritonavir (LPV/r) peut être utilisé de manière concomitante pendant toute la durée du traitement de la tuberculose, à condition que la dose du ritonavir soit augmentée ou que le double de la dose standard de LPV/r soit utilisé.

Hépatite C

La ribavirine et le PEG-interféron alpha-2a sont généralement utilisés pour traiter l'infection virale de l'hépatite C. L'administration de ces agents avec de la zidovudine (AZT) a été associée à un risque accru d'anémie et de décompensation hépatique. Les personnes co-infectées par le VHC et le VIH et qui reçoivent l'AZT pourraient plutôt passer à un traitement à base de ténofovir (TDF) (121).

Hormones utilisées pour la contraception

Les ARV peuvent soit diminuer soit augmenter la biodisponibilité des hormones stéroïdes dans les contraceptifs hormonaux (122). Des données limitées suggèrent une interaction médicamenteuse possible entre les hormones contraceptifs et de nombreux ARV (plus particulièrement certains inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) et des inhibiteurs de la protéase rehaussés de ritonavir (RTV). Ces interactions peuvent altérer la sécurité et l'efficacité des contraceptifs hormonaux et des ARV. Cependant, les lignes directrices récentes de l'OMS sur la contraception concluent qu'aucune des interactions médicamenteuses entre les ARV actuellement recommandés pour le traitement et pour la PPrE, d'une part, et, d'autre part, des contraceptifs hormonaux n'est assez importante pour prévenir leur utilisation ensemble (122). Si les femmes qui reçoivent un TAR décident d'initier ou de continuer l'utilisation de contraceptifs hormonaux, alors une utilisation régulière du préservatif est recommandée aussi bien pour prévenir la transmission du VIH que pour compenser toute réduction possible de l'efficacité de la contraception hormonale.

Hormones utilisées dans les protocoles de substitution hormonale pour les hommes et femmes transgenres

Il existe peu de données sur les interactions entre les ARV et une variété de médicaments utilisés dans les protocoles de substitution hormonale pour les femmes transgenres, particulièrement avec les anti-androgènes (par exemple, l'acétate de cyprotérone, le flutamide). Il en va de même pour les androgènes (par exemple, la dihydrotestostérone) qui sont généralement utilisés par les hommes transgenres. Actuellement, il n'existe aucune documentation sur les interactions médicamenteuses entre ces médicaments et les ARV. Néanmoins, cette question mérite de faire l'objet de plus de recherches car les hommes et femmes transgenres utilisent souvent divers médicaments combinés et parfois à des doses élevées, avec un potentiel d'interactions médicamenteuses multidirectionnelles. Entre-temps, étant donné que le traitement aux ARV peut entraîner des fluctuations hormonales chez les femmes transgenres qui suivent un traitement d'affirmation de genre, un suivi rigoureux est recommandé. (Voir WHO 2015 Policy Brief: Transgender people and HIV. Geneva, WHO, 2015. <http://www.who.int/hiv/pub/transgender/transgender-hiv-policy/en/>).

En outre, certains ARV peuvent accroître des anomalies métaboliques glycémiques et de lipides associées à des modifications dans les niveaux d'hormones et à l'augmentation du risque d'incident thrombotique et de toxicité traumatique (123). Tous ces risques se trouvent augmentés par la pratique fréquente de l'automédication, qui implique des produits et des doses moins sûrs que ceux généralement prescrits par les travailleurs de la santé. Des recherches plus approfondies dans ces domaines sont indispensables.

Opiacés

L'OMS recommande la méthadone et la buprénorphine pour le traitement de la dépendance aux opiacés (50). La co-administration de l'efavirenz (EFV) réduit la concentration de méthadone, qui pourrait à son tour entraîner l'apparition des symptômes de sevrage et augmenter le risque de rechute dans la consommation d'opiacés. Les personnes qui reçoivent de la méthadone et de l'EFV devraient être suivies de près et celles en phase de sevrage des opiacés pourraient avoir besoin d'adapter leur dose de méthadone (50).

Les données limitées ne suggèrent aucune interaction entre les ARV et les drogues à usage récréatif. Toutefois, il peut y avoir des interactions dangereuses entre les drogues à usage récréatif. Par exemple, l'usage concomitant du nitrite de pentyle concomitant (« poppers ») et du sildénafil est susceptible de causer des complications cardiovasculaires.

Tableau 4.1 Interactions médicamenteuses TAR clés et substitutions suggérées

TAR	Interactions clés	Gestion suggérée
AZT	Ribavirin et peginterferon alfa-2a	Première ligne : Substitute AZT avec TDF Deuxième ligne : Substitute AZT avec la stavudine (d4T)
Boosted PI (ATV/r, DRV/r, LPV/r)	Rifampicin La contraception hormonale à base d'oestrogènes Méthadone et buprenorphine	Substitute rifampicine avec rifabutin ¹ Conseiller utilisation supplémentaire de préservatifs masculin ou féminin Ajuster la dose de la méthadone et buprénorphine, selon le cas
EFV	Méthadone La contraception hormonale à base d'oestrogènes	Ajuster la dose de méthadone au besoin Conseiller l'utilisation supplémentaire de préservatifs masculin ou féminin
Nevirapine (NVP)	Rifampicin La contraception hormonale à base d'oestrogènes	Substitute NVP avec EFV Conseiller l'utilisation supplémentaire de préservatifs masculin ou féminin

Références supplémentaires

- HIV-drug interactions. The University of Liverpool. <http://www.hiv-druginteractions.org/>
Transgender people and HIV. Geneva, WHO, 2015. <http://www.who.int/hiv/pub/transgender/transgender-hiv-policy/en/>.

4.5 Prévention et gestion des co-infections et co-morbidités

Un élément essentiel du traitement et des soins du VIH est la gestion des infections opportunistes comme la tuberculose et l'hépatite virale. Combattre efficacement le VIH nécessite aussi de lutter contre les co-morbidités telles que les infections hématogènes sexuellement transmissibles et les problèmes de santé mentale. Afin de conjuguer les efforts de prévention et de contrôle, il est approprié de rechercher les moyens de combiner la prestation des services de dépistage, du traitement et de la prévention du VIH avec ces co-infections et co-morbidités.

¹ Si la rifabutine n'est pas disponible, seulement LPV / r peut être utilisé, à condition que la dose augmentant de ritonavir est augmentée ou le double de la dose standard de LPV / r est utilisé.

4.5.1 Tuberculose

Contexte et justification

La **tuberculose** est évitable et guérissable, mais représente 1/5 des décès liés au VIH.

Bien qu'elle soit évitable et guérissable, la tuberculose est la principale cause de mortalité liée au VIH, représentant 1/5 des décès liés au VIH. Le risque de contracter la tuberculose est 30 fois plus important chez les personnes vivant avec le VIH que chez les personnes

non infecté (124). En 2012, l'on a relevé environ 1,1 million de cas de tuberculose au sein d'une population mondiale de 35 millions de personnes vivant avec le VIH (124). Indépendamment de leur statut sérologique, les populations clés, en particulier les consommateurs de drogues par injection et les personnes privées de liberté, ont un risque accru de contracter la tuberculose, y compris la tuberculose multirésistante (TBMR) (50, 125, 126, 127, 128). Par ailleurs, des foyers de tuberculose ont été déclarés chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et chez les travailleurs(es) de sexe transgenres (129, 130). Les facteurs de risque et déterminants sociaux généraux qui exposent les populations clés à un risque accru de développement de la tuberculose incluent l'infection à VIH, la pauvreté, la malnutrition, le stress, l'alcoolisme, la consommation de cigarettes, le diabète, la pollution atmosphérique intérieure, la consommation de drogues, l'incarcération, les conditions de vie et de travail précaires (131).

Les prisons jouent un rôle central dans l'alimentation de l'épidémie de la tuberculose et de la TBMR, et la tuberculose serait la principale cause de décès chez les personnes privées de liberté dans les zones à charge élevée de morbidité (132, 133). De même, d'autres lieux de rassemblement qui accueillent fréquemment les personnes vivant avec le VIH et les groupes marginalisés peuvent exposer ces personnes au risque accru d'infection à la tuberculose si les mesures de contrôle appropriées de l'infection à la tuberculose ne sont pas en place. Il s'agit entre autres lieux des maisons closes, des bars, des centres d'accueil, des centres de désintoxication, des installations sanitaires et des refuges (130, 134, 135, 136).

Afin de lutter contre la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, y compris les populations clés, l'OMS recommande un ensemble en 12 points constitué d'activités de collaboration en matière de lutte contre la tuberculose/le VIH. Cet ensemble vise à établir et à renforcer les mécanismes de prestation de services liés à la tuberculose et au VIH, et à réduire non seulement la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, mais aussi la charge virale du VIH chez les personnes atteintes de tuberculose (4, 65, 137, 138, 139).

Les barrières à la prévention et aux soins auxquelles les populations font face devraient être surmontées afin d'assurer un accès à des services intégrés axés sur le client, de préférence au point initial des soins et en vue d'encourager l'adhérence au traitement (65).

Prévention de la tuberculose. La thérapie préventive par l'isoniazide (TPI) et la TAR, administrés ensemble, contribuent à réduire le risque de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH d'au moins 97 % (140). Il a été démontré que l'administration de la TPI uniquement permet de réduire le risque de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH de 68 % (137). Une fois la tuberculose évolutive exclue, les personnes vivant avec le VIH devraient suivre une TPI pendant au moins six (6) mois et recevoir un soutien pour assurer leur adhérence au traitement. De plus, des mesures de contrôle appropriées de la tuberculose et la recherche des contacts sont essentielles dans le cadre de la réduction de la transmission de la tuberculose dans des lieux de rassemblement (50, 125).

Dépistage et diagnostic de la tuberculose. Toutes les personnes vivant avec le VIH devraient être dépistées régulièrement en se conformant à l'algorithme de dépistage des quatre (4) symptômes de la tuberculose – à savoir, la toux chronique, la fièvre, les sueurs nocturnes ou la perte de poids – recommandé par l'OMS, à chaque contact avec un professionnel de la santé (137). Ce dépistage permet de déterminer l'admissibilité pour une TPI en excluant la probabilité

d'une tuberculose évolutive et d'identifier les personnes qui ont besoin d'une évaluation approfondie, d'un diagnostic et d'un traitement pour la tuberculose si nécessaire. L'OMS recommande l'utilisation de Xpert TBM/RIF comme premier test de diagnostic pour toutes les formes de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et chez toute personne suspectée de TBMR (indépendamment de son statut sérologique) (141). Les parties intéressées qui apportent leur soutien aux populations clés peuvent offrir des passerelles pour une détection précoce de la tuberculose et une prévention et un traitement opportuns de la tuberculose et du VIH. Il est par conséquent important que le personnel connaisse les symptômes de la tuberculose.

Traitement de la tuberculose. Le traitement de la tuberculose est constitué d'un régime normalisé d'antibiotiques à prendre pendant six (6) mois au moins, indépendamment du statut sérologique. Il est important de mener le traitement à terme afin de réduire la mortalité et d'éviter le développement et la propagation des souches multirésistantes de la tuberculose. Il est vital d'offrir un environnement favorable, ouvert d'esprit et non discriminatoire qui permet aux membres des populations clés de mener à terme leur traitement, qui fournit des mesures supplémentaires de soutien à l'adhérence au traitement en vue de l'amélioration des résultats du traitement, et qui réduit le risque de transmission continue de la tuberculose (65).

Initiation opportune de la TAR. L'initiation opportune de la TAR réduit de manière considérable le risque de mortalité due à la tuberculose associée au VIH. Étant donné que la tuberculose est l'une des maladies les plus courantes définissant le sida, toutes les personnes atteintes de tuberculose ou susceptibles d'être atteintes de tuberculose devraient recevoir un dépistage et des conseils pour le VIH en priorité pour que les personnes diagnostiquées séropositives puissent commencer la TAR le plus tôt possible, et ce, dans un délai de huit (8) semaines après l'initiation du traitement de la tuberculose, indépendamment du taux de CD4.

Les programmes destinés aux populations clés devraient assurer un accès à des services intégrés axés sur le client, de préférence au point initial des soins, y compris les soins de dépistage, de prévention et de traitement de la tuberculose, et encourager l'adhérence au traitement (65).

Les populations clés devraient avoir le même accès aux services de prévention, de dépistage et de traitement de la tuberculose que les autres populations à risque ou porteuses du VIH (138).

Recommandations et orientations

TOUS LES GROUPES DE POPULATIONS CLÉS

- Le dépistage systématique du VIH devrait être offert à toutes les personnes atteintes de la tuberculose ou susceptibles d'être atteintes de la tuberculose (recommandation stricte, faible qualité de preuves) (138).
- La TAR devrait être initié chez toutes les personnes atteintes du VIH et de la tuberculose évolutive, indépendamment du stade clinique de l'OMS ou du nombre de cellules CD4 (recommandation stricte, faible qualité de preuves) (4).

Remarque supplémentaire

- La TAR devrait être initiée le plus tôt possible, et ce, dans un délai de huit (8) semaines après l'initiation du traitement de la tuberculose (4).
- L'alcoolisme, la consommation de drogues actives et les problèmes de santé mentale ne devraient pas être des motifs pour refuser le traitement de la tuberculose (65).

Recommandations connexes et aspects contextuels pour des groupes de populations clés spécifiques

PERSONNES PRIVÉES DE LIBERTÉ OU DANS ENVIRONNEMENTS CONFINÉE

- Le dépistage systématique de la tuberculose évolutive devrait être envisagé dans les prisons et autres centres fermés (124). Il devrait constituer une priorité dans les zones où la prévalence de la tuberculose est élevée dans la population générale ou dans la population carcérale; dans les zones où le taux d'incarcération est élevé; dans les zones où la prévalence du VIH ou de la TBMR est élevée; ou dans des zones où les conditions de vie sont déplorable.
- Conformément aux normes internationales reconnues de confidentialité médicale et de soins médicaux, les examens médicaux, y compris le dépistage de la tuberculose, au moment de l'admission et à tout autre moment par la suite, devraient être effectués pour tous les personnes privées de liberté (65).
- Les personnes privées de liberté devraient avoir accès aux soins équivalents à ceux fournis à la population générale (65).
- Étant donné le risque élevé de transmission de la tuberculose et les taux élevés de comorbidité VIH-tuberculose dans les centres fermés, toutes les prisons devraient entreprendre un dépistage intensifié, fournir une thérapie préventive à l'isoniazide à toutes les personnes vivant avec le VIH et introduire des mesures de contrôle efficaces de la tuberculose (65).
- L'amélioration des conditions de vie en limitant le nombre de personnes privées de liberté par cellule et en fournissant une ventilation suffisante et une quantité suffisante d'aliments nutritifs est essentielle à la prévention de la tuberculose dans les prisons (65).
- Les personnes en prison et autres centres fermés atteintes ou suspectées d'être atteintes de tuberculose devraient être séparées (dans un cadre clinique) des autres personnes jusqu'à ce qu'elles soient traitées de manière appropriée et qu'elles ne présentent plus aucun signe d'infection (65).
- Les activités éducatives destinées à toutes les personnes privées de liberté devraient couvrir l'étiquette de la toux et l'hygiène respiratoire (11).
- La continuité du traitement de la tuberculose dans les prisons et autres centres fermés est essentielle à la prévention du développement de la résistance et doit être assurée à toutes les étapes de la détention, notamment lors d'un transfert d'une prison à une autre, et suite à la libération. Ceci nécessite une collaboration étroite entre les services de santé qui fournissent des soins à la population générale et ceux qui fournissent des soins aux détenus, personnes privées de liberté et autres (11).

CONSOMMATEURS DE DROGUES PAR INJECTION

- Les personnes atteintes de tuberculose qui consomment des drogues par injection devraient avoir un accès équitable au traitement de la tuberculose (50).
- La co-morbidité, y compris l'hépatite virale, ne devrait pas être une contre-indication au traitement de la tuberculose chez les consommateurs de drogues par injection et devrait être gérée de façon appropriée (65).
- Pour les patients atteints de la tuberculose, la TSO devrait être administrée parallèlement avec le traitement médical; il n'est pas nécessaire d'attendre le sevrage des opiacés pour commencer le traitement à base soit de médicaments anti-tuberculeux, soit de médicaments antirétroviraux (50).
- La rifampicine, l'un des médicaments de première ligne utilisés pour traiter la tuberculose, peut réduire de manière considérable la concentration et l'effet de la méthadone et de la buprénorphine, entraînant ainsi le sevrage des opiacés (142, 143, 144). Voir Section 4.4.3.

TRAVAILLEURS(SES) DE SEXE

Les programmes cliniques ou les services communautaires de sensibilisation destinés aux travailleurs(SES) de sexe peuvent inclure le dépistage de la tuberculose et peuvent apporter leur soutien aux travailleurs(SES) de sexe tout au long du cycle des soins, allant de la prévention au diagnostic et au traitement de la tuberculose. Ils peuvent apprendre aux travailleurs(SES) de sexe à reconnaître les symptômes de la tuberculose et à comprendre son mode de transmission, ainsi qu'à apprécier l'importance du contrôle de l'infection et de l'étiquette de la toux. Ils peuvent aussi informer leurs clients des établissements de santé à proximité pour le diagnostic et le traitement de la tuberculose (71).

Considérations de mise en œuvre

Collaboration. Les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH, les services sociaux, les services de traitement de la dépendance aux drogues et les services de santé carcéraux devraient collaborer sur les références et les services destinés aux membres des populations clés afin d'assurer un accès aux services de prévention, de traitement et de soins de la tuberculose et du VIH sur une approche globale et centrée sur la personne – dans un même cadre si possible – qui maximise l'accès et l'adhérence à ces services (65).

Formation. Les professionnels de la santé (y compris les personnes issues des communautés qui apportent leur soutien en matière de traitement et de prophylaxie) qui offrent leurs services aux populations clés ont besoin d'une formation spécifique pour fournir les soins de la tuberculose et du VIH de qualité aux membres des populations clés. Le personnel, y compris le personnel de prison, devrait également savoir se protéger de toute exposition au VIH et à la tuberculose en milieu professionnel (65).

Contrôle de la tuberculose. Chaque établissement de santé et chaque lieu de rassemblement devraient avoir un plan de contrôle de la tuberculose (de préférence inclus dans le plan général de contrôle des infections), soutenu par toutes les parties intéressées. Ce plan devrait inclure des mesures de protection administrative, environnementale et personnelle qui visent la réduction de la transmission de la tuberculose et la surveillance de la tuberculose chez les travailleurs (65).

Services traditionnels de traitement de la tuberculose. Ces services devraient être accessibles et répondre aux besoins des populations clés (65).

Références supplémentaires

- WHO, UNODC, UNAIDS. Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users – an integrated approach. Geneva, WHO, 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596930_eng.pdf
- Integrating collaborative TB and HIV services within a comprehensive package of care for people who inject drugs. Consolidated guidelines. Geneva, WHO, 2016. http://www.who.int/tb/publications/integrating-collaborative-tb-and-hiv_services_for_pwid/en/
- WHO policy on collaborative TB/HIV activities: guidelines for national programmes and other stakeholders. Geneva, WHO, 2012. http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503006_eng.pdf
- Guidelines for intensified tuberculosis case finding and isoniazid preventive therapy for people living with HIV in resource-constrained settings. Geneva, WHO, 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241500708_eng.pdf

4.5.2 Hépatite virale

Contexte et justification

L'**approche globale** visant à lutter contre l'hépatite virale chez les populations clés inclut la prévention, le dépistage, le vaccin, le traitement et les soins de l'hépatite B.

L'hépatite virale B et C affecte de manière disproportionnée les populations clés, du fait de la transmission sexuelle et du partage des aiguilles, des seringues et du matériel d'injection auxiliaire. Il est estimé que, en général, 240 millions de personnes présentent une infection chronique au VHB et plus de 185 millions de personnes au VHC^{1,2}. Les consommateurs de drogues par injection

représentent environ 1,1 million des personnes atteintes du VHB et 10 millions de celles atteintes du VHC (145).

À l'échelle mondiale, sur un total de 35 millions de personnes vivant avec le VIH, l'hépatite virale B chronique affecte environ 5–20% de ces personnes et l'hépatite virale C environ 5–15%. La charge de la co-infection est plus importante dans les pays à faible et moyen revenu, plus particulièrement en Asie du sud-est, et, pour l'hépatite B, en Afrique subsaharienne. Parmi les personnes vivant avec le VIH qui sont co-infectées par l'hépatite B ou C, la maladie du foie progresse plus rapidement et la mortalité est plus importante que chez les personnes séronégatives atteintes de l'hépatite B ou C.

Les taux de séroprévalence du VHC dans les prisons sont plus élevés que les taux d'infection à VIH et, dans de nombreux pays, il existe un lien étroit entre une infection à VHC et une incarcération (146, 147, 148, 149, 150).

L'approche globale visant à lutter contre l'hépatite virale chez les populations clés inclut la prévention, le dépistage, le vaccin, le traitement et les soins de l'hépatite B chez les personnes co-infectées par le VIH et le VHB et/ou le VHC. (4).

Prévention de l'hépatite B et C

Les principaux moyens de transmission de l'hépatite virale incluent les injections médicales avec du matériel non stérilisé ou autres procédures similaires, les transfusions de sang contaminé, les rapports sexuels non protégés et les pratiques d'injection à risque (39, 61, 149, 151, 152, 153). Le VHC est rarement transmis par des rapports hétérosexuels. Au cours de la dernière décennie, pourtant, plusieurs foyers d'infection à VHC transmise sexuellement auraient été déclarés chez les hommes séropositifs ayant des rapports sexuels avec des hommes. De même, la transmission du VHC chez les hommes séronégatifs ayant des rapports sexuels avec des hommes et les comportements comparables liés à la drogue ont également été rapportés (154).

En raison des modes de transmission de l'hépatite virale qui se confondent à ceux du VIH, de nombreuses interventions qui préviennent le VIH préviennent également le VHB et le VHC. On peut citer par exemple l'utilisation correcte et systématique du préservatif, les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues, la TSO et les pratiques de tatouage propres.

¹ Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection. Geneva, WHO, 2011

² Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection. Geneva, WHO, 2014

Vaccin contre l'hépatite B

Le vaccin contre le VHB est sûr, efficace et assez abordable. La majorité des pays ont des programmes de vaccination contre le VHB ciblés et à l'échelle de la population, incluant la vaccination infantile, de rattrapage et des groupes à risques. Les groupes à risque incluent les consommateurs de drogues par injection, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les partenaires sexuels des personnes vivant avec le VIH, les personnes privées de liberté et autres, tels que les receveurs de produits sanguins et les professionnels de la santé. En 2012, 181 pays avaient intégré le vaccin contre le VHB dans leurs programmes nationaux de vaccination infantile (155). Un taux estimatif de 79 % de la cohorte de naissance de 2012 dans le monde recevait trois (3) doses du vaccin contre le VHB (156). L'implication des programmes de vaccination nationale contre le VHB est que le vaccin contre le VHB des groupes à risque élevé deviendra moins important au fil du temps car de plus en plus de personnes seront immunisées dès l'enfance et donc protégées (39).

Il n'existe actuellement aucun vaccin contre le VHC. Par conséquent, il y a un besoin encore plus grand d'intensifier les efforts actuels pour prévenir la transmission du VHC chez les populations clés (39).

Traitement de l'hépatite B et C

Il est important de gérer la co-infection par le VHB et/ou la VHC de manière appropriée. La co-infection par le VIH et le VHC accélère la progression liée au VHC de la fibrose hépatique et entraîne un taux plus élevé de maladie hépatique en phase terminale et de mortalité (121, 151, 157).

Les populations clés devraient avoir le même accès aux services de prévention, de dépistage et de traitement de l'hépatite B et C que les autres populations à risque ou porteuses du VIH.

Recommandations et orientations

TOUTES LES POPULATIONS CLÉS

Hépatite B

- Les stratégies de vaccination de rattrapage contre l'hépatite B devraient être instaurées dans les circonstances où la vaccination infantile n'est pas parvenue à une couverture totale (3, 10, 32).
- Les membres des populations clés co-infectés par le VIH et le VHB avec manifestation d'une hépatopathie chronique grave devraient recevoir un TAR à base de ténofovir (TDF) et de lamivudine (3TC) (ou emtricitabine (FTC)) indépendamment du nombre de CD4 ou du stade clinique de l'OMS (recommandation stricte, faible qualité de preuves) (4).¹

Hépatite C

- Le test sérologique du VHC devrait être offert aux membres des populations à forte prévalence du VHC ou qui ont des antécédents d'exposition/de comportement à risque d'infection au VHC (recommandation stricte, qualité moyenne des preuves) (158).
- Une appréciation de la consommation d'alcool est recommandée pour toutes les personnes atteintes de l'hépatite C, suivie d'une intervention pour la réduction de la consommation de l'alcool pour les personnes ayant une consommation allant de modérée à élevée (recommandation stricte, qualité moyenne des preuves) (158).
- L'évaluation de l'administration d'agents antiviraux à tous les adultes et enfants atteints d'une hépatite C chronique est recommandée, notamment pour les consommateurs de drogues par injection (recommandation stricte, qualité moyenne des preuves) (158).
- En outre, un certain nombre de recommandations sur le diagnostic et le traitement à base d'agents antiviraux pour l'hépatite C est disponible (158).

Remarques supplémentaires

- Nouvelles OMS lignes directrices cliniques sur le traitement de l'hépatite B et des stratégies de dépistage de l'hépatite B et C sont disponibles en 2014 et 2015.
- Les lignes directrices de l'OMS relatives à l'hépatite C offrent des directives détaillées sur le traitement et les soins (158).
- Il est difficile de diagnostiquer et de traiter une hépatite C évolutive au sein de certains groupes de populations, tels que les consommateurs de drogues par injection, plus particulièrement dans des contextes où l'accès aux anticorps du VHC, les outils de diagnostic du stade de la maladie sont limités. Les personnes recevant la TAR et les médicaments contre l'hépatite C nécessitent un suivi attentif pour éviter toute éventuelle interaction médicamenteuse (158, 159).

NOUVEAU

¹ Il existe très peu de preuves ou un profil avantage-risque favorable pour soutenir l'initiation de la TAR chez toutes les personnes co-infectées par le VIH et l'hépatite B ayant un nombre de CD4 > 500 cellules/mm³ ou indépendamment du nombre de cellules CD4 ou du stade clinique de l'OMS. L'initiation de la TAR indépendamment du nombre de CD4 est, par conséquent, recommandée uniquement pour les personnes présentant des manifestations d'hépatopathie chronique grave, qui sont celles les plus exposées au risque de progression et de mortalité due à l'hépatopathie. Pour les personnes ne présentant aucune manifestation d'hépatopathie chronique grave, l'initiation de la TAR doit suivre les mêmes principes et recommandations que pour les autres adultes

Recommandations connexes et aspects contextuels pour des groupes de populations clés spécifiques

PERSONNES EN PRISON ET AUTRES CENTRES FERMÉS

- Il est important que les prisons offrent des vaccins contre l'hépatite B (50, 60).
- Il est important d'offrir un dépistage, un traitement et des soins volontaires pour l'hépatite B et C aux personnes vivant avec le VIH immédiatement après leur entrée en prison, avec une évaluation du traitement et de la fourniture de celui-ci conformément aux recommandations actuelles de l'OMS. Des mesures de réduction des préjudices devraient être offertes aux personnes privées de liberté.

CONSOMMATEURS DE DROGUES PAR INJECTION

Outre le programme complet de réduction des préjudices constitué de neuf (9) interventions destinées aux consommateurs de drogues par injection (8), qui inclut principalement les PAS et la TSO, les recommandations spécifiques sont les suivantes :

- Offrir un régime de vaccination rapide contre l'hépatite B aux consommateurs de drogues par injection (39);
- Les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues neuves (39);
- Offrir des interventions paires pour réduire la transmission de l'hépatite virale chez les consommateurs de drogues par injection (39).

Il est également important de prendre en considération les points suivants :

- Une dose supérieure de vaccin contre l'hépatite B devrait être utilisée avec le programme rapide.¹
- Lorsque le programme de vaccination rapide n'est pas disponible, le régime standard devrait être offert.
- Pour les programmes rapides et standards, l'administration de la première dose est la priorité.
- Afin de réduire la transmission de l'hépatite virale, les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues devraient offrir tous types de seringues et autre matériel utilisés pour la préparation des drogues injectables, notamment les cuiseurs, les fioles d'eau stérilisée, les tiges d'alcool, les filtres et garrots, selon les besoins locaux.

Considérations de mise en œuvre

Occasions manquées. Les occasions de vaccination aux consommateurs de drogues par injection peuvent être manquées en raison de leur accès limité au vaccin ou de la réticence de ces personnes à être vaccinées (160). Le fait d'encourager les consommateurs de drogues par injection et de leur offrir un accès convenable peut augmenter le taux de réception et d'achèvement du programme de vaccination contre l'hépatite B (87, 152). Il est judicieux de noter que même l'immunisation partielle confère une certaine immunoprotection (89). La décision d'encourager à la vaccination dépend de l'acceptabilité et des ressources locales (161).

¹ Le programme de vaccination standard pour les enfants et les adultes non vaccinés est de 0, 1 et 6 mois alors que le programme rapide est de 1, 7 et 21 jours (39).

Immunosuppression. Les personnes vivant avec une infection à VIH mal traitée ou une hépatite C chronique peuvent avoir un système immunitaire déficient. Par conséquent, ces personnes peuvent bénéficier davantage des programmes de vaccination standard contre l'hépatite B que du programme rapide (39).

Références supplémentaires

- Hepatitis B, Fact sheet N° 204. Geneva, WHO, 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>
- Hepatitis C, Fact sheet N° 164. Geneva, WHO, 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/>
- Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection. Geneva, WHO, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/111747/1/9789241548755_eng.pdf
- Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection. Geneva, WHO, 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/154590/1/9789241549059_eng.pdf
- Guidance on prévention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs. Geneva, WHO, 2012. http://www.who.int/iris/bitstream/10665/75357/1/9789241504041_eng.pdf

4.5.3 Santé mentale

Contexte et justification

Les personnes vivant avec le VIH – y compris les membres des populations clés –, leurs familles et leurs soignants devraient avoir une palette de besoins de santé mentale. Les co-morbidités communes liées à la santé mentale incluent la dépression et l'anxiété. La démence et autres troubles cognitifs sont également associés à l'infection à VIH à long terme. Les centres de soins liés au VIH peuvent servir de plateforme pour la détection et la gestion des problèmes de santé mentale chez les personnes vivant avec le VIH, y compris les problèmes de santé mentale préexistants.

Les membres des populations clés peuvent faire face à la double charge des problèmes de santé mentale associés à l'infection à VIH et des questions de marginalisation, discrimination et stigmatisation.

En plus du fait d'être affectées de manière disproportionnée par la charge virale du VIH, les populations clés font face à des taux élevés de dépression, d'anxiété, de tabagisme, de consommation nuisible d'alcool et d'alcoolisme, de

consommation d'autres substances et de suicide à la suite d'un stress chronique, d'un isolement social, d'une violence et d'une déconnexion de divers services de soutien et de santé (3).

Les études laissent supposer que les problèmes de santé mentale chez les personnes vivant avec le VIH peuvent interférer avec l'initiation du traitement et l'adhérence à celui-ci et entraîner de faibles résultats du traitement (162). La présence de co-morbidités liées à la santé mentale peut affecter l'adhérence au TAR, du fait de l'oubli ou du manque d'organisation, du manque de motivation ou de compréhension des plans de traitement. Le soutien psychosocial, les conseils, les médicaments appropriés et les interventions telles que la gestion des cas permettent d'améliorer l'adhérence au TAR et la poursuite des soins (4). Le guide d'intervention du Programme d'action Comblent les lacunes en santé mentale (mhGAP) de l'OMS pour les problèmes mentaux, neurologiques et ceux liés à la consommation de certaines substances dans des centres

de santé non spécialisés, fournit des recommandations relatives aux soins de santé mentale en général qui peuvent s'appliquer aux personnes vivant avec le VIH, y compris les membres des populations clés (4, 46).

ADOLESCENTS DES POPULATIONS CLÉS. La co-morbidité liée à la santé mentale chez les adolescents est une préoccupation particulière. Le suicide est l'une des principales causes de décès chez les adolescents dans le monde; les troubles dépressifs unipolaires et les actes autodestructeurs sont des causes majeures du nombre d'années corrigées de l'incapacité (DALY) perdue entre 10 et 19 ans (163). Les adolescents des populations clés sont confrontés à un isolement social, à un harcèlement et à une discrimination, qui peuvent influencer leur vulnérabilité à la co-morbidité liée à la santé mentale, à la détresse émotionnelle et à l'auto stigmatisation.

Recommandations et orientations

TOUS LES GROUPES DE POPULATIONS CLÉS

Un dépistage systématique et une gestion des troubles mentaux (plus particulièrement la dépression et le stress psychosocial) devraient être fournis aux membres des populations clés vivant avec le VIH afin d'optimiser les résultats médicaux et d'améliorer l'adhérence au TAR. La gestion peut aller du co-conseil pour le VIH et la dépression aux thérapies médicales appropriées (4).

Recommandations connexes et aspects contextuels pour des groupes de populations clés spécifiques

ADOLESCENTS DES POPULATIONS CLÉS

Les groupes d'entraide et les espaces sûrs permettent d'améliorer l'estime de soi et d'aborder le problème de l'auto stigmatisation. Par ailleurs, la consultation individuelle et familiale peut aborder la question de la co-morbidité liée à la santé mentale chez les adolescents. L'implication des parents ou tuteurs peut s'avérer bénéfique, particulièrement pour ceux qui nécessitent un traitement et des soins continus. Il est toutefois crucial d'obtenir la permission des adolescents avant de contacter leurs parents ou soignants (86).

Considérations de mise en œuvre

Les **services complets et intégrés** offrent l'opportunité d'une prévention, de soins et d'un traitement centrés sur le patient pour de multiples troubles mentaux et émotionnels qui affectent les populations clés. En outre, les services intégrés améliorent la probabilité d'une meilleure communication chez les populations clés et, par conséquent, de meilleurs soins par les différents prestataires de services qui travaillent avec les populations clés (39).

Références supplémentaires

- mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in nonspecialized health settings. Geneva, WHO, 2011. http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/

4.6 Soins généraux

4.6.1 Nutrition

Contexte et justification

La **collaboration** entre les programmes relatifs au VIH et les programmes nationaux existants pour un appui nutritionnel est nécessaire et réalisable.

Les faibles apports en énergie, associés à un accroissement de la demande en énergie en raison de l'infection à VIH et des infections ou maladies liées, entraînent généralement une perte de poids et un état débilitant liés au VIH. En outre, une modification du métabolisme, un manque d'appétit et des troubles diarrhéiques peuvent causer une atténuation de

l'apport alimentaire et la réduction de l'absorption de nutriments et, par conséquent, contribuer à la perte de nutriments (164). Ces effets peuvent être aggravés dans des contextes de faible revenu et d'insécurité alimentaire, tels que vécus par de nombreuses populations clés. Réciproquement, un déficit nutritionnel peut hâter la progression du VIH ; un faible indice de masse corporelle (IMC) chez les adultes (IMC inférieur à 18,5 kg/m²) est un facteur de risque indépendant pour la progression du VIH et la mortalité y liée (4).

La collaboration entre les programmes relatifs au VIH et les programmes nationaux existants pour un appui nutritionnel est nécessaire et réalisable pour optimiser les résultats médicaux dans des contextes d'insécurité alimentaire. Il faudrait envisager de fournir un apport nutritionnel aux membres des populations clés vivant avec le VIH dans des contextes d'insécurité alimentaire (4). La TAR, conjointement avec un apport nutritionnel, est susceptible d'accélérer le recouvrement.

L'OMS élabore actuellement des recommandations pour des soins et un apport nutritionnels destinés aux adolescents et aux adultes vivant avec le VIH.

NOUVEAU

Recommandations connexes et aspects contextuels pour des groupes de populations clés spécifiques

PERSONNES EN PRISON ET AUTRES CENTRES FERMÉS

Une alimentation déséquilibrée constitue un problème majeur pour de nombreuses personnes privées de liberté vivant avec le VIH ou la tuberculose, compromet les résultats cliniques et l'adhérence au traitement. La protection et la promotion de la santé des personnes en prison et autres centres fermés devraient inclure la distribution d'une alimentation équilibrée, avec notamment l'accès à l'eau potable et aux suppléments nutritionnels (11).

4.6.2 Interventions en matière de santé sexuelle et génésique

Les **prestataires de soins de santé** font souvent abstraction de la santé sexuelle et génésique des personnes vivant avec le VIH.

Les membres des populations clés, indépendamment de leur statut sérologique, ont droit à une vie sexuelle épanouie et devraient avoir accès à une gamme d'options de procréation. Les femmes des populations clés devraient jouir des mêmes droits à une santé génésique que les autres femmes ; il est important qu'elles aient accès à un planning familial et à d'autres services liés à la santé génésique, notamment la prévention, le dépistage et

le traitement de procréation tract cancer (32). Pour de nombreuses femmes, leurs principales préoccupations ne concernent pas uniquement le VIH et les IST, mais aussi les affections liées à

la santé génésique. Cependant, les prestataires de soins de santé font souvent abstraction de la santé sexuelle et génésique des personnes vivant avec le VIH.

4.6.2.1 Prévention, dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles

Contexte et justification

En général, les IST sont une cause majeure de maladies aiguës, d'infécondité, d'invalidité de longue durée et de décès. Plusieurs IST facilitent la transmission sexuelle de l'infection à VIH (165).

Chez les hommes et les femmes, les IST, plus particulièrement celles qui impliquent une ulcération génitale, augmentent le risque d'infection à VIH. Par ailleurs, les IST aiguës constituent un important marqueur pour le comportement sexuel à risque et le risque de transmission du VIH. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs(se)s de sexe et les personnes transgenres sont souvent exposés au risque des IST.

Ainsi, il est important d'offrir une gestion clinique des IST aux membres des populations clés atteints d'une IST, conformément aux lignes directrices existantes de l'OMS (138). En l'absence d'examen clinique, une gestion syndromique peut être effectuée. Les examens et le traitement devraient toujours être volontaires et sans coercition. Certes, la majorité des cas d'IST est asymptomatique, en particulier chez les femmes ; toutefois, les programmes de dépistage des IST devraient être accessibles aux groupes de populations clés.

NOUVEAU Une mise à jour complète des lignes directrices de l'OMS relatives aux IST a été élaborée en 2016.

Le dépistage, le diagnostic et le traitement des IST devraient être offerts de façon systématique dans le cadre de la prévention et des soins généraux du VIH pour les populations clés (4).

Recommandations et orientations

TOUS LES GROUPES DE POPULATIONS CLÉS

- Le dépistage, le diagnostic et le traitement des IST sont des éléments essentiels de la riposte globale au VIH ; la riposte comprend les services destinés aux populations clés (4). La gestion des IST devrait être en accord avec les lignes directrices existantes de l'OMS et adaptée au contexte national (166). De plus, celle-ci devrait être confidentielle et sans coercition, et les patients doivent donner leur consentement éclairé pour le traitement (32, 166).
- Il est recommandé de procéder à un dépistage systématique des membres des populations clés pour toute IST asymptomatique (recommandation conditionnelle, faible qualité de preuves) (4, 10).
- En l'absence d'examen clinique, les personnes qui présentent des symptômes devraient être gérées de façon syndromique conformément aux lignes directrices nationales relatives à la gestion des IST (166).

Recommandations connexes et aspects contextuels pour des groupes de populations clés spécifiques

CONSOMMATEURS DE DROGUES PAR INJECTION

Les prestataires de soins devraient rester vigilants pour offrir des services de contrôle et de gestion des IST aux consommateurs de drogues par injection. Les consommateurs de drogues par injection peuvent également s'impliquer dans le commerce du sexe et les hommes qui consomment des drogues par injection peuvent avoir des rapports sexuels avec des hommes, et ainsi s'exposer à des risques d'IST plus importants (153, 167).

TRAVAILLEURS(S) DE SEXE

- Nous proposons l'offre d'un traitement périodique présomptif (TPP) pour les IST asymptomatiques chez les travailleurs(ses) de sexe dans des cadres ayant un taux de prévalence élevé et des services cliniques limités (recommandation conditionnelle, qualité moyenne à élevée de preuves).
- Le TPP devrait être mis en œuvre uniquement sous forme de mesure à court-terme gratuite, volontaire et confidentielle dans le cadre de services généraux liés à la santé sexuelle et tant que les services liés au VIH/aux IST et pendant que les services liés au VIH/aux IST sont mis en place dans des zones où le taux de prévalence des IST est élevé (par exemple, >15% prévalence de l'infection par *N. gonorrhée* et/ou *C. trachomatis* (10).

PERSONNES TRANSGENRES

Les prestataires de soins devraient être sensibles aux besoins de santé spécifiques des personnes transgenres et informés de ceux-ci. En particulier, les examens génitaux et le prélèvement des échantillons peuvent être gênants ou contrariants, que la personne concernée ait eu recours ou non à une chirurgie reconstructive de son organe génital (32).

Considérations de mise en œuvre

Les **stratégies possibles** visant à augmenter les taux de dépistage et de traitement des IST incluent les points suivants (3):

- Les services classiques de traitement des IST devraient être accessibles aux populations clés et répondre à leurs besoins.
- Dans des contextes où les populations clés sont largement marginalisées, les services spécifiques et ciblés devraient être pris en compte, y compris la sensibilisation et les services de soutien.
- Des modèles d'orientation active devraient être établis et des programmes de dépistage et de contrôle devraient être intégrés aux autres services utilisés par les populations clés.
- Les services de diagnostic et de traitement des IST devraient être liés aux services VIH par les populations clés.

Les **prisons et autres centres fermés** devraient fournir un contrôle des IST et un traitement conséquent. Ces services devraient être volontaires et confidentiels, et garantir le consentement éclairé du patient. Si des soins appropriés ne peuvent pas être fournis en prison, les détenus devraient être en mesure d'obtenir des services de soins au sein de la communauté (11).

Références supplémentaires

- Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Geneva, WHO, 2004. <http://www.who.int/hiv/pub/sti/pub6/en/>
- Training modules for the syndromic management of sexually transmitted infections. Geneva, WHO, 2007. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241593407/en/index.html>
- WHO, UNFPA, UNAIDS, NSWP, World Bank. Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions. Geneva, WHO, 2013. http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/
- UNFPA, MSMGF, UNDP, WHO, USAID, PEPFAR, World Bank. Implementing Comprehensive HIV and STI programmes with men who have sex with men. Practical guidance for collaborative interventions. <http://aidsetc.org/resource/implementing-comprehensive-hiv-and-sti-programmes-men-who-have-sex-men-practical-guidance>

4.6.2.2 Services de contraception

Contexte et justification

Il est important que les prestataires de soins recommandent vivement la double protection.

La contraception est un service souvent négligé par les populations clés (32). Il est important que les prestataires de soins recommandent vivement la double protection à toutes les personnes qui courent un risque élevé d'infection à VIH – soit par l'utilisation simultanée du préservatif et d'autres méthodes de contraception, soit par l'utilisation correcte et systématique du préservatif seul (122).

Une mise à jour complète des lignes directrices de l'OMS relatives à la contraception est en cours et prévue pour fin 2015.

Les membres des populations clés, indépendamment de leur statut sérologique, ont droit à une vie sexuelle épanouie et devraient avoir accès à une gamme d'options de procréation (32, 122).

Recommandations et orientations

TOUS LES GROUPES DE POPULATIONS CLÉS

Il est important que les services de contraception soient gratuits, volontaires et sans coercition pour tous les membres des populations clés.

Recommandations connexes et aspects contextuels pour des groupes de populations clés spécifiques

PERSONNES EN PRISON ET AUTRES CENTRES FERMÉS

Il est important que les services de santé dans les prisons offrent des contraceptifs aux femmes dans les centres fermés (9, 169, 170, 171, 172).

CONSOMMATEURS DE DROGUES PAR INJECTION

Il est important que les prestataires de services en contact avec les consommatrices de drogues leur offrent des contraceptifs, y compris des contraceptifs hormonaux, dans le cadre de l'ensemble de soins standard.

TRAVAILLEURS(S) DE SEXE

Il devrait être vivement conseillé aux femmes les plus exposées au risque d'infection à VIH, y compris les travailleurs(es) de sexe, qui initient ou utilisent des contraceptifs hormonaux d'utiliser des préservatifs, masculins ou féminins, et d'autres moyens de prévention en raison des preuves, bien que non concluantes, d'une possible croissance du risque d'infection à VIH chez les femmes qui utilisent des contraceptifs injectables à base de progestérone uniquement (4, 168).

Remarque supplémentaire

Les travailleurs(es) de sexe devraient recevoir des conseils en matière de contraception afin d'explorer l'intention de grossesse et d'offrir une gamme d'options de contraception, y compris la double protection.

PERSONNES TRANSGENRES

- Il est important de conseiller les **femmes transgenres** qui utilisent des pilules de contraception pour la féminisation sur les risques plus élevés d'incidents thrombotiques avec de l'éthinylœstradiol qu'avec du 17-beta estradiol.
- Il faudrait également envisager d'offrir aux **hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes** des options de contraception appropriées qui n'entraînent pas une féminisation systématique non désirée.

ADOLESCENTS DES POPULATIONS CLÉS

- Afin de répondre aux besoins en matière d'éducation et de services des adolescents, il est recommandé que des services de santé sexuelle et génésique, notamment les services et informations sur la contraception, soient offerts aux adolescents sans autorisation/ notification des parents et des tuteurs (173).
- Afin d'agir dans le meilleur intérêt des adolescents, les services de santé devront hiérarchiser leurs besoins en santé immédiats, tout en étant attentifs aux signes de vulnérabilité, d'abus et d'exploitation. Une référence appropriée et confidentielle, à la demande de l'adolescent, peut établir un lien avec d'autres services et secteurs pour un soutien (73).

Références supplémentaires

- Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations. Geneva, WHO, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748_eng.pdf
- Medical eligibility criteria for contraceptive use: fourth edition. Geneva, WHO, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf. Mise à jour en cours, prochaine édition en 2015.

4.6.2.3 Avortement et soins après avortement sûr

Les lois sur et les services liés à l'avortement devraient protéger la santé et les droits humains de toutes les femmes, y compris celles des populations clés.

Recommandations connexes et aspects contextuels pour des groupes de populations clés spécifiques

TOUTES LES FEMMES DES POPULATIONS CLÉS

- Dans les zones où l'avortement est légal, il est important d'établir des liens avec les services d'avortement sûr.
- Dans les zones où l'avortement est illégal, un avortement non médicalisé peut être généralisé et présenter de sérieux risques pour la santé. Les femmes des populations clés devraient être informées de ces risques (174).
- L'accès aux soins appropriés après avortement est essentiel pour réduire la morbidité et la mortalité.

ADOLESCENTS DES POPULATIONS CLÉS

Les adolescentes peuvent être réticentes à l'idée d'utiliser les services de santé s'ils pensent avoir à obtenir la permission de leurs parents ou tuteurs ; ceci peut augmenter les probabilités d'un avortement non médicalisé (174).

Considération de mise en œuvre

Services d'avortement sûr. Dans la mesure autorisée par la loi, les services d'avortement sûr devraient être facilement disponibles et abordables pour tous. En d'autres termes, les services devraient être disponibles au niveau des soins primaires, avec des systèmes d'orientation en place pour tous les niveaux de soins supérieurs requis.

Références supplémentaires

- Safe abortion : technical and policy guidance for health systems. Geneva, WHO 2012 http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/

4.6.2.4 Dépistage et traitement du cancer du col de l'utérus

Le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus sont réalisés pour détecter le cancer du col de l'utérus ou les changements cervicaux annonciateurs d'un cancer du col de l'utérus et le traiter de façon appropriée. Les femmes vivant avec le VIH sont plus exposées à l'infection par le papillomavirus humain (HPV) et les tumeurs liées au HPV, y compris la néoplasie intra-épithéliale du col utérin phase 2 ou 3 (CIN2/3) et le carcinome invasif du col (175). La prévalence du HPV et du CIN augmenterait avec la croissance de l'immunosuppression (176, 177).

Il est important d'offrir un dépistage du cancer du col de l'utérus à toutes les femmes des populations clés, et aux hommes transgenres le cas échéant, comme indiqué dans les lignes directrices de l'OMS relatives au cancer du col de l'utérus (2013) (178).

Recommandations connexes et aspects contextuels pour des groupes de populations clés spécifiques

TOUTES LES FEMMES DES POPULATIONS CLÉS

Il est important, dans les zones ayant des taux élevés d'infection à VIH endémique, d'offrir un dépistage du cancer du col de l'utérus aux filles et femmes sexuellement actives le plus tôt possible après confirmation de leur séropositivité (178).

PERSONNES TRANSGENRES

Les considérations spécifiques suivantes sont nécessaires pour les hommes transgenres (178):

- Les hommes transgenres qui gardent leur sexe féminin manquent souvent le dépistage du cancer du col de l'utérus et d'autres services de santé sexuelle, car ils n'ont pas recours ou sont exclus de ces services. Par conséquent, ils font face à un risque accru de maladie ovarienne, utérine et cervicale.
- Suite à une hystérectomie totale, en cas d'antécédent de dysplasie cervicale de haut grade et/ou de cancer du col de l'utérus, un test de Papanicolaou de la voûte vaginale peut être réalisé sur une base annuelle jusqu'à ce que trois (3) tests normaux soient documentés. À partir de ce moment, le test pourra être réalisé tous les deux (2) à trois (3) ans.
- Suite à une ablation des ovaires, alors que l'utérus et le col utérin sont intacts, les lignes directrices de l'OMS relatives au dépistage du cancer du col de l'utérus pour les accouchées peuvent être suivies. Toutefois, ceci peut être retardé s'il n'y a aucun antécédent de problème génital. Il est important d'informer le médecin pathologiste de l'utilisation courante ou antérieure de la testostérone, car une atrophie cervicale peut traduire une dysplasie.

ADOLESCENTS DES POPULATIONS CLÉS

- Le vaccin anti-HPV ne remplace pas le dépistage du cancer du col de l'utérus. Dans les pays où le vaccin anti-HPV est introduit, les programmes de dépistage devraient être élaborés ou renforcés (179).
- Le groupe cible recommandé par l'OMS pour le vaccin anti-HPV est constitué de filles âgées de 9 à 13 ans qui ne sont pas sexuellement actives, y compris celles vivant avec le VIH

4.6.2.5 Dépistage du cancer de l'anus

Les personnes vivant avec le VIH ont au moins 20 fois plus de chances de souffrir du cancer de l'anus que les personnes non infectées (180). Comme le cancer du col de l'utérus, le cancer de l'anus est associé au HPV. Le dépistage peut être réalisé pour le cancer de l'anus et ses précurseurs, notamment les lésions malpighiennes intraépithéliales anales de haut grade (HSIL), plus particulièrement pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres et les autres membres des populations clés plus susceptibles de pratiquer la pénétration anale.

Références supplémentaires

- WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. Geneva, WHO, 2013. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

4.6.2.6 Conception et grossesse

Il est important que toutes les femmes des populations clés aient le même soutien et le même accès aux services liés aux soins préalables à la conception et de grossesse que les femmes des autres groupes, comme indiqué dans les lignes directrices de l'OMS.

Recommandations connexes et aspects contextuels pour des groupes de populations clés spécifiques

TOUTES LES FEMMES DES POPULATIONS CLÉS

- Toutes les femmes adultes et les adolescentes des populations clés vivant avec le VIH et qui sont enceintes devraient recevoir un traitement et des soins du VIH appropriés, conformément aux lignes directrices de l'OMS, afin de prévenir la transmission mère-enfant (4).
- Les femmes vivant avec le VIH et celles vivant dans des couples sérodiscordants qui ont le désir d'avoir des enfants devraient recevoir des informations et un soutien pour leur permettre de concevoir en toute sécurité.
- De nombreuses femmes des populations clés, en particulier les adolescentes, ont un accès insuffisant aux soins prénataux, se présentent en fin de grossesse et ont moins accès aux services de PTME (voir Section 4.4.2).

FACTEURS DÉTERMINANTS

5

5.1	Loi et politique	86
5.1.1	Obstacles juridiques	86
5.1.2	Facteurs déterminants	86
5.2	Stigmatisation et discrimination	92
5.2.1	Obstacles	92
5.2.2	Facteurs déterminants	92
5.3	Capacitation des communautés	96
5.3.1	Obstacles	96
5.3.2	Facteurs déterminants	96
5.4	Violence	101
5.4.1	Obstacles	101
5.4.2	Facteurs déterminants	101

5 FACTEURS DÉTERMINANTS

L'épidémie du VIH, plus particulièrement chez les populations clés, continue d'être alimentée par la stigmatisation et la discrimination, l'inégalité de genre, la violence, le manque de capacitation des communautés, les violations des droits de l'homme, ainsi que les lois et politiques criminalisant la consommation d'alcool et diverses formes d'identité sexuelle. Ces facteurs socio-structurels entravent l'accès aux services VIH, limitent la prestation de ces services et réduisent leur efficacité.

Par conséquent, il est important de comprendre les contextes politiques, géographiques et sociaux variés dans lesquels vivent les populations clés et dans lesquels leur sont fournis les services VIH. Il est également judicieux de reconnaître que chaque groupe de population clé est hétérogène et que les programmes efficaces doivent tenir compte de cette diversité.

En dépit des défis liés à la marginalisation, la criminalisation du comportement de certaines populations clés et, dans certains contextes, la violation directe des droits de l'homme, il est nécessaire et possible de fournir des services VIH en vue de protéger la sécurité et le bien-être des membres des populations clés et des prestataires de services. Les prestataires de soins ont l'obligation éthique de prendre soin et de traiter les personnes de manière impartiale et équitable. Les programmes et les pays peuvent assurer la confidentialité des services, faciliter l'accès des membres des populations clés aux services de santé classiques, améliorer la qualité, former et sensibiliser les prestataires de soins et réduire la stigmatisation et la discrimination. Dès que la mesure de sécurité le permet, les membres des populations clés devraient être encouragés à participer à la conception et à la fourniture des services de prévention et de lutte contre le VIH. Malgré les restrictions législatives auxquelles les membres des populations clés font face dans la plupart des pays, tout en trouvant le moyen d'agir en association pour apporter leur soutien, ils peuvent être contactés en ligne et à travers les réseaux régionaux.

L'intégration des services VIH et des services de santé y liés au niveau des soins de santé primaires peut contribuer à une augmentation et à une équité au niveau de l'accès aux services VIH pour les populations clés. Afin d'augmenter l'efficacité des services VIH dans les soins de santé primaires, les prestataires de soins gagneront à comprendre l'identité sexuelle et la diversité des comportements sexuels, ainsi que la consommation de drogues et la dépendance aux drogues, mais aussi la manière de gérer ces éléments pendant la prestation de services. Le secteur de la santé peut prendre une mesure visant le changement d'attitude et de comportement des prestataires de services afin de réduire la stigmatisation et la discrimination, plus particulièrement celles liées à l'homophobie, à la transphobie, au commerce du sexe et à la consommation de drogue. Les professionnels de la santé devraient fournir les ressources, la formation et le soutien nécessaire à la prestation de services destinés aux populations clés. En même temps, les prestataires de soins devraient être tenus responsables lorsqu'ils ne respectent pas les normes fondées sur l'éthique professionnelle et les principes internationaux des droits de l'homme (1). Le suivi et l'évaluation sont deux (2) éléments essentiels pour assurer non seulement la qualité technique et l'impact des services mais aussi l'esprit dans lequel ces services sont fournis et, par conséquent, leur acceptabilité pour les membres des populations clés.

Les « **facteurs déterminants** », comme définis dans ce document, renvoient aux stratégies, activités et approches qui ont pour objectif l'amélioration de l'accessibilité, l'acceptabilité,

l'utilisation, la couverture équitable, la qualité, l'efficacité et l'efficience des interventions et services liés au VIH. Les facteurs déterminants fonctionnent à différents niveaux – individuel, communautaire, institutionnel, sociétal et national, régional et mondial. Ils sont essentiels à la mise en œuvre des programmes complets de lutte contre le VIH destinés aux populations clés dans tous les contextes épidémiques. Les facteurs déterminants ont pour objectif de surmonter les obstacles majeurs liés à l'utilisation des services, notamment l'exclusion sociale et la marginalisation, la criminalisation, la stigmatisation et l'iniquité. Si aucune mesure n'est prise, de tels obstacles freineront la fourniture de services VIH, plus particulièrement pour les populations clés (2).

Les obstacles et facteurs déterminants décrits dans ce chapitre s'appliquent aussi bien aux adultes qu'aux adolescents des populations clés. Pour les adolescents des populations clés, ces facteurs pourraient être davantage exacerbés par leur développement physique et mental rapide et les vulnérabilités psychosociales et socioéconomique complexes. En outre, les adolescents des populations clés font face à des barrières socio-structurelles aux services, notamment les barrières politiques et juridiques liées à l'âge du consentement. Les personnes proches des membres des populations clés, y compris leurs partenaires et leurs enfants, peuvent également être confrontées à la stigmatisation et à la discrimination et, par conséquent, faire face aux mêmes difficultés d'accès aux services. Ainsi, l'inclusion des ayants droit dans les services de prestations de services VIH peut s'avérer importante.

Une mise en œuvre réussie des facteurs déterminants nécessite une collaboration entre différents secteurs.

Le secteur de la santé joue un rôle important, mais la mise en œuvre réussie des facteurs déterminants nécessite une collaboration entre différents

secteurs, tels que la santé, la justice, l'habitat, l'assistance sociale et le travail. Elle nécessite aussi de nombreux partenariats avec le gouvernement, la société civile et le secteur privé. Une entière participation des populations clés et des personnes vivant avec le VIH est aussi cruciale (3, 4).

Ce chapitre décrit une palette d'obstacles qui compromettent l'accès à des services VIH appropriés et de qualité pour les populations clés, identifie les facteurs déterminants pour surmonter ces obstacles (comme illustré sur la Fig. 5.1) et formule un certain nombre de recommandations fondées sur les bonnes pratiques. Ces recommandations s'appuient sur des publications de l'OMS portant sur les populations clés. Bien que ces obstacles et facteurs déterminants soient interdépendants, nous tentons de les aborder spécifiquement.

Fig. 5.1 Facteurs déterminants pour les populations clés



5.1 Loi et politique

5.1.1 Obstacles juridiques

Soixante pour cent (60 %) des pays déclarent avoir des lois ou politiques qui entravent la prestation efficace des services VIH aux populations clés et groupes vulnérables (5). En particulier, plus de 100 pays criminalisent certains ou tous les aspects du commerce du sexe. Au moins 76 pays criminalisent les relations sexuelles entre personnes de même sexe. En effet, certains pays imposent la peine de mort pour des condamnations en vertu de ces lois.

En outre, les personnes transgenres sont légalement non reconnues dans de nombreux pays (5) et font face à des politiques restrictives à l'égard de leur expression sexuelle. Dans de nombreux contextes, des politiques punitives relatives à la consommation de drogues invitent à des sanctions sévères pour toute possession ne serait-ce que d'une infime quantité de drogues pour usage personnel et dans certaines circonstances, les politiques autorisent une détention obligatoire comme « traitement » des consommateurs de drogues (par injection) (5). Dans de nombreuses prisons et autres centres fermés, les services VIH sont inférieurs à la norme ou totalement absents (6).

Alors que les lois varient, dans de nombreux contextes, les adolescents de moins de 18 ans sont juridiquement qualifiés de mineurs et, par conséquent, doivent avoir l'accord de leurs parents pour des soins médicaux, y compris les services VIH. De telles lois et politiques peuvent constituer des obstacles ou décourager les adolescents à la recherche de services (7). Ces restrictions peuvent créer des dilemmes complexes pour les prestataires qui s'efforcent d'agir dans le meilleur intérêt de leurs clients mais qui peuvent se préoccuper de leur propre responsabilité juridique ainsi que de la sécurité de leurs jeunes clients.

5.1.2 Facteurs déterminants

Révision des lois et politiques

Les lois et politiques peuvent permettre de protéger les droits de l'homme des populations clés – aussi bien de celles vivant avec le VIH que de celles exposées au VIH. Les réformes légales, telles que la décriminalisation des comportements sexuels et de la consommation de drogues, la reconnaissance légale du statut des transgenres, et la réduction de l'âge de consentement et la prise en compte des exceptions relatives à l'âge normal de la politique de consentement (comme les mineurs matures), sont des facteurs déterminants qui peuvent changer un environnement hostile pour les populations clés en un environnement favorable (8). Une considération spécifique devrait être apportée à de telles réformes légales, dans le cadre de toute révision des politiques ou programmes destinés aux populations clés. Par exemple, dans de nombreux pays, la possession, l'utilisation et la vente d'aiguilles et seringues neuves ou de préservatifs justifie toute arrestation. Si tel est le cas, ceci garantit une révision.

Décriminalisation du comportement des populations clés

Sans politique de protection et sans efforts visant la décriminalisation du comportement des populations clés, les obstacles aux services de santé essentiels persisteront.

Le soutien à la santé et au bien-être des populations clés dont les comportements sexuels, la consommation de drogues, l'expression sexuelle ou l'orientation sexuelle supposée, actuellement pénalisés, nécessitent une modification de la législation et l'adoption de nouvelles politiques et lois de protection conformément aux normes

internationales des droits de l'homme. Sans politique de protection et sans la décriminalisation du comportement des populations clés, les obstacles aux services de santé essentiels demeureront ;

de nombreux membres des populations clés peuvent redouter le fait que la recherche de services de santé les expose aux conséquences légales défavorables (9).

Les lois, politiques judiciaires et pratiques y associées devraient être révisées et, si nécessaire, par les décideurs et dirigeants publics, avec un véritable engagement des parties intéressées des populations clés, afin de permettre et de soutenir un accès accru aux services destinés aux populations clés (10, 11, 13).

Recommandations de bonne pratique relatives à la décriminalisation

TOUS LES GROUPES DE POPULATIONS CLÉS

Les pays devraient travailler à décriminaliser certains comportements comme la consommation de drogues (par injection), le commerce du sexe, les actes homosexuels et les identités sexuelles non conformes, et à éliminer toute application injuste de la loi civile et de la réglementation contre les consommateurs de drogues (par injection), les travailleurs(se)s de sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transgenres (10, 11, 12, 13, 14).

HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES

Les pays devraient travailler à l'élaboration de politiques et lois qui décriminalisent les comportements homosexuels (11).

CONSUMMATEURS DE DROGUES (PAR INJECTION)

- Les pays devraient travailler à l'élaboration de politiques et lois qui décriminalisent la consommation de drogues (par injection) et, par conséquent, à la réduction du taux d'incarcération.
- Les pays devraient travailler à l'élaboration des politiques et lois qui décriminalisent l'utilisation d'aiguilles et de seringues neuves (qui permettent les PAS) et qui légalisent la TSO pour les personnes dépendantes des opiacés.
- Les pays devraient bannir le traitement obligatoire des consommateurs de drogues (par injection) (12, 13, 14).

TRAVAILLEURS(SES) DE SEXE

- Les pays devraient travailler à la décriminalisation du commerce du sexe et à l'élimination de toute application injuste des lois non pénales et des réglementations contre les travailleurs(se)s de sexe.
- La pratique de la police qui vise à utiliser la possession de préservatif comme preuve du commerce du sexe et motif d'arrestation devrait être bannie (10).

PERSONNES TRANSGENRES

- Les pays devraient travailler à l'élaboration de politiques et lois qui décriminalisent les comportements homosexuels et les identités sexuelles non conformes.
- Les pays devraient travailler à la reconnaissance légale des personnes transgenres (11).

Recommandations de bonnes pratiques relatives aux lois et politiques de l'âge du consentement

ADOLESCENTS DES POPULATIONS CLÉS

- Les pays sont encouragés à examiner leurs politiques actuelles et à envisager leur révision en vue de la réduction des obstacles aux services VIH liés à l'âge et la capacité des prestataires à agir dans le meilleur intérêt de l'adolescent (7).
- Il est recommandé que les services de santé sexuelle et génésique, y compris les informations et services liés à la contraception, soient fournis aux adolescents sans autorisation/notification obligatoire des parents et tuteurs (15).

Étude de cas : Décriminalisation de la consommation d'alcool au Portugal

GIRUBarcelos, APDES, Portugal. <http://www.apdes.pt/en/>

À compter de l'année 2012, 21 pays dans le monde ont pris des mesures pour décriminaliser la possession et la consommation de drogues (16). Par exemple, le Portugal a changé sa loi en 2001 et fait de la possession de drogues contrôlées un « délit administratif » ; ainsi, toute personne en possession de drogues pour un usage personnel est envoyée devant un « Conseil de dissuasion », plutôt que devant un juge pour un éventuel emprisonnement. Une étude indépendante (17) a examiné l'impact de ces changements et a révélé les points suivants :

- Le nombre de consommateurs de drogues en traitement est passé de 23 654 en 1998 à 38 532 en 2008.
- Entre 2000 et 2008, le nombre annuel de nouveaux cas de VIH chez les consommateurs de drogues a chuté de 907 à 267, une baisse attribuée à l'expansion des services de réduction des préjudices.
- Contrairement aux prédictions, la consommation de drogues n'a pas augmenté ; bien au contraire, les données indiquaient une réduction de la consommation problématique, des préjudices liés à la consommation de drogues et du surpeuplement du système de justice pénale.

Les organisations communautaires continuent d'être essentielles à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, et à l'amélioration de l'accès aux services. Agência Piaget para o Desenvolvimento (APDES), fondée en 2004, travaille en collaboration avec les communautés et personnes vulnérables sur l'accès aux soins de santé, à l'emploi et à l'éducation, la capacité de ces populations et le renforcement de la cohésion sociale. APDES gère GIRUBarcelos, une équipe de sensibilisation multidisciplinaire qui travaille principalement avec les consommateurs d'héroïne et de cocaïne et les travailleurs(es) de sexe au nord du Portugal, tout en centrant leurs efforts sur la réduction des préjudices. À travers leurs efforts, la discrimination à l'égard des consommateurs de drogues, y compris par les professionnels de la santé, a été réduite suite à des réunions ordinaires, des efforts de médiation entre les communautés et les prestataires de services, des débats et un programme radiodiffusé sur une station radio locale intitulée « GIRU Conversations ». La présence d'un éducateur pair au sein de l'équipe et la participation constante des consommateurs de drogues par injection constituent le pilier des interventions de GIRUBarcelos et sont considérées comme essentielles à sa réussite.

Réponse à d'autres questions stratégiques pour les populations clés

Outre les efforts de décriminalisation, il existe d'autres changements de politique qui peuvent permettre aux populations clés d'exercer leurs droits de l'homme et leurs droits à la santé. Certaines politiques communes en vigueur limitent l'accès au système judiciaire et aux services de santé. Les considérations sont les suivantes :

Reconnaissance des personnes transgenres par la loi. Pour les personnes transgenres, la reconnaissance légale du genre et du nom préféré peut être importante pour atténuer la stigmatisation, la discrimination et l'ignorance de la variance du genre. Une telle reconnaissance par les services de santé peut soutenir un meilleur accès, une meilleure utilisation et une meilleure prestation des services VIH (11).

Étude de cas : En Uruguay, un dialogue national soutient les changements législatifs

En 2010, le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) a lancé la Commission mondiale sur le VIH et le droit pour l'élaboration de réponses et de recommandations pour une riposte au VIH qui protège et promeut les droits de l'homme des personnes vivant avec le VIH ou vulnérables au VIH (<http://www.hivlawcommission.org>). Le travail de la Commission est axé sur la génération de dialogues constructifs entre les sociétés civiles et les gouvernements sur des questions liées au VIH et la loi, qui va au-delà de l'identification des problèmes liés à l'élaboration et le partage de solutions pratiques.

En Uruguay, une commission intersectorielle nationale a été mise sur pied conjointement par le Ministère de la Santé, le Ministère du développement social, les organisations syndicales, le Conseil national de lutte contre le VIH/Sida (CONASIDA), la Fédération de la diversité sexuelle et le Commissaire du parlement chargé des prisons. Cette commission a appelé à un dialogue national sur le VIH et les droits de l'homme pour l'harmonisation et l'amélioration de la législation nationale relative à la lutte contre le VIH. Menée avec le soutien inconditionnel du Bureau régional du PNUD, du FNUAP et d'ONUSIDA, cette initiative de deux (2) mois a servi de plateforme pour que les personnes atteintes ou vulnérables au VIH présentent des témoignages de questions qui étaient ignorées. Les individus et l'organisation de la société civile ont présenté près d'une trentaine de cas sélectionnés de violation des droits de l'homme. Les personnes impliquées, en particulier les organisations de la société civile, ont apporté un soutien technique pour le développement et la présentation des questions liées au VIH sur les points suivants : l'orientation sexuelle et l'identité sexuelle ; la discrimination dans les services de santé, l'emploi et l'éducation ; le commerce du sexe ; la brutalité de la police ; l'accès au traitement ; la propriété intellectuelle ; et les droits de l'homme des personnes vivant avec le VIH.

Le dialogue national a contribué au développement en cours d'une nouvelle loi complète sur le VIH. Le rapport final du dialogue, présenté au parlement en mai 2014, identifie les lacunes dans la législation, les lois au détriment de la riposte au VIH et l'absence de lois mises en œuvre qui promeuvent la riposte. En outre, il propose les meilleures pratiques et présente des recommandations du point de vue des droits de l'homme. La défense et la mobilisation de la société civile, en particulier des personnes vivant avec le VIH et des groupes de lesbiennes, homosexuels, bisexuels et transgenres, ont mené ce dialogue, ainsi que la mobilisation et les partenariats des organismes de l'ONU, du gouvernement et des universitaires.

Le CONASIDA-CMM (Conseil national de lutte contre le VIH/Sida – Mécanisme de coordination nationale) mettra en œuvre et suivra les principales recommandations du dialogue en vue de soutenir le Projet de loi sur le VIH. Par ailleurs, l'Institut National des Droits Humains en Uruguay, mis en place récemment, qui s'est aussi affilié au dialogue, se consacre actuellement à contribuer, à suivre et à recommander les lois mises à jour.

Amélioration de l'accès à la justice et au soutien juridique pour les populations clés.

Les politiques qui pénalisent et sanctionnent le comportement des populations clés empêchent ces personnes d'obtenir justice ou des services juridiques. Des politiques et procédures sont nécessaires pour s'assurer que les membres des populations clés peuvent signaler des actes de violation de leurs droits, comme la discrimination, la violence sexospécifique, les questions relatives au maintien de l'ordre, les violations du consentement informé, la violation du secret médical et le refus des soins de santé. Des options de signalement, autres que le rapport à la police, encourageraient les personnes à signaler les actes de violations des droits de l'homme. Par exemple, les membres des populations clés peuvent être formés comme agents illégaux; une organisation qui travaille en collaboration avec les populations clés peut servir d'intermédiaire pour tout dépôt de plainte.

Amélioration des politiques d'accès aux services de santé et informations y relatives.

Le fait de s'assurer que les membres de populations clés connaissent leurs droits au plan juridique et droits de l'homme en tant qu'individus, plus précisément leur droit à la santé, peut augmenter leur accès aux services de santé. Étant donné que les populations clés sont souvent la cible d'actes d'exploitation, de marginalisation, de criminalisation, de stigmatisation et de discrimination, des programmes sont particulièrement nécessaires pour s'assurer que les populations clés connaissent leurs droits au plan juridique et droits de l'homme, y compris les lois de protection applicables et le lieu et la manière d'obtention des services juridiques et de signalisation de toute violation. Les connaissances en matière de santé, l'éducation sexuelle et des programmes de soutien peuvent permettre d'améliorer la conscience (18). Si les groupes de populations clés sont mieux informés, ils pourront alors mieux s'organiser pour promouvoir leurs droits et sensibiliser sur ces droits, leurs besoins ainsi que les politiques et questions juridiques qui les affectent de manière significative (10, 19, 20).

En outre, les pays peuvent réviser leurs lois qui pénalisent les prestataires de services qui travaillent avec les populations clés (par exemple, les lois qui interdisent le transport de préservatif ou la distribution d'aiguilles et de seringues neuves, même aux travailleurs communautaires).

L'application de la loi peut jouer un rôle fondamental en garantissant que les droits de l'homme des populations clés ne soient pas violés. Les éléments de la police devraient recevoir une formation continue sur les moyens de soutenir – ou tout au moins de ne pas entraver – l'accès des populations clés aux services de santé de base, notamment en n'arrêtant pas les personnes qui abandonnent les centres de désintoxication; en évitant de confisquer les médicaments de désintoxication; en évitant de surveiller les centres de réduction des préjudices; et en n'utilisant pas la possession d'aiguilles neuves ou de préservatifs comme motif d'arrestation. Les systèmes qui promeuvent les bonnes pratiques de la police et qui offrent des moyens de signalisation de tout acte de violation des droits de l'homme permettront de s'assurer que la police protège la santé publique et les droits de l'homme de toute personne. Les prestataires de soins de santé peuvent s'assurer que les dossiers médicaux sont gardés confidentiels afin d'augmenter la confiance des services de santé et des populations clés.

Recommandations de bonnes pratiques relatives à d'autres questions stratégiques

TOUS LES GROUPES DE POPULATIONS CLÉS

- Les pays devraient travailler au développement d'alternatives communautaires à l'incarcération des consommateurs de drogues, aux travailleurs(se)s de sexe et aux personnes ayant des pratiques sexuelles avec des partenaires de même sexe (12).
- Il est recommandé que la condition de l'autorisation d'un tiers soit écartée, y compris la condition de l'autorisation de l'époux pour les femmes qui obtiennent des contraceptifs et des informations et services y relatifs (15).

Remarque supplémentaire: Il est important que les pays sécurisent l'engagement politique, avec un investissement approprié dans la promotion des droits et des ressources financières suffisantes dédiées aux programmes et services de santé VIH pour les populations clés.

PERSONNES EN PRISON ET AUTRES CENTRES FERMÉS

- Étant donné que les pays travaillent au développement des stratégies communautaires, les objectifs peuvent être fixés pour réduire le surpeuplement des prisons en général (12).

TRAVAILLEURS(SES) DE SEXE

- La pratique de la police qui vise à se servir de la possession de préservatif comme preuve d'un commerce du sexe et comme motif d'arrestation des travailleurs(SES) de sexe devrait être éliminée (10).
- La large latitude des éléments de la police qui arrêtent et placent en détention les travailleurs(SES) de sexe sans motif déterminé, y compris l'extorsion par la police, devrait être éliminée (10).

PERSONNES TRANSGENRES

- Les pays devraient travailler à la reconnaissance légale des personnes transgenres (11).

Étude de cas : En Indonésie, traitement d'entretien à la méthadone en prison

Australie Indonésie Partnership for HIV (AIPH) – HIV Cooperation Program for Indonesia (HCPI)

Le traitement d'entretien à la méthadone (TEM) pour les consommateurs de drogues incarcérés a fait l'objet d'un test-pilote dans la Prison de Kerobokan (Bali) en 2005, suite à une découverte des programmes de TEM dans les prisons australiennes par des responsables de l'administration pénitentiaire. Les réalisations du projet pilote de la prison de Kerobokan incluent les points suivants :

- Établir des services complets de réduction des préjudices (y compris le TEM) et des niveaux élevés de participation chez les personnes privées de liberté dépendant des opiacés ;
- L'expansion du TEM, de l'éducation et des soins, des services de soutien et de traitement dans 11 autres prisons, centres de détention et services de libération conditionnelle ; la prison de Kerobokan offre un mentorat continu dans de nombreuses installations ;
- Des niveaux élevés d'intégration aux services sanitaires communautaires à Bali, assurant une transition harmonieuse de la prison aux services communautaires de TEM (et vice-versa) et un accès précoce ou continu au traitement VIH.

En outre, le dépistage et le traitement du VIH ont été mis en œuvre de manière efficace dans de nombreuses prisons. Plus de 90 % des personnes privées de liberté les plus vulnérables ont été dépistés et un taux élevé de personnes dépistées séropositives ont commencé la TAR.

Dans le cadre de l'intégration de cette initiative, en 2013, le Ministère de la Santé (MS) et le Directeur Général des services pénitentiaires ont signé un protocole d'entente qui assure la couverture totale du coût de la méthadone. Le HCPI continue de fournir une formation et un soutien financier limité.

5.2 Stigmatisation et discrimination

5.2.1 Obstacles

Les membres des populations clés sont souvent particulièrement sujets à la stigmatisation, la discrimination et l'attitude négative de leur comportement – et ce, doublement, si ces personnes vivent aussi avec le VIH – par leurs familles, communautés et services de santé. Une telle stigmatisation est généralisée dans de nombreux cadres de santé et services d'application de la loi. Il peut sembler qu'ils aient été tacitement approuvés par l'absence de lois et politiques nationales contre la discrimination. Les effets d'une telle stigmatisation et discrimination liées au VIH contre les populations clés peuvent retarder le dépistage du VIH, la dissimulation du statut sérologique positif et une faible utilisation des services VIH (21, 22, 23, 24, 25). Ils peuvent saper les efforts des programmes nationaux de santé à établir un lien efficace entre les personnes et les soins VIH et les impliquer et les retenir dans les services de soins à long terme (26, 27).

Sans le secteur de la santé, la stigmatisation et la discrimination peuvent prendre diverses formes aux niveaux des individus et des systèmes. L'absence de programmes de formation et d'éducation visant à informer les professionnels de la santé des besoins, questions de santé et stratégies et interventions pour les populations clés contribue à la marginalisation. Elle laisse les fournisseurs mal équipés pour répondre aux besoins de santé et perpétue les pratiques de stigmatisation et de discrimination, voire jusqu'au point de refuser les services.

5.2.2 Facteurs déterminants

Les efforts visant la réduction de la stigmatisation et la discrimination au niveau national, comme la promotion des politiques de protection et antidiscriminatoires pour toutes les populations clés, peut favoriser un environnement propice, plus particulièrement au sein des systèmes judiciaires et de santé (20). Les politiques sont plus efficaces lorsqu'elles abordent de façon simultanée les facteurs individuels, organisationnels et de politique publique qui permettent la stigmatisation et la discrimination (28). Les programmes, au sein et hors du secteur de la santé, devraient instaurer des politiques anti-stigmatisations et antidiscriminatoires et des codes de conduite. Le suivi et l'aperçu sont des éléments importants qui permettent de s'assurer que les normes sont mises en œuvre et maintenues. Par ailleurs, les mécanismes devraient être disponibles pour que les populations clés puissent signaler anonymement tout acte de stigmatisation et/ou de discrimination lorsqu'elles cherchent à obtenir des services de santé.

Recommandations de bonnes pratiques relatives à la mise en œuvre et à l'application des politiques anti-stigmatisation, antidiscriminatoires et de protection

TOUS LES GROUPES DE POPULATIONS CLÉS

- Les pays devraient travailler à la mise en œuvre et l'application des lois antidiscriminatoires et de protection, dérivées des standards des droits de l'homme, afin d'éliminer la stigmatisation, la discrimination et la violence contre les membres des populations clés.
- Les décideurs, les parlementaires et les autres dirigeants de la santé publique devraient travailler en collaboration avec les organisations de la société civile à surveiller la stigmatisation et la discrimination à l'égard des populations clés et de changer les normes punitives légales et sociales (3, 10, 11, 12, 13, 19).

Fourniture de services favorables aux populations clés

Il est important de rendre les services de santé disponibles, accessibles et acceptables pour les populations clés et d'adapter ces services à leurs besoins (20). Les interventions et services destinés aux populations clés, y compris les adolescents des populations clés, peuvent adopter des principes favorables aux populations clés, avec une attention particulière à l'accessibilité et à l'expertise et les attitudes des membres du personnel (7).

Les approches visant à rendre les services favorables aux populations clés incluent les points suivants :

- Des services de santé intégrés, impliquant le regroupement des interventions et les fournisseurs de formation réciproque, tels que les ARV dans les centres de désintoxication ;
- La programmation des heures de service régulières, fiables et convenables pour les clients ;
- Le groupement des services de manière stratégique là où les populations clés se réunissent ou sur leur lieu de passage ;
- L'implication de la communauté des pairs dans l'élaboration, la promotion, la fourniture, le suivi et l'évaluation des services ;
- La formation du personnel à travailler avec différentes populations clés ;
- La prise de mesures pour s'assurer que les activités répressives n'interfèrent pas avec l'accès aux services VIH des clients (11, 12, 13, 20).

Étude de cas : Sensibilisation des professionnels de la santé en Afrique du Sud

South African National AIDS Council et the South African Department of Health, South Africa
<http://www.health.gov.za/> and <http://www.sanac.org.za>

La discrimination par les prestataires de soins de santé à l'égard des membres des populations clés et des centres de santé « hostiles » constituent des obstacles à l'accès aux services, contribuant ainsi des résultats davantage mauvais pour la santé (29). Un projet multipartenaire en Afrique du Sud a développé une approche intégrée à la sensibilisation des prestataires de soins de santé sur des questions qui affectent les populations clés et la capacité des membres du personnel de santé publique à interagir de façon appropriée (en ce qui concerne leur attitude et leur expertise clinique) avec les membres des populations clés. Des formations ont été menées en préparation de la mise en œuvre des lignes directrices opérationnelles nationales relatives aux programmes de lutte contre le VIH, les IST et la tuberculose destinés aux populations clés en Afrique du Sud (« National Operational Guidelines for HIV, STIs and TB Programmes for Key Populations in South Africa »). Le programme complet de formation inclut une formation en personne et un mentorat. Trente (30) formateurs ont participé à l'atelier de formation initiale des formateurs (FIF) et ont été mis en contact avec les centres de formation et centres de santé locaux. En retour, ils ont formé 420 travailleurs de la santé sur une période de six (6) mois.

Dans les zones où ces formations ont eu lieu, les membres des populations clés ont signalé des améliorations dans les attitudes des travailleurs de la santé. La confiance des communautés a augmenté, tout comme leur utilisation des centres de santé, dans les zones où la formation de sensibilisation a été liée aux activités de sensibilisation par les pairs et de prévention menées par des organisations de la société civile. Une évaluation plus approfondie est prévue pour informer de l'extension de ces programmes.

Formation et sensibilisation des travailleurs de la santé

La création de services de santé inclusifs nécessite la sensibilisation et l'éducation des prestataires et autres membres du personnel aux services sociaux et soins de santé. Ceci peut se réaliser aussi bien pendant la formation initiale que pendant la formation continue, à travers un soutien et une surveillance à l'emploi, et en créant une norme organisationnelle d'inclusion et de non-discrimination.

Attitudes. Les prestataires de soins de santé qui travaillent avec des adultes ou des adolescents des populations clés ne devraient pas porter de jugement et être coopératifs, réceptifs et respectueux. Ils devraient, en plus, comprendre ce par quoi les membres des populations clés passent (7, 10, 11, 20). La formation, avec l'implication des représentants et groupes de population clé, peut être dispensée pour sensibiliser et éduquer les travailleurs de la santé sur les questions spécifiques aux populations clés, les attitudes et pratiques non-discriminatoires, et les droits des populations clés à la santé, à la confidentialité, aux soins non coercitifs et au consentement éclairé.

Compétences. Il est important que les travailleurs de la santé soient capables de répondre aux besoins spécifiques des populations clés et de fournir des services de qualité, connaître les interventions, outils et matériels disponibles pour fournir des informations, conseiller sur les stratégies de réduction des risques liés au VIH et soutenir l'adhérence au traitement et la rétention dans les services de soins (20).

L'amélioration et le maintien des attitudes et compétences des fournisseurs de soins est un processus continu qui est constitué de différentes composantes, comme les activités de formation formelle, la documentation du travail, la supervision relative au soutien, le suivi de la formation et le mentorat. Des formations multidisciplinaires et des environnements de travail peuvent renforcer le lien avec les fournisseurs de services communautaires afin que les orientations et le suivi approprié soient plus disponibles. Plus particulièrement dans les zones où l'on enregistre une pénurie de main-d'œuvre, il est important que tous les fournisseurs de services reçoivent une formation axée sur les adolescents, y compris des conseillers non professionnels, afin de faciliter la délégation des tâches (7).

Les services de santé devraient être disponibles, accessibles et acceptables pour les membres des populations clés, sur la base des principes d'éthique médicale, de non-stigmatisation, de non-discrimination et de droit à la santé (3, 7, 10, 11, 12, 13, 15).

Recommandations de bonnes pratiques relatives à la fourniture de services favorables aux populations clés

TOUS LES GROUPES DE POPULATIONS CLÉS

- Les travailleurs de la santé devraient recevoir une formation périodique appropriée, à savoir s'assurer qu'ils ont les compétences et la compréhension nécessaires pour fournir des services aux adultes et adolescents des populations clés sur la base du droit de chaque personne à la santé, à la confidentialité et à la non-discrimination.
- Il est recommandé de rendre les contraceptifs abordables pour tous, y compris les adolescents, et que les lois et politiques soutiennent l'accès aux contraceptifs par les populations défavorisées et marginalisées (3, 7, 10, 11, 12, 13, 15).

ADOLESCENTS DES POPULATIONS CLÉS

- Les services destinés aux adolescents des populations clés devraient inclure un soutien psychosocial, à travers un service de conseil, des groupes et réseaux de soutien par les pairs, afin de lutter contre l'auto-stigmatisation et la discrimination. La fourniture supplémentaire de services de conseil pour les familles, y compris les parents – si nécessaire et sur demande de l'adolescent – peut s'avérer importante pour soutenir et faciliter l'accès aux services, plus précisément dans les cas où l'accord des parents est nécessaire (7).
- Les prestataires de soins de santé devraient s'assurer que les adolescents connaissent leurs droits – à la confidentialité, à la santé, à la protection et à l'auto-détermination – afin qu'ils puissent s'auto-conseiller et chercher les types de soutien auxquels ils ont droit (7).
- Les services devraient fournir une éducation et des informations suffisantes et complètes en matière de développement, axées sur la réduction des risques liés aux compétences (7).
- Les services devraient être fournis dans des lieux sûrs, afin d'accroître la protection de tout effet de stigmatisation et de discrimination, des cadres où les adolescents peuvent exprimer leurs préoccupations en toute liberté et où les prestataires de services font preuve de patience, de compréhension et d'acceptation et connaissent les choix et services disponibles pour les adolescents (7).

Étude de cas : En Afrique du Sud, développement de compétences pour offrir des prestations aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Health4Men, Anova Health Institute. www.anovahealth.co.za

Le projet Health4Men répond aux divers besoins en santé sexuelle des hommes, plus particulièrement des hommes vulnérables et marginalisés, y compris les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. L'objectif de ce projet est l'institutionnalisation des compétences pour servir les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans les établissements de santé publics existants. Le processus implique :

- La sensibilisation, afin de changer les attitudes
- La formation médicale, afin d'élargir les connaissances
- Le mentorat, afin de traduire les connaissances en compétences
- Un soutien technique continu, avec notamment une consultation, une formation, un mentorat et la fourniture du matériel didactique.

Sous le leadership d'Anova Health Institute, Health4Men a mis en place deux (2) Centres d'excellence destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au Cap et à Johannesburg, chacun de ces centres étant soutenu par des cliniques satellites. Ces cliniques offrent des services aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, tandis que les activités de sensibilisation stimulent la demande des services.

Health4Men a élaboré des supports et matériels de formation novateurs afin d'équiper les infirmières, les conseillers et les médecins à répondre aux besoins spéciaux des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes instamment et avec sensibilité. En partenariat avec les départements provinciaux de la santé, le projet établit au moins un (1) site de leadership régional dans chaque province afin de servir de point nodal pour le développement des compétences ; les infirmières-mentors et les équipes de sensibilisation opèrent à partir de ces sites. À compter de la mi-2014, plus de 3 000 travailleurs de la santé ont été formés, 584 cliniciens ont été encadrés et 64 cliniques dans quatre (4) provinces ont été déclarées médicalement compétentes pour servir les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. D'ici la fin de l'année 2014, l'on comptera plus de 120 sites compétents à travers six (6) provinces et d'ici la fin 2015, plus de 160 sites à l'échelle nationale.

5.3 Capacitation des communautés

5.3.1 Obstacles

Les populations clés ont souvent très peu ou pas de contrôle sur les facteurs de risque pour le VIH motivés par l'environnement légal, politique et social et leur contexte de vie. Par exemple, les travailleurs(se)s de sexe sont fréquemment exposés au VIH et autres IST mais ne peuvent avoir le pouvoir de négocier une utilisation systématique du préservatif (30, 31). Cette absence de contrôle est exacerbée si les personnes ne connaissent ni les services disponibles liés au VIH, ni leurs garanties juridiques et droits de l'homme, plus particulièrement leur droit à la santé, et encore moins l'action à entreprendre en cas de violation de leurs droits.

Plus spécifiquement, très peu de jeunes des populations clés reçoivent des informations suffisantes et une éducation appropriée par rapport à leur vie sexuelle. Au contraire, ils reçoivent des messages conflictuels ou qui prêtent à confusion sur le genre et la sexualité. Ceci rend les jeunes vulnérables à la coercition, l'abus et l'exploitation, mais également aux grossesses non désirées et aux IST, y compris le VIH (18). De même, le manque de capacitation de la communauté ainsi que le manque de conscientisation communautaire et de connaissances limitent l'efficacité générale des interventions visant la réduction des risques liés au VIH (10, 20).

5.3.2 Facteurs déterminants

Les données démontrent que les politiques et programmes de santé sont plus efficaces et influencent plus positivement les résultats de la santé lorsque les populations affectées prennent part à leur propre développement (32). La capacitation des communautés est un principe directeur pour tous les programmes et activités liés au VIH. Il s'agit d'un processus collectif qui permet aux populations clés de répondre aux contraintes structurelles en matière de santé, de droits de l'homme et de bien-être ; d'apporter des changements sociaux, économiques et comportementaux ; et d'améliorer l'accès aux services de santé (10). La capacitation des communautés peut promouvoir une plus grande portée et une meilleure efficacité des services destinés aux populations clés (10). Par ailleurs, la capacitation des communautés a été entreprise dans divers cadres, comme dans le cas des travailleurs(se)s de sexe (Fig. 5.2).

La capacitation des communautés est un facteur déterminant clé pour l'amélioration des conditions de vie des populations clés, le développement des stratégies pour les interventions liées à la santé et aux droits, et pour la remédiation de la violation des droits de l'homme des membres des populations clés. La capacitation des communautés peut se présenter sous différentes formes, notamment la participation significative des membres des populations clés à l'élaboration des services, l'éducation par les pairs, la mise en œuvre des programmes d'alphabétisation juridique, et la promotion des groupes ainsi que des programmes dirigés par les populations clés et la prestation de services (10, 20).

Les populations clés sont hétérogènes et mobiles. Par conséquent, afin d'être efficaces, les programmes doivent tenir compte des divers environnements légaux, politiques, sociaux et sanitaires dans lesquels les populations clés vivent et doivent rester sensibles à la diversité culturelle (20). Cette flexibilité, cette capacité à satisfaire et cette adaptabilité sont essentielles aux initiatives de capacitation des communautés. Les initiatives devraient être capables d'évoluer au fil du temps pour répondre aux besoins changeants des populations clés.

Programmes dirigés par les organisations des populations clés

Il est important de promouvoir et de soutenir les services, établissements et recherches dirigés par les organisations des populations clés. Les organisations, collectivités et réseaux de populations clés peuvent jouer un rôle central dans la formation du personnel des services de santé, du corps de police et des organismes de services sociaux, tout en facilitant l'interaction avec les communautés

des populations clés et en assurant la gestion des services. En effet, ces organisations peuvent avoir des atouts pour fournir des services communautaires et de sensibilisation.

Étude de cas : Enrichir les connaissances dans le domaine de la santé chez les jeunes consommateurs de drogues par injection à Mexico

Programa de Política de Drogas (Espolea, A.C), Mexico. <http://www.espolea.org/>

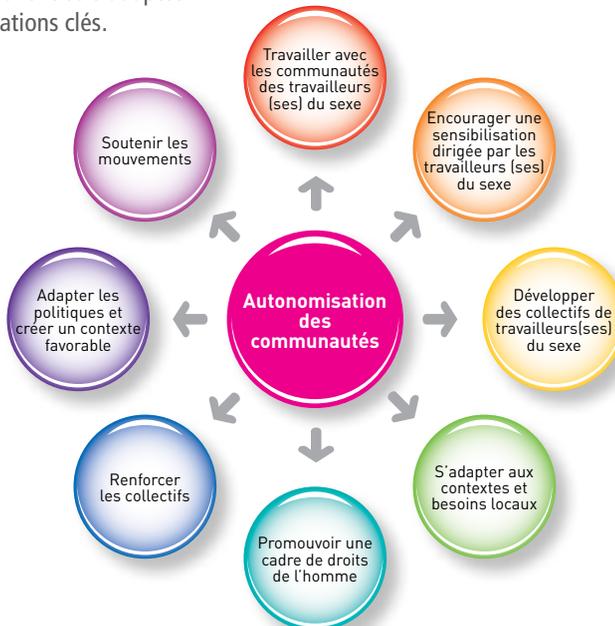
Espolea, une organisation de jeunes à Mexico, a lancé son Programme de lutte contre la drogue et de réduction des préjudices en 2008 et a, depuis lors, développer des réseaux en ligne et en personne pour fournir des informations objectives sur la drogue et la réduction des risques y liés pour les jeunes de 15-29 ans.

Cette organisation avait constaté que l'information est plus efficace lorsqu'elle est diffusée dans des zones où les jeunes consomment de la drogue, plus particulièrement lors des festivals de musique électronique, à des concerts de rock et à des rassemblements culturels. À ces événements, Espolea monte un stand comme espace sûr pour les jeunes qui désirent obtenir des informations sur les drogues susceptibles d'être consommées. L'organisation facilite également la création d'ateliers dans les écoles et les communautés avec une concentration de jeunes, en particulier les plus vulnérables.

Espolea a une stratégie de sensibilisation active ; en effet, Espolea se sert des réseaux sociaux, notamment Facebook et Twitter, mais aussi de blogs Internet. L'un des blogs – www.universodelasdrogas.org – sert de banque de données sur la drogue et est devenu l'axe central de la campagne pour la réduction des préjudices du programme. Le personnel, les collaborateurs et les jeunes produisent les informations. Les publications présentent des faits et des recommandations sur la vie nocturne, la consommation de l'alcool, les comportements sexuels à risque, le VIH et d'autres IST.

Fig. 5.2 Éléments clés de la capacitation des communautés chez les travailleurs(se)s de sexe (20)

Bien que ce chiffre renvoie aux travailleurs(se)s de sexe, ces éléments de la capacitation des communautés peuvent être adaptés aux autres populations clés.



Participation significative

Même si les organisations des populations clés ne prennent pas les commandes, la participation significative des représentants de la communauté dans la programmation est essentielle pour assurer la convenance et l'acceptabilité des services destinés à la clientèle cible. Il est également primordial d'établir des relations de confiance entre la communauté et les fournisseurs de services, qui peuvent être habitués à établir les paramètres selon lesquels les services sont fournis et prescrire la manière dont les relations ou partenariats devraient être gérés (20). Une participation significative implique que les populations clés : 1) décident de leur participation ; 2) décident de la manière dont elles seront représentées et par qui ; 3) décident de leur type d'engagement dans le processus ; et 4) ont une voix égale quant à la gestion des partenariats.

Les politiques et les programmes sont plus efficaces lorsque les populations affectées prennent part à leur propre développement.

La participation significative renvoie non seulement à la participation dans la prise de décision, mais aussi à la contribution dans la fourniture des services. Par exemple, les adolescents des populations clés peuvent avoir des opportunités, être capacités et formés

comme des pairs « éducateurs, conseillers, formateurs et défenseurs (33). L'éducation par les pairs est une stratégie efficace pour améliorer les connaissances des jeunes sur le VIH, le dépistage et les conseils y relatifs et le lien par rapport aux soins ; il est plus probable que cette éducation par les pairs entraîne un changement de comportement que toute autre intervention. En outre, l'éducation par les pairs permet de mobiliser les communautés et les réseaux sociaux (34).

Les partenariats sont cruciaux, mais ils doivent être établis et maintenus de manière à ne causer aucun préjudice aux personnes impliquées. L'efficacité des interventions qui facilitent la participation est mesurée non seulement par l'efficacité des résultats mais également par le degré d'engagement des populations clés et par le processus et les mécanismes d'engagement (35).

Les groupes et organisations de populations clés devraient devenir des partenaires essentiels et des leaders en matière de conception, de planification, de mise en œuvre et d'évaluation des services de santé.

Recommandations de bonnes pratiques relatives à la capacitation des communautés

TOUS LES GROUPES DE POPULATIONS CLÉS

- Les programmes devraient mettre en œuvre un paquet d'interventions pour améliorer la capacitation des communautés chez les populations clés (10, 11, 12, 15).
- Les programmes devraient être mis en place pour fournir des services juridiques et d'alphabétisation juridique aux populations clés afin qu'elles connaissent leurs droits et les lois applicables, et qu'elles reçoivent un soutien du système judiciaire lorsqu'elles se sentent lésées (10, 11, 12, 15).

HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES

- Les groupes de santé des hommes et les organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont des partenaires essentiels dans le cadre de la fourniture d'une formation complète sur la sexualité humaine et la prestation de services, et devraient par conséquent être activement engagés. Ils peuvent aussi faciliter l'interaction avec les membres des communautés sexuellement diverses, renforçant ainsi la compréhension de leurs besoins de santé, sociaux et émotionnels et le coût de l'inaction face à l'homophobie (11).

LES PERSONNES CONSOMMANT DES DROGUES ET/OU UTILISANT DES DROGUES PAR INJECTION

- La capacitation et la mobilisation des communautés sont des éléments importants de la lutte contre la stigmatisation et la marginalisation des consommateurs de drogues (par injection) dans le secteur de la santé. L'implication des consommateurs de drogues par injection dans la planification et la prestation des services est cruciale, en particulier l'éducation par les pairs et la formation sur les injections à moindre risque, la réduction des préjudices et les questions d'une portée plus large relatives aux droits et à la santé (25, 39).

TRAVAILLEURS(SES) DE SEXE

- Des programmes devraient être mis en place pour sensibiliser et éduquer les prestataires de soins de santé sur la discrimination et le droit des travailleurs(SES) de sexe aux soins non-coercitifs et de bonne qualité, à la confidentialité et au consentement éclairé (10).
- Les programmes devraient mettre en œuvre un paquet d'interventions pour promouvoir la capacitation de la communauté chez les travailleurs(SES) de sexe (recommandation stricte, très faible qualité de preuves) (10).
- La capacitation des communautés est une composante nécessaire des interventions des travailleurs(SES) de sexe et devrait être gérée par les travailleurs(SES) de sexe.

PERSONNES TRANSGENRES

- Les organisations des personnes transgenres sont des partenaires essentiels dans le cadre de la fourniture d'une formation complète sur la sexualité humaine et l'expression sexuelle. Elles peuvent également faciliter l'interaction avec les membres des communautés ayant une diversité d'identités et d'expressions sexuelles, renforçant ainsi la compréhension de leurs besoins de santé, sociaux et émotionnels et le coût de l'inaction face à la transphobie (11).

ADOLESCENTS DES POPULATIONS CLÉS

Il est recommandé que les programmes d'éducation sur la sexualité destinés aux adolescents, aussi bien dans les écoles qu'à l'extérieur, soient scientifiquement précis et complets et qu'ils incluent des informations sur les contraceptifs, y compris la manière de les utiliser et où s'en procurer (15).

Étude de cas : Participation significative des consommateurs de drogues par injection au Népal

Comblent l'écart : santé et droits de l'homme des populations clés, Naya Goreto, Népal
www.nayagoreto.org.np

Conscient des lacunes des lois ou politiques spécifiques qui soutiennent les consommateurs de drogues par injection au Népal et de l'absence de services au niveau communautaire, Naya Goreto a créé le programme « Comblent l'écart : santé et droits de l'homme des populations clés » (« Bridging the Gap: Health and Human Rights Programme for the Key Population »). Ce programme a pour but d'engager les parties intéressées, tous secteurs confondus, allant des parlementaires aux conseillers locaux, des responsables de la santé publique aux bénévoles en santé, sur les sujets de préoccupation des consommateurs de drogues par injection.

Naya Goreto a mis l'accent sur la participation significative des consommateurs de drogues à tous les niveaux du programme. Plus de 200 personnes de la communauté ont été formées à diriger les activités allant de l'analyse situationnelle aux campagnes de sensibilisation et au suivi du programme. Le programme a également réuni de nombreuses parties intéressées, notamment d'anciennes figures politiques, des conseillers, le personnel de santé publique et la communauté, pour créer un comité qui fait pression pour la santé et les droits de l'homme des consommateurs de drogues par injection. Les activités de capacitation comportaient les points suivants :

- Mener des programmes de sensibilisation dans des environnements de petits groupes libres de toute stigmatisation, comme les réunions dans un café local, qui permettent une conversation plus personnelle et une discussion constructive sur les questions importantes ;
- Former des réseaux de populations clés, comme le réseau de sensibilisation Lalitpur Drug User's Advocacy Network ;
- Lier les consommateurs de drogues par injection aux experts et autres parties intéressées concernées pour faciliter l'accès aux informations suffisantes sur les programmes et les budgets ;
- Mobiliser les personnes formées de la communauté à participer aux réunions de consultation avec les organes gouvernementaux clés, lobbying avec les responsables pour la santé et les droits de l'homme des consommateurs de drogues par injection.

Naya Goreto a établi de solides partenariats chez les consommateurs de drogues par injection, créant un sentiment partagé de solidarité pour faire face de manière collective aux problèmes qui les touchent directement. Ces problèmes sont désormais inclus dans les plans d'action annuels du gouvernement local et des organisations de la société civile. Les budgets annuels ont été obtenus auprès des organes publics locaux afin de mener des programmes de sensibilisation à la consommation de la drogue par et pour les communautés. Il existe actuellement un siège de membre de la communauté à pourvoir au sein du Comité de coordination de la lutte locale contre le Sida (« District AIDS Coordination Committee »). Au niveau de la société civile, la prise de conscience des questions qui affectent les consommateurs de drogues par injection a connu un essor positif au sein de la communauté – par exemple, à travers les médias nationaux.

Étude de cas : Sensibilisation par les jeunes, leadership et capacitation des jeunes des populations clés

Youth LEAD, NewGen leadership programme, Asia-Pacific. <http://youth-lead.org/>

Youth LEAD est un réseau de jeunes et pour les jeunes des populations clés les plus affectées par le VIH dans 20 pays d'Asie et du Pacifique. En 2011, Youth LEAD a créé un cours de leadership NewGen Asia, un programme de cinq (5) jours mené par des jeunes pour leurs pairs axé sur la sensibilisation, le leadership et la capacitation. Le cours était un test pilote réalisé aux Philippines ; les évaluations ont mené à la révision et au développement du matériel didactique. Une formation de sept (7) jours des formateurs a eu lieu l'année suivante avec 21 participants

originaires de cinq (5) pays. Cette formation a donné lieu à la mise en place de NewGen et l'adaptation des formations nationales en Birmanie, aux Philippines et en Indonésie.

NewGen utilise une palette d'activités participatives qui permet aux jeunes de penser sérieusement à un moyen par lequel les environnements sociaux, politiques et institutionnels influencent le bien-être des membres des populations clés. Les participants acquièrent les compétences de sensibilisation formelle et de communication, et l'utilisation des données à travers l'élaboration du discours et la participation à des réunions en tant que représentants de leurs communautés.

En général, les participants attribuent des notes très élevées à NewGen. Les participants trouvent la formation particulièrement utile pour l'apprentissage d'un nouveau leadership et des compétences de sensibilisation, et apprécient la méthode de formation participative. À travers le travail et l'apprentissage en groupe, les participants développent un esprit de corps. Les experts ont permis d'établir de nouveaux réseaux communautaires de jeunes des populations clés dans de nombreux pays, souvent à travers les réseaux sociaux.

5.4 Violence

5.4.1 Obstacles

Il a été démontré que la violence à l'égard des membres des populations clés constitue un facteur de risque pour la transmission du VIH (36). De telles violences sont généralisées. Elles peuvent prendre différentes formes – physique, sexuelle ou psychologique (37). La violence est alimentée par le déséquilibre de la dynamique des pouvoirs des genres et par les préjugés et la discrimination à l'égard des personnes qui, selon la perception, s'éloigneraient de leur sexe biologique et des normes et identités sexuelles conventionnelles. Par ailleurs, de nombreux facteurs structurels influencent la vulnérabilité à la violence, y compris des lois discriminatoires ou strictes et des pratiques de répression et des normes socioculturelles qui légitiment la stigmatisation et la discrimination.

Les femmes, plus particulièrement les jeunes femmes, des populations clés, y compris les consommatrices de drogues, les travailleurs(se)s de sexe et les femmes transgenres, enregistrent des taux particulièrement élevés de violence physique, sexuelle et psychologique (38, 39, 40). Les taux signalés de violence à l'égard des travailleurs(se)s de sexe et des femmes transgenres sont élevés (41, 42, 43) mais sont pourtant susceptibles d'être sous-évalués dans des zones où certains comportements des populations clés sont illégaux.

Les taux de violence homophobe augmentent également dans certains pays où les lois interdisent les activités sexuelles entre partenaires de même sexe et considèrent ces actes comme des infractions pénales (44). Cette situation est susceptible d'accroître le risque d'infection au VIH (45).

5.4.2 Facteurs déterminants

Les efforts visant à lutter contre la violence à l'égard des membres des populations clés doivent impliquer d'autres secteurs en plus du secteur de la santé. Ensemble, ils doivent créer un environnement favorable pour promouvoir le bien-être et la sécurité physiques, sexuels et émotionnels. Les facteurs déterminants incluent les mécanismes pour la documentation et le suivi de la violence, la formation des membres des populations clés et autres parties prenantes pour comprendre les droits de l'homme et promouvoir la responsabilité des personnes chargées de l'application de la loi pour prévenir et lutter contre la violence et les violations des droits de l'homme (46).

Prévention de la violence à l'égard des populations clés

Les pratiques d'application de la loi peuvent augmenter le risque de violence faite aux populations clés. En effet, les services de police peuvent eux-mêmes être les auteurs de ces

violences. Le travail avec les services de police peut impliquer la formation sur les droits de l'homme des populations clés ainsi que la promotion de la responsabilité pour l'application des lois fondées sur les droits de l'homme (46). Les efforts visant la prévention de la violence peuvent être accrus à travers une sensibilisation sur les réformes juridiques et politiques qui protègent les droits et la sécurité des populations clés, en faisant prendre conscience des mécanismes de signalisation et des mesures disciplinaires, en organisant des ateliers de sensibilisation pour les personnes jouant un rôle fondamental dans la communauté (par exemple, les responsables du gouvernement, la police, les médias, les travailleurs de la santé et les guides religieux), à travers la création d'espaces sûrs et la mise en place de mécanismes d'alerte précoce et de réponse rapide avec l'implication des membres de la communauté des populations clés, des travailleurs de la santé et des responsables de l'application de la loi. L'intégration des représentants de la communauté dans ces efforts crée des canaux de communication au niveau des populations clés, des fonctionnaires et de la police (47).

Soutien aux victimes de violence

Les personnes victimes de violence sexuelle ont besoin d'un accès opportun aux services post-viol, y compris la contraception d'urgence, la prophylaxie post-exposition pour le VIH et d'autres IST, l'immunisation contre l'hépatite B ainsi que des soins et un soutien psychosociaux, et des références à la police et aux services légaux. La prévention, le traitement et les soins liés au VIH devraient inclure des soins et traitements cliniques et psychosociaux pour les survivants des violences, conformément aux lignes directrices de l'OMS relatives à la riposte à la violence sexuelle (46). Les survivants peuvent avoir besoin de traitement pour leurs blessures physiques et des soins pour la santé mentale pour une durée plus longue. Les services de santé peuvent aussi documenter les preuves médico-légales, qui peuvent aider les survivants à avoir accès à la justice. Les services de soutien incluent aussi des services de téléassistance par des conseillers pairs formés pour apporter un soutien psychosocial ainsi que des interventions de riposte à la crise, avec des équipes multidisciplinaires reliant les survivants aux différents services et espaces sûrs (10).

Il est également judicieux de surveiller et de documenter les actes de violence, aussi bien sous forme de preuve pour un plaidoyer que d'information pour l'élaboration d'un programme. Documenter les niveaux de violence auxquels les populations clés font face est généralement la première étape de la conscientisation.

Recommandations de bonnes pratiques relatives à l'atténuation de la violence

TOUS LES GROUPES DE POPULATIONS CLÉS

- La violence à l'égard des populations clés devrait être prévenue et atténuée en partenariat avec les organisations des populations clés. Tout acte de violence à l'égard des membres des groupes de populations clés devrait être surveillé et signalé, et des mécanismes de recours devraient être mis en place pour garantir la justice (10, 11, 12, 46).
- Les services de santé et autres services de soutien devraient être fournis à tous les membres des populations clés victimes de violence. Plus particulièrement, les victimes de violence sexuelle devraient avoir un accès opportun aux services post-viol complets conformément aux lignes directrices de l'OMS.
- Les responsables de l'application de la loi et les fournisseurs de soins sociaux et de santé devraient être formés pour reconnaître et protéger les droits de l'homme des populations clés et devraient être tenus responsables s'ils violent ces droits, y compris la perpétration d'actes de violence (10, 11, 12, 46).

PERSONNES EN PRISON ET AUTRES CENTRES FERMÉS

- Les autorités carcérales devraient fournir un effectif suffisant, une surveillance efficace, des sanctions disciplinaires et des programmes d'éducation, de travail et de loisir aux personnes privées de liberté.
- Et leur personnel devrait faire des efforts pour changer la culture institutionnelle qui tolère le viol et toute autre violence sexuelle. Les prisons devraient adopter de multiples approches pour lutter contre la violence sexuelle, y compris les politiques et programmes de prévention (par exemple, l'éducation des personnes privées de liberté, la classification et les interventions organisationnelles comme un meilleur éclairage, une douche plus appropriée et un matériel de couchage de meilleure qualité), la formation du personnel, les enquêtes, les mesures disciplinaires, les services aux victimes (par exemple, la santé mentale et médicale) et la documentation des incidents (12).

Étude de cas : Établissement de partenariats en Inde pour lutter contre la violence et améliorer l'alphabétisation juridique

The Karnataka Health Promotion Trust (KHPT)
<http://www.khpt.org/>

Lutter contre la violence à l'égard des travailleurs(ses) de sexe est complexe et nécessite un partenariat entre les organisations partageant les mêmes idées. Le Karnataka Health Promotion Trust (KHPT) travaille sur la prévention du VIH chez les travailleurs(ses) de sexe à Karnataka, Inde, depuis dix (10) ans. Les travailleurs(ses) de sexe ont clairement exprimé le besoin de prévenir et de lutter contre la violence. Le KHPT a sensibilisé les forces de répression et le pouvoir judiciaire et les a exhortés à ne pas perpétrer ou tolérer d'actes de violence à l'égard des travailleurs(ses) de sexe. En partenariat avec le KHPT :

- Le Département d'État chargé de la protection sociale de la femme et de l'enfant a rendu des services de lutte contre la violence à l'égard des femmes disponibles aux travailleurs(ses) de sexe.
- Les organisations communautaires ont travaillé avec les travailleurs(ses) de sexe dans 30 districts pour leur faire prendre conscience de leurs droits.
- L'Alternative Law Forum et la National Law School of India ont développé et organisé des formations d'alphabétisation juridique pour les travailleurs(ses) de sexe.
- Le Centre for Advocacy and Research, une organisation non gouvernementale, a fait un plaidoyer médiatique et formé des travailleurs(ses) de sexe comme porte-parole pour les médias afin de parler de la violence dont ces personnes sont victimes, leur détermination et les mesures à prendre pour prévenir et lutter contre celle-ci.

Références supplémentaires

- UNAIDS guidance for partnerships with civil society, including people living with HIV and other key populations. Geneva, UNAIDS, 2011. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/JC2236_guidance_partnership_civilsociety_en.pdf
- Chapitre 2 : Addressing violence against sex workers. In : Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers : practical approaches from collaborative interventions. Geneva, WHO, 2013. http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/
- Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services : guidance and recommendations. Geneva, WHO, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748_eng.pdf?ua
- Evidence for action technical papers : effectiveness of interventions to address HIV in prisons. Geneva, WHO, UNODC, 2007. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596190_eng.pdf?ua=1
- Global Commission on HIV and the Law. HIV and the law : risks, rights and health. New York, UNDP, 2012. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/report>
- Responding to intimate partner violence and sexual violence against women : WHO clinical and policy guidelines. Geneva, WHO, 2013. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/index.html>
- The human rights costing tool (HRCT) : a tool to cost programs to reduce stigma and discrimination and increase access to justice. Geneva, UNAIDS, 2012. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/data-and-analysis/tools/The_Human_Rights_Costing_Tool_v_1_5_May-2012.xlsm
- The user guide for the HIV-related human rights costing tool : costing programmes to reduce stigma and discrimination and increase access to justice in the context of HIV. Geneva, UNAIDS, 2012. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/The_HRCT_User_Guide_FINAL_2012-07-09.pdf
- UNAIDS guidance note : key programmes to reduce stigma and discrimination and increase access to justice in national HIV responses. Geneva, UNAIDS, 2012. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/Key_Human_Rights_Programmes_en_May2012.pdf
- Understanding and acting on critical enablers and development synergies for strategic investment. New York, UNDP, 2011. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/201211_UNAIDS_UNDP_Enablers_and_Synergies_en.pdf
- Guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV. Geneva, WHO, 2013. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/adolescents/en/>

PRESTATION DE SERVICES

6

6.1	Aperçu	106
6.2	Stratégies de prestation de services clés	108
6.2.1	Intégration des services	108
6.2.2	Décentralisation des services	110
6.2.3	Distribution des tâches de prestation de services	112
6.2.4	Approches communautaires	113
6.3	Facteurs clés à prendre en considération pendant la prestation de services destinés à toutes les populations clés	116

6 PRESTATION DE SERVICES

6.1 Aperçu

Le paquet complet des interventions, décrit dans les chapitres 3 et 4, inclut les interventions en matière de santé pour toutes les populations clés et les services supplémentaires pour les groupes de population spécifiques. La majorité de ces interventions sont les mêmes interventions de prévention, diagnostic, traitement et soins du VIH que celles de la population générale (1). Cependant, il existe parfois des défis et obstacles complexes, comme décrit dans le chapitre 5, à la mise en œuvre et à la prestation de ces services aux populations clés. Les programmes devraient surmonter ces défis et obstacles et fournir des services VIH durables pour le diagnostic, la référence, la rétention et l'adhérence des populations clés. Afin d'optimiser l'impact, les services devraient être 1) **accessibles**, 2) **acceptables**, 3) **abordables** et 4) **équitable**s. En outre, les populations clés devraient être informées des services disponibles.

Ce chapitre traite des éléments de la prestation de services qui sont essentiels au paquet complet d'interventions en matière de santé pour les populations clés. L'encadré 6.1 présente une liste d'un certain nombre d'outils de l'OMS qui peuvent guider la mise en œuvre.

Encadré 6.1 Lignes directrices de l'OMS sur les approches de prestation de services liées au VIH

Les lignes directrices unifiées sur l'utilisation des ARV pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH présentent de grandes lignes directrices dans six (6) domaines opérationnels essentiels et de prestation de services :

- Adhérence au TAR
- Rétention dans tout le processus de soins
- Prestation de services, y compris l'intégration et le lien du service, et la décentralisation des soins et du traitement du VIH
- Ressources humaines, y compris la distribution des tâches
- Services de laboratoires et de diagnostic
- Systèmes de gestion des acquis et des fournitures.

Outils de mise en œuvre pour soutenir les programmes de lutte contre le VIH destinés aux populations clés

L'OMS et d'autres organes de l'ONU ont produit des lignes directrices normatives sur la prévention, le traitement et les soins liés au VIH pour les populations clés, que la présente publication unifie. Afin de soutenir la mise en œuvre des programmes VIH destinés à ces groupes, ces organes forment désormais des partenariats pour développer les outils de mise en œuvre. Le premier de ces outils est la mise en œuvre des programmes complets de lutte contre le VIH/les IST avec les travailleurs(se)s de sexe : approches pratiques des interventions collaboratives (2). D'autres outils aborderont les programmes de lutte contre le VIH destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, aux consommateurs de drogues par injection et aux personnes transgenres. L'OMS et d'autres organes de l'ONU ont également développé des outils de soutien à la conception et à la mise en œuvre d'interventions spécifiques, comme les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues (3).

Lignes directrices de l'OMS sur la prestation de services pour les groupes de populations clés

Les bureaux régionaux de l'OMS ont développé des outils pour répondre aux priorités et besoins spécifiques dans les régions, y compris :

Bureau régional pour l'Afrique :

Preventing HIV in sex work settings in sub-Saharan Africa (4)

Bureau régional de la Méditerranée orientale :

MENAHRA : The Middle East and North Africa Harm Reduction Association best practices in strengthening civil society's role in delivering harm reduction services (5)

Bureau régional pour l'Europe :

How to improve opioid substitution therapy implementation (6)

Bureau régional des Amériques :

Improving access of key populations to comprehensive HIV health services (7)

Blueprint for the provision of comprehensive care to gay men and other men having sex with men in Latin America and the Caribbean (8)

Bureau régional de l'Asie du sud-est :

Management of common health problems of drug users (9)

Priority HIV and sexual health interventions in the health sector for men having sex with men and transgender people in the Asia-Pacific Region (10)

Bureau régional pour le Pacifique occidental :

Joint technical brief : HIV, sexually transmitted infections and other health needs among transgender people in Asia and the Pacific (11)

The time has come : enhancing HIV, STI and other sexual health services for MSM and transgender people in Asia and the Pacific (12)

Regional assessment of HIV, STI and other health needs of transgender people in Asia and the Pacific (13)

6.2 Stratégies de prestation de services clés

Sur la base de données et d'expériences, l'OMS recommande trois (3) stratégies importantes qui peuvent améliorer la prestation de services (1): 1) **intégration**, 2) **décentralisation** et 3) **distribution des tâches**. Ces stratégies, séparément ou communément, peuvent améliorer l'accessibilité aux soins. Les approches communautaires font partie intégrante de ces stratégies, plus particulièrement pour les populations clés. Étant donné le caractère hétérogène des populations clés et les contextes sociaux et épidémiologiques, leur application devra être basée sur une évaluation situationnelle entreprise en consultation avec les groupes de population clés et les prestataires de services.

6.2.1 Intégration des services

L'OMS recommande l'intégration des services VIH dans une palette d'autres services cliniques pertinents, comme ceux de la tuberculose, la santé maternelle et infantile, les services de la santé sexuelle et génésique et le traitement de la dépendance aux drogues (1).

L'intégration des services facilite la fourniture de soins complets et constants. Elle permet aux individus de prendre en considération divers besoins en santé au même moment et dans un même lieu.

L'OMS recommande l'intégration des services VIH dans d'autres services cliniques pertinents, tels que la tuberculose, la santé maternelle et infantile, les services de la santé sexuelle et génésique et le traitement de la dépendance aux drogues.

L'intégration des services implique non seulement la fourniture de services y associés dans un même cadre mais aussi des systèmes de référence pour partager les informations et fournir des références au niveau du cadre et des prestataires de soins (1). La collaboration entre les programmes à chaque niveau du système de santé est important pour que les services VIH et autres services sociaux de santé y associés soient efficaces.

Les aspects de la coordination qui devraient être pris en considération incluent la mobilisation et l'allocation des ressources; la formation, le mentorat et la supervision des professionnels de la santé; l'acquisition et la gestion des médicaments et autres fournitures médicales; et le suivi et l'évaluation. L'objectif de la planification du programme est de créer des systèmes de prestation de services qui facilitent l'accès à ceux-ci.

Recommandations et orientations

TOUS LES GROUPES DE POPULATIONS CLÉS

Offrir la TAR en soin prénatal à la mère et à l'enfant

- dans des contextes d'épidémie généralisée, la TAR devrait être initiée et maintenu chez les femmes enceintes et les parturientes ainsi que chez les nourrissons dans des cadres de santé infantile et maternelle, avec une référence aux soins VIH en cours et un TAR si nécessaire (recommandation stricte, très faible qualité de preuves) (1).

Offrir la TAR dans des situations de traitement de la tuberculose et le traitement de la tuberculose dans des cadres de soins du VIH

- Dans des situations de forte prévalence du VIH ($\geq 5\%$) chez les patients atteints de la tuberculose, la TAR devrait être initiée pour les personnes séropositives atteintes de la tuberculose dans des situations de traitement de la tuberculose, avec un lien aux soins du VIH en cours et au TAR (recommandation stricte, très faible qualité de preuves) (1).
- Dans des situations de forte charge virale du VIH et de la tuberculose, le traitement de la tuberculose devrait être fourni aux personnes séropositives dans des cadres de soins du VIH où le diagnostic de la tuberculose aura déjà été effectué (recommandation stricte, très faible qualité de preuves) (1).

CONSOMMATEURS DE DROGUES PAR INJECTION

TAR dans des cadres de traitement de substitution aux opiacés

- Dans des situations où le traitement de substitution aux opiacés est fourni, la TAR devrait être initiée et maintenu chez les personnes séropositives admissibles pour un TAR (recommandation stricte, très faible qualité de preuves) (1).

Étude de cas : Services intégrés pour les travailleurs(es) de sexe au Zimbabwe

CeSHHAR, Zimbabwe
<http://www.ceshhar.co.zw>

L'organisation non-gouvernementale Centre for Sexual Health and HIV AIDS Research (CeSHHAR) Zimbabwe dirige le programme « Sisters with a Voice », qui fournit des services intégrés pour les travailleurs(es) de sexe dans de multiples sites au Zimbabwe pour le Conseil national de lutte contre le Sida. La collaboration avec des ministres du gouvernement clés (Sida, Santé et Assistance sociale) et l'implication des travailleurs(es) de sexe dans la mise en œuvre ont largement contribué à l'efficacité du programme.

Soutenu par le réseau des éducateurs pairs formés dans la mobilisation participative et la capacitation de la communauté, le programme « Sisters with a Voice » offre des services de dépistage du VIH, le traitement syndromique des IST, l'éducation sanitaire et des conseils juridiques. Le dépistage du cancer du col de l'utérus est éliminé ; les infirmières sont formées sur l'inspection visuelle et le traitement des lésions précancéreuses grâce à la cryothérapie.

Les éducateurs pairs gèrent les séances de mobilisation communautaire. Les 36 séances couvrent des questions importantes pour les travailleurs(es) de sexe même (estime de soi, changement de comportement, contraception, VIH et cancer du col de l'utérus), des questions liées à leurs clients et partenaires (communication, affirmation de soi, sérodiscordance, réseaux sexuels et multiples partenariats concurrents) et des questions liées à la solidarité féminine (sensibilisation, stigmatisation, droits et soutien).

Depuis 2009, le programme s'est élargi, en passant de cinq (5) sites à un réseau complet de 36 sites à l'échelle nationale. En 2013, les six (6) installations fixes et les 30 sites de sensibilisation servaient ensemble plus de 14 000 femmes. En outre, dans un site où deux (2) enquêtes basées sur les populations avaient été menées, la proportion de femmes séronégatives qui auraient effectué un test récent du VIH est passé de 35 % en 2011 à plus de 70 % en 2013. Au cours de la même période, la proportion de femmes vivant avec le VIH qui obtenait un TAR est passée de 28 % à 45 %.

Un exemple d'intégration des services est présenté dans la prochaine étude de cas, où des services de santé spécifiques pour les personnes transgenres sont fournis dans un établissement de santé général.

Étude de cas : Services complets destinés aux personnes transgenres dans des cliniques de santé communautaires

Transgender Family Program, Community Healthcare Network, United States of America
<http://www.chnyc.org/>

Le Transgender Family Program a été créé en 2004 au sein du Community Healthcare Network clinics à New York City pour améliorer l'accès aux services de prévention du VIH et les liens aux soins de santé primaires.

Afin de comprendre comment mieux intégrer les services complets destinés aux personnes transgenres dans une clinique de santé communautaire, le réseau a entrepris un mappage de la communauté, des consultations et des forums pour tirer avantage de programmes similaires. Plus important encore, le programme a demandé aux patients de former le Comité consultatif des clients afin de mieux guider l'intégration et la mise en œuvre des services destinés à la communauté transgenre.

Les services intégrés incluent les soins aux personnes transgenres, le dépistage et les conseils sur le VIH, la gestion des cas médicaux, le soutien à l'adhérence au traitement, le dépistage et le traitement des IST, les interventions de prévention et les services nutritionnels et de santé mentale. En outre, le programme offre des conseils sur la réduction des risques, des groupes de soutien, la sensibilisation, des ateliers pédagogiques bilingues et des références aux services sociaux et juridiques. Les stratégies de recrutement des membres du personnel et des pairs leaders formés comprennent un contact en personne, des activités communautaires et des méthodes en ligne incluant la publicité et les outils des réseaux sociaux. Les clients sont encouragés à impliquer les membres de leur famille. Cette stratégie s'est avérée très importante pour favoriser l'accès et la présence.

Plus de 750 individus ont reçu des services spécifiques aux personnes transgenres. Les avantages identifiés des services intégrés destinés aux personnes transgenres incluent :

- Une meilleure tolérance de, sensibilité à et acceptation à long terme de cette population dans la communauté au sens large
- Une meilleure accessibilité à travers un emplacement pratique des services
- Des heures flexibles du fait d'une plus grande capacité
- Un meilleur accès à une palette de services de soutien internes.

Par ailleurs, une évaluation approfondie a révélé d'importantes baisses du commerce du sexe, de partage d'aiguilles et d'injections non médicales d'hormones et une probabilité accrue de l'utilisation systématique du préservatif.

6.2.2 Décentralisation des services

La décentralisation vise à fournir tous les services VIH plus à proximité de la personne concernée. Dans de nombreux contextes, le coût du transport et les longues heures d'attente dans les hôpitaux centraux sont d'importants obstacles à l'accès aux services et la rétention dans les soins. Plus particulièrement dans les zones rurales, la décentralisation peut réduire la difficulté et le coût du déplacement et raccourcir le temps d'attente. Si elle est planifiée et mise en œuvre soigneusement, la décentralisation peut offrir des options de soins de santé à moindre risque, discrètes et plus accessibles, en particulier pour les populations clés. Cependant, la décentralisation des services

destinés aux populations clés peut ne pas toujours être appropriée ou acceptable. Dans certains contextes, les services généraux liés au VIH offrent un meilleur anonymat.

L'OMS recommande la décentralisation des services de TAR en particulier. La décentralisation d'une large gamme de services de prévention, diagnostic, traitement et soins du VIH et de services de soutien aux populations clés peut être envisagée. Le fait de décentraliser les soins et le traitement du VIH peut renforcer davantage l'engagement communautaire, relier les interventions communautaires aux établissements de santé et améliorer l'accès aux services, la recherche des soins de santé et la rétention dans les soins (1).

Recommandations et orientations

TOUS LES GROUPES DE POPULATIONS CLÉS

- Les options suivantes devraient être envisagées pour la décentralisation de l'initiation et le maintien de la TAR :
 - Initiation de la TAR dans les hôpitaux, avec maintien de la TAR dans les établissements de santé périphériques (recommandation stricte, faible qualité de preuves).
 - Initiation de la TAR et maintien de la TAR dans les établissements de santé périphériques (recommandation stricte, faible qualité de preuves).
 - Initiation de la TAR dans les établissements de santé périphériques, avec un maintien au niveau communautaire entre les consultations médicales régulières (c'est-à-dire en dehors des établissements de santé, dans des cadres comme les sites de sensibilisation, les postes de santé, les services à domicile ou les organisations communautaires) (recommandation stricte, qualité moyenne des preuves) (1).

Étude de cas : Sensibilisation mobile des travailleurs(es) de sexe en Afrique du Sud

Re-Action Consulting, Afrique du Sud. <http://www.re-action.co.za>

Conjointement avec le Département de la santé, Re-Action ! a mis en œuvre un programme de cinq (5) ans visant la réduction de nouvelles infections à VIH chez les travailleurs(es) de sexe et leurs clients dans deux (2) zones rurales de la province de Mpumalanga, en Afrique du Sud. Actuellement, le programme atteint environ 4 100 travailleurs(es) de sexe.

Une équipe d'infirmières offre de nombreux services gratuits, y compris le dépistage et le test des risques pour la santé (notamment le test des CD4 au point de service), le dépistage et les conseils pour le VIH, les soins et le traitement et l'orientation vers d'autres services sociaux et de santé à travers les cliniques ambulantes. L'équipe se rend sur les lieux au moins deux (2) fois par semaine, selon le programme de sa clientèle. Avec l'aide d'un calendrier de 28 jours, les travailleurs(es) de sexe savent où obtenir des services en cas d'urgence. En cas de besoin, l'infirmière peut fournir des services, y compris la TAR, sur le lieu de travail du client.

Les infirmières formées sur la TAR initiée et gérée par l'infirmière peuvent diagnostiquer, déterminer le stade du client et l'inscrire dans les services de TAR appropriés. Les infirmières fournissent les médicaments du Département de la santé aux patients et rendent visite à ces derniers pour les suivre et les instruire sur l'adhérence au traitement. Quand un patient ne respecte pas son traitement, les travailleurs communautaires fournissent assistance et suivi. Le programme a enregistré un très faible taux de non observance du traitement (2,3 %, dont la majorité est attribuée à des femmes qui ont déménagé).

6.2.3 Distribution des tâches liées à la prestation de services

La **distribution des tâches** peut permettre à la main-d'œuvre existante de servir plus de personnes.

La distribution des tâches implique la redistribution rationnelle des tâches entre les travailleurs de la santé. Selon les cas, les tâches sont affectées à différentes couches de travailleurs de la santé, allant des travailleurs de la santé hautement qualifiés

aux travailleurs de la santé ayant reçu une formation de plus courte durée et ayant très peu de qualifications complémentaires (1). De nombreux pays connaissent une pénurie de travailleurs de la santé; la distribution des tâches peut augmenter l'efficacité et l'efficience du personnel disponible, permettant à la main-d'œuvre existante de servir plus de personnes. Les organisations communautaires peuvent jouer un rôle crucial quand il s'agit d'atteindre les populations clés, de collaborer avec elles, de les relier aux services et de leur fournir des soins et un soutien continu.

Les travailleurs de soutien par les pairs peuvent fournir des services utiles et relier la communauté aux services de santé. Tout comme les autres travailleurs de la santé, ils ont besoin de formation, de supervision et de mentorat réguliers (1). Ils devraient recevoir un salaire conséquent et/ou des motivations adéquates (14).

Recommandations et orientations

TOUS LES GROUPES DE POPULATIONS CLÉS

- Des cliniciens, sages-femmes et infirmières non-médecins formés peuvent initier un TAR de première ligne (recommandation stricte, qualité moyenne des preuves).
- Des cliniciens, sages-femmes et infirmières non-médecins formés peuvent maintenir la TAR (recommandation stricte, qualité moyenne des preuves).
- Des travailleurs de la santé communautaires formés et supervisés peuvent dispenser un TAR entre des consultations médicales régulières (recommandation stricte, qualité moyenne des preuves) (1).

Étude de cas : Distribution communautaire de la naloxone en Inde

Social Awareness Service Organisation (SASO), Manipur, Inde. <http://sasoimphal.org/>

Dans l'État de Manipur, en Inde, depuis 2000, le Social Awareness Service Organisation (SASO) a fourni gratuitement, entre autres services, la gestion de l'overdose d'opiacés avec de la naloxone, à travers des programmes de sensibilisation (par exemple, dans des « lieux de tournage ») et dans des centres d'accueil. De même, à travers des réunions de petit comité, des contacts personnels et des conseils, SASO fournit des informations et une éducation sur l'overdose de drogue et sa gestion à tous les consommateurs de drogues par injection et les membres de leurs familles.

Le programme a été élargi et renforcé en 2008-2009 en impliquant les parties prenantes clés pour faciliter la mise en œuvre communautaire de la naloxone en vue d'assurer une couverture maximale. Les préoccupations éthiques relatives au personnel non-médical qui administre des médicaments aux consommateurs de drogues par injection ont été surmontées à travers la démonstration de la nature salvatrice de la gestion de l'overdose. Entre 2004 et 2012, plus de 450 overdoses ont été gérées dans cinq (5) centres et plus de 90 % de ces vies ont été sauvées. En outre, plus d'un tiers des patients ayant fait une overdose ont un accès accru au traitement médicamenteux et à d'autres soins de santé, comme le dépistage du VIH/VHC et au TAR.

6.2.4 Approches communautaires

Les **approches communautaires** à la prestation de services peuvent accroître l'accessibilité et l'acceptabilité pour les populations clés. Les services de sensibilisation, les services mobiles, les centres d'accueil et les approches fondées sur le lieu sont utiles pour atteindre ceux qui ont un accès limité aux établissements de santé formels ou sont mal desservis par ceux-ci. Ces approches permettent des liens cruciaux et des références entre la communauté et les établissements de santé, et soutiennent la décentralisation (voir Section 6.2.2). Les programmes communautaires peuvent également se référer à des programmes dirigés et exécutés par les membres de la communauté des populations clés. Les membres du personnel, y compris les pairs, impliqués dans les approches communautaires devraient être soutenus de manière appropriée, en termes de formation, supervision et gestion et en termes de motivations et de rémunération.

Les **services communautaires**, que les membres de la communauté dirigent en exécutant des programmes de sensibilisation et de prévention du VIH, ont démontré les avantages en termes de résultats en matière de lutte contre le VIH. Ils permettent aussi aux membres de la communauté de surmonter les obstacles structurels pour exercer leurs droits et les capacités à changer les normes sociales, réduisant ainsi les vulnérabilités qui vont au-delà du VIH.

La communauté joue un rôle crucial dans la lutte contre le VIH.

Les services communautaires sont des interventions conçues, exécutées et suivies par les membres de la communauté. Ils peuvent jouer différents rôles, notamment :

- Fournir un accès adéquat et fiable aux commodités (préservatifs, lubrifiants, aiguilles et seringues) et aux services cliniques à travers la sensibilisation et les références ;
- Riposter contre la violence à l'égard des membres de la communauté et mettre en œuvre d'autres interventions structurelles ;
- Soutenir la consommation sûre et efficace de la naloxone dans la communauté par les personnes témoins d'une overdose d'opiacés ;
- Promouvoir les changements aux niveaux social et comportemental qui renforcent non seulement les connaissances mais aussi les compétences et systèmes afin de soutenir la prévention et la rétention des soins et du traitement ;
- Offrir des moyens formels et informels pour que la communauté réagisse sur la qualité des services et collabore avec les services inscrits en dehors du programme de lutte contre le VIH (2).

Interventions des pairs – il s'agit d'une modalité importante des prestations de services et d'échange d'informations et de compétences qui encouragent des comportements à moindre risque des individus ou réseaux de membres des populations clés. Outre la fourniture de services, les pairs peuvent servir de modèles et offrir un soutien sans jugement et respectueux qui peut contribuer à réduire la stigmatisation, faciliter l'accès aux services et améliorer leur acceptabilité.

Recommandations et orientations

TOUS LES GROUPES DE POPULATIONS CLÉS

Dans tous les contextes d'épidémies du VIH, l'OMS recommande un dépistage et des conseils communautaires pour le VIH avec un lien aux services de prévention, soins et traitement pour les populations clés, outre le dépistage et les conseils initiés par le prestataire (recommandation stricte, faible qualité de preuves) (1).

CONSOMMATEURS DE DROGUES PAR INJECTION

Voir Section 4.1.2.4 pour des recommandations spécifiques sur le soutien par les pairs et l'administration communautaire de la naloxone.

ADOLESCENTS DES POPULATIONS CLÉS

Les approches communautaires peuvent améliorer l'adhérence au traitement et la rétention aux soins des adolescents vivant avec le VIH (recommandation conditionnelle, très faible qualité de preuves) (15). (Voir Résumé 6.2.)

Étude de cas : Centres de prestation de services communautaires au Pakistan

Naz Male Health Alliance, Pakistan

Naz Male Health Alliance est une organisation communautaire au Pakistan, qui rend service à la communauté des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des personnes transgenres. Dans le cadre de son travail en cours qui vise la capacitation de la communauté, l'organisation compte six (6) centres de prestation de services dans cinq (5) villes, avec un nombre de 47 000 patients enregistrés. Chaque centre de prestation de services est divisé en une clinique et un centre d'accueil qui offre un environnement sûr et apaisant pour les bénéficiaires à revenu moyen. Ces centres sont stratégiquement situés près des zones sensibles pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et où il existe une concentration de hijra deras (logement des personnes transgenres). Les centres d'accueil et les activités de sensibilisation sont complémentaires : en effet, le centre d'accueil permet la création de relations de longue durée et les activités de sensibilisation offrent un lien au centre d'accueil.

Les sites des services sont séparés pour chaque communauté de population clé afin de répondre efficacement à leurs différents besoins. Chaque centre a un personnel multidisciplinaire d'environ 15 personnes, avec notamment des médecins spécialistes des IST, un psychologue et des éducateurs pairs. Les équipes sont principalement constituées des membres de la communauté ; plus de 95 % du personnel sont des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des personnes transgenres.

Résumé 6.2 Adolescents des populations clés

Les approches de prestation de services et les considérations y liées présentées dans ce chapitre pour toutes les populations clés s'appliquent aussi aux adolescents des populations clés. Néanmoins, des considérations supplémentaires sont nécessaires. Il est important que les services destinés aux adolescents des populations clés soient conçus et exécutés de manière à ce que soient prises en considération les multiples vulnérabilités qui confrontent les adolescents des populations clés à la diversité de leurs besoins, en fonction de leur âge, de leurs comportements spécifiques et des complexités de leur environnement social et légal.

Les considérations supplémentaires et approches pour les adolescents des populations clés incluent les points suivants¹ :

- Reconnaître et mettre en valeur les forces, compétences et capacités des adolescents des populations clés, plus particulièrement leur capacité à articuler les services dont ils ont besoin. Les faire participer à la prise de décision des services, tout en reconnaissant l'évolution de leurs capacités et leur droit de faire entendre leur voix. Il s'agit là d'une importante considération au moment d'aborder la question du consentement des parents pour des services et un traitement (Voir Section 5.1.2).
- Prendre prioritairement en considération les meilleurs intérêts des jeunes dans toutes les lois et politiques de protection de leurs droits (Convention relative aux droits de l'enfant, Article 3) (16).
- Profiter des infrastructures et services existants pour les jeunes et ajouter des composantes pour atteindre et offrir des services aux adolescents des populations clés, tout en s'assurant que ces services sont conviviaux pour les jeunes des populations clés comme pour les jeunes d'autres populations.
- Adopter une approche multidisciplinaire, tout en s'assurant que les services sont aussi complets que possible pour aborder les vulnérabilités transversales.
- Fournir des informations appropriées et une éducation aux adolescents des populations clés, tout en se concentrant sur la réduction de risques liés aux compétences. Les informations peuvent être diffusées à travers de multiples médias, notamment Internet, le téléphone portable et les approches participatives.
- Apporter un soutien psychosocial, à travers des conseils, des groupes de soutien par les pairs et les réseaux, pour lutter contre l'auto-stigmatisation et la discrimination et d'autres problèmes de santé mentale. La fourniture supplémentaire de conseils pour les familles, y compris les parents – en cas de besoin et à la demande de l'adolescent – peut être importante pour soutenir et faciliter l'accès aux services, plus particulièrement lorsque le consentement des parents est nécessaire (7).
- Faciliter l'accès aux services sociaux et avantages de l'État, y compris un refuge immédiat et un logement à long terme, et aborder la question de la sécurité alimentaire, notamment les évaluations nutritionnelles.
- Soutenir l'accès au développement des moyens de subsistance et le renforcement économique, et encourager les adolescents à continuer à aller à l'école ou, s'ils ne sont plus scolarisés, à retourner à l'école, le cas échéant.
- Aborder les normes sociales et la stigmatisation relative à la sexualité, aux identités et aux orientations sexuelles, à travers des cours d'éducation à la sexualité complets dans les écoles, des informations à l'appui pour les familles, la formation des éducateurs et les politiques de l'emploi.

¹ Voir Appendice 6 pour des informations sur les jeunes des populations clés.

6.3 Facteurs clés à prendre en considération lors de la fourniture de services à toutes les populations clés

En résumé, assurer l'accès, l'acceptabilité et l'abordabilité impose de prêter attention aux multiples éléments spécifiques de la conception et de l'exécution du programme. Des actions sur tous ces éléments, appropriées au contexte spécifique, donneront lieu à des programmes pour mieux servir les populations clés.

ACCÈS

Création de la demande

La demande du dépistage du VIH et des services de prévention peut être créée à travers des campagnes ciblées sur l'identification des cadres des populations clés, sur la base des programmes de sensibilisation communautaire, du téléphone portable, des réseaux sociaux, des radiodiffusions et des médias en ligne.

Étude de cas : Stratégies en ligne pour augmenter l'utilisation des services de dépistage du VIH à Bangkok

Thai Red Cross AIDS Research Centre, Bangkok, Thaïlande
<http://en.trcarc.org/>

À Bangkok, la clinique destinée aux hommes offre des services complets et conviviaux aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. L'un des outils de cette clinique pour la croissance de l'utilisation des services de dépistage du VIH a été le premier site web bilingue (thaï/anglais) pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (<http://adamslove.org>), lancé en 2011.

L'objectif de ce site web est d'encourager un dépistage systématique du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Afin de relier les visiteurs du site web aux services de dépistage du VIH, une section intitulée « HIV testing site near you » offre des informations sur la manière d'obtenir des services de dépistage du VIH sur les sites destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à Bangkok et dans d'autres provinces. D'autres moyens de création de demandes continue pour les services de dépistage du VIH incluent les médias de masse et les activités médiatiques ciblées telles que des chroniques régulières dans des magazines gays, des interventions gérées par les pairs et des réceptions où sont conviées les célébrités pour se soumettre à un dépistage du VIH.

Le nombre de patients ayant obtenu des services de dépistage du VIH a été multiplié par cinq (5), passant de 967 en 2008 à 4 371 en 2012. Le site web Adam's Love a attiré plus de 500 000 visiteurs en deux (2) ans et a sa propre page Facebook, avec plus de 15 000 fans. Un quart des patients de la clinique dédiée aux hommes rapportent avoir obtenu des services de dépistage du VIH grâce à ce site.

Surmonter les obstacles liés à l'âge

Les lois sur l'âge de consentement devraient être révisées afin de déterminer leur effet sur l'accès aux services. Les pays peuvent envisager de réviser les politiques de consentement et créer des exceptions à la limite d'âge (c'est-à-dire le statut de mineur mature). Les pays peuvent également réfléchir aux meilleurs moyens d'évaluer la capacité de consentement des adolescents.

Rendre les services commodes

Les programmes peuvent envisager d'offrir des services mobiles et/ou occasionnels et des services de weekend et/ou de nuit qui facilitent l'accès. La sensibilisation, y compris les services sur un lieu fixe ou à domicile, peut également accroître l'accès.

Décentraliser les services

La décentralisation des services d'un lieu centralisé à une sensibilisation communautaire et/ou mobile et des établissements de santé périphériques peut accroître l'accès. Par exemple, l'éducation sexuelle à l'école, les conseils des pairs et les activités communautaires peuvent diffuser des messages comportementaux, promouvoir le suivi après orientation dans un service, améliorer l'adhérence au traitement et favoriser la participation des individus par rapport à leurs propres soins de santé.

Étude de cas : Au Vietnam, la décentralisation facilite un accès précoce aux services VIH

Vietnam Authority of HIV/AIDS Control/Ministry of Health and WHO Vietnam

En 2012, la Division de la lutte contre le VIH/Sida (« Vietnam Authority of HIV/AIDS Control ») du Ministère de la Santé a effectué des test-pilotes sur un projet pour élargir l'accès précoce aux services VIH chez les populations clés, plus particulièrement les consommateurs de drogues par injection, et par conséquent maximiser les avantages thérapeutiques et préventifs de la TAR en permettant aux patients de commencer le traitement le plus tôt possible. Le projet pilote impliquait des services décentralisés de dépistage du VIH, des établissements de districts à des formations sanitaires dans les provinces de Dien Bien et Can Tho. Le projet pilote a introduit des innovations au Vietnam, telles que l'association antirétrovirale à doses fixes, un dépistage du VIH et des CD4 aux points de service, et un suivi décentralisé.

Le projet a activement engagé les partenaires des communautés, y compris les éducateurs pairs, les groupes d'auto-soutien et les travailleurs de la santé des villages, leur offrant des formations sur la mobilisation communautaire et organisant des réunions régulières pour discuter des activités et défis liés à la sensibilisation. Le personnel des établissements de santé communautaires a reçu une formation sur la prestation des services VIH, y compris le dépistage du VIH à l'aide de tests rapides, les conseils pré- et post-dépistage, le soutien de l'adhérence, les soins de base et l'administration des ARV.

Ce modèle communautaire décentralisé incite à un diagnostic et à un traitement précoce. Les personnes diagnostiquées dans des communes ont un nombre de cellules moyen très élevé au moment où elles commencent la TAR (moyenne de 294 cellules/mm³) que celles diagnostiquées dans des établissements de districts (moyenne de 88 cellules/mm³). La sensibilisation communautaire et la confiance sont reconnues comme des éléments essentiels pour faciliter un accès précoce aux services VIH chez les consommateurs de drogues par injection.

Intégrer les services et assurer les références et le lien aux soins

L'intégration des services, y compris les services de dépistage du VIH et les services de traitement de la dépendance aux drogues (par exemple la TSO, les PAS) rend les services plus commodes et, par conséquent, facilite l'accès. Afin de réduire la perte de suivi, les procédures normalisées d'exploitation devraient spécifier les liens aux soins et se charger du transport des services de dépistage du VIH aux sites de la TAR. Les systèmes qui partagent les informations entre les cliniques (par exemple les cliniques pour la tuberculose et le VIH), l'utilisation des travailleurs communautaires pour le suivi et le soutien des pairs peuvent faciliter la rétention aux soins.

Étude de cas : Promotion d'un dépistage systématique et soutien au lien relatif aux soins en Espagne

Proyecto dels NOMS-Hispanosida (BCN Checkpoint), Spain. <http://www.bcncheckpoint.com/>

BCN Checkpoint est un centre communautaire dans le district gay de Barcelone pour la détection du VIH et d'autres IST chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Géré par l'organisation non-gouvernementale, Proyecto dels NOMS-Hispanosida, BCN Checkpoint offre un dépistage rapide du VIH et de la syphilis par les pairs pour une détection rapide, un vaccin contre l'hépatite A et B et la promotion de la santé sexuelle. Afin d'encourager un dépistage annuel du VIH, BCN Checkpoint utilise des courriels, des messages écrits et des appels téléphoniques.

Entre 2007 et 2013, le programme a réalisé plus de 22 000 dépistages du VIH, détectant 756 nouvelles infections. Pour les personnes ayant un résultat positif au dépistage, BCN Checkpoint offre un programme d'éducation et d'information avec les conseillers pairs séropositifs formés et des références dans un délai d'une (1) semaine à l'unité de traitement du VIH de l'hôpital. Pour assurer le lien aux soins, toutes les personnes dépistées récemment sont suivies grâce à un registre. Actuellement, près de 90 % sont directement liées aux soins, tandis que 5 % font leurs propres soins et environ 4 % ne sont à Barcelone que temporairement et obtiennent des soins dans leurs pays d'origine. Moins de 2 % sont perdus de vue.

Investir dans les facteurs déterminants

Les pays peuvent soutenir l'accès des populations clés aux services en investissant dans les facteurs déterminants, tels que les programmes d'alphabétisation juridique et de traitement intégrés, les services juridiques, les programmes pour réduire la stigmatisation et la discrimination, et la formation des travailleurs de la santé et du personnel chargé d'appliquer la loi.

Étude de cas : Utilisation des réseaux sociaux au Ghana pour atteindre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

SHARPER project, FHI360, Ghana
<http://www.fhi360.org/projects/strengthening-hiv-aids-response-partnership-evidenced-based-Resultatssharp>

Le projet SHARPER a testé l'utilisation des réseaux sociaux par les agents de liaison de la communauté afin d'identifier les réseaux non atteints d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Le projet a lancé MSM.net dans deux (2) sites à travers le mappage informel des réseaux de la communauté. Des agents de liaison de la communauté ont été choisis dans les réseaux non atteints auparavant par les éducateurs pairs et formés sur le VIH, les informations sur la santé et les services y liés. Ils se sont servis des réseaux sociaux sur les smartphones et les ordinateurs portables pour atteindre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Le terme « atteint » est défini comme ayant reçu une évaluation des risques, des informations sur la prévention du VIH et une référence aux services de dépistage du VIH (ou tout autre service VIH).

En 2013, plus de 15 000 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont été atteints à travers Facebook (45.6 %), WhatsApp (13.4 %) et d'autres réseaux sociaux. À Accra, 82 % des hommes atteints par cette approche n'avaient jamais eu de contact avec un éducateur pair auparavant. À Kumasi, 66 % n'avaient jamais été atteint auparavant par aucune intervention. L'agent de liaison de la communauté à Accra a identifié huit (8) travailleurs du sexe masculins dans des maisons closes et dans les réseaux auparavant inconnus au projet et à d'autres organisations d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Les réseaux sociaux se sont avérés être des moyens importants pour atteindre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, que les éducateurs pairs n'atteignaient généralement pas. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes atteints par les agents de liaison de la communauté ont tendance à être plus âgés, plus éduqués, célibataires et plus stables financièrement, et (à Accra) à rapporter un réseau social plus large d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes que ceux atteints par les éducateurs pairs.

ACCEPTABILITÉ

Formation des prestataires de services

Sensibiliser et éduquer les prestataires de services (y compris les travailleurs de la communauté, les travailleurs communautaires pairs, le personnel d'appui et le personnel de gestion) sur des questions spécifiques relatives aux populations clés et sur les pratiques non discriminatoires et l'élimination de la stigmatisation, en utilisant la formation initiale et la formation interne, la documentation de travail, la supervision du soutien et le suivi de la formation. Selon le cas, la formation devrait impliquer les représentants des populations clés.

Créer un environnement sûr et favorable

Les espaces sûrs (aussi bien pour les soins de santé que pour les services sociaux) et les environnements privés et libres de toute stigmatisation peuvent encourager l'accès par les membres des populations clés. Par exemple, fournir des entrées séparées et bien éclairées ou des services dans un cadre approprié peut réduire les obstacles aux services.

Fournir des services de qualité

Les services devraient être acceptables et de qualité. L'un des moyens d'évaluer la qualité consiste à surveiller l'expérience du patient, en utilisant des indicateurs nationaux et mondiaux.

Assurer un consentement volontaire et éclairé

Les programmes doivent promouvoir le droit individuel à décider de son propre traitement et accepter le droit de refuser les services. Tous les services devraient être volontaires, sans coercition ou condition préalable pour l'obtention des services ou matériels tels que le dépistage du VIH, les préservatifs ou les aiguilles neuves. Les informations sur les services et le traitement devraient être claires, explicites et dans la langue appropriée. En outre, les informations pour les adolescents devraient être adaptées à leur stade de développement.

Assurer la confidentialité

Une attention devrait être accordée à la protection de la vie privée et de la confidentialité, par exemple fermer la porte de la salle de consultation ou trouver un endroit privé pour discuter. Les patients devraient être rassurés par rapport à la confidentialité, par exemple en demandant leur permission avant de dévoiler certaines informations à d'autres prestataires de soins de santé. Les programmes devraient aborder les complexités liées au maintien de la confidentialité dans la communauté, la sensibilisation et les approches de pairs en particulier.

Étude de cas : Services confidentiels et anonymes au Liban

Marsa Sexual Health Center, Lebanon. <http://www.marsa.me>

Le Marsa Sexual Health Center à Beyrouth, au Liban, offre des services de santé sexuelle et génésique au public dans un environnement convivial, libre de toute stigmatisation et discrimination liées à l'âge, au sexe, au genre et à l'orientation sexuelle. Les clients ciblés sont les jeunes, les femmes célibataires sexuellement actives et les communautés marginalisées ayant un accès limité aux autres établissements de soins de santé sexuelle, y compris les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transgenres.

L'anonymat et la confidentialité du client lorsqu'il obtient des services auprès de Marsa jouent un rôle important dans l'attraction de la clientèle. Le centre utilise un numéro de dossier unique pour chaque client, qui sert d'identifiant. Il revient au client de décider s'il désire fournir des informations d'identification pour son dossier.

Par ailleurs, un personnel constitué de professionnels qualifiés et sensibles est nécessaire pour garder la confidentialité. Les clients se sentent plus à l'aise pour se confier à leurs prestataires de services, dévoiler des détails intimes de leur vie et chercher des informations auprès des spécialistes, tout en sachant que leur identité ne sera pas révélée, même auprès des autres membres du personnel.

Étude de cas : Les conseils en ligne et les téléconseils assurent l'anonymat des jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant avec le VIH dans la Fédération russe

Positive Life programme, menZDRAV Foundation & Phoenix PLUS NGO, Russie

En partenariat avec une organisation non gouvernementale, le « menZDRAV Foundation » offre des services aux jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, âgés de 18 à 25 ans, vivant avec le VIH dans six (6) régions de la Fédération russe. De nombreux jeunes hommes sont réticents à l'idée de faire partie d'un groupe de soutien, de peur que leur orientation sexuelle ou leur statut sérologique ne soit publiquement identifié. C'est pourquoi le programme Positive Life offre des conseils par téléphone, sur les réseaux sociaux et sur Skype.

Dans chacune des six (6) villes, des conseillers pairs répondent) un numéro de téléconseil connu. Les conseils sont fournis sur Skype et les jeunes hommes peuvent envoyer leurs questions par courriel, sur Facebook, sur Vkontakte ou sur le profil d'un conseiller sur les sites web gay.

Les conseillers fournissent aux appelants des informations sur la sexualité, les pratiques sexuelles sans danger, les IST, l'adhérence au TAR, les effets secondaires des ARV et la révélation du statut sérologique aux partenaires sexuels. Les appelants sont informés des services du projet et encouragés à visiter les bureaux du projet pour des évaluations ou des références. Ceux de ces jeunes hommes qui sont réticents à l'idée de visiter les bureaux du projet de peur d'être identifiés peuvent être orientés vers l'un des 20 spécialistes dans les six (6) régions où le personnel de santé a été formé et sensibilisé aux besoins spécifiques des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant avec le VIH et recevront des services sans stigmatisation ou discrimination.

Il existe environ 80 conseillers pairs formés, bénévoles et membres de l'équipe du projet. Tous les conseillers de Positive Life prennent part à la formation centralisée. Ils reçoivent une formation approfondie et une supervision dans les bureaux régionaux du projet ainsi que du personnel du projet central qui voyage dans les régions. En 2013, les conseillers de Positive Life ont fourni environ 1 900 consultations téléphoniques et 1 350 consultations en ligne.

Impliquer les membres des populations clés

Les membres des populations clés devraient être impliqués dans la conception des programmes, y compris leur planification, mise en œuvre, suivi et évaluation. Une telle implication peut accroître le sens d'appartenance de la communauté et, par conséquent, l'efficacité du programme. Les membres des populations clés peuvent également être impliqués comme prestataires de services.

Étude de cas : Renforcement des capacités des services de la communauté transgenre aux États-Unis

Center of Excellence for Transgender Health, University of California, USA. <http://transhealth.ucsf.edu>

La mission du « Center of Excellence for Transgender Health » est d'accroître l'accès à des services de soins de santé complets, efficaces et proactifs pour les communautés transgenres ou ayant une variance de genre. L'objectif ultime est d'améliorer la santé générale et le bien-être des personnes transgenres en développant et en mettant en œuvre des programmes en réponse aux besoins identifiés des communautés. La faculté principale et le personnel riche de ses diverses expériences offrent des programmes informés par un conseil consultatif national de 14 leaders trans-identifiés de part et d'autre des États-Unis.

Les projets du Center of Excellence abordent une palette de questions sanitaires pour les personnes transgenres. L'une des activités de ce projet consiste à élaborer des lignes directrices sur divers sujets relatifs aux soins primaires, y compris les soins primaires et préventifs, l'hormonothérapie, la santé mentale, la jeunesse et la chirurgie. Les protocoles ont été publiés en ligne (<http://Transhealth.UCSF.edu/protocols>). En outre, le Transitions Project permet de renforcer les capacités des organisations communautaires à adapter, à mettre en œuvre et à évaluer les interventions de prévention du VIH fondées sur des données pour les communautés transgenres.

Étude de cas : Renforcement des capacités et séances de formation en Tanzanie

Médecins du Monde, Tanzanie

<http://doctorsoftheworld.org/where-we-work/africa/tanzania/>

Les Médecins du Monde, Tanzanie, offrent des services complets de réduction des préjudices, y compris les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues et la référence à la TSO, ainsi que des activités génératrices de revenus et une assistance judiciaire. Plus généralement, les Médecins du Monde sont impliqués dans le renforcement des capacités des organisations communautaires et non-gouvernementales pour gérer les services de réduction des préjudices, plus particulièrement dans les centres d'accueil avec des programmes de distribution d'aiguilles et de seringues; il s'agit des centres pour femmes, avec des services supplémentaires offerts à leurs enfants. En 2013, plus de 200 parties intéressées ont été formées sur les approches et intervention de réduction des préjudices.

L'organisation a aussi permis de créer des comités de réduction des préjudices aux niveaux national et des districts avec des représentants du gouvernement et des institutions non gouvernementales. Les sous-comités, aux deux (2) niveaux, se concentrent sur la mobilisation des ressources. Un dialogue continu avec les autorités municipales, régionales et nationales et des séances de sensibilisation de la police, du personnel médical et des journalistes ont été d'importants éléments du travail.

ABORDABILITÉ

Assurer les ressources monétaires

L'engagement et le financement du gouvernement sont importants. Les partenariats public-privé peuvent distribuer les coûts.

Réduire ou éliminer les frais

Selon le cas, les services devraient être gratuits ou à des prix modiques. L'assurance ou les subventions de santé devraient couvrir tous les frais de services.

Réduire les coûts

Les coûts du système de santé et des utilisateurs peuvent être réduits à travers l'intégration et la décentralisation des services, la sensibilisation communautaire et des lieux appropriés. Les coûts individuels peuvent être diminués également en réduisant le temps d'attente dans les établissements à travers des systèmes de rendez-vous flexibles et la séparation des consultations cliniques et des collectes de médicaments.

ÉLABORATION DE LA RIPOSTE : LE PROCESSUS DE PRISE DE DÉCISION, DE PLANIFICATION ET DE SUIVI

7

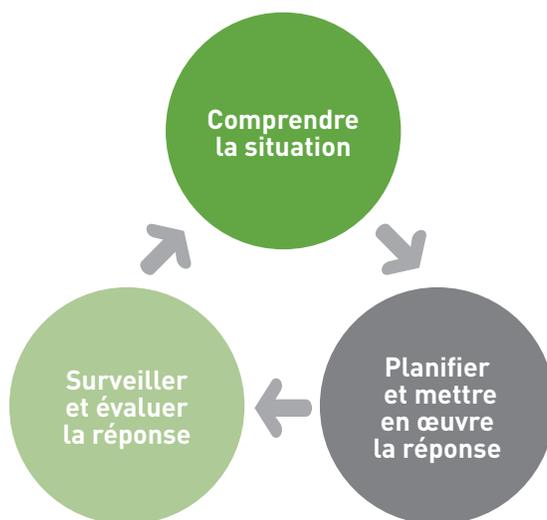
7.1	Introduction	124
7.1.1	Principes directeurs	125
7.2	Comprendre la situation	126
7.3	Planification et mise en œuvre de la riposte	129
7.4	Suivi et évaluation de la riposte	130
7.5	Planification et développement de la riposte en cours	131

7 ÉLABORATION DE LA RIPOSTE : LE PROCESSUS DE PRISE DE DÉCISION, DE PLANIFICATION ET DE SUIVI

7.1 Introduction

L'action sur les recommandations dans ces lignes directrices nécessite une stratégie éclairée par des données et appropriée au contexte local. La planification, la prise de décision et le suivi font partie du processus en cours : Une fois que le plan fondé sur des preuves est développé et mis en œuvre, il doit être suivi et évalué. Les résultats informent de la révision de la stratégie et de sa mise en œuvre (Fig. 7.1).

Fig. 7.1 Planification, mise en œuvre et cycle d'évaluation du programme



7.1.1 Principes directeurs

Un processus efficace de développement et de mise en œuvre d'une riposte nationale ou sous-nationale au VIH chez les populations clés suit ces principes directeurs :

- **Une approche basée sur l'éthique et les droits** devrait informer de toute prise de décision. La riposte planifiée au VIH chez les populations clés, et le processus de prise de décision en lui-même, devrait être non discriminatoire et responsable pour les populations qu'elle cherche à servir, tout en respectant leur autonomie et leurs droits. Les principes de justesse et d'équité devraient être respectés.
- **La participation significative des communautés affectées** est essentielle pour s'assurer que les décisions prises, les plans formulés et les programmes élaborés sont acceptables pour les membres de la communauté, et équitables et qu'ils répondent aux besoins de la communauté. Les représentants de la population clé devraient être impliqués à toutes les étapes de la conception de la riposte allant de la mise en œuvre au suivi et à l'évaluation (1). La capacitation réussie de la communauté (voir Section 5.3) développe la capacité des membres et organisations de la communauté à participer à ces processus de manière significative. Les organisations communautaires jouent un rôle crucial dans la prestation de services qui répondent le mieux aux besoins des populations clés.
- **Implication de toutes les parties prenantes.** La lutte contre le VIH chez les populations clés nécessite une riposte multisectorielle. En conséquence, la planification de la riposte nécessite l'implication de divers secteurs. L'encadré 7.1 présente une liste des parties potentiellement intéressées à inclure dans le processus de planification.
- **Approche coordonnée.** Le gestionnaire du programme national de lutte contre le VIH et un corps approprié, comme la Commission nationale de lutte contre le VIH/Sida devrait être tenu responsable de la gestion du processus de planification général et faciliter la participation des parties intéressées et de la communauté. La désignation d'un individu pour travailler spécifiquement à l'élaboration et la coordination des services et questions liées aux populations clés au sein de la commission nationale de lutte contre le Sida (ou tout corps similaire) est susceptible de faciliter cette action. Dans divers pays, l'élaboration d'un programme national nécessite la formulation de stratégies aux niveaux local et sous-national également, avec les lignes directrices et la coordination, au niveau national.
- **Ouverture et transparence.** Les données et les raisons qui justifient les décisions devraient être publiquement disponibles, y compris les informations sur l'efficacité et les risques escomptés et la distribution des charges et des avantages pour la santé aux différents groupes.
- **Fondement sur les données.** Les politiques, interventions et approches devraient être fondées sur des données probantes.
- **Équité.** Les programmes devraient viser à atteindre des résultats équitables pour la santé dans toutes les populations et tous les cadres, et à promouvoir la parité homme-femme.
- **Efficacité et durabilité.** Les programmes devraient chercher à fournir des services efficaces de manière efficiente et à s'assurer qu'ils s'inscriront dans la durée.

Case 7.1 Acteurs potentiels à inclure dans le processus de planification

- Des experts en programmation, des gestionnaires et des personnels de santé dans les domaines suivants, tant dans le secteur public que privé : Les programmes sur le VIH et les dispensaires (test VIH et conseil, ARV et PTME, santé sexuelle et génésique, santé maternelle et infantile, santé mentale, services d'hépatologie et de tuberculose, dépendance aux drogues et services de réduction des méfaits de la drogue, et programmes de santé pénitentiaires ;
- La société civile, y compris les personnes vivant avec le VIH, les groupes de femmes et de jeunes, les responsables religieux, des personnes handicapées ;
- Des spécialistes techniques dans des domaines spécifiques, tels que les services de laboratoires, la pharmacologie, la résistance aux médicaments, la chaîne logistique et la santé communautaire ;
- Les partenaires du gouvernement, y compris les responsables des ministères concernés, tels que le Ministère de la Santé, le Ministère de la Justice et de l'Application des lois, le Ministère des Affaires Internes, le Ministère des Finances et de la Planification, et les responsables régionaux (provinciaux)
- Des organisations non-gouvernementales, y compris les organismes internationaux, les organisations confessionnelles, les autres organisations non-gouvernementales locales et communautaires, et les organisations des services du secteur privé ;
- Des experts en finances et budget, tels que des responsables du budget et des économistes en santé du programme ;
- Des institutions universitaires, y compris des experts en recherche opérationnelle, la science de mise en œuvre, l'éthique, la formation et la supervision ;
- Des associations des différents professionnels de la santé (tels que les médecins, les infirmiers et les agents de santé communautaires).

7.2 Comprendre la situation

L'efficacité des interventions du paquet essentiel a été éprouvée. Les expériences dans de multiples pays ont démontré le caractère généralisable de ces interventions dans divers contextes. Néanmoins, les facteurs locaux sont susceptibles d'exercer une influence sur l'efficacité et l'impact. Il est essentiel de comprendre les dynamiques de l'épidémie locale ; les caractéristiques des populations concernées ; les environnements physiques, sociaux et politiques ayant une incidence sur le risque et la vulnérabilité ; les besoins des populations clés et tout autre facteur pouvant faciliter ou entraver les initiatives visant à subvenir à ces besoins ; et les systèmes de santé et infrastructures communautaires. À partir de ces informations, un plan factuel pourrait être développé et mis en œuvre.

Les personnes des populations clés sont plus à risque face au VIH que l'ensemble de la population et présentent des besoins sanitaires spécifiques. Alors que la plupart de ces risques et besoins sont communs aux personnes des populations clés dans différents milieux, certains de ces facteurs diffèrent parmi les populations clés, et d'autres sont spécifiques à un contexte particulier. Par conséquent, pour une intervention locale appropriée, acceptable et efficace, ces

risques et besoins devraient être examinés localement et les populations locales des secteurs clés devraient être consultées et encouragées à prendre une part active à l'analyse de la situation.

Il est également important de prendre en compte la diversité significative et les divers niveaux de risques dans chaque population clé. Les personnes les plus vulnérables sont celles considérées comme membres de plus d'une population clé; par exemple, certains hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et pourraient également s'injecter des drogues avant de s'engager dans leur activité sexuelle. Ainsi, ils s'exposent au VIH par plusieurs voies. Les personnes des populations clés pourraient également avoir d'autres caractéristiques qui pourraient les rendre davantage vulnérables ou engendrer des besoins de santé et de bien-être additionnels. Par exemple, ces personnes des populations clés pourraient être sans domicile, ou dépourvues de santé mentale, ou encore avoir d'autres problèmes de santé chronique.

L'information devrait guider la riposte, mais le manque d'information n'est pas une raison pour s'arrêter ou ne pas initier de riposte contre le VIH dans les populations clés.

L'effectif de la population clé et la distribution varient d'une population à une autre. Afin de déterminer l'échelle nécessaire à la riposte, la balance adéquate entre les différentes interventions devrait être ciblée; il est essentiel d'apprécier l'effectif et la distribution des populations clés, entre autres facteurs (voir case 7.2 et section 7.3)

Il est essentiel que les exercices de collecte d'informations, et l'information proprement dite, servent à protéger et non à mettre en danger, la sécurité et la vie privée des personnes des populations clés. À chaque fois, les principes éthiques devraient être observés, et les droits de l'homme des personnes des populations clés observés. Dans certaines circonstances, déterminer l'effectif ou la cartographie des populations clés pourrait sans le vouloir mettre en danger les membres de la communauté ou les soumettre à la stigmatisation en identifiant ces populations et leur adresse. Une telle information pourrait également mener à l'appréhension et l'emprisonnement des personnes des populations clés ayant une attitude criminelle. Pendant l'exercice de collecte d'information, il est essentiel de protéger la vie privée, la confidentialité et la sécurité de l'information collectée. Si la sécurité et les droits de l'homme des personnes des populations clés ne peuvent être protégés, la collecte de certaines informations, comme la cartographie du lieu où les personnes des populations clés se retrouvent devrait être évitée.

La composition, les caractéristiques et les besoins des populations clés changent au fil du temps, ainsi que d'autres facteurs contextuels et environnementaux. Le M\$E en cours identifiera les paramètres ayant changé et s'attèlera à redéfinir ou à rediriger la riposte.

Il est presque certain qu'une analyse de la situation identifiera les lacunes présentes dans l'information. Un programme de recherche approfondie pourrait combler ces lacunes.

Pendant l'analyse et l'interprétation des données, il est également important d'évaluer la qualité de l'information et la présence d'une quelconque source de préjugés.

Case 7.2 Informations privilégiées nécessaires à la prise de décisions et à la planification.

Information nécessaire	Source de l'information (voir aussi Résumé 7.4)
Effectif de la population clé	<ul style="list-style-type: none"> estimation de l'effectif de la population
Prévalence VIH parmi les populations clés	<ul style="list-style-type: none"> surveillance sérologique
Adresse des populations clés/ distribution géographique	<ul style="list-style-type: none"> exercices de cartographie
Caractéristiques des populations clés, comportements à risque et soucis de santé	<ul style="list-style-type: none"> enquête démographique enquête comportementale enquêtes de santé générale
Facteurs structurels importants, barrières à la mise en œuvre d'une riposte au VIH, et les besoins des populations clés	<ul style="list-style-type: none"> audit de la politique et de la législation en cours et la pratique consultation avec les membres de la communauté, les organisations communautaires et autres partenaires enquête comportementale
Pénétrabilité, couverture, qualité, Programmatique résultat et impact de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> avis d'enregistrement de la maladie enquête bio-comportementale intégrale <p><i>(Voir Case 7.3 pour une plus ample description dans le cadre du programme national de surveillance et d'évaluation.)</i></p>

Des guides d'évaluation et de riposte rapide sont disponibles pour assister dans les évaluations initiales et celles en cours, en utilisant différentes méthodes de collecte de données afin d'exécuter les analyses à différents niveaux :

- Guide d'adaptation d'évaluation et de riposte rapide sur le VIH et les hommes qui entretiennent des relations sexuelles avec des hommes. Geneva, WHO, 2002. http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/msmrar.pdf?ua=1
- Le guide d'évaluation et de riposte rapide sur la consommation des drogues injectables (IDU-RAR). Geneva, WHO, 1998. http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/IDRARGuideEnglish.pdf?ua=1
- Le guide d'évaluation et de riposte rapide sur la consommation des substances psychoactives et les comportements sexuels à risque (SEX-RAR). Geneva, WHO, 2002. http://www.who.int/entity/mental_health/media/en/686.pdf?ua=1
- Guide d'adaptation d'évaluation et de riposte rapide pour le travail avec surtout des jeunes personnes vulnérables. Geneva, WHO, 2004 http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/youngpeoplerrar.pdf?ua=1

7.3 Planification et mise en œuvre de la riposte

Les décisions subséquentes devraient être prises en compte dans le développement et la mise en œuvre du programme national de riposte contre le VIH parmi les populations clés.

Cible la riposte

- Quelles populations clés et quels sous-groupes de ces populations clés sont plus exposés ?
- Quelles législations, politiques et lignes de conduites sont à développer ou à réviser ?

Mise en œuvre

- Quelles interventions devraient être mises en œuvre et dans quel ordre devraient-elles apparaître ?
- Où et à quelle échelle les interventions devraient être fournies ?
- Quels objectifs et calendriers devraient être établis pour la mise en œuvre et la mise niveau des interventions ?
- Comment et à quelle échelle les services devraient être décentralisés et intégrés afin de fournir une meilleure couverture pour les populations clés ?
- Quels modes de prestation de services sont les plus appropriés ?
- Quels sont les rôles et les responsabilités des différents partenaires dans la mise en application de la riposte et l'atteinte des objectifs fixés ?

Ressources nécessaires

- Le coût de la mise en œuvre de la riposte l'emporte-il sur le coût de l'inaction ?
- Quelles ressources humaines, financières et autres ressources et infrastructures sont nécessaires à la mise en application de la riposte ? Quelles ressources sont actuellement disponibles, quelles suggestions additives seront nécessaires, et comment peuvent-elles être obtenues ? Quels types de soins de santé et autres travailleurs sont nécessaires, et comment seront-ils recrutés et formés ? Comment le décalage et le partage des tâches peuvent-ils optimiser l'utilisation des ressources humaines disponibles et développer la prestation de services ?
- Comment les économies d'échelle et les synergies dans les interventions à VIH et d'autres interventions sanitaires peuvent-elles minimiser les coûts et améliorer la prestation de services ?

Suivi et évaluation

- Comment la mise en application de la riposte sera-t-elle suivie et évaluée ?
- Comment les systèmes d'information clés pour M&E devraient-ils être renforcés ?

Risques Résultats et conséquences

- Quels sont les risques potentiels et les vulnérabilités de la riposte planifiée, et quelles stratégies pourraient limiter leur impact ? Les risques peuvent inclure les facteurs domestiques tels que les restrictions budgétaires, le vol des produits non durables, l'attrition des travailleurs de la santé et l'émergence de la résistance aux médicaments. Les facteurs externes pourraient inclure la perte des supports financiers externes, l'instabilité politique et les catastrophes naturelles.

7.4 Suivi et évaluation de la riposte

Un système de suivi et d'évaluation est nécessaire pour évaluer les éléments du secteur structurel et de santé de la riposte au VIH dans les populations clés. Il est essentiel que ces systèmes soient pratiques, peu compliqués, et qu'ils puissent collecter des informations courantes, pouvant servir immédiatement.

Les agences partenaires des Nations Unies et de l'OMS ont développé des cadres de suivi de la riposte au VIH au sein de la population générale et des populations clés. Les documents suivants décrivent ces cadres :

Un **système M&E** est essentiel pour la riposte contre le VIH dans les populations clés

- Des outils pour l'établissement et le suivi des cibles pour la prévention, le traitement et les soins pour le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles entre travailleurs(es) de sexes populations clés. Genève, OMS, 2015. <http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/kpp-monitoring-tools/en/>
- Guide technique pour permettre aux différents pays d'établir des cibles pour l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins pour les utilisateurs de drogues injectables--révision 2012 Geneva, WHO, 2012. http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/
- Guide consolidé VIH, M\$E Genève, OMS, 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164716/1/9789241508759_eng.pdf

Chacun de ces cadres préconise un ensemble d'indicateurs nationaux ; ces indicateurs évaluent les facteurs clés relatifs à l'environnement favorable ; mesurent la disponibilité, la couverture et la qualité des interventions spécifiques ; et examinent leurs résultats et impacts (Résumé 7.3) Les indicateurs peuvent également être utilisés pendant la préparation des propositions ou pendant la présentation des rapports au bailleur de fonds.

Les documents suivants fournissent plus de lumière sur les M\$E y compris la manière d'exécuter une évaluation au niveau infra national :

- Directives opérationnelles pour le suivi et l'évaluation des programmes VIH pour les travailleurs(es) de sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les non conformistes sexuels. Geneva, UNAIDS, 2012. http://unaids.org.cn/en/index/Document_view.asp?id=712
- Directives opérationnelles pour le suivi et l'évaluation des programmes VIH pour les personnes qui utilisent des drogues. Geneva, UNAIDS, 2011, draft. <http://www.cpc.unc.edu/measure/tools/hiv-aids/operational-guidelines-for-m-e-of-hiv-programmes-for-people-whoinject-drugs/idu-service-delivery-level-guidelines/view>

Le processus M\$E requiert des informations de diverses sources, y compris des enquêtes comportementales et de surveillance sérologique, des informations administratives et de programmation, ainsi que des informations rassemblées par le contrôle des documents de

politique et législation et la consultation avec des experts et les bailleurs de fonds (Résumé 7.4) La qualité et les limites de ces informations devraient être contrôlées et prises en compte pendant l'analyse et l'interprétation.

7.5 Planification et développement progressif de la riposte

Il est essentiel d'établir des objectifs clairs, réalisables mais ambitieux pendant le processus de planification d'augmentation des interventions afin d'atteindre les objectifs de la riposte contre le VIH. Les objectifs définissent concrètement le succès d'un programme ou projet national dans des délais spécifiques. Les objectifs peuvent être établis pour les indicateurs spécifiques d'intervention et les indicateurs d'impact et de résultat transversal (Résumé 7.3).

L'intervention et les indicateurs d'environnement favorable reflètent la disponibilité, la couverture et la qualité d'une intervention ou d'un service ou évalue les changements environnementaux, comme la révision de la législation, dans un délai bien précis. Les objectifs sont fixés dans le but de réduire considérablement les risques liés au VIH et aux IST afin de contrôler l'épidémie et de s'assurer du traitement et des soins appropriés pour ceux vivant avec le VIH ou une IST.

Les indicateurs de résultats et d'impacts ont pour but de jauger l'impact des interventions sur les résultats qui affectent l'exposition au risque, comme les changements de comportement à risque (par exemple, le pourcentage des personnes qui utilisent les préservatifs régulièrement) ou sur les impacts liés aux itinéraires du VIH et des IST" par exemple, la réduction de l'incidence du VIH ou des IST.

De même que la planification sur l'ensemble, le processus de fixation des objectifs devrait se faire en pleine collaboration et comprendre notamment un bon nombre de bailleurs de fonds. Les personnes chargées de la fixation des objectifs devraient s'assurer qu'ils sont réalistes et que les informations peuvent être collectées dans la pratique. En sauvegardant les stratégies du programme, les objectifs devraient être ajustés à l'épidémie locale et à ce que cette stratégie peut réaliser effectivement avec des fonds et ressources pouvant être obtenus. Le modelage pourrait servir à identifier comment les différents niveaux d'objectifs auront une incidence sur l'épidémie.

Analyse de la ligne de base L'évaluation initiale devrait mesurer l'échelle de la riposte actuelle, l'évaluation de la disponibilité, de la couverture et de la qualité des interventions courantes et l'appréciation des facteurs environnementaux favorables ou non, Ces informations servent de ligne de base pour suivre l'évolution. En plus, à ce stade, des ressources disponibles et la capacité technique doivent être déterminées afin d'entrevoir d'autres lacunes et comment programmer l'intervention judicieusement. À partir de ces informations, des objectifs concrets et réalisables peuvent être établis et les délais spécifiés.

Estimation des coûts L'estimation des coûts associée à la mise en œuvre constitue un élément clé dans la présentation du planning. Plusieurs outils d'évaluation des coûts et des ressources sont disponibles. Spectrum, par exemple, est une suite de modèles et d'outils d'analyse qui soutiennent la prise de décision. Il comprend plusieurs applications logicielles, notamment MIA (le Modèle d'Impact SIDA) et Objectifs (Coût et Impact des Interventions VIH). Plusieurs pays détiennent déjà les fichiers MIA établis comme prévision nationale épidémiologique, les deux modules peuvent être rapidement appliqués. Spectrum peut être visité en ligne sur : <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/spectrumapp2013/>.

« OneHealth » est un logiciel- outil conçu pour renforcer l'analyse et l'établissement des coûts des systèmes de santé et pour développer des possibilités de financement au niveau national. Il est spécialement conçu pour les pays à faibles revenus et les pays à revenus intermédiaires. Il fournit aux responsables du planning un unique cadre de planification, d'établissement des

coûts, d'analyse de l'impact des stratégies de budgétisation et de financement pour toutes les maladies majeures et les composantes des systèmes de santé. « OneHealth » peut être téléchargé gratuitement (Futures Institute 2013) sur : <http://www.futuresinstitute.org/onehealth.aspx>.

ONUSIDA a développé l'outil d'établissement des coûts des droits de l'homme (HRCT), un outil flexible pour établir les coûts des investissements pour les facilitateurs critiques (tels que les traitements intégrés et les programmes des droits d'alphabétisme, les services légaux, les programmes de réduction de la stigmatisation et de la discrimination, et la formation des personnels de santé et les agents de maintien de l'ordre). Ceci peut également être téléchargé gratuitement avec le guide (2,3) sur : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/data-and-analysis/tools/The_Human_Rights_Costing_Tool_v_1_5_May2012.xlsm and http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/The_HRCT_User_Guide_FINAL_2012-07-09.pdf:

Case 7.3 Les indicateurs pour le suivi et l'évaluation de la riposte

Pour comprendre l'efficacité de la riposte et ses effets, ses différents critères devraient être suivis pour chaque population clé. Pour chacun de ces critères, il existe bon nombre d'indicateurs importants.

Ces indicateurs sont décrits de manière détaillée dans le guide des populations clés de l'OMS : Outil qui fixe et suit les cibles pour la prévention, le traitement et les soins pour le VIH et autres infections sexuellement transmissibles entre les populations clés Geneva, WHO, 2015. <http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/kpp-monitoring-tools/en/>; et le guide technique permettant à différents pays d'établir des objectifs pour l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins contre le VIH pour les personnes qui utilisent les drogues injectables--2012 révision, http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/.

Une mise en œuvre et un impact réussis requièrent une politique et une législation de soutien et d'autres facteurs structurels.

Observation par des indicateurs structurels (ou facteurs favorables) :

- audit de la politique et de la législation présente
- nombre d'organisations clés menées par les populations
- engagement considérable de personnes des populations clés dans la formulation stratégique et politique
- services de support légal pour les populations clés
- services de soutien pour des personnes des populations clés qui font face à la violence
- formation de sensibilisation sur les populations clés pour les agents de maintien de l'ordre
- formation de sensibilisation sur les populations clés pour les soins de santé et les fournisseurs de services sociaux.

Les personnes issues des populations clés devraient avoir un accès facile aux interventions.

Observation par indicateurs de disponibilité :

- le nombre de sites où l'intervention est disponible
- le nombre et le pourcentage des sites de programmes fondés sur les populations clés où les interventions sont disponibles
- le nombre et le pourcentage des sites de programmes importants où l'intervention est disponible et est conforme à la norme de sensibilisation des populations clés
- le pourcentage de tous les sites où l'intervention est actuellement disponible et qui sont soit des programmes importants conformes aux normes de sensibilisation des populations clés soit des programmes axés sur les populations clés.
- le pourcentage des échantillons de la population clé rapporte que les interventions sont disponibles et accessibles.
- la cartographie géographique des populations clés en relation avec le lieu de l'intervention

Les interventions doivent atteindre ceux qui en ont besoin.

Observation par indicateurs de couverture :

- nombre et pourcentage des populations clés dotés d'intervention pendant une période spécifique de reportage
- nombre d'articles consommables (comme les aiguilles et les seringues ou des préservatifs) distribués par membre de populations clés pendant une période spécifique de reportage
- le pourcentage des échantillons de la population clé rapporte qu'ils ont reçu l'intervention pendant une période spécifique de reportage.

Les interventions devraient être soigneusement mises en œuvre pour être efficaces.

Observation par indicateurs de qualité :

- revue de la politique et de la pratique du programme en utilisant la liste de contrôle d'évaluation de la qualité du programme
- pourcentage du personnel ayant reçu une formation de sensibilisation sur les populations clés
- pourcentage de la population clé rapportant que l'intervention a été reçue et qu'une activité importante et spécifique a été rendue (comme le don de lubrifiants compatibles avec les préservatifs)
- pourcentage d'occasions où l'intervention a été fournie avec un service important et spécifique (voir antérieur)

Les objectifs prévus devraient être acquis

Observation par indicateurs de résultat et d'impact :

- Prévalence des comportements à risque dans les populations clés
- Incidence de l'infection dans les populations clés
- Prévalence de l'infection dans les populations clés
- Incidence de mortalité relative au VIH dans les populations clés
- Prévalence d'expérience de stigmatisation et de discrimination dans les populations clés
- Incidence de violence contre des personnes des populations clés.

Case 7.4 Sources de données

Les enquêtes comportementales et de surveillance sérologique des populations clés peuvent fournir des données et informations de prévalence sur les expériences, les risques et l'utilisation des services des personnes de ces groupes. Plusieurs pays ont déjà entrepris des enquêtes comportementales des populations clés périodiquement comme partie du processus de suivi de l'épidémie à VIH en cours. La généralisation des résultats de l'enquête dépend de la représentativité de l'échantillon de l'ensemble de la population clé; il est important de prendre en considération la discrimination pendant la sélection dans le processus de recrutement des participants. Les enquêtes comportementales sont susceptibles de préjugés envers des réponses socialement désirables et afin de se rappeler des préjugés.

Programmatique ou données administratives. La majeure partie des programmes enregistrent invariablement au moins quelques informations de base pendant qu'ils fournissent un service. Ceci peut inclure le nombre de personnes qui reçoivent le service, l'information de base sur le client, et le nombre d'approvisionnements utilisés ou distribués. Pour évaluer les services fournis aux personnes des populations clés, les données du programme doivent être désagrégées par les populations clés. Les programmes fondés sur les populations clés pourraient être à mesure de fournir des informations spécifiques à la population qu'ils servent, néanmoins cette information n'est pas simplement disponible à partir des programmes qui fournissent des services à plusieurs groupes différents ou à la population générale.

Révision sommaire et consultation d'experts. La révision de divers documents de politique et de législation pourrait identifier la présence ou l'absence de différentes lois et politiques pouvant avoir un impact sur les personnes des populations clés.

Estimation de l'effectif de la population. Faire des prévisions fiables sur l'effectif de la population pour les populations clés peut être très complexe. Plusieurs méthodes peuvent être employées; toutes ayant leurs avantages et limites. Les méthodes simples visent le recensement et le dénombrement, les enquêtes sur la population générale, la capture et la recapture, le multiplicateur, et les méthodes de mise à niveau du réseau. Faire plusieurs prévisions à travers différentes méthodologies et valider les résultats est efficace. Les définitions des populations clés devraient être claires.

Sources des lignes directrices

- Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva, WHO, 2015. <http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/kpp-monitoring-tools/en/>
- Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision. Geneva, WHO, 2012. http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/
- Consolidated HIV monitoring and evaluation guidelines. Geneva, WHO, in preparation.
- Interim guidelines on protecting the confidentiality and security of HIV information : proceedings from a workshop 15–17 May 2006, Geneva, Suisse. Geneva, UNAIDS, 2007. http://data.unaids.org/pub/manual/2007/confidentiality_security_interim_guidelines_15may2007_en.pdf
- Guidelines on estimating the size of populations most at risk to HIV. Geneva, WHO, 2010. http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/final_estimating_populations_en.pdf
- HIV in prisons : Situation and needs assessment toolkit. Vienna, UNODC, 2010. http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/HIV_in_prisons_situation_and_needs_assessment_document.pdf
- Rapid assessment and response adaptation guide on HIV and men having sex with men (MSM-RAR). Geneva, WHO, 2002. http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/msmrar.pdf?ua=1
- The rapid assessment and response guide on injecting drug use (IDU-RAR). Geneva, WHO, 1998. http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/IDURARguideEnglish.pdf?ua=1
- The rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and sexual risk behaviour (SEX-RAR). Geneva, WHO, 2002. http://www.who.int/entity/mental_health/media/en/686.pdf?ua=1
- Rapid assessment and response adaptation guide for work with especially vulnerable young people. Geneva, WHO, 2004. http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/youngpeoplerrar.pdf?ua=1

RÉFÉRENCES

Définitions des termes clés

1. Global health sector strategy on HIV/AIDS 2011–2015. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501651_eng.pdf, accessed 25 February 2014).
2. World AIDS Day Report 2012. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2012 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/jc2434_worldaidsday_Résultats_en.pdf, accessed 25 February 2014).
3. Interventions to address HIV in prisons: prevention of sexual transmission. Geneva, World Health Organization, 2007 (Evidence for Action Technical Papers) (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595797_eng.pdf, accessed 6 June 2014).
4. Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for SEX WORKERS in low and middle-income countries: recommendations for a public health approach. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/77745/1/9789241504744_eng.pdf, accessed 25 February 2014).
5. United Nations. Convention on the Rights of the Child. Geneva, United Nations General Assembly, 20 November 1989 (<http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>, accessed 01 May 2014).
6. Carroll A. Testing the waters: LGBT people in the Europe & Eurasia region. Washington, DC, United States Agency for International Development, 2013.
7. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people. Minneapolis, MN, USA, World Professional Association for Transgender Health, 2012 (http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351, accessed 28 April 2014).
8. HIV prevention in generalized epidemics: optimal interventions for Global Fund applications: recommendations for a public health approach. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502467_eng.pdf, accessed 27 February 2014).
9. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policymakers and managers. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf, accessed 25 February 2014).
10. Interagency Youth Working Group. Young people most at risk of HIV: a meeting report and discussion paper from the Interagency Youth Working Group, United States Agency for International Development, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Inter-Agency Task Team on HIV and Young People, and FHI. Research Triangle Park, NC, USA, FHI, 2010.

Chapitre 1 Introduction

1. Global health sector strategy on HIV/AIDS 2011–2015. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501651_eng.pdf, accessed 25 February 2014).
2. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV Infection: recommendations for a public health approach. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf, accessed 25 February 2014) Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Geneva, World Health Organization, 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/>)
3. World AIDS Day Report 2012. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2012 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/jc2434_worldaidsday_Résultats_en.pdf, accessed 25 February 2014).
4. Beyrer C et al. Global epidemiology of HIV Infection in men having sex with men. *Lancet*, 2012, 380(9839) :367–377 ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60821-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60821-6/abstract), accessed 25 February 2014).
5. Hladik F, McElrath MJ. Setting the stage: host invasion by HIV. *Nature Reviews Immunology*, 2008, 8(6) :447–457 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2587276/pdf/nihms51727.pdf>, accessed 01 May 2014).
6. Royce RA et al. Sexual transmission of HIV. *New England Journal of Medicine*, 1997, 336 :1072–1078.
7. Hakim A, et al. HIV prevalence and associated risk factors among MSM: a respondent-driven sampling survey, Abidjan, Côte d'Ivoire. Poster 1021 presented at the 20th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 3–6 March 2013, Atlanta.
8. Étude sur le VIH et les facteurs de risques associés chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à Abidjan, Côte d'Ivoire. Abidjan, Côte d'Ivoire Ministère de la Santé et de la Lutte contre le VIH/sida, 2012 (<http://afroidroit.com/wp-content/uploads/2013/07/Rapport-vih-msm-finaleEtude-SHARMCI-nov12.pdf>, accessed 29 April 2014).
9. Johnson C. Off the map: how HIV/AIDS programming is failing same-sex practicing people in Africa. New York, International Lesbian and Gay Human Rights Commission, 2007.
10. 83 countries where homosexuality is illegal. Erasing 76 CRIMES, 2014 <http://76crimes.com/76-countries-where-homosexuality-is-illegal>, accessed 3 March 2014).
11. Poteat T et al. HIV risk among MSM in Senegal: a qualitative rapid assessment of the impact of enforcing laws that criminalize same sex practices. *PLoS One*, 2011, 6(12).
12. Stoicescu G, ed. The global state of harm reduction 2012: towards an integrated response. London, Harm Reduction International, 2012.
13. Mathers BM et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*, 2008, 372(9651):1733–1745. doi:10.1016/S0140-6736(08)61311-2
14. World drug report 2014. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2014.
15. Emmanuel F et al. Second-generation surveillance for HIV/AIDS in Pakistan: Results from the 4th round of Integrated Behavior and Biological Survey 2011–2012. *Sexually Transmitted Infections*, 2013, 89:iii23–iii28 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3841725/pdf/sextrans-2013-051161.pdf>, accessed 29 April 2014).
16. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2013 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/unaids_globgl_report_2013_en.pdf, accessed 10 June 2014).
17. Walmsley, R. World prison population list, 7th ed. London, King's College London, International Centre for Prison Studies, 2007 (<http://www.prisonstudies.org/sites/prisonstudies.org/files/resources/downloads/world-prison-pop-seventh.pdf>, accessed 10 June 2014).

18. Effectiveness of interventions to address HIV in prisons. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596190_eng.pdf, accessed 25 February 2014).
19. Recommendation concerning HIV and AIDS and the world of work, 2010 (No. 200). Geneva, International Labour Office, 2010 (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/normativeinstrument/wcms_194088.pdf, accessed 25 February 2014).
20. HIV in places of detention : a toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings. New York, United Nations, 2008 (<http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/V0855768.pdf>, accessed 25 February 2014).
21. Pintilei L. Harm reduction in prisons of Republic of Moldova. Presentation at HIV/AIDS in Prisons in Ukraine – From Evidence to Action : Prevention and Care, Treatment, and Support, Kiev, 1–2 November, 2005.
22. Legislating for health and human rights : model law on drug use and HIV/AIDS. Module 5 : Prisons. Toronto, Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2006 (<http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=872>, accessed 25 February 2014).
23. Baral S et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries : a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, 2012, 12 :538–549.
24. Baral S et al. Worldwide burden of HIV in transgender women : a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 2013, 13 :214–220.
25. Bayer AM, et al. 'Just getting by' : a cross-sectional study of male sex workers as a key population for HIV/STIs among men having sex with men in Peru. *Sexually Transmitted Infections*, 2014, 90(3) :223–229.
26. Platt L et al. Factors mediating HIV risk among female sex workers in Europe : a systematic review and ecological analysis. *BMJ Open*, 2013, 3(7).
27. Tran BX, et al. Infection à VIH, risk factors, and preventive services utilization among female SEX WORKERS in the Mekong Delta Region of Vietnam. *PLoS One*, 2014, 9(1).
28. À context review of the global epidemiology among young people from key populations. Geneva, Interagency Working Group on Key Populations. Unpublished, 2014.
29. Interagency Youth Working Group. Young people most at risk of HIV : a meeting report and discussion paper from the Interagency Youth Working Group, United States Agency for International Development, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Inter-Agency Task Team on HIV and Young People, and FHI. Research Triangle Park, NC, USA, FHI, 2010.
30. Young people and the law in Asia and the Pacific : a review of laws and policies affecting young people's access to sexual and reproductive health and HIV services. Bangkok, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2013.
31. HIV and adolescents : guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV : recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf, accessed 25 February 2014).
32. Consultation on strategic information and HIV prevention among most-at-risk adolescents : consultation report. New York, United Nations Children's Fund, 2009.
33. Schwartlander B, et al. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *Lancet*, 2011, 377(9782) :2031–2041.
34. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), World Bank. New Infection à VIHs by mode of transmission in West Africa : a multi-country analysis. Geneva, UNAIDS, 2010.
35. Kerrigan D et al. The global HIV epidemics among sex workers. Washington, DC, World Bank, 2013.
36. HIV in Asia and the Pacific. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2013.
37. Commission on AIDS in Asia. Redefining AIDS in Asia : crafting an effective response. New Delhi, Oxford University Press, 2008.

38. Beyrer C et al. The global HIV epidemics among men having sex with men. Washington, DC, World Bank, 2011.
39. Universal Declaration of Human Rights. Geneva, United Nations, 1948 (<http://www.un.org/en/documents/udhr/> accessed 25 February 2014).
40. International guidelines on HIV/AIDS and human rights. 2006 consolidated version. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2006 (http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-internguidelines_en.pdf, accessed 25 February 2014).
41. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, International Covenant on Civil and Political Rights and Optional Protocol to the International Covenant on Civil and Political Rights, A/RES/21/2200. New York, United Nations General Assembly, 1966 (<http://www.un-documents.net/a21r2200.htm>, accessed 25 February 2014).
42. Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/, accessed 23 May 2014).
43. Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users – an integrated approach. Geneva, World Health Organization, 2008 (Evidence for Action Technical Papers) (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596930_eng.pdf, accessed 25 February 2014).

CHAPITRE 2 MÉTHODOLOGIE ET PROCESSUS D'ÉLABORATION DES LIGNES DIRECTRICES

1. WHO handbook for guideline development. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75146/1/9789241548441_eng.pdf, accessed 3 March 2014).
2. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV Infection. Geneva, World Health Organization, 2013. (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf, accessed 25 February 2014).
3. Effectiveness of interventions to address HIV in prisons. Geneva, World Health Organization, 2007 (Evidence for Action Technical Papers) (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596190_eng.pdf?ua=1, accessed 23 May 2014).
4. Jürgens R, Ball A, Verster A. Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *Lancet Infectious Diseases*, 2009, 9(1) :57–66.
5. Guidance on pre-exposure oral prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women having sex with men at high risk of HIV: recommendations for use in the context of demonstration projects. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/hiv/pub/guidance_PrEP/en/, accessed 4 March 2014).
6. Atkins D et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, 2004, 328:1490.
7. Guyatt GH et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, 2008, 336(7650) :924–926.
8. Andrews JC et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation-determinants of a recommendation's direction and strength. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2013, 66(7) :726–735.
9. Balshem H et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64(4) :401–406.

CHAPITRE 3 ENSEMBLE COMPLET DE MESURES D'INTERVENTION

1. WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597760_eng.pdf?ua=1, accessed 6 June 2014).
2. WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/, accessed 6 June 2014).
3. Interventions to address HIV in prisons : prevention of sexual transmission. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/hiv/pub/idu/prisons_prevention/en/, accessed 6 June 2014).
4. HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings : a comprehensive package of interventions, Policy Brief. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2013 (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_comprehensive_package_prison_2013_eBook.pdf, accessed 6 June 2014).
5. HIV and adolescents : guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV : recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf, accessed 25 February 2014).

CHAPITRE 4 INTERVENTIONS DU SECTEUR DE LA SANTÉ

1. Use and procurement of additional lubricants for male and female condoms : advisory note. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/76580/1/WHO_RHR_12.33_eng.pdf, accessed 25 February 2014).
2. Position statement on condoms and HIV prevention. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2004, updated 2009 (http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2009/20090318_position_paper_condoms_en.pdf, accessed 25 February 2014).
3. Guidelines : prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men having sex with men and transgender people : recommendations for a public health approach 2011. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/44619/1/9789241501750_eng.pdf, accessed 25 February 2014).
4. Consolidated guidelines on general HIV care and the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV Infection : recommendations for a public health approach. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf, accessed 25 February 2014) ; et Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Geneva, WHO, 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf
5. Goldenberg SM, et al. Exploring the impact of underage sex work among female sex workers in two Mexico-U.S. border cities. *AIDS Behavior*, 2012, 16(4) :969–981.
6. Lyons A et al. Age at first anal sex and HIV/STI vulnerability among gay men in Australia. *Sexually Transmitted Infections*, 2012, 88 :252e257.
7. Preda M, et al. Research Report on MARA : conducted as part of the project "HIV Prevention in Most-at-Risk Adolescents". Bucharest, University of Bucharest Romania Faculty of Sociology and Social Work, United Nations Children's Fund Romania, 2009.
8. WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/, accessed 31 May 2014).

9. Interventions to address HIV in prisons : prevention of sexual transmission. Geneva, World Health Organization, 2007 (Evidence for Action Technical Papers) (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595797_eng.pdf, accessed 6 June 2014).
10. Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for SEX WORKERS in low- and middle-income countries : recommendations for a public health approach. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/77745/1/9789241504744_eng.pdf, accessed 25 February 2014).
11. HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings : a comprehensive package of interventions : policy brief. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2013 (http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_comprehensive_package_prison_2013_eBook.pdf, accessed 25 February 2014).
12. Colfax G et al. Amphetamine-group substances and HIV. *Lancet*, 2010, 376(9739) :458– 474 (<http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673610607532.pdf?id=aaaHLPIEPwGhA4BWcdZru>, accessed 25 February 2014).
13. Degenhardt L et al. The global epidemiology of methamphetamine injection : a review of the evidence on use and associations with HIV and other harm. Sydney, University of New South Wales, National Drug and Alcohol Research Centre, 2007 (http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/The_global_Epidemiology_of_methamphetamine_injection.pdf, accessed 25 February 2014).
14. WHO information update : considerations regarding reuse of the female condom. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/entity/reproductivehealth/topics/rtis/reuse_FC2_info_update.pdf, accessed 25 February 2014).
15. Balthasar H, Jeannin A, Dubois-Arber F. First anal intercourse and condom use among men having sex with men in Suisse. *Archives of Sexual Behavior*, 2009, 38(6) :1000–1008.
16. Pettifor A et al. Sexual power and HIV risk, South Africa. *Emerging Infectious Disease*, 2004, 10:1996–2004.
17. Condom programming for HIV prevention : an operations manual for programme managers. New York, United Nations Population Fund, 2005 (http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2005/condom_prog2.pdf, accessed 25 February 2014).
18. Peters A, Jansen W, van Driel F. The female condom : the international denial of a strong potential. *Reproductive Health Matters*, 2010, 18(35) :119–128 ([http://www.rhm-elsevier.com/article/S09688080\(10\)35499-1/fulltext](http://www.rhm-elsevier.com/article/S09688080(10)35499-1/fulltext), accessed 25 February 2014).
19. Priority HIV and sexual health interventions in the health sector for men having sex with men and transgender people in the Asia-Pacific Region. Geneva, World Health Organization, 2010.
20. Global AIDS response progress reporting 2012 : guidelines construction of core indicators for monitoring the 2011 Political Declaration on HIV/AIDS. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2011.
21. United Nations General Assembly. General Assembly Resolution 65/277 - Political Declaration on HIV/AIDS : Intensifying our Efforts to Eliminate HIV/AIDS. New York, United Nations, 2011.
22. United Nations Economic and Social Council. United Nations Economic and Social Council Resolution E/2009/L.23 : Joint United Nations Programme on Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immunodeficiency Syndrome (UNAIDS) ; Adopted 24 July 2009. New York, United Nations, 2009.
23. Resolution 53/9 : Achieving universal access to prevention, treatment, care and support for drug users and people living with or affected by HIV. Vienna, Commission on Narcotic Drugs, 2010.
24. 4th Meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board Geneva, Suisse 22–24 June 2009 : decisions, recommendations and conclusions. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/ AIDS, 2009.
25. Evidence for action : effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/evidenceforactionreprint2004.pdf, accessed 27 February 2014).

26. Silva-Santisteban A et al. Understanding the HIV/AIDS epidemic in transgender women of Lima, Peru : Results from a sero-epidemiologic study using respondent driven sampling. *AIDS Behavior*, 2012, 16(4) :872–881 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21983694>, accessed 28 February 2014).
27. Guide to starting and managing needle and syringe programmes. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596275_eng.pdf, accessed 27 February 2014).
28. Agrawal N et al. Silicone-induced granuloma after injection for cosmetic purposes : a rare entity of calcitriol-mediated hypercalcemia. *Case Reports in Medicine*, 2013.
29. Ellenbogen R, Rubin L. Injectable fluid silicone therapy. Human morbidity and mortality. *Journal of the American Medical Association*, 1975, 234(3) :308–309.
30. Wilson E et al. The use and correlates of illicit silicone or “fillers” in a population-based sample of transwomen, San Francisco, 2013. *Journal of Sexual Medicine*, 2014.
31. Ball A, 1998. Policies and interventions to stem HIV-1 epidemics associated with injecting drug use. In Stimson GV, Des Jarlais DC, Ball A, eds. *Drug injecting and HIV Infection*. London, UCL Press, 1998.
32. Tool for setting and monitoring targets for prevention, treatment and care for HIV among men having sex with men, sex workers and transgender people. Geneva, World Health Organization. Forthcoming.
33. Institute of Medicine of the National Academies. Preventing HIV Infection among injecting drug users in high risk countries : an assessment of the evidence. Washington, DC, National Academy of Sciences, 2007 (http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=11731, accessed 28 February 2014).
34. Degenhardt L et al. HIV prevention for people who inject drugs : why individual, structural, and combination approaches are needed. *Lancet*, 2010, 376(9737) :285–301 (<http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673610607428.pdf>, accessed 28 February 2014).
35. Wodak A, Cooney A. Do needle syringe programs reduce HIV Infection among injecting drug users : a comprehensive review of the international evidence. *Substance Use & Misuse*, 2006, 41(6-7) :777– 813 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16809167>, accessed 28 February 2014).
36. Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva, World Health Organization, 2004 (Evidence for Action Technical Papers) (http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/effectivenesssterileneedle.pdf, accessed 28 February 2014).
37. Policy brief : reduction of HIV transmission in prisons. Geneva, World Health Organization, 2004 (Evidence for Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use) (http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HIV_2004.05.pdf, accessed 28 February 2014).
38. Palmateer N et al. Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users : a review of reviews. *Addiction*, 2010, 105 :844–859.
39. Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/75357/1/9789241504041_eng.pdf, accessed 25 February 2014).
40. Hagan H, Pouget ER, Des Jarlais DC. A systematic review and meta-analysis of interventions to prevent hepatitis C virus infection in people who inject drugs. *Journal of Infectious Diseases*, 2011, 204 :74–83.
41. Hagan H et al. An interview study of participants in the Tacoma, Washington, syringe exchange. *Addiction*, 1993, 88(12) :1691–1697.
42. National Research Council. Preventing HIV Infection among injecting drug users in high risk countries : an assessment of the evidence. Washington, DC, The National Academies Press, 2006.
43. Schechter MT et al. Do needle exchange programmes increase the spread of HIV among injection drug users ? : an investigation of the Vancouver outbreak. *AIDS*, 1999, 13(6) :F45–51.

44. Watters JK et al. Syringe and needle exchange as HIV/AIDS prevention for injection drug users. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 271(2) :115–120.
45. Policy brief: provision of sterile injecting equipment to reduce HIV transmission. Geneva, World Health Organization, 2004 (Evidence for Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use) (http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HIV_2004.03.pdf?ua=1, accessed 28 February 2014).
46. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf, accessed 27 February 2014).
47. HIV prevention in generalized epidemics: optimal interventions for Global Fund applications: recommendations for a public health approach. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502467_eng.pdf, accessed 27 February 2014).
48. Gowing L et al. Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV Infection (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, 2 :CD004145. doi: 10.1002/14651858.CD004145.pub3 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18425898>, accessed 28 February 2014).
49. Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/e4a-drug/en/>, accessed 28 February 2014).
50. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf, accessed 27 February 2014).
51. Ward J, Mattick RP, Hall W, eds. Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies. Sydney, Harwood Academic Publishers, 1998 (<http://www.drugsandalcohol.ie/3767>, accessed 28 February 2014).
52. Heimer R et al. Structural interventions to improve opiate maintenance. *International Journal of Drug Policy*, 2002, 13(2) :103–111 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395902000099>, accessed 28 February 2014).
53. Lawrinson P et al. Key findings from the WHO collaborative study on substitution therapy for opioid dependence and HIV/AIDS. *Addiction*, 2008, 103 :1484–1492 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2008.02249.x/abstract>, accessed 28 February 2014).
54. Spire B, Lucas GM, Carrieri MP. Adherence to HIV treatment among IDUs and the role of opioid substitution treatment (OST). *International Journal of Drug Policy*, 2007, 18(4) :262–270 (<https://www.plhivpreventionresources.org/index.cfm?action=main.abstract&id=1460>, accessed 28 February 2014).
55. Hall W. Methadone Maintenance Treatment as a Crime Control Measure. *Crime and Justice Bulletin: Contemporary Issues in Crime and Justice*, 1996, 29 (<http://www.bocsar.nsw.gov.au/agdbasev7/wr/bocsar/documents/pdf/cjb29.pdf>, accessed 28 February 2014).
56. Tenore P. Psychotherapeutic benefits of opioid agonist therapy. *Journal of Addictive Diseases*, 2008, 27 :49–65 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18956529>, accessed 28 February 2014).
57. Hendrée JE et al. The effectiveness of incentives in enhancing treatment attendance and drug abstinence in methadone-maintained pregnant women. *Drug and Alcohol Dependence*, 2001, 61(3) :297–306 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871600001526>, accessed 28 February 2014).
58. Herget G. Methadone and buprenorphine added to the WHO list of essential medicines. *HIV/AIDS Policy & Law Review*, 2005, 10(3) :23–24 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16544403>, accessed 28 February 2014).
59. Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva, World Health Organization, 2014 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/, accessed 11 March 2014).
60. Rolling out of opioid substitution treatment (OST) in Tihar prisons, India: scientific report. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2013.

61. Degenhardt L et al. What has been achieved in HIV prevention, treatment and care for CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES, 2010-2012 ? A review of the six highest burden countries. *International Journal of Drug Policy*, 2014, 25 :53–60 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S095539591300128X>, accessed 27 February 2014).
62. Evidence for action : effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/hiv/pub/idu/drugdependence_final.pdf, accessed 27 February 2014).
63. Farrell M et al. Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention. *International Journal on Drug Policy*, 2005, 16(1) :S67–S75 (http://www.researchgate.net/publication/228339212_Effectiveness_of_drug_dependence_treatment_in_HIV_prevention, accessed 27 February 2014).
64. Sorensen JL, Copeland AL. Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy : a review. *Drug and Alcohol Dependence*, 2000, 59(1) :17–31 (http://www.researchgate.net/publication/12608715_Drug_abuse_treatment_as_an_HIV_prevention_strategy_a_review/file/9fcfd50c6233394473.pdf, accessed 27 February 2014).
65. Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users : an integrated approach. Geneva, World Health Organization, 2008 (Evidence for Action Technical Papers) (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596930_eng.pdf, accessed 25 February 2014). and Integrating collaborative TB and HIV services within a comprehensive package of care for people who inject drugs.- Consolidated guidelines. Geneva, WHO, 2016
66. http://www.who.int/tb/publications/integrating-collaborative-tb-and-hiv_services_for_pwid/en/
67. UN joint statement : compulsory detention and rehabilitation centres. Geneva, United Nations, 2012 (http://www.who.int/hiv/topics/idu/joint_statement_20120308.pdf, accessed 22 May 2014).
68. Degenhardt L, Hall W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Lancet*, 2012, 379(9810) :55–70.
69. WHO model list of essential medicines, 18th list, April 2013. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/18th_EML_Final_web_8Jul13.pdf, accessed 28 February 2014).
70. Guidelines on the management of opioid overdose in the community setting. Geneva, World Health Organization. Forthcoming.
71. Sawyer SM et al. Adolescence : a foundation for future health. *Lancet*, 2012, 379(9826) :1630–1640.
72. Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers : practical approaches from collaborative interventions. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/, accessed 23 May 2014).
73. Guidance brief : HIV interventions for most-at-risk young people. New York, Inter-Agency Task Team on HIV and Young People, 2007.
74. Interagency Youth Working Group. Young people most at risk of HIV : a meeting report and discussion paper from the Interagency Youth Working Group, United States Agency for International Development, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Inter-Agency Task Team on HIV and Young People, and FHI. Research Triangle Park, NC, USA, FHI, 2010.
75. Guidance on oral preexposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women having sex with men at high risk of HIV : recommendations for use in the context of demonstration projects. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75188/1/9789241503884_eng.pdf, accessed 27 February 2014).
76. Grant RM et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men having sex with men. *New England Journal of Medicine*, 2010, 363(27) :2587–2599.
77. Choopanya K. Antiretroviral prophylaxis for HIV Infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study) : a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet*, 2013, 381(9883) :2083–2090.

78. Vanichseni S et al. HIV-associated risk behaviour among injecting drug users participating in an HIV prophylaxis preexposure trial in Bangkok, Thailand. Poster presented at the 7th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Kuala Lumpur, Malaysia, 30 June–3 July 2013. MOLBPE27.
79. Thai Drug Users Network, Thai AIDS Treatment Action Group, Treatment Action Group. U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) sponsored HIV preexposure prophylaxis (PrEP) trial among Thai injection drug users marred by lack of response to community concerns. Bangkok, Thai Treatment Action Group, 26 June 2013 (<http://www.treatmentactiongroup.org/hiv/Bangkok-PrEP-statement>, accessed 29 April 2014).
80. Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children. Geneva, WHO, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145719/1/9789241508193_eng.pdf?ua=1&ua=1
81. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines, Geneva, World Health Organization, 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf, accessed 27 February 2014).
82. Avert B et al. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV Infection risk: the ANRS 1265 Trial. *PLoS Med*, 2005, 2(11) :e298.
83. Bailey R et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *Lancet*, 2007, 369:643–656.
84. Gray R et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *Lancet*, 2007, 369:657–666.
85. Technical Consultation on Male Circumcision and HIV Prevention: research implications for policy and programming. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://libdoc.who.int/publications/2007/9789241595988_eng.pdf, accessed 27 February 2014).
86. Gray R et al. The effectiveness of male circumcision for HIV prevention and effects on risk behaviors in a posttrial follow-up study. *AIDS*, 2012, 26(5) :609–615. [10.1097/QAD.1090b1013e3283504a3283503f](https://doi.org/10.1097/QAD.1090b1013e3283504a3283503f).
87. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. Geneva, World Health Organization, 2013.
88. Lum PJ, Ochoa, KC, Moss, AR. Hepatitis B virus immunization among young injection drug users in San Francisco, Calif: the UFO Study. *American Journal of Public Health*, 2003, 93(6) :919–923 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447870/>, accessed 27 February 2014).
89. Service delivery approaches to HIV testing and counselling (HTC): a strategic HTC policy framework. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75206/1/9789241593877_eng.pdf, accessed 27 February 2014).
90. Hall, AJ et al. Hepatitis B vaccination: protection for how long and against what? *British Medical Journal*, 1993, 307(6899):276–277 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1678572/pdf/bmj00032-0006.pdf>, accessed 27 February 2014).
91. Joint statement on scaling up voluntary community-based HIV testing and counselling for key populations in Asia and the Pacific. Bangkok, Asia Pacific Network of People Living with HIV/AIDS, Asian Network of People who Use Drugs, Coalition of Asia Pacific Regional Networks on HIV/AIDS, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, World Health Organization, Asia Pacific Network of SEX WORKERS, Asia Pacific Coalition of Male Sexual Health, and United States President's Emergency Plan for AIDS Relief, 2013 (http://www.wpro.who.int/hiv/Joint_Statement_on_scaling_up_community_based_testing_in_AP.pdf, accessed 22 May 2014).
92. Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595568_eng.pdf, accessed 27 February 2014). et Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva, WHO, 2015. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>

93. Guidance on couples HIV testing and counselling including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples : recommendations for a public health approach. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241501972_eng.pdf, accessed 27 February 2014).
94. HIV testing and counselling in prisons and other closed settings, technical paper. New York, United Nations, 2009 (http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Final_UNODC_WHO_UNAIDS_technical_paper_2009_TC_prison_ebook.pdf, accessed 27 February 2014).
95. Guideline on HIV disclosure counselling for children up to 12 years of age. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/hiv/pub/hiv_disclosure/en/index.html, accessed 22 May 2014).
96. Handbook for improving HIV testing and counselling services : field-test version. Geneva, World Health Organization, 2010.
97. Report on the first international symposium on self-testing for HIV : the legal, ethical, gender, human rights and public health implications of HIV self-testing scale-up. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85267/1/9789241505628_eng.pdf, accessed 4 June 2014).
98. A short technical update on self-testing for HIV. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2014 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/JC2603_self-testing_en.pdf, accessed 4 June 2014).
99. March 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV Infection. Geneva, World Health Organization, 2014 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/arvs2013supplement_march2014/en/, accessed 22 May 2014).
100. Braunstein SL et al. HIV diagnosis, linkage to HIV care, and HIV risk behaviors among newly diagnosed HIV-positive female SEX WORKERS in Kigali, Rwanda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2011, 57(4) :e70–76.
101. Chakrapani V et al. Barriers to antiretroviral treatment access for injecting drug users living with HIV in Chennai, South India. *AIDS Care*, 2014, 26(7) :835–841.
102. Buckingham E, Schrage E, Cournos F. Why the treatment of mental disorders is an important component of HIV prevention among people who inject drugs. *Advances in Preventive Medicine*, 2013.
103. Wouters E et al. Impact of community-based support services on antiretroviral treatment programme delivery and outcomes in resource-limited countries : a synthetic review. *BMC Health Services Research*, 2012, 12 :194.
104. Milloy MJ, Montaner J, Wood E. Barriers to HIV treatment among people use injection drugs : implications for "treatment as prevention". *Current Opinion in HIV/AIDS*, 2012, 7(4) :332–338.
105. Shastri S et al. The journey to antiretroviral therapy in Karnataka, India : who was lost on the road ? *Journal of the International AIDS Society*, 2013, 16(1):18502.
106. Mtetwa S et al. You are wasting our drugs : health service barriers to HIV treatment for SEX WORKERS in Zimbabwe. *BMC Public Health*, 2013, 13(698).
107. Govindasamy D et al. Linkage to HIV care from a mobile testing unit in South Africa by different CD4 count strata. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2011, 58(3) :344–352.
108. Roberson DW, White BL. Factors influencing adherence to antiretroviral therapy for HIV infected female inmates. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 2009, 20(1) :50–61.
109. Small W et al. The impact of incarceration upon adherence to HIV treatment among HIV-positive injection drug users : a qualitative study. *AIDS Care*, 2009, 21(6) :708–714.
110. Shalihu N et al. Namibian prisoners describe barriers to HIV antiretroviral therapy adherence. *AIDS Care*, 2014, 26(8).
111. Catz SL et al. Prevention needs of HIV-positive men and women awaiting release from prison. *AIDS Behaviour*, 2011, 16(1) :108–120.

112. Fontana L, Beckerman A. Recently released with HIV/AIDS : primary care treatment needs and experiences. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 2007, 18(3) :699–714.
113. Wohl DA et al. Intensive case management before and after prison release is no more effective than comprehensive pre-release discharge planning in linking HIV-infected prisoners to care : a randomized trial. *AIDS Behavior*, 2011, 15(2) 356–364.
114. Nunn A, Cornwall A, et al. (2010). Linking HIV-positive jail inmates to treatment, care, and social services after release : Results from a qualitative assessment of the COMPASS program. *Journal of Urban Health*, 87(6):954–968.
115. Zaller ND et al. Linkage to treatment and supportive services among HIV-positive ex-offenders in Project Bridge. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 2008, 19(2) :522–531.
116. Wolfe D, Carrieri MP, Shepard D. Treatment and care for injecting drug users with HIV Infection : a review of barriers and ways forward. *Lancet*, 2010, 376(9738) :355–366.
117. IMAI one-day orientation on adolescents living with HIV : Participant’s manual and facilitator guide. Geneva, World Health Organization, 2010.
118. Adolescent HIV care and treatment : a training curriculum for health workers. New York, International Center for AIDS Care and Treatment Programs, 2012.
119. Toolkit for transition of care and other services for adolescents living with HIV. Arlington, VA, USA, AIDSTAR-One, 2013.
120. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva, World Health Organization, 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf, accessed 9 June 2014).
121. Treatment of tuberculosis : guidelines for national programmes, 4th ed. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547833_eng.pdf, accessed 27 February 2014).
122. Benhamou Y et al. Liver fibrosis progression in human immunodeficiency virus and hepatitis C virus coinfecting patients. *Hepatology*, 1999, 30:1054–1058.
123. Medical eligibility criteria for contraceptive use – 4th ed. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf, accessed 27 February 2014).
124. HIV, sexually transmitted infections and other health needs among transgender people in Asia and the Pacific : joint regional technical brief. Geneva, World Health Organization, 2014 (<http://www.wpro.who.int/hiv/documents/tgtechnicalbriefs/en/>, accessed 22 May 2014).
125. Global tuberculosis report 2013. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf, accessed 28 February 2014).
126. WHO policy on TB infection control in health-care facilities, congregate settings and households. Geneva, World Health Organization, 2009.
127. Mathers BM et al. Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES : a systematic review. *Lancet*, 2008, 372(9651):1733–1745 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673608613112/abstract?isEOP=true>, accessed 25 February 2014).
128. van den Hof S et al. Converging risk factors but no association between HIV Infection and multidrug-resistant tuberculosis in Kazakhstan. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2013, 17(4) :526–531.
129. Akksilp S et al. Multi-drug resistant TB and HIV in Thailand : overlapping, but not independently associated risk factors. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 2009, 40(6) :1264.
130. Sterling et al. A multi-state outbreak of tuberculosis among members of a highly mobile social network : implications for tuberculosis elimination. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2000, 11(9) :1066–1073 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11092720>, access 6 June 2014).

131. Palmero D et al. Multidrug-resistant tuberculosis outbreak among transvestite SEX WORKERS, Buenos Aires, Argentina. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2005, 9(10) :1168–1170 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16229230>, access 6 June 2014).
132. Lönnroth K et al. Drivers of tuberculosis epidemics : the role of risk factors and social determinants. *Social Science & Medicine*, 2009, 68(12) :2240–2246. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.03.041. Epub 2009 Apr 23.
133. Levy MH, Reyes H, Coninx R. Overwhelming consumption in prisons : human rights and tuberculosis control. *Health and Human Rights*, 1999, 4:166–191.
134. Dara M et al. Guidelines for control of tuberculosis in prisons. Washington, DC, United States Agency for International Development, 2009 (http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADP462.pdf, accessed 6 June 2014).
135. Conover C et al. Outbreak of multidrug-resistant tuberculosis at a methadone treatment program. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2001, 5 :59–64.
136. Tan de Bibiana J et al. Tuberculosis and homelessness in Montreal : a retrospective cohort study. *BMC Public Health*, 2011, 11 :833. doi: 10.1186/1471-2458-11-833.
137. WHO policy on TB infection control in health-care facilities, congregate settings and households. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/tb/publications/2009/infection_control/en/, accessed 6 June 2014).
138. Guidelines for intensified tuberculosis case finding and isoniazid preventive therapy for people living with HIV in resource constrained settings. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241500708_eng.pdf, accessed 28 February 2014).
139. WHO Policy on collaborative TB/HIV activities : guidelines for national programmes and other stakeholders. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/en/, accessed 22 May 2014).
140. Antiretroviral treatment as prevention (TasP) of HIV and TB : 2012 update. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_HIV_2012.12_eng.pdf, accessed 27 February 2014).
141. Rangaka MX et al. Isoniazid plus antiretroviral therapy to prevent tuberculosis : a randomised double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*, 2014 ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60162-8/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60162-8/abstract), accessed 6 June 2014).
142. Automated real-time nucleic acid amplification technology for rapid and simultaneous detection of tuberculosis and rifampicin resistance : Xpert MTB/RIF system for the diagnosis of pulmonary and extrapulmonary TB in adults and children : policy update. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112472/1/9789241506335_eng.pdf, accessed 28 February 2014).
143. McCance-Katz E et al. *Drug and Alcohol Dependence*, 2011, 118(2-3):326–334.
144. Protocol 4. Management of tuberculosis and HIV coinfection, 2013 revision. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013.
145. Friedland G. Infectious disease comorbidities adversely affecting substance users with HIV : hepatitis C and tuberculosis. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2010, 55:S37–S42.
146. Nelson PK et al. Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs : Results of systematic reviews. *Lancet*, 2011, 378(9791) :571–583.
147. Larney S et al. Incidence and prevalence of hepatitis C in prisons and other closed settings : Results of a systematic review and meta-analysis. *Hepatology*, 2013, 58(4):1215–1224.
148. Weinbaum C et al. Prevention and control of infections with hepatitis viruses in correctional settings. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2003, 52(RR-1) :1–34.
149. Semaille C et al. Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010 : a challenge for public health policy. *Euro Surveill*, 2013, 18(28) pii:20524.

150. Adjei AA et al. Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, hepatitis C virus and syphilis among prison inmates and officers at Nsawam and Accra, Ghana. *Journal of Medical Microbiology*, 2006, 55(Pt 5):593–597.
151. Barros LA et al. Epidemiology of the viral hepatitis B and C in female prisoners of Metropolitan Regional Prison Complex in the State of Goiás, Central Brazil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 2013, 46(1):24–29.
152. Deng LP et al. Impact of human immunodeficiency virus infection on the course of hepatitis C virus infection: a meta-analysis. *World Journal of Gastroenterology*, 2009, 15:996–1003.
153. Des Jarlais, DC, Fisher, DG, Perlman, D. Providing hepatitis B vaccination to injection drug users: referral to health clinics vs. on-site vaccination at a syringe exchange program. *American Journal of Public Health*, 2001, 91(11):1791–1792 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446878/>, accessed 27 February 2014).
154. Des Jarlais DC, Semaan S. Interventions to reduce the sexual risk behaviour of injecting drug users. *International Journal on Drug Policy*, 2005, 16(1):S58–S66 (<http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/drupol/article/PIIS0955395905000794/abstract>, accessed 27 February 2014).
155. Rockstroh J et al. Increases in acute hepatitis C (HCV) incidence across Europe: which regions and patient groups are affected? Paper presented at the 11th International Congress on Drug Therapy in HIV Infection (HIV11), Glasgow, 11–15 November 2012, abstract O242.
156. Immunization, vaccines and biologicals. IVB document centre. Geneva, World Health Organization, 2014 (<http://www.who.int/immunization/documents/en/>, accessed 22 May 2014).
157. WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system. 2013 global summary. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary, accessed 22 May 2014).
158. Pineda JA et al. HIV coinfection shortens the survival of patients with hepatitis C virus-related decompensated cirrhosis. *Hepatology*, 2005, 41:779–789.
159. Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection. Geneva, WHO, 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/111747/1/9789241548755_eng.pdf, accessed 2 June 2014).
160. Walsh N et al. The silent epidemic: responding to viral hepatitis among CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES. In: Cook C, ed. *Global state of harm reduction 2010*. London, International Harm Reduction Association, 2011 (http://www.ihra.net/files/2010/06/15/Chapitre_3.1Web_.pdf, accessed 28 February 2014).
161. Kuo I et al. Hepatitis B virus infection and vaccination among young injection and non-injection drug users: missed opportunities to prevent infection. *Drug and Alcohol Dependence*, 2004, 73(1):69–78 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14687961>, accessed 27 February 2014).
162. Topp L et al. A randomised controlled trial of financial incentives to increase hepatitis B vaccination completion among people who inject drugs in Australia. *Preventive Medicine*, 2013, 57(4):297–303.
163. Joska JA et al. Severe mental illness and retention in anti-retroviral care: a retrospective study. *AIDS Behavior*, 2014:1–9.
164. Global health estimates 2013 summary tables: DALYs, YLLs and YLDs by cause, age and sex by WHO regional group and World Bank income classification, 2000–2012 (provisional estimates). Geneva, World Health Organization, 2014.
165. Ivers LC et al. HIV/AIDS, undernutrition, and food insecurity. *Clinical Infectious Diseases*, 2009, 49:1096–1102 (<http://cid.oxfordjournals.org/content/49/7/1096.full.pdf>, accessed 27 February 2014).
166. Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV Infection. *Sexually Transmitted Infections*, 1999, 75(1):3 (<http://sti.bmj.com/content/75/1/3.long>, accessed 27 February 2014).

167. Sexually transmitted and other reproductive tract infections. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241592656.pdf>, accessed 27 February 2014).
168. Donoghoe MC. Sex, HIV and the injecting drug user. *Addiction*, 1992, 87:405–416 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.1992.tb01941.x/abstract>, accessed 27 February 2014).
169. Polis CB, Curtis KM. Use of hormonal contraceptives and HIV acquisition in women: a systematic review of the epidemiological evidence. *Lancet Infectious Diseases*, 2013, 13(9):797–808 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23871397>, accessed 27 February 2014).
170. La Vigne NG et al. Preventing violence and sexual assault in jail: a situational crime prevention approach. *Justice Policy Center Brief*, 2011.
171. Yap L et al. The decline in sexual assaults in men's prisons in New South Wales: a systems approach. *Journal of Interpersonal Violence*, 2011, 26(15):3157–3181.
172. Ravi A, Blankenship KM, Altice FL. The association between history of violence and HIV risk: a cross-sectional study of HIV-negative incarcerated women in Connecticut. *Women's Health Issues*, 2007, 17(4):210–216.
173. Kerbs JJ, Jolley JM. Inmate-on-inmate victimization among older male prisoners. *Crime and Delinquency*, 2007, 31(5):385–393.
174. Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services Guidance and recommendations. Geneva, World Health Organization, 2014 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/en/, accessed 22 May 2014).
175. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/, accessed 22 May 2014).
176. De Vuyst H et al. HIV, human papillomavirus, and cervical neoplasia and cancer in the era of highly active antiretroviral therapy. *European Journal of Cancer Prevention*, 2008, 17:545–554.
177. Denny L et al. Human papillomavirus infection and cervical disease in human immunodeficiency virus-1-infected women. *Obstetrics and Gynecology*, 2008, 111:1380–1387.
178. Firnhaber C et al. Association between cervical dysplasia and human papillomavirus in HIV seropositive women from Johannesburg South Africa. *Cancer Causes & Control*, 2010, 21:433–443.
179. WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94830/1/9789241548694_eng.pdf, accessed 27 February 2014).
180. Comprehensive cervical cancer prevention and control - a healthier future for girls and women: WHO guidance note. Geneva, World Health Organization, 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505147/en/index.html>, accessed 7 March 2014).
181. Grulich AE et al. Incidence of cancers in people with HIV/AIDS compared with immunosuppressed transplant recipients: a meta-analysis. *Lancet*, 2007, 370(9581):59–67.

CHAPITRE 5 FACTEURS DÉTERMINANTS

1. Improving access of key populations to comprehensive HIV health services : towards a Caribbean consensus. Washington, DC, Pan-American Health Organization, 2011 (http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23644&Itemid, accessed 22 May 2014).
2. Understanding and acting on key factors and development synergies for strategic investment. New York, United Nations Development Programme, 2011 (http://www.undp.org/content/dam/undp/library/hiv/aids/English/UNAIDS_UNDP_Enablers_and_Synergies_ENG.pdf, accessed 2 July 2014).
3. UNAIDS guidance note on HIV and sex work. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2012 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2009/JC2306_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work_en.pdf, accessed 29 May 2014).
4. Tool for setting and monitoring targets for prevention, treatment and care for HIV and other sexually transmitted infections among men having sex with men, sex workers and transgender people. Geneva, World Health Organization, 2014.
5. Global report : UNAIDS report on the global AIDS epidemic. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2013.
6. HIV and prisons in sub-Saharan Africa : opportunities for action. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2007 (http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Africa%20HIV_Prison_Paper_Oct-23-07-en.pdf, accessed 22 May 2014).
7. HIV and adolescents : guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV : recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf, accessed 25 February 2014).
8. Global Commission on HIV and the Law. Risks, rights and health. New York, United Nations Development Programme, 2012.
9. Addressing sex work, MSM and transgender people in the context of the HIV epidemic : information note. Geneva, The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2014.
10. Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low- and middle-income countries : recommendations for a public health approach. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/77745/1/9789241504744_eng.pdf, accessed 25 February 2014).
11. Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men having sex with men and transgender people. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/msm_guidelines2011/en/, accessed 02 May 2014).
12. Effectiveness of interventions to address HIV in prisons. Geneva, World Health Organization, 2007 (Evidence for Action Technical Papers) (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596190_eng.pdf?ua=1, accessed 23 May 2014).
13. Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/, accessed 22 May 2014).
14. UN Joint Statement Compulsory detention and rehabilitation centres. Geneva, United Nations, 2012 (http://www.who.int/hiv/topics/idu/joint_statement_20120308.pdf, accessed 22 May 2014).
15. Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services : guidance and recommendations. Geneva, World Health Organization, 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748_eng.pdf?ua, accessed 22 May 2014).
16. Rosmarin A, Eastwood N. À quiet revolution : drug decriminalisation policies in practice across the globe. London, Release, 2012.
17. Hughes CE, Stevens A. What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs ? *British Journal of Criminology*, 2010, 50(6) :999–1022.

18. Giving young people the information, skills and knowledge they need. Comprehensive Sexuality Education. New York, United Nations Population Fund, 2013 (<http://www.unfpa.org/public/homme/adolescents/pid/6483>, accessed 11 March 2014).
19. Guidance note: key programmes to reduce stigma and discrimination and increase access to Justice in national HIV responses. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2012 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/Key_Human_Rights_Programmes_en_May2012.pdf, accessed 22 May 2014).
20. Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/, accessed 23 May 2014).
21. Brou H et al. When do HIV-infected women disclose their HIV status to their male partner and why? A study in a PMCT programme, Abidjan. *PLoS Medicine*, 2007, 4(12):e342.
22. Bwirire LD et al. Reasons for loss to follow-up among mothers registered in a prevention-of-mother-to-child transmission program in Rural Malawi. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2008, 102(12):1195–1200.
23. HIV-related stigma: late testing, late treatment: a cross analysis of findings from the People Living with HIV Stigma Index in Estonia, Moldova, Poland, Turkey, and Ukraine. Copenhagen, HIV in Europe, 2011.
24. Karim QA et al. The influence of AIDS stigma and discrimination and social cohesion on HIV testing and willingness to disclose HIV in rural KwaZulu-Natal, South Africa. *Global Public Health*, 2008, 3(4):351–365.
25. Stangl A et al. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: have far have we come? *Journal of the International AIDS Society*, 2013.
26. Poteat T, German D, Kerrigan D. Managing uncertainty: a grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine*, 2013, 84:22–29.
27. Roberts TK, Fantz C. Barriers to quality health care for the transgender population. *Clinical Biochemistry*, 2014.
28. Katz IT et al. Impact of HIV-related stigma and serostatus disclosure on HIV treatment adherence: systematic review, meta-synthesis, and conceptual framework. *Journal of the International AIDS Society*, 2014, 16(3 Suppl 2).
29. Policy brief: key populations, key solutions: a gap analysis and recommendations for key populations and HIV in South Africa. Pretoria, South African National AIDS Council, 2011 (http://www.sanac.org.za/resources/doc_download/40-sanac-key-population-policy-brief, accessed 3 June 2014).
30. Baral S et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, 2012, 12(7), 538–549.
31. Harcourt D et al. The many faces of sex work. *Sexually Transmitted Infections*, 2005, 81(3):201–206.
32. Potts E. Accountability and the right to the highest standard of health. Colchester, University of Essex Human Rights Centre, 2008.
33. Peer education toolkit. New York, United Nations Population Fund, 2006 (<http://www.unfpa.org/public/publications/pid/360>, accessed 22 May 2014).
34. UNAIDS Inter-Agency Task Team on HIV and Young People. Global guidance briefs on community based: HIV interventions for young people. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2008 (<https://www.unfpa.org/webdav/site/global/groups/youth/public/EN-GlobalGuidance-kit.pdf>, accessed 22 May 2014).
35. GIYP A guidebook: supporting organisations and networks to scale up the meaningful involvement of young people living with HIV. Amsterdam, Global Network for and by People Living with HIV, 2012.

36. Gardsbane D. Gender-based violence and HIV. Arlington, VA, USA, United States Agency for International Development, 2010.
37. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/, accessed 23 May 2014).
38. Pack AP et al. Intimate partner violence against female sex workers in Mombasa, Kenya. *Culture, Health & Sexuality*, 2013, 1–14.
39. Wechsberg WM, et al. Drugs, sex, gender-based violence, and the intersection of the HIV/AIDS epidemic with vulnerable women in South Africa. Research Triangle Park, NC, USA, RTI Press, 2010.
40. Global and regional estimates of violence against women. Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, World Health Organization, 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>, accessed 22 May 2014).
41. Deering et al. Prevalence and correlates of violence against sex workers. *American Journal of Public Health*. Forthcoming, 2014.
42. Schwitters A et al. Prevalence of rape and gender based violence among female sex workers-Kampala, Uganda. Unpublished.
43. Supervie V, Halima Y, Blower, S. Assessing the impact of mass rape on the incidence of HIV in conflict-affected countries. *AIDS*, 2010, 24:2841–2847.
44. Young men having sex with men : health, access & HIV. Data from the 2012 global men’s health & rights (GMHR) survey. Oakland, CA, The Global Forum on MSM and HIV (MSMGF), 2013 (http://www.msmgf.org/files/msmgf/Publications/MSMGF_YMSM_PolicyBrief.pdf, accessed 22 May 2014).
45. Hladik W et al. HIV infection among men having sex with men in Kampala, Uganda—a respondent driven sampling survey. *PLoS One*, 2012, 7(5) :e38143. doi:10.1371/journal.pone.0038143.
46. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women : WHO clinical and policy guidelines. Geneva, World Health Organization, 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>, accessed 22 May 2014).
47. Addressing sex work, MSM and transgender people in the context of the HIV epidemic: information note. Geneva, The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2014.

CHAPITRE 6 PRESTATION DE SERVICES

1. Consolidated guidelines on general HIV care and the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV Infection : recommendations for a public health approach. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf, accessed 25 February 2014).
2. Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/, accessed 23 May 2014).
3. Guide to starting and managing needle and syringe programmes. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596275_eng.pdf, accessed 14 June 2014).
4. Preventing HIV in sex work settings in sub-Saharan Africa. Geneva, World Health Organization, 2011 (<http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/dpc/acquired-immune-deficiency-syndrome/features/2880-preventing-hiv-in-sex-work-settings-in-sub-saharan-africa.html>, accessed 4 June 2014).
5. MENAHRA: The Middle East and North Africa Harm Reduction Association best practices in strengthening civil society’s role in delivering harm reduction services. Cairo, World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2012 (http://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2012_879.pdf, accessed 4 June 2014).

6. How to improve opioid substitution therapy implementation. Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe, 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv/aids/publications/2014/how-to-improve-opioid-substitution-therapy-implementation>, accessed 4 June 2014).
7. Improving access of key populations to comprehensive HIV health services. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2011 (http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=20106&Itemid=, accessed 4 June 2014).
8. Blueprint for the provision of comprehensive care to gay men and other men having sex with men (MSM) in Latin America and the Caribbean. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2010 (<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Blueprint%20MSM%20Final%20ENGLISH.pdf>, accessed 4 June 2014).
9. Management of common health problems of drug users. New Delhi, World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2009 (<http://www.searo.who.int/entity/hiv/documents/9789290222927/en/>, accessed 4 June 2014).
10. Priority HIV and sexual health interventions in the health sector for men having sex with men and transgender people in the Asia–Pacific Region. New Delhi, World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2010 (<http://www.searo.who.int/entity/hiv/documents/9789290614630/en/>, accessed 4 June 2014).
11. Joint technical brief: HIV, sexually transmitted infections and other health needs among transgender people in Asia and the Pacific. Manila, World Health Organization, West Pacific Regional office, 2013 (<http://www.wpro.who.int/hiv/documents/tgtechnicalbriefs/en/>, accessed 4 June 2014).
12. The time has come : enhancing HIV, STI and other sexual health services for MSM and transgender people in Asia and the Pacific. Bangkok, United Nations Development Programme, Asia-Pacific Regional Centre, 2013 (<http://www.wpro.who.int/hiv/documents/timehascome/en/>, accessed 4 June 2014).
13. Regional Assessment of HIV, STI and other health needs of transgender people in Asia and the Pacific. Manila, World Health organization, West Pacific Regional office, 2013 (http://www.wpro.who.int/hiv/documents/regional_assessmentTG/en/, access 4 June 2014).
14. Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers : practical approaches from collaborative interventions. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/, accessed 23 May 2014).
15. HIV and adolescents : guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV : recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf, accessed 25 February 2014).
16. United Nations. Convention on the Rights of the Child. Geneva, United Nations General Assembly, 20 November 1989 (<http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>, accessed 01 May 2014).

CHAPITRE 7 ÉLABORATION DE LA RIPOSTE : LE PROCESSUS DE PRISE DE DÉCISION, DE PLANIFICATION ET DE SUIVI

1. Jürgens, R. "Nothing about us without us" – greater, meaningful involvement of people who use illegal drugs : a public health, ethical, and human rights imperative. Ontario, Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2005.
2. The human rights costing tool (HRCT) : a tool to cost programs to reduce stigma and discrimination and increase access to justice. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2012 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/data-and-analysis/tools/The_Human_Rights_Costing_Tool_v_1_5_May-2012.xlsm, accessed 23 May 2014).
3. The user guide for the HIV-related human rights costing tool : costing programmes to reduce stigma and discrimination and increase access to justice in the context of HIV. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2012 (www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/The_HRCT_User_Guide_FINAL_2012-07-09.pdf, accessed 23 May 2014).

Pour plus d'informations, contact:

Organisation Mondiale de la Santé
Bureau Régional de l'Afrique
Cité du Djoué
Brazzaville
République du Congo

Courriel: regafro@afro.who.int

[http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/
keypopulations/](http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/)

ISBN 978 92 9 031222 2



9 789290 31222 2



UNODC
United Nations Office on Drugs and Crime