



PRISE EN CHARGE DIFFÉRENCIÉE DU VIH :

CADRE DÉCISIONNEL DE PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DES TRAITEMENTS ANTIRÉTROVIRAUX POUR LES POPULATIONS CLÉS

La dernière ligne droite avant l'accès universel

Il est temps d'aborder différemment *la prestation de services*.



Prestation différenciée de services :

- Mettre le client au centre de la prestation des TAR
- Justifiée pour toutes les personnes vivant avec le VIH, notamment les populations clés

Il est temps d'aborder différemment la prestation de services.



Le cadre décisionnel de prestation différenciée des traitements antirétroviraux pour les populations clés permet d'attirer une attention délibérée sur les populations spécifiques des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des personnes transgenres, des personnes qui s'injectent des drogues et des travailleuses et travailleurs du sexe. Les concepts présentés ici s'appliquent à un public mondial.

Ce document est le troisième volet de la série des cadres décisionnels – une étape essentielle vers la réalisation des objectifs 90-90-90.

TABLE DES MATIÈRES

Défis communs : pourquoi il est temps d'aborder différemment la prestation de services.....	v
Résumé.....	vi
Préface.....	viii
PARTIE 1 : INTRODUCTION.....	X
Qu'est-ce que la prestation différenciée des services pour le VIH ?.....	1
Pourquoi doit-on différencier la prestation de services pour des populations clés ?.....	1
Quels sont les principes fondamentaux de la prestation différenciée de services (PDS) ?.....	2
Qu'est-ce que la prestation différenciée des TAR ?.....	3
La prestation différenciée des TAR, c'est pour tout le monde.....	5
Quatre modèles généraux de prestation différenciée des TAR.....	5
PARTIE 2 : L'APPROCHE EN 5 ÉTAPES DE LA PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DES TAR POUR LES POPULATIONS CLÉS	6
L'approche en cinq étapes.....	7
PARTIE 3 : QUELS SONT LES TROIS ÉLÉMENTS ?.....	12
Les trois éléments.....	13
Comment différencier en fonction des caractéristiques cliniques ?.....	14
Comment différencier en fonction de la population clé spécifique ?.....	15
Comment différencier en fonction du contexte ?.....	16
Facteurs déterminants.....	17
PARTIE 4 : DÉTERMINER S'IL FAUT ADAPTER OU CONSTRUIRE UN MODÈLE DE PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DES TAR	18
Adapter ou construire.....	19
Quand faut-il construire un nouveau modèle de prestation des TAR pour les populations clés ?.....	20
PARTIE 5 : ADAPTER OU CONSTRUIRE UN MODÈLE DE PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DES TAR POUR LES POPULATIONS CLÉS	22
Les composantes de base.....	23
« OÙ » les TAR sont-ils dispensés ?.....	24
« QUI » assure la prestation différenciée des TAR ?.....	26
« QUAND » les TAR sont-ils dispensés ?.....	28
« QUELS » services devraient être offerts ?.....	30

CONCLUSION	32
-------------------------	-----------

RÉFÉRENCES.....	34
------------------------	-----------

ANNEXES	36
----------------------	-----------

LISTE DES ÉTUDES DE CAS

Étude de cas 1 : Étude des perceptions des travailleuses du sexe et des agents de santé sur les services liés aux TAR pour les populations clés, Afrique du Sud.....	9
Étude de cas 2 : Le gouvernement et les populations clés travaillent de concert, Ghana.....	9
Étude de cas 3 : Mobiliser les populations clés pour former les agents de santé aux questions de sensibilité, Jamaïque	9
Étude de cas 4 : Élargir les services aux personnes qui s'injectent des drogues et aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, Afrique du Sud.....	10
Étude de cas 5 : Utiliser des centres d'accueil optionnels pour offrir des services complets, Kenya	11
Étude de cas 6 : Initiation du TAR le même jour dans des environnements communautaires, Tanzanie.....	11
Étude de cas 7 : Fournir des services différenciés dans des zones à faible densité de travailleuses du sexe, Afrique du Sud	16
Étude de cas 8 : Offrir des services parajuridiques au sein des services de santé, Burundi	16
Étude de cas 9 : Offrir des services aux travailleuses du sexe et aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans un contexte politique difficile, Tanzanie	16
Étude de cas 10 : Pairs éducatrices issues de la communauté des travailleuses du sexe, Zimbabwe.....	17
Étude de cas 11 : Droits et services pour les travailleuses et travailleurs du sexe, Macédoine.....	17
Étude de cas 12 : Élargissement du champ d'action des centres d'accueil des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des travailleuses et travailleurs du sexe pour inclure l'initiation et la distribution des TAR à travers LINKAGES, Kenya	19
Étude de cas 13 : Proposer une approche holistique de la santé sexuelle et du bien-être aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, Afrique du Sud.....	19
Étude de cas 14 : Adaptation de la prestation communautaire des TAR par les clients, Ouganda.....	20
Étude de cas 15 : Services de santé gérés par les populations clés, Thaïlande.....	20
Étude de cas 16 : Décentralisation des soins du VIH pour les hommes ayant des rapports avec des hommes dans la ville de Guatemala.....	24

EXEMPLES

Exemple 1 : Prestation communautaire des TAR pour les personnes qui s'injectent des drogues, Inde	25
Exemple 2 : Prestation des TAR gérée par des travailleuses du sexe, Ouganda	27
Exemple 3 : Prestation des TAR gérée par des organisations de populations clés pour les femmes transgenres, Thaïlande	29
Exemple 4 : Intégration de la prestation des TAR dans les services aux PC, Haïti.....	31

ABRÉVIATIONS

ARV	Antirétroviral	OSC	Organisation de la société civile
ASC	Agent de santé communautaire	PC	Population clé
CA	Centre d'accueil	PDS	Prestation différenciée de services
CCLAD	Distribution communautaire des TAR par les clients (Ouganda)	PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief (USA)
CD4	Classe de différenciation 4	PPE	Prophylaxie post-exposition
CDC	Centre pour le contrôle et la prévention des maladies	PrEP	Prophylaxie pré-exposition
CDDP	Points de distribution communautaires de médicaments (Ouganda)	PVVIH	Personne vivant avec le VIH
CV	Charge virale	RSAT	Rainbow Sky Association Thailand
GFTAM	Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme	S&E	Suivi et évaluation
IAS	International AIDS Society	SPoN	Soins postnatals
IO	Infection opportuniste	SSGPC	Services de santé gérés par les populations clés (Thaïlande)
IST	Infection sexuellement transmissible	SWING	Bangkok and Songkhla, Service Workers IN Group Foundation
LINKAGES	Projet de continuum des services liés au VIH pour les populations clés touchées par le VIH	TAR	Traitement antirétroviral
NACO	National AIDS Control Organization (Inde)	TASO	The AIDS Treatment Organization (Ouganda)
OC	Organismes communautaires	TB	Tuberculose
OMS	Organisation mondiale de la santé	TSO	Traitement de substitution des opioïdes
ONG	Organisation non gouvernementale	USAID	United States Agency for International Development
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA	VHC	Virus de l'hépatite C

« La participation des communautés et des organisations des populations clés en tant que partenaires et leaders dans la mise en œuvre des services de santé est une approche éclairée par des données probantes visant à améliorer la qualité et l'acceptabilité des services. »

– Organisation mondiale de la santé

DÉFIS COMMUNS : POURQUOI IL EST TEMPS D'ABORDER DIFFÉREMMENT LA PRESTATION DE SERVICES



PERSPECTIVE DU CLIENT



PERSPECTIVE DE L'AGENT DE SANTÉ

Je travaille la nuit et je me repose quand mes enfants sont à l'école. Il est très difficile pour moi d'aller à la clinique de TAR le matin et je n'ai vraiment pas les moyens de payer une clinique privée.

Pourquoi la clinique doit-elle rester ouverte tard dans l'après-midi ? Nous avons tellement de travail. Nous savons qu'il y a des travailleuses et travailleurs du sexe dans la communauté locale, mais pourquoi ne peuvent-ils pas venir pendant les heures normales de la clinique ?

On me traite comme quelqu'un d'une autre planète. Mon nom et mon adresse ne correspondent pas à ceux qui figurent sur ma carte d'identité, mais ce n'est pas une excuse pour me traiter de cette façon. Le docteur ne comprend pas l'utilisation d'hormones et le VIH. À quoi bon venir ? Je peux aussi bien prendre soin de moi.

Je ne comprends pas. Que veut-il ou de quoi a-t-il besoin ? Est-ce que je dois dire il ou elle ? Je suis perplexe. Je ne sais vraiment pas par où commencer pour l'examen physique. Nous ne sommes pas formés aux questions de genre et de sexualité.



Je viens d'apprendre que je vis avec le VIH et j'ai peur de dévoiler mon statut. Si je me rends à la clinique, tous les gens ne sauront-ils pas que je suis séropositive ? J'ai vraiment peur de dévoiler mon résultat de test à mon partenaire.

J'ai entendu dire que les taux de violence sexiste dans ma communauté sont élevés, mais que puis-je faire moi toute seule ?



Je dois me déplacer beaucoup car il y a différents endroits où je peux trouver du travail à différentes périodes de l'année. C'est frustrant de savoir que je dois aller chercher mes renouvellements de TAR dans ma clinique et qu'on ne me donnera que l'équivalent d'un mois de médicaments à chaque fois.

Nos directives ne nous permettent que de donner un mois de TAR. C'est vraiment difficile pour nos clients qui nous disent qu'ils vont voyager. Ne pourrions-nous pas donner des renouvellements plus longs ?



RÉSUMÉ

Il y a de bonnes nouvelles concernant la lutte contre le VIH. Les traitements antirétroviraux (TAR) maintiennent les gens en vie, en bonne santé et leur permettent de vivre plus longtemps. La prophylaxie pré-exposition (PrEP) aide à prévenir les nouvelles infections. Un nombre record de 20.9 millions de personnes sont sous TAR, ce qui veut dire que pour la première fois, plus de la moitié de toutes les personnes vivant avec le VIH sont sous traitement¹.

Mais il existe aussi des lacunes. Les populations clés (PC) sont touchées de manière disproportionnée par le VIH, mais sont sous-représentées dans les programmes de dépistage et de traitement du VIH^{2,3}. Les données mondiales montrent que la prévalence du VIH chez les populations clés, notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues, les travailleuses et travailleurs du sexe et les personnes transgenres, est considérablement supérieure à celle de la population générale⁴. Des analyses réalisées en 2017 montrent que 80% des nouvelles infections par le VIH en dehors de l'Afrique sub-saharienne se produisent chez les populations clés et leurs partenaires sexuels⁴. Même dans les pays à forte prévalence en Afrique sub-saharienne, les populations clés sont touchées de manière disproportionnée, avec 25% de nouvelles infections chez ce groupe. Par ailleurs, les populations clés ont un accès limité au traitement et sont confrontées à des obstacles spécifiques pour rester sous traitement par rapport à la population générale⁵⁻⁸. Ces populations sont celles qui ont été laissées pour compte dans la lutte contre le VIH.

Les préoccupations d'un gestionnaire de programme VIH de district et d'un membre d'une population clé illustrées ci-contre mettent en évidence quelques-unes des difficultés rencontrées alors que nous continuons à élargir l'accès aux soins et aux traitements VIH. Les vulnérabilités des populations clés font qu'elles sont touchées de manière disproportionnée par le VIH dans tous les pays et dans tous les environnements. Ces risques disproportionnés sont liés à des problèmes communs aux membres de ces populations, tels que des inégalités juridiques et sociales spécifiques qui augmentent leur vulnérabilité. Les populations clés sont souvent socialement isolées et victimes de rejet social, de stigmatisation et d'autostigmatisation, de discrimination et de criminalisation. Nombre d'entre elles vivent dans la peur de la violence et sont trop souvent exclues ou s'auto-exclues des services de santé. L'Annexe 1 dresse une liste des principaux documents de référence sur la prise en charge du VIH pour les populations clés⁹⁻¹².



Je ne comprends pas la forte prévalence du VIH chez les populations clés ou les effets de la stigmatisation et de la discrimination sur les résultats de santé de ces individus.

Découvrez l'histoire d'**Andrew**, gestionnaire de programme TAR de district, page 4



J'ai peur de me rendre dans ma clinique VIH locale par crainte que quelqu'un me voie – soit un client potentiel ou quelqu'un de ma famille.

Découvrez l'histoire de **Namrata**, travailleuse du sexe, page 4

La prestation différenciée de services (PDS) offre l'occasion de reconsidérer la manière dont le système des soins de santé peut s'adapter pour faire en sorte que des populations préalablement mal desservies reçoivent des soins axés sur le client. Les populations clés doivent faire partie de la réponse si nous voulons atteindre les objectifs 90-90-90 fixés : 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut ; 90% d'entre elles accèdent aux traitements ; et 90% des personnes sous traitement atteignent un état de suppression virale, et progresser vers les objectifs 95-95-95 d'ici 2030.

« La prestation différenciée des TAR peut remédier aux inégalités d'accès des populations clés aux services de traitement du VIH en élaborant de nouveaux modèles de prestation des TAR qui répondent aux besoins spécifiques des populations clés et atteignent les groupes marginalisés, criminalisés et stigmatisés. La prestation différenciée des TAR peut aussi permettre aux communautés des populations clés de s'impliquer davantage dans le traitement et la prise en charge du VIH. »

– Organisation mondiale de la santé

Utilisation du terme « populations clés »

Le Cadre décisionnel pour les populations clés est délibérément axé sur quatre groupes :

- Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- les personnes qui s'injectent des drogues
- Les travailleuses et travailleurs du sexe
- Les personnes transgenres.

Dans ce document, pour plus de commodité, l'acronyme PC sera utilisé pour faire référence à ces quatre groupes.

Bien que d'autres groupes tels que les migrants et les pêcheurs sont aussi très vulnérables face au VIH, ils ne sont pas victimes de criminalisation de la même manière que les quatre populations clés à l'étude. Bien que l'Organisation mondiale pour la santé (OMS) et l'ONUSIDA incluent aussi les prisonniers et les personnes vivant dans des environnements confinés dans les groupes de populations clés, ce document ne traite pas de ce groupe car il a des besoins différents en matière de prestation de soins de santé³.

La PDS, aussi appelée prise en charge différenciée, consiste à apporter des réponses de santé axées sur le client et à adapter les services allant de la prévention au traitement, en passant par les diagnostics, les soins et le soutien. Le présent cadre décisionnel est l'un des quatre cadres décisionnels de PDS destinés à informer la prise de décision des responsables de la santé au sein des ministères de la santé. Les trois autres cadres portent sur la prestation différenciée des TAR pour les adultes cliniquement stables et pour les enfants, les adolescents, les femmes enceintes et qui allaitent, et sur les services différenciés de dépistage du VIH.

L'accès à une prestation différenciée des TAR peut être bénéfique pour les populations clés et celles-ci ne devraient pas être exclues en raison de leur consommation de drogues, de leur métier, de leur identité de genre ou de leur orientation sexuelle.

Par ailleurs, dans la mesure du possible, les services devraient être décentralisés vers des lieux tels que des centres d'accueil pour faciliter l'accès aux traitements.

Les pairs des populations clés devraient participer activement à la prestation des services liés au VIH et des TAR.

Certains individus des PC appartiennent à plusieurs populations clés. Par exemple, certains hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et certaines personnes transgenres peuvent aussi être des travailleuses et travailleurs du sexe et/ou s'injecter des drogues.

Les populations clés ont besoin de modèles de prestation des TAR personnalisés, respectueux, abordables, efficaces et efficaces. Ces approches de la prestation de soins de santé doivent aller de pair avec l'élimination des obstacles sociaux, structurels, politiques et culturels qui entravent l'accès des populations clés aux services. Lorsque nous, agents de santé publique, tendrons la main aux exclus et réussirons à les inclure, nous aurons franchi une étape supplémentaire vers la création de systèmes de santé qui s'emploient à atteindre l'objectif de l'accès universel. Malgré le manque de données publiées sur les populations clés, les programmes TAR doivent répondre directement aux contextes et défis locaux pertinents rencontrés par les populations clés. Pour atteindre l'objectif du « Traitement pour tous » nous devons nous rendre dans les communautés et être à l'écoute des besoins et préférences de nos clients des populations clés, et adapter nos stratégies de services en conséquence.

Deux principales interventions qui s'appliquent à toutes les populations clés réexaminent les composantes « qui » et « où » de la prestation des TAR (discutées plus en détail dans la Partie 5, Les composantes de base). Les pairs partenaires et les pairs prestataires, qui offrent un accès légitime et une compréhension de la population clé spécifique, sont une alternative efficace pour remédier aux pénuries de ressources humaines. L'utilisation des infrastructures communautaires existantes telles que les centres d'accueil comme lieux pour les consultations cliniques et la prestation des TAR, peut aussi réduire les obstacles associés à la prestation des services publics courants.

Ce cadre décrit la méthodologie utilisée pour identifier les défis spécifiques, décider quels modèles de PDS peuvent résoudre ces défis et comment adapter ou construire systématiquement un modèle différencié de prestation des TAR pour une population clé spécifique.



J'aime vraiment aller dans mon centre d'accueil. J'aimerais aussi pouvoir y récupérer mes renouvellements de TAR.

PRÉFACE

Contexte de la série des cadres décisionnels

Le premier Cadre décisionnel de prestation des TAR, publié en juillet 2016, établit les principes de la PDS pour les clients cliniquement stables en s'appuyant sur les principes des éléments et composantes de base¹⁴. Le cadre donne des indications sur les éléments de la PDS à mettre en œuvre en priorité, et sur la manière de construire un modèle donné.

Le deuxième volet de la série, le *Cadre décisionnel de prestation différenciée des TAR pour les enfants, les adolescents et les femmes enceintes et qui allaitent*, élaboré et lancé en 2017¹⁵, va au-delà du cadre des clients adultes cliniquement stables.

Le présent cadre, le troisième de la série, donne des conseils sur la manière de privilégier une approche de PDS pour les populations clés en mettant l'accent sur la prestation différenciée des TAR. L'élaboration de ce Cadre décisionnel repose sur une analyse des modèles de bonnes pratiques en vigueur et des résultats d'un « Atelier mondial sur la PDS pour les populations clés » qui a réuni près de 50 participants de 20 pays.

Un quatrième Cadre décisionnel axé sur les services différenciés de dépistage du VIH, qui sera publié fin 2018, montre comment adapter des modèles de prestation de services de dépistage du VIH pour les populations clés.

L'accès à une prestation différenciée des TAR peut aussi être bénéfique pour les populations clés

Les populations clés, souvent exclues des services de santé, devraient aussi bénéficier d'une PDS, notamment d'une prestation différenciée des TAR. Le principal objectif du premier Cadre décisionnel était de décrire des modèles de prestation des TAR pour les adultes cliniquement stables. À l'époque, c'est ce groupe qui disposait de la majorité des éléments de preuve et qui laissait entrevoir au départ les plus grands bénéfices à la fois pour les clients et le système de santé. Les populations clés stables devraient aussi bénéficier de modèles de prestation différenciée des TAR mis en œuvre pour la population générale. Au fur et à mesure que les pays formulent des politiques de PDS, de plus en plus de voix s'élèvent pour demander des conseils sur la manière dont des populations spécifiques peuvent aussi bénéficier d'une prestation différenciée des TAR et sur la manière d'adapter ou de construire des modèles pour ces populations.

La PDS est l'occasion d'une part de simplifier les soins de ceux qui vivent bien avec le traitement, et d'autre part de proposer une prise en charge adaptée à ceux qui ont du mal à démarrer les TAR et à rester dans le circuit des soins avec une charge virale indétectable en raison d'obstacles liés à l'accès. Le *Cadre décisionnel de prestation différenciée des traitements antirétroviraux pour les populations clés* a pour objectif de proposer d'autres voies d'accès aux services de santé pour les populations clés. Il s'appuie sur les éléments de preuve et les recommandations fournis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)^{3,16} et les *Considérations Clés*¹³ pour élaborer une démarche systématique pour construire des modèles de prestation des TAR efficaces pour les populations clés.



Notre clinique devrait accepter tout le monde de notre communauté. Après tout, la santé est un droit de l'homme.

Comment lire le Cadre décisionnel pour les populations clés

Le cadre décisionnel de prestation différenciée des traitements antirétroviraux pour les populations clés propose une compréhension approfondie de la prestation différenciée des TAR et une approche par étape de la planification de la prestation des services TAR pour les populations clés. Il décrit aussi comment adapter ou construire des modèles de prestation différenciée des TAR. Les exemples et les études de cas proposés mettent spécifiquement l'accent sur les populations clés.

Les Considérations Clés¹³ et les Lignes directrices unifiées de l'OMS sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés décrivent « ce qui » devrait être mis en œuvre, alors que le présent Cadre décisionnel décrit « comment » opérationnaliser les services liés au TAR.

Si vous n'avez pas d'expérience en matière de PDS, si vous n'avez pas lu la série des Cadres décisionnels ou si vous commencez tout juste à travailler avec des populations clés, commencez à lire à partir de la Partie 1.

Si vous avez de l'expérience en matière de PDS ou si vous avez lu les précédents Cadres décisionnels, mais que vous ne connaissez pas bien les populations clés, lisez attentivement les Parties 1, 4 et 6.

Cela me prend une bonne partie de la journée pour aller chercher mon TAR à la clinique. On m'a suggéré de joindre un groupe de soutien mais les autres membres ne comprennent pas vraiment mes problèmes. Je me demande si je pourrais former un groupe avec mes amis qui sont des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et qui ont aussi besoin de leur TAR.



Je sais qu'il y a des travailleuses du sexe et des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes qui viennent dans notre clinique mais je ne suis pas sûre que mon personnel sache comment leur proposer les services de santé sexuelle dont ils ont besoin. Je pense que nous devrions intégrer ces services.

Objectifs du Cadre décisionnel pour les populations clés

Le Cadre décisionnel de prestation des TAR pour les populations clés a pour objectif de :

- Définir le **contexte** des principes de la PDS et de la prestation différenciée des TAR et leur rapport avec les populations clés.
- Proposer des **exemples** de prestation différenciée des TAR pour les populations clés démontrant l'utilisation des éléments (Partie 3) et des composantes de base (Partie 5).
- Donner des **lignes directrices** sur la manière d'adapter ou d'élaborer un modèle de prestation différenciée des TAR pour des populations clés spécifiques.

Le Cadre décisionnel de prestation différenciée des traitements antirétroviraux pour les populations clés s'adresse à la fois aux gestionnaires de programmes TAR nationaux et de district et, le cas échéant, aux partenaires de mise en œuvre, aux donateurs et autres organisations qui soutiennent les programmes nationaux de lutte contre le VIH, notamment la société civile et les organismes communautaires des populations clés.

Le référentiel de connaissances en ligne (www.differentiatedservicedelivery.org) vient compléter le cadre décisionnel pour les populations clés. Il s'agit d'une ressource « incontournable » pour la PDS et comprend des lignes directrices nationales et internationales, des modèles de bonne pratique en matière de prestation de services accompagnés de leurs outils de mise en œuvre, ainsi que des ressources connexes.



PARTIE 1

INTRODUCTION

QU'EST-CE QUE LA PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DE SERVICES POUR LE VIH ?

La PDS est une approche axée sur le client qui vise à simplifier et à adapter les services liés au VIH dans l'ensemble de la cascade des soins en vue de refléter les besoins et les préférences des différents groupes de personnes vulnérables ou vivant avec le VIH, tout en réduisant les charges inutiles qui pèsent sur le système de santé¹⁷. La PDS permet de réduire les obstacles à l'accès aux services liés au VIH et de recentrer les ressources du système de santé sur les personnes qui en ont le plus besoin

La prestation de service différenciée est aussi appelée prise en charge différenciée.

La PDS vise à améliorer la qualité de l'expérience du client, en le mettant au cœur de la prestation de services, tout en veillant à ce que le système de santé fonctionne de manière efficace et responsable sur le plan médical. Pour répondre à la diversité des besoins des populations clés et des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), l'OMS recommande une approche différenciée de la prestation de services¹⁶. Dans le cadre d'une approche de santé publique, on doit tenir compte des besoins d'un groupe de population en fonction de trois éléments (Partie 3) : la population spécifique à laquelle appartient le client ; le contexte dans lequel il cherche à accéder aux soins (par ex. un environnement urbain ou rural, une zone faiblement/durement touchée) ; et ses caractéristiques cliniques.

POURQUOI DOIT-ON DIFFÉRENCIER LA PRESTATION DE SERVICES POUR LES POPULATIONS CLÉS ?

Pour améliorer l'accès et la qualité des services

Les populations clés qui sont socialement isolées ne font souvent pas confiance aux services de santé et craignent d'être stigmatisées, victimes de discrimination ou, dans certains cas, dénoncées aux autorités. La prestation différenciée de services pour les populations clés permet de remédier aux inégalités d'accès à toute l'étendue des services de santé, à savoir les services de prévention, de dépistage, de prise en charge et de traitement du VIH¹⁸ et d'améliorer la qualité de l'offre globale des services de soins proposés³.

La décentralisation de la prestation des TAR vers la communauté (par exemple vers les centres d'accueil) peut contribuer à améliorer l'accès des populations clés aux services.

Il existe plusieurs exemples de PDS mise en œuvre avec succès pour les populations clés. La réponse communautaire des organisations de populations clés constitue l'un des premiers exemples de PDS. Elles incluent des services de prévention de proximité proposés par des organismes communautaires (OC), des initiatives de services de dépistage et de mise en relation avec des services de santé à l'initiative de populations clés, des groupes de soutien pour les populations clés vivant avec le VIH et des centres d'accueil (CA) proposant des services tels que des informations et des moyens de prévention, un traitement contre les IST, des TSO et des services d'orientation¹⁹. Sur la base de ces succès, l'incorporation des enseignements tirés des programmes pilotes dans les approches soutenues par le ministère de la santé pourrait appuyer la mise en œuvre d'une PDS de qualité à plus grande échelle.

Pour améliorer l'accès

La PDS pour les populations clés vise avant tout à améliorer l'accès aux services de santé pour les populations clés. En raison des niveaux élevés de criminalisation, de stigmatisation et de discrimination, associés dans de nombreux cas à des niveaux élevés de violence, de nombreuses personnes issues des populations clés sont réticentes à utiliser des services de santé publique. Par ailleurs, la marginalisation sociale, la pauvreté et l'exclusion des assurances et de la sécurité sociale dont elles sont victimes conduisent à un accès limité aux TAR. L'utilisation des composantes de base de la PDS pour adapter la manière dont les TAR sont dispensés pourrait éliminer certains des obstacles liés à l'accès aux TAR et encourager l'intégration de ces services au sein des établissements du ministère de la santé.

Pour améliorer la qualité des soins

Du point de vue des populations clés spécifiques, l'adaptation et l'élaboration de modèles de PDS peuvent conduire à un diagnostic précoce, à des mises en relation avec des actions de prévention et des traitements, et à une amélioration des résultats thérapeutiques. De plus, l'intégration d'un programme complet et approprié de services avec le TAR peut améliorer la qualité des soins et des résultats pour le client.

Sans perdre de vue les efficacités et la viabilité à long terme des services de santé, la manière d'atteindre les populations clés exclues sera déterminée par les contextes locaux, les systèmes de santé locaux et le niveau de criminalisation, de stigmatisation, de discrimination et de violence. Il est important que les populations clés puissent accéder aux services appropriés et vitaux pour elles, lorsqu'elles en ont besoin. Les ONG et les initiatives communautaires devraient s'attacher à seconder les services fournis par le gouvernement, notamment en travaillant de concert pour fournir un service durable.

Pour sensibiliser le personnel de santé aux besoins spécifiques

De nombreux professionnels de la santé hésitent à traiter des personnes issues des populations clés en raison de préjugés préconçus ou d'une méconnaissance de la diversité sexuelle et de genre, du travail du sexe, de la santé anale ou de la consommation de drogues. La PDS peut contribuer à créer des systèmes permettant d'identifier du personnel médical plus spécialisé, plus accueillant ou plus ouvert à une formation sur la prise en charge des populations clés. Certains domaines nécessiteront une expertise médicale spécifique (par exemple l'utilisation d'hormones et les interactions de TAR entre personnes transgenres) ainsi qu'une prise en compte des questions éthiques associées au travail au contact de communautés de populations clés. Ce qui est bon pour le client sera à son tour bon pour le prestataire, et contribuera au final à améliorer les efficacités des systèmes de santé et l'ensemble des résultats de santé.

Pour soutenir l'initiative « traiter tout le monde » et atteindre l'objectif 90-90-90

À travers le monde, près de 38 millions de personnes vivent avec le VIH et 20.9 millions sont sous TAR⁴. Avec la mise en œuvre de la recommandation 2015 de l'OMS visant à traiter toutes les personnes séropositives avec des TAR²⁰, les systèmes de santé déjà soumis à une pression extrême en raison du manque de ressources financières et humaines, sont obligés de revoir la manière de dispenser les TAR. Bien que des progrès extraordinaires aient été accomplis dans la couverture thérapeutique au cours des cinq dernières années, il est temps de faire un effort concerté pour traiter les personnes marginalisées et exclues qui sont touchées de manière disproportionnée par le VIH mais qui sont sous-représentées dans les programmes de dépistage et de traitement du VIH. Une attention renouvelée est de mise pour veiller à ce que les populations clés adhèrent mieux aux services de santé et qu'ils bénéficient de mises en relation plus efficaces.

QUELS SONT LES PRINCIPES FONDAMENTAUX DE LA PDS ?

Offrir une prise en charge axée sur le client

L'un des principes fondamentaux de la différenciation de la prestation des TAR consiste à identifier et à éliminer les obstacles spécifiques identifiés par les clients et à leur donner les moyens de mieux gérer leur santé avec l'aide du système de santé, et notamment des services communautaires. L'OMS souligne la nécessité d'une prise en charge axée sur le client en vue d'améliorer la qualité des services liés au VIH (Encadré 1)¹⁶.

Lignes directrices de l'OMS

Encadré 1 : Recommandations de l'OMS relatives à la prise en charge axée sur les clients¹⁶

« Les programmes VIH devraient : offrir une prise en charge axée et organisée autour des besoins de santé, des préférences et des attentes des personnes et des communautés, qui défend la dignité et le respect de l'individu, notamment pour les populations vulnérables, et qui encourage et aide les individus et les familles à jouer un rôle actif dans leur prise en charge à travers une prise de décision éclairée. »

La participation des pairs à la prestation des services liés au VIH, notamment à la prestation des TAR, devrait être une priorité dans la conception de modèles de prestation de services différenciée pour les populations clés.

Réduire la stigmatisation et la discrimination et respecter les droits de l'homme

La criminalisation, la stigmatisation et la discrimination peuvent constituer le plus grand obstacle à l'accès aux services de santé pour les populations clés. Grâce à la participation et à l'autonomisation des communautés, la PDS peut augmenter la demande de services non stigmatisants et amorcer un travail avec des établissements de santé partenaires pour réduire la stigmatisation et la discrimination à travers la sensibilisation et la formation aux besoins des populations clés. Il est essentiel de préserver la sûreté et la sécurité des populations clés, notamment dans les zones où elles sont criminalisées ou victimes de violence.

Reconnaître l'importance des communautés et des pairs en tant de prestataires

Le Cadre décisionnel de prestation différenciée des traitements antirétroviraux pour les populations clés cherche à mettre en évidence l'approche communautaire qui peut être adoptée dans les modèles de prestation des TAR pour les populations clés et leurs partenaires. Les réseaux représentant les populations clés sont des partenaires essentiels pour créer une demande de services et éliminer les obstacles liés à l'accès. L'OMS³ recommande une prestation de services assurée par des prestataires non professionnels, et la contribution des pairs dans la prestation des services et le changement des comportements est aussi reconnue dans la composante de base « qui » lors de la conception de tout modèle de PDS (Partie 5). Les connaissances en matière de santé et de droit devraient aussi être considérées comme un élément clé pour développer des communautés résilientes.

Inclure un soutien psychosocial

L'importance du soutien psychosocial apporté à la fois par les agents de santé, les communautés et les pairs, revêt une importance particulière pour les populations clés. De nombreuses communautés organisent des groupes de soutien ou de soins sous la houlette d'organismes communautaires (OC) et/ou en liaison avec des établissements de santé. Bien que le counseling individuel sur l'observance thérapeutique constitue un élément clé de l'initiation des TAR, le type et la fréquence du soutien psychosocial devraient être appropriés aux besoins et aux souhaits du client. Ce soutien peut être apporté par des pairs sociaux au sein d'un groupe et/ou par des individus ou des pairs ou conseillers formés. Tout comme les PVVIH qui peuvent accéder à des services en dehors des visites prévues dans le cadre de modèles de PDS, les clients des PC devraient pouvoir accéder de la même façon à un soutien psychosocial à la fréquence souhaitée.

☉ Lignes directrices de l'OMS

Encadré 2 : Recommandations de l'OMS relatives au traitement et à la prise en charge du VIH²

Les populations clés vivant avec le VIH devraient avoir le même accès aux traitements antirétroviraux et à la gestion des TAR que les autres populations.

QU'EST-CE QUE LA PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DES TAR ?

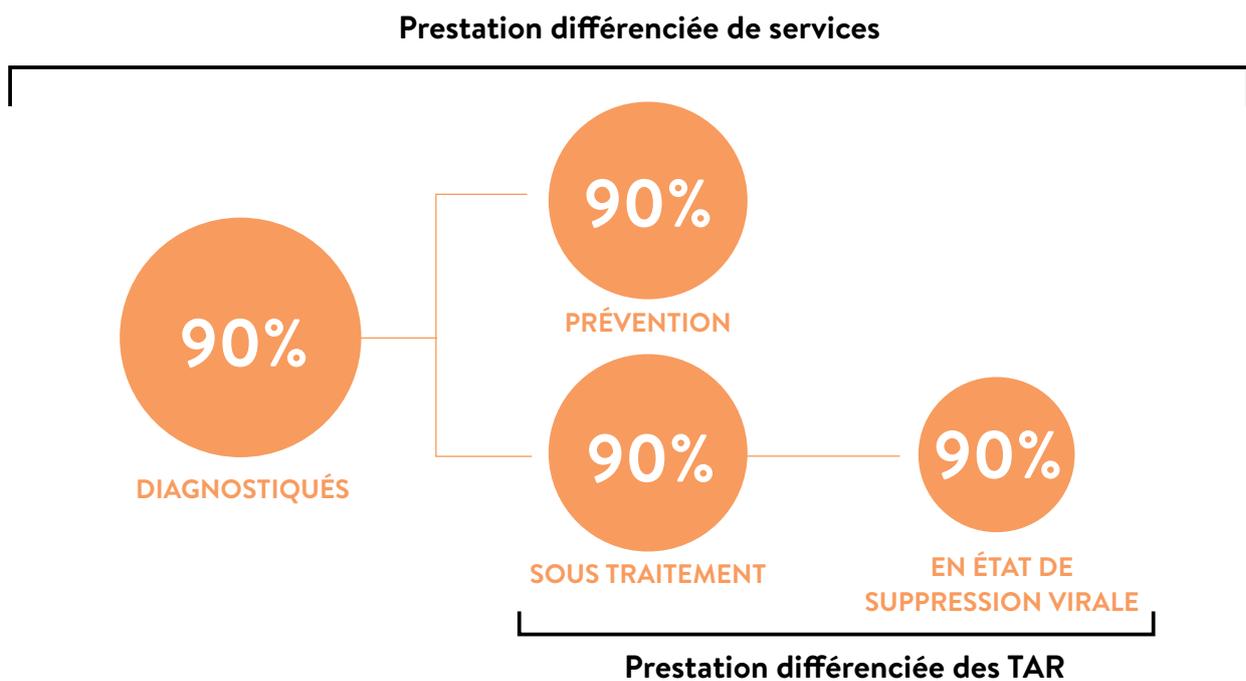
La prestation différenciée des TAR est une composante de la prise en charge ou de la prestation différenciée des services liés au VIH

La PDS s'applique à tout le continuum des soins liés au VIH, de la prévention à la suppression virale, et aux trois objectifs 90-90-90²¹.

La prestation différenciée des TAR est une composante de la PDS (Figure 1).

La prestation différenciée des TAR n'est pas limitée aux clients adultes cliniquement stables. Ses principes peuvent s'appliquer à toutes les populations, y compris aux populations clés et aux clients susceptibles de nécessiter, au cours d'une période donnée, un suivi clinique plus intensif.

Figure 1: La prestation différenciée de services s'applique à tout le continuum des soins liés au VIH



La PDS s'applique à l'ensemble du continuum des soins liés au VIH, y compris aux liens avec la prévention. Le présent Cadre décisionnel est axé sur la prestation des TAR pour les populations clés.



Découvrez l'histoire d'Andrew

Andrew est un docteur en médecine qui est désormais gestionnaire du programme TAR dans un district composé de deux petites villes et d'une majorité de communautés rurales. À l'occasion d'une réunion nationale, il a appris beaucoup de choses sur les populations clés et la situation à laquelle elles sont confrontées en termes de charge de morbidité, de criminalisation, d'exclusion des services de santé, et sur les effets de la stigmatisation et de la discrimination sur l'utilisation des services de santé. Il a compris qu'il s'agissait d'un défi de taille dans une communauté rurale où les populations clés sont victimes de discrimination et sont souvent cachées. Il est rentré chez lui en ne sachant pas par où commencer.

Découvrez l'histoire de Namrata

Namrata est une travailleuse du sexe qui subvient aux besoins de sa mère âgée et de ses deux petits enfants. Elle a récemment appris qu'elle était séropositive, mais elle a peur d'aller à la clinique VIH locale pour plusieurs raisons. Elle ne veut pas que des membres de sa famille, des voisins ou des clients potentiels la voient entrer dans la clinique. Dans son travail, elle se déplace souvent et travaille dans différentes villes.



Découvrez l'histoire de Juan

Juan a des rapports sexuels avec des hommes et n'a découvert son statut VIH que parce qu'il était très malade et qu'il a été hospitalisé. L'hôpital l'a orienté vers une clinique VIH, mais il a peur de la contacter à cause des menaces de violence physique ou verbale. Il est discret et a quelques amis – mais aucun d'entre eux ne connaît son orientation sexuelle.

Découvrez l'histoire de Chantal

Chantal est une femme transgenre qui dirige une petite entreprise et réussit à gagner suffisamment d'argent pour subvenir aux besoins de ses parents âgés. Elle a été traitée de manière très grossière à la clinique VIH locale, et même si elle est séropositive, elle refuse d'y retourner.



Découvrez l'histoire de Ian

Ian est un jeune homme qui s'injecte des drogues par voie intraveineuse et a du mal à garder un emploi régulier à cause de problèmes de santé récurrents et parfois graves qui se sont manifestés au fil des ans. Il vient d'apprendre qu'il est séropositif. Il est sous TAR depuis quelques mois uniquement, mais il a du mal à s'y faire, car il a besoin de se rendre dans un endroit pour ses consultations cliniques et son TAR, et dans un autre pour son traitement de substitution des opioïdes.

LA PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DES TAR, C'EST POUR TOUT LE MONDE

La prestation différenciée des TAR est axée sur le client et répond aux besoins des clients cliniquement stables et de ceux qui nécessitent un suivi médical plus intensif²².

Si un client est cliniquement stable, il devrait avoir accès à des modèles de prestation différenciée des TAR proposant des visites cliniques moins fréquentes et des renouvellements de TAR plus longs. Par conséquent, pour donner aux clients cliniquement stables accès à une prestation différenciée des TAR, il faut d'abord déterminer les critères de stabilité clinique. La plupart des définitions du mot « stable » incluent une durée minimale sous traitement et une mesure de l'observance ou du succès thérapeutique. L'Encadré 3 énonce les critères des clients cliniquement stables définis par l'OMS. Plusieurs pays, à l'occasion de l'élaboration de lignes directrices opérationnelles spécifiques, ont déjà adopté cette définition. **Surtout, les Considérations clés¹³ suggèrent que les critères pour les PC devraient s'aligner sur les mêmes critères définis pour d'autres adultes/clients cliniquement stables** (voir Encadré 3), ce qui permettra de simplifier la mise en œuvre pour les populations spécifiques.

Pour les clients séropositifs qui sont à un stade avancé de la maladie (à savoir qui ont un nombre de cellules CD4 <200 cellules/mm³

Considérations clés

Encadré 3 : Critères définissant les clients cliniquement stables

Sous TAR depuis au moins un an ; pas de réaction indésirable au médicament nécessitant un suivi régulier ; pas de maladies actuelles (y compris des conditions telles que la malnutrition chez l'enfant, des troubles mentaux ou une dépression postpartum) ; bonne compréhension de l'observance à vie ; et éléments probants de la réussite du traitement (deux mesures consécutives d'une charge virale inférieure à 1000 copies/ml, augmentation du nombre de cellules CD4 ou taux de CD4 supérieur à 200 cellules/mm³).

et/ou un stade 3 ou 4 de la maladie), un suivi plus intensif et une série d'interventions devraient être mis en œuvre pour réduire la morbidité dans ce groupe vulnérable.²²

QUATRE MODÈLES GÉNÉRAUX DE PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DES TAR

La différenciation de la prestation des TAR nécessite un choix de modèles de prestation de services parmi lesquels le client peut choisir. L'option choisie par le client peut évoluer au fil du temps pour refléter les changements de besoins ou de préférences. La majorité des modèles différenciés de prestation de services documentés peuvent se décliner en quatre modèles. Pour les clients cliniquement stables, y compris les populations clés, tous ces modèles devraient toujours spécifier la fréquence des consultations cliniques et celle des renouvellements de TAR.

- Dans **les modèles de groupes gérés par les agents de santé**, les clients reçoivent leurs renouvellements de TAR dans un groupe qui est géré soit par un professionnel, soit par un prestataire non-professionnel. Les groupes gérés par des agents de santé se réunissent à l'intérieur et/ou à l'extérieur des établissements de santé, par exemple dans des centres d'accueil (CA) pour populations clés.
- Dans **les modèles de groupes gérés par les clients**, les clients reçoivent leurs renouvellements de TAR dans un groupe qui est géré et dirigé par les clients eux-mêmes, dans ce cas par les groupes de populations clés (par exemple, une distribution communautaire des TAR par des clientes travailleuses du sexe,

ou CCLAD, en Ouganda, page 27). Les groupes gérés par les clients se réunissent en général en dehors des établissements de santé.

- Dans **les modèles individuels en établissements**, lorsque les clients viennent chercher leurs renouvellements thérapeutiques, ils peuvent contourner le personnel clinique ou d'aide à l'observance et aller directement chercher leurs médicaments, le plus souvent directement au point de distribution (Intégration de la prestation des TAR dans les services aux PC à Haïti, page 31).
- Dans **les modèles individuels hors établissement**, les clients reçoivent tout ou partie des renouvellements des TAR et des consultations cliniques et du soutien psychosocial en dehors des établissements de soins de santé. Ces modèles incluent des prestations mobiles, des services décentralisés vers les centres d'accueil des populations clés, des pharmacies communautaires ou des prestations de TAR à domicile. (Services de santé gérés par les populations clés en Thaïlande, pages 21 et 29, et services communautaires pour les personnes qui s'injectent des drogues en Inde, page 25).



PARTIE 2

L'APPROCHE EN 5 ÉTAPES DE LA PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DES TAR POUR LES POPULATIONS CLÉS

L'APPROCHE EN 5 ÉTAPES

L'élaboration de modèles de prestation différenciée des TAR pour les populations clés nécessite une analyse de la situation, à la fois aux niveaux national et local. Dans la mesure du possible, une orientation politique devrait être élaborée à l'échelle nationale. Dans les pays où la criminalisation du travail du sexe, la consommation de drogues ou les rapports sexuels consensuels entre adultes du même sexe entravent l'élaboration ou le maintien de la PDS pour les populations clés, des approches alternatives pourraient s'avérer nécessaires.

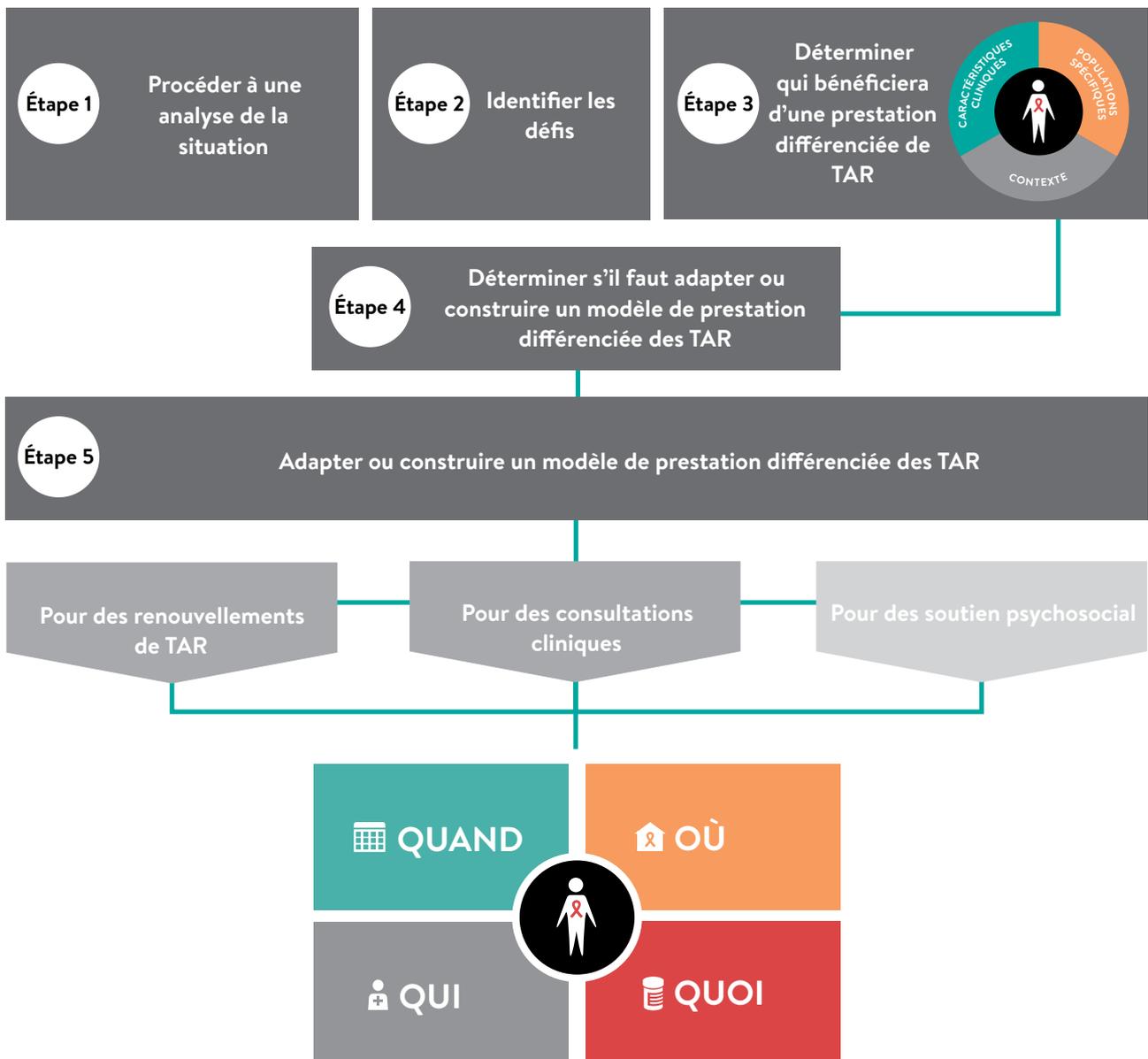
Cette approche en 5 étapes vise à aider les ministères de la santé, les organismes de santé et les organisations de la société civile

(OSC) qui fournissent des services aux populations clés à planifier la différenciation de la prestation des TAR (Figure 2).

Bien que cette approche concerne les populations clés, le processus en 5 étapes peut aussi être mis en place simultanément pour toutes les populations et toute la cascade de services. Plusieurs annexes élaborées en appui de ce processus peuvent être téléchargées sur www.differentiatedservicedelivery.org/Resources/DecisionFrameworkOnlineAnnexes ou <http://bit.ly/2sVehV5>.

La liste complète des annexes disponibles en ligne est fournie en Annexe 1.

Figure 2 : Approche en 5 étapes de la prestation différenciée des TAR pour les populations clés



ÉTAPE 1 – PROCÉDER À UNE ANALYSE DE LA SITUATION

Il est important de comprendre la manière dont les services liés au VIH sont actuellement rendus et leurs résultats, ainsi que les politiques en vigueur qui appuient ou entravent la différenciation de la prestation de services pour des populations clés spécifiques. Un exemple d'enquête visant à répertorier la PDS à l'échelle nationale (Annexe 2) ainsi que les outils utilisés pour la réaliser sont disponibles en ligne sur <http://bit.ly/2sVehV5>.

Pour les populations clés, on constate souvent des lacunes dans les données disponibles. Une évaluation formative devrait être réalisée pour engager le dialogue avec les populations clés et les populations clés vivant avec le VIH afin de comprendre les obstacles liés aux services. Le manque de données relatives aux populations clés ne devrait cependant pas être un motif pour retarder la prestation de services. La collecte de données devrait être menée parallèlement à la mise en œuvre.

1.1 Évaluer les points de vue des PVVIH des populations clés et des agents de santé

La PDS est foncièrement axée sur le client. Il est essentiel de dialoguer avec une variété de membres des populations clés, les séropositifs comme les séronégatifs, pour concevoir des modèles de prestation de services appropriés qui répondent à leurs besoins et à leurs attentes. À ce titre, il est important qu'ils s'impliquent et qu'ils participent activement à la planification, à la distribution et au suivi de la prestation différenciée des TAR. Les données sur les points de vue des membres des populations clés peuvent être recueillies par l'intermédiaire d'enquêtes de sortie de clinique, de discussions de groupes et/ou d'entrevues individuelles. Souvent, celles-ci devront être réalisées au sein de la communauté dans des lieux de réunion connus d'une population donnée, et en partenariat avec les réseaux et organisations des populations clés.

Il est important de garantir une participation significative des clients actuels et potentiels.

Les agents de santé, y compris les prestataires non professionnels et le personnel clinique, devraient aussi être consultés afin de résoudre les problèmes qu'ils rencontrent dans la prestation de services aux populations clés. Un modèle de questionnaire qui peut être utilisé pour évaluer les points de vue des populations clés et des agents de santé est disponible en Annexe 2 et en ligne sur <http://bit.ly/2sVehV5>.

1.2 Évaluer les données

Les données nationales devraient être consultées afin d'avoir un aperçu du nombre estimé de populations clés, de la prévalence du VIH dans chaque population clé et des endroits où se trouvent les populations clés. Il est possible, dans de nombreux cas, que les estimations des tailles des populations clés ne soient pas très précises – mais cela ne devrait pas entraver la prestation de services. La collecte de données sur les populations clés par l'intermédiaire de systèmes de suivi systématique des patients n'est pas recommandée et la sensibilité des données collectées et de l'exercice de cartographie devrait être respectée. Consultez le site <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/person-centred-hiv-monitoring-guidelines/en/> pour de plus amples renseignements.

1.3 Évaluer les politiques

Les politiques nationales devraient être comparées aux recommandations¹⁶ en vigueur de l'OMS en matière de prestation de services et aux Considérations clés¹³. Les politiques devraient être passées en revue pour s'assurer de leur harmonisation avec les composantes de base (Partie 5) et pour encourager la prestation différenciée des TAR en général. Un modèle d'évaluation des politiques en vigueur (Annexe 2 en ligne), visant à différencier la prestation des TAR pour les populations spécifiques, est disponible sur <http://bit.ly/2sVehV5>.



Vous vous souvenez d'Andrew ?

Avec un leader communautaire, le gestionnaire du programme des TAR de district, Andrew, a réuni quelques professionnels de santé solidaires de deux cliniques et des représentants de trois ONG qui ont travaillé avec des travailleuses et travailleurs du sexe et des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Ils ont accepté de travailler ensemble pour élaborer un plan dans lequel l'ONG aiderait les pairs navigateurs à faciliter discrètement l'accès des populations clés aux services de santé. Le personnel dans les cliniques serait aussi formé aux besoins de santé liés à la diversité sexuelle afin de proposer des services plus accueillants et plus personnalisés aux populations clés.

Dans le cas des populations clés, il est impératif d'évaluer les politiques et les lois en vigueur susceptibles d'appuyer ou d'impacter négativement les droits et la santé des populations clés. L'OMS a compilé une étude des questions juridiques (voir Annexe 3) qui devrait être réalisée avec la « participation du gouvernement, de la société civile, des réseaux communautaires, et des organisations de populations clés »²⁴.

1.4 Évaluer les modèles en vigueur de prestation des TAR et déterminer qui fournit les services aux populations clés

Il est recommandé de procéder à un état des lieux initial des services actuellement proposés aux populations clés afin d'identifier ceux qui pourraient être adaptés en vue d'intégrer la prestation différenciée des TAR. Il est aussi recommandé de procéder à un état des lieux des modèles existants de prestation différenciée des TAR susceptibles d'être développés à plus grande échelle ou adaptés pour répondre aux besoins d'une autre population clé.

Au niveau du district et dans chaque lieu, des données décrivant la prestation de services en fonction des éléments (Partie 3) et des composantes de base (Partie 5), et le déroulement des visites cliniques, de renouvellement thérapeutique et de soutien psychosocial devraient être recueillies. Un exemple de liste de contrôle à utiliser pour réaliser cette évaluation est disponible à l'Annexe 2 et en ligne sur <http://bit.ly/2sVehV5>.

Des exemples de prestation différenciée des TAR pour les populations clés sont fournis dans les Parties 3 et 5. Cet état des lieux peut être réalisé par une combinaison d'étude des documents publiés et des rapports d'activité locaux, nationaux et des partenaires, une enquête réalisée auprès des coordinateurs TAR de district et des partenaires de mise en œuvre, et des visites de terrain.

Il est important de répertorier les modèles de prestation actuels des TAR, et de déterminer s'ils s'accompagnent d'un programme complet de services médicaux et si ces services sont indépendants ou intégrés au sein d'un ministère ou d'un service ambulatoire d'une clinique. Il est aussi important de savoir si les installations sont dotées d'un système de rendez-vous et de traçabilité, et si des journées spécifiques sont réservées aux populations clés.

Il est aussi essentiel de documenter si les services de prise en charge clinique du VIH, le programme complet de services médicaux et le soutien psychosocial sont fournis par l'intermédiaire de services publics, privés ou d'ONG pour informer toute planification future. Il est possible d'intégrer la distribution des TAR et le soutien psychosocial dans des groupes de soutien des populations clés existants.

Étude de cas 2 :

Le gouvernement et les populations clés travaillent de concert, Ghana

Au Ghana, les services liés au VIH pour les populations clés sont fournis par une ONG en collaboration avec le Ministère de la santé. Les services liés au VIH étaient fournis dans des centres d'accueil mais n'incluaient pas la prestation des TAR. En 2017, dans le cadre de l'élaboration stratégique d'un manuel opérationnel pour tous les services liés au VIH, le Programme national de lutte contre le SIDA du Ghana s'est associé à des ONG et à des représentants des populations clés pour inclure des recommandations spécifiques sur la prestation des TAR pour les populations clés, notamment les renouvellements de TAR dans les centres d'accueil. Le manuel est disponible sur <https://bit.ly/2NrcSQc>

Étude de cas 1 :

Étude des perceptions des travailleuses du sexe et des agents de santé sur les services liés aux TAR pour les populations clés, Afrique du Sud

À Durban, en Afrique du Sud, des entretiens approfondis ont été réalisés avec des travailleuses du sexe, du personnel de clinique et des parties prenantes locales telles que la police, des dirigeants de maisons closes et des partenaires de mise en œuvre pour déterminer si les travailleuses du sexe préféreraient des services liés aux TAR décentralisés²⁷. La décentralisation de la prise en charge a été jugée bénéfique car elle permettrait de réduire les coûts de transport, le temps passé à la clinique et pourrait éventuellement remédier à la stigmatisation liée au travail du sexe et à la divulgation par inadvertance du statut VIH. Les services mobiles ont été notamment considérés comme discrets et améliorant la traçabilité des clients.

Étude de cas 3 :

Mobiliser les populations clés pour former les agents de santé aux questions de sensibilité, Jamaïque

En Jamaïque, le taux de prévalence élevé du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et le niveau élevé de violence et de discrimination à l'encontre de ces hommes sont un obstacle à une prise en charge de qualité du VIH. Une organisation de population clé a collaboré avec des formateurs du gouvernement pour former et sensibiliser les prestataires de soins de santé et le personnel des établissements de santé aux effets de la stigmatisation et de la discrimination sur la santé et la demande de soins, et sur les thèmes liés au genre, à la sexualité et à la diversité, aux questions juridiques et au travail avec les communautés locales. L'OSC, en collaboration avec le ministère de la santé, a dirigé le processus de la conception du programme à la formation, en passant par le suivi communautaire.

ÉTAPE 2 – IDENTIFIER LES DÉFIS

Sur la base de l'Étape 1, il convient d'identifier les défis qui pourraient être surmontés grâce à la prestation différenciée des TAR. À ce stade, il est important de mobiliser les parties prenantes stratégiques, notamment les représentants du système de santé, les partenaires de mise en œuvre, les responsables de politiques et les réseaux de PVVIH des populations clés. Cet exercice devrait idéalement s'inscrire dans un contexte plus large d'élaboration d'une approche globale de la prestation différenciée de services dans laquelle un sous-groupe se concentre sur les populations clés. Dans certains cas, en fonction du niveau de stigmatisation, de discrimination et de violence, cela passera par une rencontre discrète avec des parties prenantes alliées.

La réunion devrait atteindre les objectifs suivants :

- a. Sensibiliser les coordinateurs des TAR et les partenaires de mise en œuvre au contexte et aux principes fondamentaux de la prestation différenciée des TAR et à sa pertinence pour les populations clés.
- b. Présenter les résultats de l'examen national lié aux populations clés spécifiques.
- c. Donner la possibilité aux parties prenantes, notamment les actuels prestataires de services aux populations clés, de présenter des exemples concrets de PDS mis en œuvre pour les adultes et les populations spécifiques (le cas échéant) dans leurs environnements, notamment les interventions psychosociales proposées et utilisées par les populations spécifiques.
- d. Résumer les conclusions des consultations avec les populations clés vivant avec le VIH, les représentants des organisations de populations clés et les agents de santé.
- e. Faire participer les parties prenantes à un plan d'analyse stratégique de la situation au niveau local/de district de la prestation de services aux PC.

ÉTAPE 3 – DÉTERMINER POUR QUI LA PRESTATION DES TAR SERA DIFFÉRENCIÉE

Maintenant que vous avez une bonne compréhension des besoins des populations clés spécifiques et des programmes et politiques de prestation de services en vigueur, vous pouvez passer à l'étape suivante qui consiste à établir l'ordre de priorité de la prestation différenciée des TAR pour une ou plusieurs populations clés spécifiques.

En vous appuyant sur les commentaires des PVVIH sur les programmes et sur les politiques en place, vous pouvez identifier les défis auxquels sont confrontés les clients des PC et le système de santé. En fonction des défis, vous pouvez déterminer quelles populations spécifiques devraient bénéficier en priorité d'une prestation différenciée de TAR.

Étude de cas 4 :

Élargir les services aux personnes qui s'injectent des drogues et aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, Afrique du Sud

OUT Well-being est une clinique dirigée par une ONG en Afrique du Sud qui travaille en étroite collaboration avec le secteur de la santé. Elle a commencé à proposer des services aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et à identifier les besoins non satisfaits des personnes qui s'injectent des drogues en les incluant dans son modèle de prestation de services. Dans le cadre de son travail au contact des personnes qui s'injectent des drogues, la clinique a récemment été intégrée dans le réseau de santé publique en tant que clinique pour PC. Elle travaille en étroite collaboration avec le gouvernement, des universités et des bailleurs de fonds. Le modèle de prestation de TAR qu'elle utilise est proposé en établissement et dispose d'un programme de proximité qui fait participer les pairs à la prestation de services. La clinique utilise du personnel infirmier de proximité qui travaille en étroite collaboration avec les pairs conseillers/éducateurs des PC. Le système de distribution des TAR va du personnel infirmier, aux pairs puis aux clients. Pour la clinique, l'une des stratégies de son succès réside dans ses taux de rétention satisfaisants et dans le fait qu'elle est réputée pour fournir des services de qualité dans les centres névralgiques communautaires. Le projet enregistre des taux de rétention et de suppression virale élevés chez les jeunes qui s'injectent des drogues, et de ce fait propose des renouvellements de TAR dans les centres névralgiques communautaires.

ÉTAPE 4 – DÉTERMINER S'IL FAUT ADAPTER OU CONSTRUIRE UN MODÈLE DE PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DES TAR

Il est possible qu'il existe déjà des centres de santé ou des installations communautaires (par exemple des centres d'accueil) qui proposent un soutien par les pairs et d'autres services liés au VIH pour les populations clés. Lorsque ces interventions et programmes sont déjà en place, ils peuvent être adaptés en vue d'inclure une prestation différenciée des TAR. La Partie 4 vous aidera à déterminer s'il faut adapter ou construire un modèle de prestation des TAR.

Il est possible que votre district ait déjà mis en œuvre un ou plusieurs modèles de prestation différenciée des TAR pour les clients adultes stables. Si c'est le cas, avant de construire un nouveau modèle de prestation des TAR pour les populations clés, déterminez s'il est possible de tirer parti d'un modèle déjà en place pour répondre aux besoins de la population clé spécifique. Lorsqu'un modèle est déjà bien compris, mis en œuvre et opérationnel au sein du système de santé, il est plus facile de procéder à des adaptations mineures que de mettre en œuvre un nouveau modèle.

Étude de cas 5 :

Utiliser des centres d'accueil optionnels pour offrir des services complets, Kenya

Au Kenya, une OSC utilise des centres d'accueil (CA) sûrs pour offrir des services, notamment le dépistage du VIH, le dépistage et le traitement d'IST, et la distribution de moyens de prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus. Les personnes dont le test du VIH est positif sont dirigées vers des établissements du ministère de la santé à proximité. La distribution des TAR pour les clients stables s'effectue par l'intermédiaire du CA. Le personnel infirmier du CA offre aussi des services le soir et le weekend.

ÉTAPE 5 – ADAPTER OU CONSTRUIRE UN MODÈLE DE PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DES TAR

Vous pouvez adapter ou construire un modèle de prestation différenciée des TAR pour les PC reposant sur vos données et vos politiques en utilisant une approche axée sur les composantes de base, à savoir le « quand » (moment de la journée et fréquence des services), le « où » (emplacement des services), le « qui » (prestataire de services) et le « quoi » (programme de soins) pour les renouvellements des TAR, les consultations cliniques et le soutien psychosocial.

À l'issue de ce processus en 5 étapes, il faudra discuter de la mécanique spécifique du modèle au niveau du district et/ou de l'établissement (telle que l'approvisionnement en médicaments, l'affectation des ressources humaines, les adaptations pertinentes des documents de S&E). Consultez le site <http://bit.ly/2sVehV5> et téléchargez l'Annexe 2 en ligne qui décrit brièvement le « comment », ou la mécanique du modèle, après avoir choisi un modèle de prestation différenciée des TAR. Un plan de mise en œuvre et d'évaluation de l'impact du modèle devra être clairement défini.

Étude de cas 6 :

Initiation du TAR le même jour dans des environnements communautaires, Tanzanie

En Tanzanie, l'ICAP, basé à l'Université de Columbia, est en train de mettre en œuvre une intervention communautaire de prévention du VIH financée par le CDC et PEPFAR, appelée localement le projet « FIKIA » (Fikia signifie « atteindre » en Swahili). Le projet mobilise des volontaires dans des groupes de PC (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, travailleuses du sexe, et personnes qui s'injectent des drogues) pour créer une demande pour le dépistage du VIH et promouvoir les liens avec les services de prévention et de prise en charge du VIH. Des pairs volontaires mènent des actions de proximité dans les communautés pour identifier des bénéficiaires potentiels, effectuer des dépistages de TB et d'IST et du risque de VIH, et escortent les bénéficiaires dans les endroits de dépistage communautaires. L'ICAP organise les dépistages médicaux grâce à des services médicaux (y compris des services de dépistage du VIH et d'initiation des TAR) fournis par des agents de santé (AS) d'établissements de santé publique. Les modalités de dépistage vont de grands événements avec plusieurs tentes organisés dans des lieux divers et variés (par ex. dans un relais routier ou une auberge), à des équipes transportant les fournitures dans un sac à dos qui se rendent à pied à l'endroit et à l'heure préférés du client (les AS à « sac à dos »). Les clients dont les tests sont positifs sont soumis à un dépistage clinique et reçoivent une trousse de départ de TAR pour deux semaines au point de diagnostic dans la communauté. Dans les deux semaines qui suivent le début de leur traitement, ces clients sont accompagnés par des pairs volontaires à leurs visites de suivi dans leur établissement de santé préféré. Lorsqu'il n'est pas possible de commencer immédiatement le TAR dans la communauté, les clients sont accompagnés par des pairs jusqu'à l'établissement de traitement et de soin le plus proche.

PARTIE 3

QUELS SONT LES TROIS ÉLÉMENTS ?

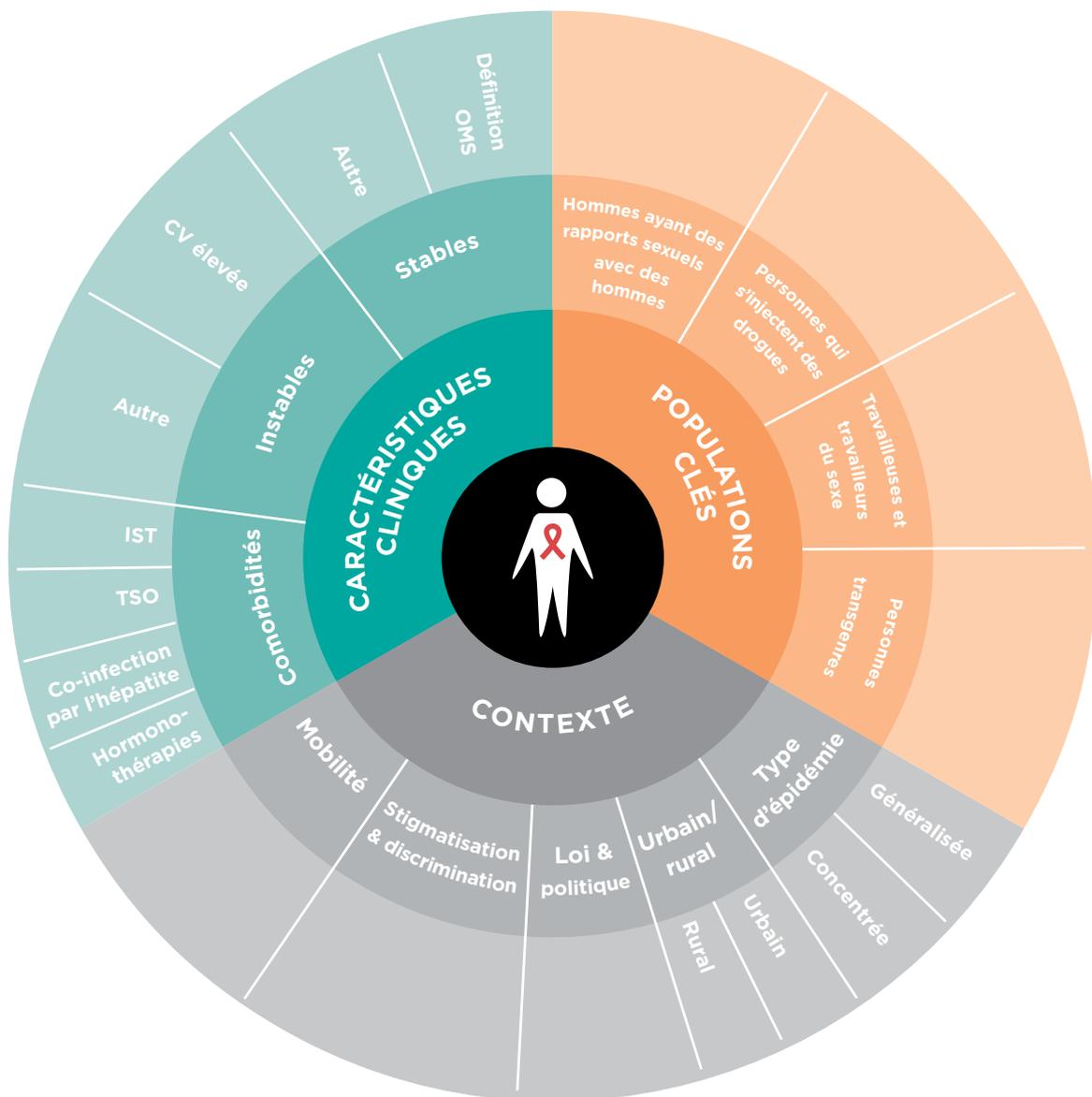


LES TROIS ÉLÉMENTS

Afin de proposer une prise en charge axée sur les clients, vous devez tenir compte des trois éléments suivants pour tous les clients : la ou les populations clés spécifiques en question ; leurs caractéristiques cliniques et leur contexte social et géographique (Figure 3). Cela vous permettra d'adapter ou de construire des modèles appropriés de prestation des TAR en utilisant les composantes de base décrites dans la Partie 5.

Dans cette partie, nous abordons chacun de ces groupes de populations clés spécifiques, ainsi que leurs caractéristiques cliniques et leurs contextes, comme illustré dans la Figure 3.

Figure 3 : Les trois éléments des populations clés



COMMENT DIFFÉRENCIER EN FONCTION DES CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES ?

Le statut VIH des membres des populations clés peut être défini comme cliniquement stable ou nécessitant une prise en charge médicale plus intensive en l'absence d'une suppression de la charge virale ou en présence d'une autre co-infection liée au VIH, notamment la TB, des IST et l'hépatite virale. Ils peuvent aussi présenter des caractéristiques cliniques spécifiques liées à leur comportement. Certaines manifestations cliniques, telles que les problèmes de santé mentale, peuvent être plus répandues chez toutes les populations clés ; d'autres, telles que les abcès cutanés récurrents ou les symptômes de sevrage peuvent être propres à une population clé, comme les personnes qui s'injectent des drogues.

Le Tableau 1 donne quelques exemples des caractéristiques cliniques dont il faut tenir compte lors de la conception d'un modèle de prestation différenciée des TAR pour les populations clés. Idéalement, ces conditions cliniques devraient être prises en charge dans le cadre d'un service à guichet unique en même temps que les soins VIH. Lorsque cela n'est pas possible, la communication entre les prestataires de services devrait être renforcée pour prévenir les interactions médicamenteuses et veiller à l'homogénéité des messages de santé communiqués au client.

Tableau 1 : Caractéristiques cliniques à considérer pour les populations clés

Toutes les populations clés	<p>Suppression ou non suppression de la charge virale Infections opportunistes, notamment la TB</p> <p>Santé mentale (par ex., dépression et anxiété, dépendance à l'alcool ou aux drogues) Violence physique et sexuelle</p> <p>Santé sexuelle, notamment les IST et la contraception</p>
Personnes qui s'injectent des drogues	<p>Traitement de la dépendance à des substances (TSO et interactions du TAR) Hépatites B & C</p> <p>Infections cutanées</p> <p>Gestion des symptômes de sevrage</p> <p>Surdose</p>
Travailleuses et travailleurs du sexe	<p>Infections sexuellement transmissibles</p> <p>Besoins en matière de santé reproductive</p>
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	<p>Infections sexuellement transmissibles</p> <p>Santé anale</p>
Personnes transgenres	<p>Infections sexuellement transmissibles</p> <p>Hormonothérapies</p> <p>Santé anale</p>

COMMENT DIFFÉRENCIER EN FONCTION DE LA POPULATION CLÉ SPÉCIFIQUE ?

La prestation des TAR devrait être différenciée en fonction des défis de chaque population spécifique. Lors de la conception et de la mise en œuvre de la prestation différenciée des TAR, il convient de s'attacher particulièrement à trouver des solutions aux problèmes couramment rencontrés (Tableau 2) plutôt que de les considérer comme des obstacles à la mise en œuvre.

Bien qu'il existe des défis communs à toutes les populations clés, chaque population clé spécifique nécessitera un programme

complet et unique de services de soins de santé pour répondre à ses besoins et défis spécifiques.

Ceci dit, la possibilité qu'un individu ait besoin d'un programme de soins médicaux aligné sur plusieurs populations clés doit être prise en compte lors de la conception de ces services. Par exemple, la consommation de drogues illicites peut être plus courante chez les travailleuses et travailleurs du sexe et pourrait éventuellement être intégrée dans un service complet.

Tableau 2 : Problèmes et solutions potentielles apportées par la prestation différenciée des TAR aux populations clés

Problèmes	Solutions potentielles apportées par la prestation différenciée des TAR
Communs à toutes les populations clés	
<ul style="list-style-type: none"> • Niveaux de stigmatisation et de discrimination dans les services de santé • Stigmatisation et discrimination dans les communautés plus larges • Violence sexiste • Pas de financement ni de soutien politique pour les programmes destinés au PC • Violence, notamment harcèlement et arrestation par les forces de l'ordre • Statut juridique, notamment criminalisation éventuelle du comportement homosexuel, de la consommation de drogues et du travail du sexe 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation et formation des professionnels de la santé et du personnel des établissements médicaux • Occasion d'introduire le soutien par les pairs dans des modèles de groupe ou des modèles individuels, tels que les pairs navigateurs et les travailleurs de proximité • Services créatifs discrets médiatisés par le bouche à oreille ou les réseaux sociaux • Confidentialité, sécurité et confiance • Travailler avec les forces de l'ordre • Investissement dans des programmes adaptés aux PC et efficaces • Promouvoir le financement et le soutien politique (même le soutien tacite) • Surveiller et documenter les violations des droits de l'homme
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	
<ul style="list-style-type: none"> • Peur de dévoiler son homosexualité à la communauté ou à la famille 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestation des TAR et soutien psychosocial en groupe ou par un pair • Réseau de pairs • Réseau de prestataires de PDS pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
Travailleuses et travailleurs du sexe	
<ul style="list-style-type: none"> • Les heures des services thérapeutiques publics ne sont pas pratiques • Peur de dévoiler son homosexualité à la communauté ou à la famille, notamment peur de perdre son emploi • Migration, déplacement 	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptation des heures d'ouverture de la clinique en fonction des besoins des travailleurs du sexe • Intégration de la santé sexuelle et de reproduction, notamment le planning familial, dans les services liés au VIH • Réseau de pairs • Réseau de prestataires de PDS pour les travailleurs du sexe
Personnes transgenres	
<ul style="list-style-type: none"> • Soins de transition, notamment le traitement hormonal et les interactions éventuelles avec le TAR • Identité juridique différente de l'apparence physique 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation sur la prestation de soins de transition, notamment l'hormonothérapie et les interactions éventuelles avec le TAR • Sensibilisation et formation sur les questions de genre, de sexualité et de diversité
Personnes qui s'injectent des drogues	
<ul style="list-style-type: none"> • Consommation de drogues et, si sous TSO, interactions éventuelles 	<ul style="list-style-type: none"> • Combiner avec le TSO en milieux cliniques ou le PSN dans les communautés (OC, services de proximité, CA, etc.) • Counseling et orientation par les pairs

COMMENT DIFFÉRENCIER EN FONCTION DU CONTEXTE ?

Pour chaque population clé, il faudra peut-être différencier les services de différentes façons en fonction du nombre de membres de la population clé présents, et s'il s'agit d'un environnement urbain ou rural. Lorsque les nombres ne sont pas suffisamment élevés pour justifier un service autonome, les membres de la population clé devraient quand même pouvoir accéder aux modèles de prestation de services qui existent pour la population générale.

Le cadre politique ou juridique, tel que la criminalisation des relations homosexuelles, la vente de services sexuels, la consommation de drogues et/ou le niveau d'acceptation sociale et de rejet social de la PC particulière, est aussi une question contextuelle essentielle à considérer lors de la conception de modèles de prestation différenciée de services.

Si nécessaire, l'assistance juridique peut aussi être intégrée dans le service aux PC. Enfin, l'autre facteur contextuel qui concerne de nombreuses PC est leur mobilité. Beaucoup d'entre elles sont amenées à se rendre dans des endroits donnés pendant des périodes définies (par exemple, les travailleuses et travailleurs du sexe se rendent sur des lieux de construction) alors que d'autres s'installent dans d'autres régions où elles ne seront pas identifiées par crainte de discrimination et de violence potentielle. L'adaptation des services de prestation des TAR aux styles de vie mobiles des populations clés est une considération importante dans la différenciation de la prestation des TAR pour les populations clés.

Étude de cas 7 :

Fournir des services différenciés dans des zones à faible densité de travailleuses du sexe, Afrique du Sud

En Afrique du Sud, une OSC travaille en étroite collaboration avec des établissements de santé essentiellement dans des petites villes et des zones rurales en employant, à temps partiel, des pairs éducatrices issues de la communauté des travailleuses du sexe et une pair coordinatrice. Les pairs rendent visite aux personnes chez elles, font un travail de sensibilisation hebdomadaire la nuit, participent à la formation des prestataires de soins de santé et effectuent des tâches qui leur sont attribuées à la clinique pour seconder les agents de santé. Elles atteignent plus de 500 travailleuses du sexe par mois et sont capables d'assurer le suivi des problèmes dans l'ensemble de la cascade des soins, de la prévention au traitement.

Étude de cas 8 :

Offrir des services parajuridiques au sein des services de santé, Burundi

Au Burundi, une OSC dont l'activité se concentre sur les violations des droits de l'homme a élargi son champ d'action pour inclure des services liés au VIH. Elle offre des services de sensibilisation qui incluent des liens avec les soins, ainsi que des traitements et des connaissances juridiques. L'utilisation de centres d'accueil s'est avérée fondamentale dans la prestation des TAR et l'apport d'un soutien psychosocial. Les pairs-éducateurs et les travailleurs sociaux de proximité favorisent l'autonomisation sociale. Ils utilisent les réseaux sociaux et les technologies téléphoniques pour surveiller les situations et pour apporter une réponse d'urgence en cas d'arrestation arbitraire et de maltraitance.

Étude de cas 9 :

Offrir des services aux travailleuses du sexe et aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans un contexte politique difficile, Tanzanie

Le projet Sauti est une initiative communautaire de prévention et de traitement du VIH destinée aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et aux travailleuses du sexe et qui porte sur la santé positive, la dignité et la prévention, la participation active des PVVIH dans les services d'intervention et de planning familial. Il travaille dans une atmosphère constante de stigmatisation et de discrimination et de services peu accueillants pour les PC.

Le projet propose un accès à un ensemble essentiel de services personnalisés, de qualité, communautaires et axés sur le client, notamment la prévention combinée (biomédical, comportementale et structurale). La mise en œuvre du projet s'est déroulée en plusieurs étapes et a inclus la normalisation des documents, des compétences et des procédures telles que la formation, le matériel didactique et les outils de suivi. Les aspects fondamentaux du projet sont les partenariats stratégiques et la participation des PVVIH à la prestation des services de santé. Les PC ont participé pleinement à la cartographie, aux consultations, à la planification, à la mise en œuvre et au suivi. L'utilisation novatrice des réseaux sociaux et des tableaux de bord de données a été un aspect fondamental de sa réussite. Le projet a récemment ajouté la PrEP et l'auto-dépistage à ses services.

FACTEURS DÉTERMINANTS

Des documents d'orientation sur la manière de mettre en œuvre des programmes exhaustifs pour les populations clés ont été élaborés pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes¹¹, les personnes qui s'injectent des drogues, les travailleuses et travailleurs du sexe¹¹ et les personnes transgenres¹⁰.

L'OMS propose aussi des recommandations sur les facteurs déterminants dont il faut tenir compte lors de l'élaboration de services destinés aux populations clés. La Figure 4 décrit brièvement ces facteurs déterminants².

Figure 4 : Facteurs déterminants de l'OMS pour améliorer l'accès aux services liés au VIH pour les populations clés²

FACTEURS DÉTERMINANTS
Lois et politiques
<ul style="list-style-type: none"> Évoluer vers la décriminalisation du comportement des populations clés Âge de consentement associé aux services Reconnaissance des personnes transgenres dans la loi Accès à la justice et à l'assistance juridique pour les populations clés
Stigmatisation et discrimination
<ul style="list-style-type: none"> Politiques de lutte contre la stigmatisation, la discrimination et de protection Prestation de « services accueillants aux populations clés » Formation et sensibilisation des agents de santé
Autonomisation des communautés
<ul style="list-style-type: none"> Programmes menés par les organisations des populations clés Participation significative
Violence contre les populations clés
<ul style="list-style-type: none"> Prévention de la violence contre les populations clés Soutien des personnes victimes de violence

Étude de cas 10 :

Pairs éducatrices issues de la communauté des travailleuses du sexe, Zimbabwe

Au Zimbabwe, un programme ayant recours à des pairs éducatrices issues de la communauté des travailleuses du sexe pour mobiliser les travailleuses du sexe, leur permettre de s'émanciper et les mettre en liaison avec les services de santé a été créé en 2009. Elles offrent une variété de services, notamment la gestion des IST, la distribution de préservatifs, le dépistage du VIH, des orientations vers des TAR et la PrEP et une aide à l'observance thérapeutique. Leur formation inclut une formation parajuridiques et des services de protection de l'enfance. Les données sont collectées électroniquement à l'aide d'identifiants uniques.

Étude de cas 11 :

Droits et services pour les travailleurs et travailleuses du sexe, Macédoine

En Macédoine, une organisation dirigée par des travailleuses et travailleurs du sexe, qui était au départ une organisation de défense des droits, mobilise les membres des communautés pour qu'ils participent à la prestation des services. Le groupe propose des tests de proximité et des services de counseling dans une fourgonnette itinérante en collaboration avec le ministère de la santé. Il propose des services de navigation vers des établissements de santé dans lesquels les agents ont été formés et sensibilisés. La confiance dans les services a augmenté au fil des ans. En collaboration avec d'autres partenaires, le groupe promeut aussi la PDS et d'autres services pour les travailleuses et travailleurs du sexe.



PARTIE 4

DÉTERMINER S'IL FAUT ADAPTER OU CONSTRUIRE UN MODÈLE DE PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DES TAR

ADAPTER OU CONSTRUIRE

Avant de construire un nouveau modèle de prestation différenciée des TAR, il est essentiel de poser d'abord deux questions pour déterminer s'il existe des programmes susceptibles d'être adaptés et mis à profit pour appuyer la prestation différenciée des TAR pour les populations clés.

Question 1 : Existe-t-il une intervention en matière de VIH ou de santé destinée aux populations clés qui pourrait être adaptée ?

Avant d'élaborer un nouveau modèle de prestation différenciée des TAR, il est essentiel de déterminer qui fournit les services actuels aux populations clés. Dans de nombreux cas, des organismes communautaires (OC) peuvent proposer des interventions en matière de VIH, de santé et de soutien

psychosocial. En tirant profit de ces programmes existants pour inclure, par exemple, la distribution de renouvellements de TAR, on pourrait réduire la fréquence des visites dans l'établissement de santé.

Étude de cas 12 :

Élargissement du champ d'action des centres d'accueil des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des travailleuses et travailleurs du sexe pour inclure l'initiation et la distribution des TAR à travers LINKAGES, Kenya¹⁹

Au Kenya, le programme LINKAGES financé par l'USAID, soutient la prestation de services dans 16 pays pour les travailleuses du sexe, les travailleurs du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Récemment, des centres d'accueil (CA) proposant un soutien psychosocial et des services de prévention et de dépistage du VIH ont élargi leur champ d'action pour inclure l'initiation rapide et la prestation de TAR auprès de leurs clients. Depuis octobre 2017, Family AIDS Initiative Response, une ONG desservant les travailleuses du sexe dans les comtés de Nakuru et Narok, dispose d'une clinicienne qui se rend certains jours dans les CA pour participer à l'initiation et à la prestation des TAR et aider plus de 50 travailleuses du sexe sous traitement.

Le ministère de la santé a récemment accrédité la prestation des TAR dans quatre autres CA pour les travailleuses du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les travailleurs du sexe. La fréquentation de ces établissements devrait augmenter rapidement ; 118 travailleuses du sexe et 115 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et travailleurs du sexe ont déjà accès aux TAR par l'intermédiaire des CA.

Étude de cas 13 :

Proposer une approche holistique de la santé sexuelle et du bien-être aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, Afrique du Sud

En Afrique du Sud, un projet de Men4Health propose des services en établissement qui incluent notamment de prévention et de traitement. On estime que 50% de tous les services directs ne sont pas liés au VIH (dépistage d'IST, consultation de santé mentale, distribution de moyens de prévention et de documents d'information, d'éducation et de communication). Ce projet, qui a commencé avec un site, dispose désormais de services dans chaque province. Les services incluent notamment la PrEP et le traitement du virus de l'hépatite C. La prestation des TAR s'effectue dans des cliniques qui pratiquent des heures d'ouverture flexibles, l'exemple même d'un modèle individuel en établissement. Grâce à une formation approfondie et à des services de qualité, la marque est acceptée dans la communauté et les niveaux de confiance au sein de la communauté sont élevés.

Question 2 : Existe-t-il un modèle de prestation différenciée des TAR qui pourrait être adapté ?

Compte tenu que la prestation des services liés au VIH est de plus en plus différenciée, il est possible que des modèles de prestation des TAR pour des populations spécifiques aient déjà été planifiés et mis en œuvre. Lorsque l'on considère une population clé spécifique, des caractéristiques cliniques différentes ou un contexte changeant, il est important de déterminer en premier lieu s'il est possible d'adapter un ou plusieurs modèles en vigueur pour répondre aux besoins de cette population avant de construire un nouveau modèle.

Lorsqu'un modèle est déjà compris, mis en œuvre et fonctionnel au sein du système de santé, il est plus facile de procéder à des adaptations mineures ou majeures que de mettre en œuvre un nouveau modèle. Un soutien par les pairs, un dépistage par les pairs, une mise en relation avec des pairs et des interventions psychosociales peuvent aussi déjà exister et pourraient être adaptés pour inclure la prestation des TAR.

Avec les populations clés, les questions sociales liées à la stigmatisation et à la discrimination doivent être prises en compte dans l'adaptation de modèles existants, ce qui pourrait nécessiter une formation et une sensibilisation rigoureuses, ainsi que la mise en place d'un système permettant d'assurer une formation continue en cas de changement régulier des effectifs.

Lorsqu'il existe un modèle approprié susceptible d'être adapté, les composantes de base du modèle—quand, où et par qui le

service sera fourni, et tous changements du programme de soins (le « quoi ») devraient être utilisés systématiquement pour adapter la mécanique du modèle à la nouvelle population (voir Partie 5).

Étude de cas 14 :

Adaptation de la prestation communautaire des TAR par les clients, Ouganda

L'initiative AIDS Treatment Organization (TASO) facilite la prestation différenciée des TAR pour les adultes depuis plus de dix ans. Elle a ouvert plusieurs sites communautaires hors établissement, appelés points de distribution communautaires de médicaments (CDDP) avant de mettre en place un autre modèle de prestation des TAR en groupe dans les communautés, appelés CCLAD ou distribution communautaire de TAR par les clients. Récemment, les travailleuses du sexe d'un CDDP ont commencé à plaider en faveur d'un modèle CCLAD dirigé par des travailleuses du sexe.

QUAND FAUT-IL CONSTRUIRE UN NOUVEAU MODÈLE DE PRESTATION DES TAR POUR LES POPULATIONS CLÉS ?

Lorsqu'il n'existe aucun modèle susceptible d'être adapté, un nouveau modèle de prestation différenciée des TAR doit être élaboré. La Partie 5 vous guidera dans ce processus d'élaboration.

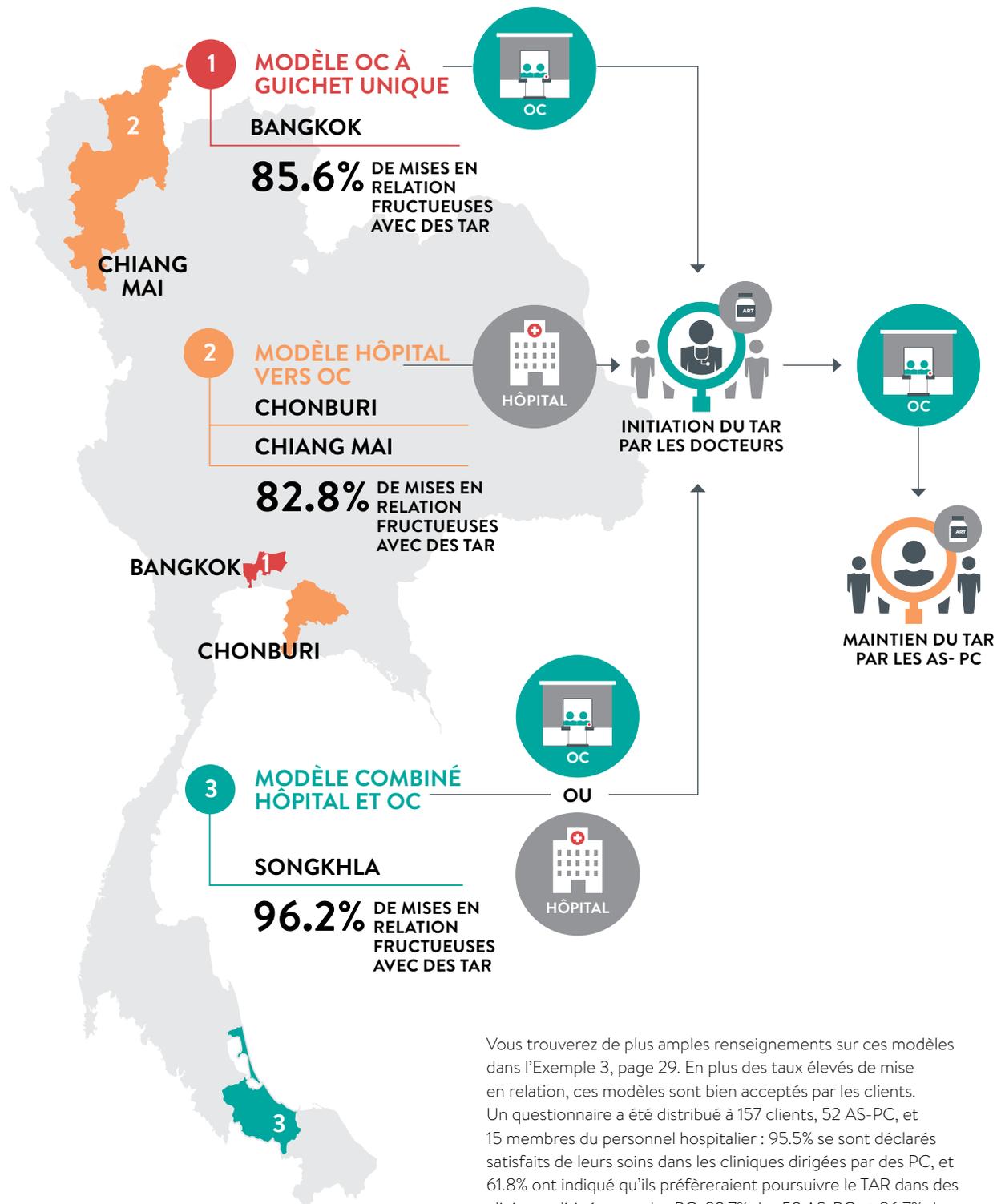
Étude de cas 15 :

Services de santé gérés par les populations clés, Thaïlande

Le modèle des services de santé gérés par les populations clés (KPLHS), financé par l'USAID/PEPFAR par l'intermédiaire du programme LINKAGES mis en œuvre par FHI 360, a été mis à l'essai dans quatre provinces en Thaïlande. Des services différenciés liés au VIH sont fournis pour améliorer le recours aux services liés au VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs du sexe, les femmes transgenres et les travailleuses du sexe transgenres. Ces services sont spécialement adaptés aux besoins de la population spécifique tout au long de la cascade : entrée en contact, recrutement, test, traitement, prévention et rétention.

La Figure 5 illustre les trois modèles élaborés avec des OC pour améliorer les taux de rétention des clients cliniquement stables sous TAR. Les clients pouvaient prétendre à un maintien thérapeutique par l'intermédiaire des KPLHS s'ils étaient cliniquement stables, c.-à-d. sous TAR pendant plus d'un an, en état de suppression avérée de la charge virale (deux mesures consécutives d'une charge virale <50 copies/mL), un nombre de cellules CD4 >200 cellules/mm³, aucun effet indésirable aux médicaments adverse ou aucune infection opportuniste, pas de comorbidités nécessitant un suivi médical régulier, et une bonne compréhension de l'observance à vie.

Figure 5 : Modèles KPLHS de prestation différenciée des TAR



Vous trouverez de plus amples renseignements sur ces modèles dans l'Exemple 3, page 29. En plus des taux élevés de mise en relation, ces modèles sont bien acceptés par les clients. Un questionnaire a été distribué à 157 clients, 52 AS-PC, et 15 membres du personnel hospitalier : 95.5% se sont déclarés satisfaits de leurs soins dans les cliniques dirigées par des PC, et 61.8% ont indiqué qu'ils préféreraient poursuivre le TAR dans des cliniques dirigées par des PC. 82.7% des 52 AS-PC et 86.7% des 15 membres du personnel hospitalier ont accueilli favorablement la prestation différenciée des TAR.



PARTIE 5

ADAPTER OU CONSTRUIRE UN MODÈLE DE PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DES TAR POUR LES POPULATIONS CLÉS

LES COMPOSANTES DE BASE

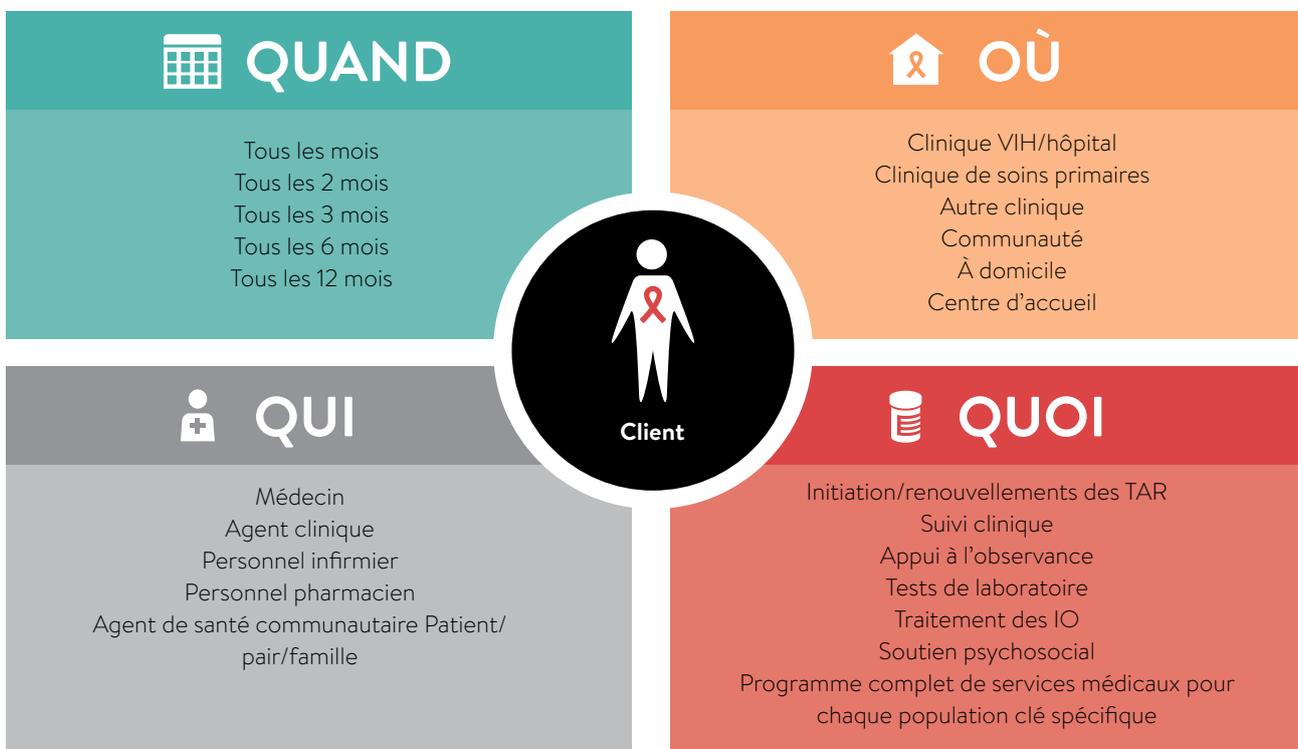
Cette partie décrit les quatre composantes de base de la prestation différenciée de services et met en évidence les Lignes directrices² et les Considérations clé¹³ de l'OMS qui encouragent son utilisation. Elle décrit aussi des exemples de modèles de prestation différenciée des TAR qui existent pour les populations clés et présente les principaux points à retenir pour chaque PC.

Nos personnages, Namrata, Juan, Chantal et Ian réfléchissent aussi à la manière dont leurs vies pourraient être améliorées

si les composantes de base de leur prestation des TAR étaient différenciées.

Les composantes de base sont le fondement de tout modèle de prestation de services. Où la prise en charge est-elle assurée (lieu) ? Qui assure la prise en charge (prestataire de service/pair) ? Quand la prise en charge est-elle assurée (heure et fréquence des visites) ? De quelle prise en charge s'agit-il (ensemble de services) ? Voir Figure 6.

Figure 6 : Composantes de base de la prestation différenciée des TAR pour les populations clés



Des composantes de base distinctes peuvent s'avérer nécessaires pour les consultations cliniques, les renouvellements de TAR et le soutien psychosocial

Les composantes de base pour les consultations cliniques, les renouvellements de TAR et le soutien psychosocial peuvent être différentes—les clients peuvent avoir besoin d'un soutien psychosocial plus fréquent qu'un examen clinique, et certains services peuvent être plus facilement décentralisés. Les clients cliniquement stables peuvent nécessiter une consultation clinique tous les 6 à 12 mois mais avoir besoin de récupérer leurs renouvellements de TAR par le biais d'un modèle simplifié plus fréquemment (par exemple, tous les 3 à 6 mois). Par ailleurs, pour les populations clés, le programme complet de services médicaux et le soutien psychosocial doivent comporter différentes composantes.

Les populations clés spécifiques, quelle que soit leur stabilité clinique, peuvent être victimes d'isolement et de rejet social, auquel cas un soutien psychosocial pourrait leur être bénéfique.

Ce soutien peut être apporté dans le cadre de groupes ou de réseaux de soutien (y compris des plateformes virtuelles) de PVVIH issues de populations clés, d'un counseling individuel sur l'observance thérapeutique avec du personnel de santé ou des prestataires non professionnels, ou, dans certains cas, de visites à domicile par des prestataires non professionnels.

Tous les modèles de prestation différenciée des TAR s'articulent autour du client. Il appartient au responsable de la santé du district de travailler de concert avec les agents de santé et les clients pour déterminer les composantes de base « quand », « où », « qui » et « quoi » du modèle différencié de prise en charge qui correspond aux besoins les plus urgents de la population clé et de la communauté. Les parties prenantes doivent concilier l'objectif qui consiste à améliorer les résultats pour les clients et à utiliser au mieux les ressources disponibles du système de santé et des communautés.



« OÙ » les TAR sont-ils dispensés ?

Décentraliser les services plus près du domicile

Pour de nombreux clients issus des populations clés, l'accès physique aux TAR demeure problématique. Le temps et le coût pour se rendre jusqu'à la clinique, les longs délais d'attente et les problèmes persistants de stigmatisation, restent des obstacles à la rétention et à une suppression virale prolongée. La décentralisation de la prise en charge du VIH, notamment pour les populations clés, consiste à amener les services au plus près du lieu de résidence des clients, soit dans un établissement plus proche de chez eux ou, idéalement, dans un endroit au sein ou à proximité de leur communauté, comme par exemple un centre d'accueil ou un centre névralgique de la population clé. Cette stratégie peut réduire à la fois la congestion dans les lieux centralisés et la charge qui pèse sur les clients. La décentralisation se prête aux renouvellements des TAR et au soutien psychosocial, alors que les consultations cliniques devraient préférablement se dérouler dans des établissements de santé.

Le degré de décentralisation variera selon le contexte

De nombreux membres des populations clés veulent être sûrs que la prestation de services sera discrète, et que leur vie privée et leur confidentialité seront respectées. Les questions de criminalisation, de stigmatisation et de discrimination doivent être évaluées afin de déterminer les lieux des consultations cliniques et des renouvellements de TAR. Dans les zones rurales, la décentralisation peut réduire la difficulté et le coût du voyage, raccourcir les délais d'attente et offrir des options de soins de santé plus sûrs, plus discrets et plus accessibles. Ceci dit, le client devrait toujours avoir la possibilité de choisir l'endroit où il souhaite recevoir les soins.

Par ailleurs, en raison de la nature spécialisée de certains des programmes médicaux requis, il n'est pas forcément judicieux de décentraliser tous les services vers des sites au sein d'un seul et même district. En effet, les lieux géographiques où la charge de morbidité des populations clés est plus élevée devraient être considérés en priorité pour la prestation des services.

Intégration des services

Idéalement, le programme complet de services médicaux pour chaque groupe de population clé devrait être proposé dans le cadre d'un service « à guichet unique » afin d'éviter les malentendus entre les services et les interactions médicamenteuses. Le choix du lieu de la prestation de ce service à guichet unique relève d'une décision opérationnelle/stratégique. Les services pour les membres des populations clés peuvent être proposés dans une clinique de TAR existante, dans une clinique à part au sein d'un établissement de santé existant, ou dans une installation communautaire ou mobile.

Cependant, dans certains cas, l'intégration n'est pas le meilleur choix pour le client. Par exemple, un client d'une PC qui reçoit déjà son TAR par le biais d'un groupe peut choisir de poursuivre ce modèle mais d'accéder aux autres éléments de sa prise en charge



Lignes directrices de l'OMS

Encadré 4 : Recommandations sur la décentralisation

La décentralisation du traitement et de la prise en charge du VIH devrait être considérée comme un moyen d'augmenter l'accès et d'améliorer la rétention dans le circuit des soins :

- Initiation du TAR dans les hôpitaux, avec maintien du TAR dans les établissements de santé périphériques
- Initiation et maintien du TAR dans les établissements de santé périphériques
- Initiation du TAR dans les établissements de santé périphériques, avec un maintien au niveau

médicale dans un service spécialisé distinct. L'intégration des services liés au VIH et d'autres services de santé dans un seul et même programme dispensé dans un établissement peut être perçue comme un changement positif ou pas. Conformément aux principes de la prestation différenciée de services, les clients devraient avoir la possibilité de choisir l'endroit où ils accèdent à leur TAR et aux composantes de leur programme complet de services médicaux.

Étude de cas 16 :

Décentralisation des soins du VIH pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans la ville de Guatemala

Les soins liés au VIH pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans la ville de Guatemala étaient dispensés dans des sites hospitaliers centraux. En 2017, la prestation des TAR a été adaptée pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et proposée dans trois sites décentralisés, deux dirigés par une ONG et un dirigé par le Ministère de la santé. Sur les 276 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à qui l'on a proposé l'option de décentraliser leurs soins plus près de chez eux, 47% ont accepté. La majorité a préféré se rendre dans la clinique dirigée par l'ONG. Une étude de suivi a montré que 98% des hommes fréquentant la clinique dirigée par l'ONG ont été retenus dans le circuit des soins. La durée moyenne des visites décentralisées était de 30 minutes contre 4 à 5 heures à la clinique centralisée. Plus de 90% des participants dans les trois cliniques ont qualifié les soins qu'ils ont reçus « d'excellents ».

Exemple 1 :

Prestation communautaire des TAR pour les personnes qui s'injectent des drogues, Inde

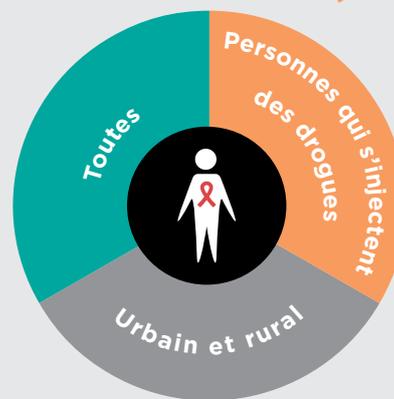
Aperçu

La consommation de drogues par injection est le principal facteur de l'épidémie de VIH dans la région nord-est de l'Inde. La National AIDS Control Organization (NACO) met en œuvre des interventions ciblées : des programmes de prévention communautaires menés par les pairs pour les populations clés et administrés par des ONG. Le Projet Sunrise, mis en œuvre par le CDC et FHI360 en collaboration avec NACO, appuie ces programmes dans certains districts en proposant un ensemble de services aux personnes qui s'injectent des drogues, notamment une réduction des méfaits, un dépistage des IST et des mises en relation avec des centres de dépistage du VIH et de TAR. Le Projet Sunrise emploie des mentors de terrain qui tissent des liens avec la communauté, des équipes de proximité d'ONG et des prestataires de services qui offrent des services aux personnes qui s'injectent des drogues.

Après l'adoption par l'Inde de l'initiative « traiter tout le monde » en 2017, le projet a adopté une stratégie visant à favoriser l'initiation de TAR dans les organisations de soins de PVVIH issues de populations clés enregistrées, et à améliorer l'accès aux TAR en proposant des renouvellements dans des services offrant des TSO.

Des mentors de terrain ont été embauchés pour tisser des liens avec la communauté, et des équipes de proximité d'ONG et des prestataires de services pour aller au contact des personnes qui s'injectent des drogues. Le Projet Sunrise est un exemple de modèle individuel de prestation des TAR hors établissement.

Les trois éléments du Projet Sunrise



Les composantes de base de la prestation de services du Projet Sunrise, Inde

	RENOUVELLEMENTS DES TAR	CONSULTATIONS CLINIQUES	SOUTIEN PSYCHOSOCIAL
QUAND	Tous les 3 mois	Tous les 6 mois	Tous les mois, selon les besoins
OÙ	Sites communautaires proposant un TSO	Centre TAR	Sites communautaires proposant un TSO
QUI	Pairs mentors de terrain pour les activités de proximité Personnel clinique pour la distribution des TAR	Cliniciens	Pairs mentors
QUOI	Navigation, programme d'échange d'aiguilles et de seringues, préservatifs, counseling, dépistage du VIH, distribution de TAR, TSO	Évaluation clinique Analyses de laboratoire	Soutien psychosocial

Sur une période de six mois, les résultats préliminaires montrent que les mentors de terrain ont atteint 1 123 PVVIH, ont orienté 444 PVVIH vers des centres TAR et documenté l'initiation de TAR chez

396 PVVIH. Pour renforcer l'initiation des TAR au sein des PC, le Projet Sunrise a récemment lancé des projets pilotes de distribution groupée des TAR dans trois sites d'intervention proposant un TSO.

OÙ : Considérations clés

Encadré 5 : Lieu des visites¹³

	RENOUVELLEMENTS DES TAR	CONSULTATIONS CLINIQUES	SOUTIEN PSYCHOSOCIAL
OÙ	OC Soins de santé primaires Hôpitaux	Hôpitaux Soins de santé primaires Clinique TSO*	OC TSO* Services d'écoute téléphonique

*Pour les personnes qui s'injectent des drogues



« QUI » assure la prestation différenciée des TAR ?

L'importance du partage des tâches

La prestation des TAR pour les populations clés peut être assurée par des docteurs, des agents cliniques, du personnel infirmier, des prestataires non professionnels et des pairs. Dans les endroits confrontés à une pénurie de ressources humaines, une plus grande répartition de tâches pourrait s'avérer judicieuse. L'évaluation des cadres réglementaires susceptibles d'appuyer ou d'entraver un partage approprié des tâches, notamment le rôle des pairs issus des PC, constitue une partie importante de l'analyse de situation. L'Encadré 6 décrit la recommandation de l'OMS relative au partage des tâches alors que l'Encadré 7 décrit le rôle des pairs en tant que prestataires.

Agents de santé

L'OMS recommande de partager les tâches liées aux consultations cliniques et aux renouvellements de TAR entre les agents de santé, et cette approche devrait être considérée dans la prestation des services aux PC. Dans certains contextes, le même agent de santé qui dispense le TAR peut dispenser d'autres services cliniques (ce qui devrait être l'objectif, dans la mesure du possible) ; ceci dit, dans d'autres contextes, cette tâche reviendra à un clinicien différent ayant suivi une formation spécialisée (par ex. TSO). Le programme complet de services médicaux proposé aux PC peut aussi nécessiter des interactions plus fréquentes entre les populations clés et un prestataire de soins de santé ayant une formation médicale.

Les agents de santé devraient aussi suivre une formation sur le soutien psychosocial, le dépistage, le traitement et l'orientation des clients présentant des conditions de santé mentale.

Le rôle des pairs issus des populations clés

Il a été démontré que le rôle des pairs dans la prestation des services liés au TAR pour toutes les populations clés améliore la rétention



Lignes directrices de l'OMS

Encadré 6: Recommandations relatives à la délégation et au partage des tâches¹⁶

Les prestataires non professionnels formés et supervisés peuvent distribuer des TAR aux adultes, aux adolescents et aux enfants vivant avec le VIH.

- Les cliniciens non-médecins formés, les sages-femmes et le personnel infirmier peuvent commencer un TAR de première intention.
- Les cliniciens non-médecins formés, les sages-femmes et le personnel infirmier peuvent maintenir un TAR.
- Les agents de santé communautaires formés et supervisés peuvent dispenser un TAR entre des visites cliniques régulières.

et l'observance thérapeutique. Les pairs issus des populations clés peuvent participer à la distribution des TAR dans les modèles de distribution des TAR (en facilitant les modèles de renouvellement en groupe dans l'établissement ou dans la communauté ; ou en délivrant les TAR aux groupes thérapeutiques communautaires, avec l'accord du client), apporter un soutien psychosocial et localiser les clients qui ont manqué leur rendez-vous. En plus d'encourager les connaissances thérapeutiques et l'observance des TAR, la participation des pairs permet aux clients des populations clés de faire face aux problèmes de stigmatisation, de discrimination et aux obstacles juridiques et sociaux aux côtés de quelqu'un qui partage les mêmes expériences.

QUI : Considérations clés

Encadré 7 : Prestataire de services aux populations clés

	RENOUVELLEMENTS DES TAR	CONSULTATIONS CLINIQUES	SOUTIEN PSYCHOSOCIAL
 QUI	Prestataires non professionnels, pairs, agents de proximité, agents de santé	Personnel infirmier, sages-femmes, agents cliniques, docteurs	Travailleurs sociaux, prestataires non professionnels, pairs navigateurs, agents de proximité, agents de santé



Chantal pense : J'apprécie beaucoup le soutien que je reçois de la pair conseillère lorsque je vais chercher mes renouvellements de TAR au centre d'accueil. Elle comprend les défis auxquels je suis confrontée.

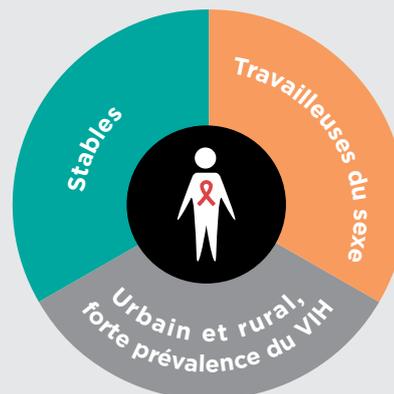
Exemple 2 :

Prestation des TAR gérée par des travailleuses du sexe, Ouganda

Aperçu

En Ouganda, The AIDS Support Organization (TASO) propose une prestation différenciée des TAR depuis plus de 10 ans. La distribution des TAR a d'abord été décentralisée vers des points de distribution communautaire de médicaments (CDDP). En 2017, un groupe de travailleuses du sexe a plaidé en faveur d'une prestation communautaire des TAR par les clients (CCLAD), un modèle similaire à celui élaboré pour les clients adultes stables dans les communautés. Le modèle CCLAD consiste à regrouper des travailleuses du sexe issues d'une zone géographique au sein d'un groupe de soutien par les pairs de cinq à dix membres. Le groupe choisit une pair leader chargée de récupérer les renouvellements de TAR tous les 3 mois auprès du CDDP le plus proche. La pair leader distribue alors les renouvellements aux membres du CCLAD dans le lieu convenu, documente la distribution et assure le suivi du traitement parmi les pairs. Le modèle CCLAD dirigé par les travailleuses du sexe est un exemple de modèle de prestation des TAR en groupe géré par les clients.

Les trois éléments des modèles CCLAD gérés par les travailleuses du sexe



Les composantes de base des modèles CCLAD pour les travailleuses du sexe, Ouganda

	RENOUVELLEMENTS DES TAR	CONSULTATIONS CLINIQUES	SOUTIEN PSYCHOSOCIAL
QUAND	Tous les 2 mois, 6 fois/an Heures de service flexibles, décidées par le groupe	Deux fois par an	Lors de chaque visite clinique ; au sein du groupe à chaque renouvellement Soutien additionnel en fonction des besoins
OÙ	Communauté : point de distribution communautaire de médicaments (CDDP)	Clinique de soins primaires	Communauté
QUI	La travailleuse du sexe pair leader nommée par le groupe distribue les TAR préemballés	Docteur ou agent de clinique	La travailleuse du sexe pair leader nommée par le groupe
QUOI	Distribution des renouvellements de TAR, soutien psychosocial par les pairs, suivi de l'observance par les pairs, soutien psychosocial	Suivi nutritionnel, mesure de l'observance, dépistage de la TB, dépistage des IST, examens des IO, s'il y a lieu, analyse en laboratoire (CV et CD4), contrôle du poids, dépistage des problèmes de santé mentale, ajustement des doses selon les besoins	Soutien psychosocial par les pairs

Entre octobre 2016 et juin 2017, une campagne de changement des comportements a atteint plus de 7 000 travailleuses du sexe. Au total, 5 775 tests de dépistage du VIH ont été effectués et 525 personnes vivant avec le VIH ont été identifiées (taux de séropositivité = 9.1%). Sur les travailleuses du sexe séropositives, 81.5% (n=428) ont été mises en relation avec des soins et 23.6% d'entre elles ont commencé

un TAR (n=124). Au cours de la même période, 215 travailleuses du sexe ont reçu des soins (avec 89.8% sous TAR) et 90.9% d'entre elles présentaient une suppression virale. À ce jour, les 24 travailleuses du sexe appartenant aux quatre modèles CCLAD présentent toutes un état de suppression virale.



« QUAND » les TAR sont-ils dispensés ?

Prolonger ou adapter les heures de service

Dans la plupart des environnements limités en ressources, les TAR ne peuvent être récupérés que pendant les heures d'ouverture de la clinique. La disponibilité, la confidentialité et la confiance des membres des populations clés devraient être prises en compte. L'harmonisation des visites des membres de la famille devrait s'appliquer aux membres des populations clés ayant des enfants et à d'autres membres de leur réseau de soutien. Dans certains cas, il peut s'avérer utile d'organiser des soirées ou des weekends réservés aux populations clés.

L'adaptation des heures de service est un moyen simple de remédier aux problèmes d'accès des clients de populations clés spécifiques. Par exemple, la distribution des renouvellements thérapeutiques aux travailleuses et travailleurs du sexe en début de soirée leur permettra de manquer moins d'heures de travail.

Réduire la fréquence des renouvellements des TAR et des visites cliniques

La réduction de la fréquence des visites est un moyen efficace de réduire la charge qui pèse à la fois sur les clients et sur le système de soins de santé. L'un des principes clés communs à tous les modèles de prestation différenciée de TAR consiste à séparer les visites

« uniquement pour des renouvellements » des visites qui nécessitent une évaluation clinique et/ou une analyse en laboratoire.

Si les clients stables peuvent être vus tous les six mois, ils devraient pouvoir, entre-temps, limiter leurs interactions avec le système de santé à celles pour se réapprovisionner en médicaments (la durée maximale convenue du renouvellement devrait se situer entre 3 et 6 mois) et à celles pour accéder au soutien psychosocial désiré. Pour les populations clés, le programme complet de services médicaux pourrait nécessiter d'autres visites cliniques (par exemple, un TSO pour les personnes dépendantes aux opioïdes et des aiguilles et des seringues stériles pour les personnes qui s'injectent des drogues). Les renouvellements thérapeutiques peuvent aussi être distribués par le biais d'un des quatre modèles de renouvellement décrits, ou des versions adaptées de ceux-ci. Les clients n'ont pas besoin d'avoir une interaction clinique lors d'une visite de renouvellement thérapeutique.

Utiliser la durée maximale de renouvellement des TAR

En fonction des règlements locaux, l'autorité compétente (par exemple l'autorité nationale, celle du district ou de l'établissement) devrait informer les agents de santé de la durée maximale d'un renouvellement de TAR pouvant être prescrite (1 mois, 3 mois, 6 mois etc.) et de la présence de circonstances particulières, telles que des vacances, ou le déménagement d'un client dans un autre endroit. Ces lignes directrices permettront de déterminer la fréquence des visites de renouvellement des TAR pour une population clé.

Fréquence du soutien psychosocial

La fréquence du soutien psychosocial devrait être adaptée aux besoins du client de la population clé. Le counseling individuel sur l'observance thérapeutique est un élément important de l'initiation du TAR et du programme de soins d'un client instable. Ceci dit, les clients cliniquement stables issus de populations clés n'ont pas nécessairement besoin d'un counseling continu sur l'observance qui pourrait représenter un fardeau excessif pour les clients, les prestataires non professionnels et le système de soins de santé. Il a été démontré que l'observance et la rétention s'améliorent lorsque les clients ont accès à un soutien par les pairs, soit individuellement ou dans le cadre d'un groupe de soutien par les pairs⁵.



Lignes directrices de l'OMS¹⁶

Encadré 8 : Recommandations relatives à la fréquence des visites

- Des visites cliniques moins fréquentes (3 à 6 mois) sont recommandées pour les personnes stables sous TAR.
- Des remises de médicaments moins fréquentes (3 à 6 mois) sont recommandées pour personnes stables sous TAR.

QUAND : Considérations clés

Encadré 9 : Fréquence des visites pour les populations clés cliniquement stables sous ART¹³

	RENOUVELLEMENTS DES TAR	CONSULTATIONS CLINIQUES	SOUTIEN PSYCHOSOCIAL
 QUAND	Tous les 3 à 6 mois	6 à 12 mois pour les TAR en fonction des besoins associés au programme complet de services médicaux	Tous les 1 à 6 mois

Exemple 3 :

Prestation des TAR gérée par des organisations de populations clés pour les femmes transgenres, Thaïlande

Aperçu

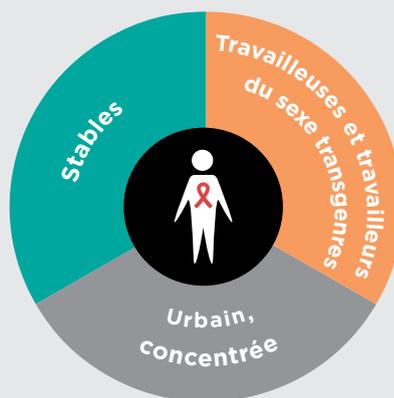
En Thaïlande, des modèles de prestation de services de santé ont été conçus pour améliorer l'utilisation des services liés au VIH par les femmes transgenres et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ainsi que pour remédier aux faibles taux de mise en relation avec des services de soins, et aux taux élevés de perte de suivi. Cet exemple décrit les détails du maintien des TAR pour les femmes transgenres. Les clientes pouvaient prétendre à un maintien thérapeutique dans le cadre des KPLHS si elles étaient cliniquement stables, conformément aux critères définis dans l'étude de cas 15 pages 20 et 21.

Trois modèles de prestation différenciée des TAR ont été élaborés en collaboration avec des OC (voir page 21). Dans le « modèle OC à guichet unique », les docteurs se rendent dans des OC dirigées par des populations clés pour aider les clientes à démarrer les traitements. Une fois cliniquement stables, les agents de santé des populations clés apportent un soutien aux clientes lors du maintien de leur TAR.

Dans le « modèle hôpital vers OC », le personnel de l'OC accompagne les clientes jusqu'à leur hôpital provincial pour commencer le TAR puis une fois cliniquement stables, les clientes

sont orientées vers des agents de santé issues de populations clés dans leur OC pour le maintien du traitement. Dans le « modèle combiné hôpital et OC », l'initiation et le maintien thérapeutiques peuvent se dérouler à l'hôpital ou dans des OC, selon les préférences des clients. Ces modèles sont des exemples de modèles individuels de prestation des TAR hors établissement (voir page 5).

Les trois éléments de la prestation par les PC



Les composantes de base de la prestation différenciée des TAR pour les femmes transgenres dans le cadre des SSGPC, Thaïlande*

	RENOUVELLEMENTS DES TAR	CONSULTATIONS CLINIQUES	SOUTIEN PSYCHOSOCIAL
QUAND	Tous les mois ou tous les trois mois Pendant les heures normales d'ouverture pour les visites par les docteurs, et le soir et/ou le weekend pour les visites menées par les AS des PC	Tous les trois mois Pendant les heures normales d'ouverture pour les visites par les docteurs, et le soir et/ou le weekend pour les visites menées par les AS des PC	Tous les trois mois, ou selon les besoins Pendant les heures normales d'ouverture pour les visites par les docteurs, et le soir et/ou le weekend pour les visites menées par les AS des PC
OÙ	Tour à tour à l'hôpital et à l'OC, ou toutes les visites à l'OC, en fonction des préférences du client et des circonstances locales	Tour à tour à l'hôpital et à l'OC, ou toutes les visites à l'OC, en fonction des préférences du client et des circonstances locales	Tour à tour à l'hôpital et à l'OC, ou toutes les visites à l'OC, en fonction des préférences du client et des circonstances locales
QUI	Tour à tour les docteurs et les agents de santé des PC	Tour à tour les docteurs et les agents de santé des PC	Agents de soin et de soutien (ASS)
QUOI	Docteurs : renouvellements de prescriptions de TAR, consultation clinique AS des PC : renouvellements de TAR, bilan de santé complet, contrôle de l'observance et counseling, et orientation vers le docteur si nécessaire	Docteurs : renouvellements de prescriptions de TAR, consultation clinique AS des PC : renouvellements de TAR, bilan de santé complet, contrôle de l'observance et counseling, et aiguillage vers le docteur si nécessaire	ASS : soutien psychosocial, counseling sur les pratiques sexuelles sans risque et orientation en vue de séances supplémentaires de counseling si nécessaire

Entre mai 2015 et octobre 2016, sur les 784 femmes transgenres (FTG) ayant subi un test de dépistage du VIH, 83 (10.6%) étaient séropositives et 68 (81.9%) ont commencé un TAR. Au bout du 6e mois, 46 des 50 clientes (92%) prises en charge présentaient une suppression de la charge virale. En mars 2018, 19 des 50 patientes sous TAR étaient stables, 16 étaient encore sous suivi et

se sont vues proposer un maintien du TAR par des agents de santé communautaires issues de PC (AS-PC) dans des cliniques dirigées par des PC. Dix (62.5%) FTG ont accepté d'être vues par des AS-PC, alors que six (37.5%) ont préféré poursuivre le maintien du TAR ailleurs. Aucun problème d'observance ou problème clinique justifiant une réorientation vers des hôpitaux n'a été constaté à ce jour.

*Le modèle KPLHS est financé par l'USAID/PEPFAR dans le cadre du programme LINKAGES de FHI360. Il est mis en œuvre par l'intermédiaire des OC suivants : Rainbow Sky Association Rainbow Sky Association Thailand (RSAT) à Bangkok et Songkhla, Service Workers IN Group Foundation (SWING) à Bangkok et Chonburi, SISTERS à Chonburi, et Caremat et M-plus à Chiang Mai.



« QUELS » services devraient être offerts ?

Les clients des populations clés ont besoin de consultations cliniques, de visites de renouvellement des TAR et de visites de soutien psychosocial

Une fois que l'état du client est déclaré stable, il a quand même besoin des différentes visites suivantes. Celles-ci peuvent se dérouler séparément ou de manière combinée, en fonction de la fréquence :

- Visites de renouvellement des TAR et des médicaments
- Visites cliniques, y compris
 - Analyses de laboratoire si nécessaire
 - Un programme médical complet propre aux populations clés et autres problèmes de santé spécifiques
- Soutien psychosocial, y compris une aide à l'observance et une assistance pour éliminer les obstacles juridiques.

Les visites cliniques devraient consister en un examen de l'historique, un examen clinique et un examen des tests de suivi de la charge virale en vue d'évaluer le succès du TAR. C'est la fréquence de ces visites qui change une fois que les clients sont déclarés cliniquement stables. Il est possible que les populations clés nécessitent un soutien psychosocial plus important que d'autres populations, ce qui devrait être le seul motif pour des visites spécifiques.

Les populations clés peuvent nécessiter des services supplémentaires

En plus des services liés au VIH, toutes les populations clés devraient recevoir le programme complet de services fondé sur des données probantes défini par l'OMS³ (voir Annexe 4). Ces services médicaux peuvent être requis plus ou moins fréquemment que l'évaluation clinique du VIH, mais lorsque les deux sont nécessaires, ils devraient être proposés au client dans la même clinique, le même jour et par le même agent de santé.

L'importance des systèmes d'orientation efficaces des prestataires de renouvellements des TAR et de soutien psychosocial

Lorsque les visites de renouvellement des TAR et/ou le soutien par les pairs sont proposés séparément, il est essentiel de mettre en place un système d'orientation entre les prestataires non professionnels chargés de la visite de renouvellement thérapeutique ou du soutien psychosocial, et les prestataires de soins cliniques. Avec un contact clinique moins fréquent, les prestataires non professionnels ont une responsabilité accrue en termes de dépistage et d'orientation. Le dépistage peut être informel et reposer sur l'évaluation du bien-être par le prestataire ou sur l'autoévaluation par le client de la population clé, ou plus formel et reposer sur l'utilisation d'un outil permettant de détecter les symptômes et/ou le niveau d'observance thérapeutique. Le respect de la confidentialité est impératif.

QUOI : Considérations clés

Encadré 10: Programmes de soins¹³

	RENOUVELLEMENTS DES TAR	CONSULTATIONS CLINIQUES	SOUTIEN PSYCHOSOCIAL
QUOI	Renouvellement des TAR Contrôle de l'orientation Contrôle de l'observance Prévention	Consultation clinique Essais de laboratoire Renouvellement de prescription Prévention Services complets	Soutien par les pairs Assistance juridique Lutte contre la violence Interventions sociales Interventions psychosociales

Ian pense : J'ai maintenant accès à un TSO dans un centre communautaire avec le soutien d'un personnel infirmier. Je peux aussi obtenir mon TAR au centre communautaire, et c'est tellement mieux de pouvoir accéder à tout ce dont j'ai besoin dans un seul et même endroit.



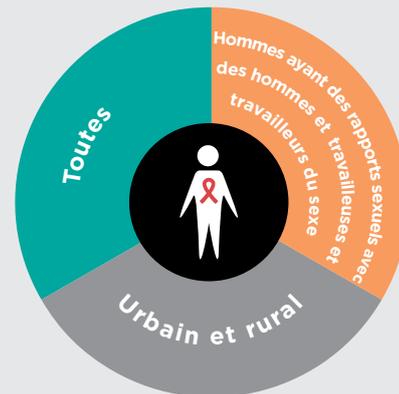
Exemple 4 :

Intégration de la prestation des TAR dans les services aux PC, Haïti

Aperçu

En octobre 2016, pour améliorer l'accès et au recours à la prévention, au dépistage, au traitement et à la prise en charge du VIH pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les travailleuses du sexe, le projet LINKAGES en Haïti a intégré la prestation des TAR dans neuf sites de prestation de services préexistants axés sur les PC. Avant, les personnes dont le test effectué dans l'un des centres ou dans une installation mobile était positif étaient orientées vers des établissements thérapeutiques publics ou privés. Chaque établissement destiné aux PC est doté d'une équipe de soins de santé comprenant des docteurs, du personnel infirmier, des techniciens de laboratoire, un psychologue, du personnel pharmacien et des travailleurs sociaux. Le personnel suit aussi une formation sur la prestation de services accueillants aux PC pour veiller à ce que les PC accèdent aux services existants sans crainte de stigmatisation ni de discrimination¹⁹.

Les trois éléments de l'intégration des TAR dans les sites de prestation de services aux populations clés



Les composantes de base de la prestation différenciée des TAR intégrée dans des sites axés sur les populations clés, Haïti

	RENOUVELLEMENTS DES TAR	CONSULTATIONS CLINIQUES	SOUTIEN PSYCHOSOCIAL
QUAND	Tous les deux à trois mois	Tous les trois mois Pendant les heures normales d'ouverture pour les visites par les docteurs, et le soir et/ou le weekend pour les visites menées par les AS des PC	Tous les deux à trois mois Plus fréquemment si nécessaire
OÙ	Site de prestation de services axé sur les PC Communauté/à domicile	Site de prestation de services axé sur les PC	Site de prestation de services axé sur les PC Communauté/à domicile
QUI	Équipe pluridisciplinaire comprenant des pairs	Équipe pluridisciplinaire	Équipe pluridisciplinaire comprenant des pairs
QUOI	Renouvellement des TAR, soutien par les pairs, endroit sûr	Renouvellement de prescription des TAR, consultation clinique, bilan de santé complet	Soutien psychosocial, orientation en vue de séances supplémentaires de counseling si nécessaire, endroit sûr

Suite à l'introduction de la prestation des TAR dans ces neuf sites, on a constaté des améliorations spectaculaires des mises en relation avec les services de soins et des taux d'initiation des TAR. Dans trois de ces sites qui aident les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, l'initiation des TAR a augmenté de 18 à plus de 70% et a atteint 94% en un trimestre. Dans six de ces sites qui aident les travailleuses du sexe, l'initiation des TAR a augmenté de 17 à plus de 90% au cours du trimestre le plus récent¹⁹.

Les pairs navigateurs font désormais partie intégrante du soutien psychosocial mais sont aussi responsables de la prestation des TAR. Les clients peuvent demander à ce que les renouvellements de TAR soient remis par des pairs navigateurs dans la communauté ou à domicile s'ils ne peuvent pas se rendre dans les sites à cause de la distance ou d'un emploi du temps chargé.

CONCLUSION



CONCLUSION

Les populations clés sont souvent confrontées à des obstacles pour accéder aux services liés au VIH. Les principes de la PDS et de la prestation différenciée des TAR devraient être étendus aux populations clés en vue d'améliorer leurs résultats thérapeutiques et de réduire les fardeaux inutiles qui pèsent sur les agents de santé et le système de santé. La PDS devrait reposer sur le contexte local et répondre aux besoins des populations clés spécifiques locales.

Certains services spécifiques pour les populations clés ont déjà été différenciés et les données montrent un impact positif sur les résultats thérapeutiques. Il est essentiel de documenter ces stratégies avec les résultats obtenus et les difficultés rencontrées pour que les décideurs investissent dans la PDS pour les populations clés et que les ministères de la santé assurent la pérennité de ces services.

La prestation différenciée des TAR pour les populations clés ne devrait pas se limiter aux clients cliniquement stables. La PDS peut être un moyen d'augmenter l'accès des populations clés aux services liés au VIH et d'offrir des modèles de prestation de services reposant sur les besoins cliniques et les préférences individuelles. Une approche de prestation différenciée de services devrait aussi être adoptée tout au long du continuum des soins—avec des approches différenciées de la prévention (par ex. prestation de PPrE), des tests, de la mise en relation avec les soins, et de l'initiation du traitement et de la prise en charge.

La PDS pour les populations clés devrait garantir l'accès des populations clés aux modèles de prestation différenciée des TAR en vigueur et chercher des moyens d'adapter les services actuellement disponibles pour les populations clés pour y inclure la prestation des TAR.

Il est particulièrement important de trouver des solutions pour les composantes « où » et « qui » de la prestation différenciée des TAR, à travers la décentralisation de la prestation des TAR vers la communauté et la participation des pairs à la prestation de services.

Afin d'obtenir un résultat optimal, ce cadre doit être utilisé conjointement avec les Considération clés et les *Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés*. Des outils et pratiques exemplaires sont disponibles sur www.differentiatedservicedelivery.org. Vos commentaires sont les bienvenus.

Contactez-nous à l'adresse électronique suivante dsd@iasociety.org et consultez le site www.differentiatedservicedelivery.org pour de plus amples renseignements.

Avec une prestation différenciée des TAR pour les populations clés ...



Andrew a collaboré efficacement avec des ONG et des représentants des populations clés pour mettre en œuvre un plan de formation visant à mieux tirer parti des pairs navigateurs. L'accès aux services pour les populations clés s'est amélioré dans son district.



Namrata se relaie au sein d'un réseau de pairs de collègues travailleuses du sexe pour aller chercher les renouvellements de TAR dont elles ont besoin. Elle est contente parce qu'elle ne doit se rendre à la clinique que pour les consultations cliniques et sa charge virale est indétectable.



Juan reçoit désormais ses renouvellements de TAR au centre d'accueil. Il suit une formation pour devenir pair conseiller.



lan reçoit ses TAR et son TSO au même endroit et n'a connu aucun problème de santé majeur depuis l'intégration de ses soins.

RÉFÉRENCES

1. UNAIDS. *Right to Health*. Geneva: UNAIDS; 2017.
2. World Health Organization. *Policy brief: Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations, 2016 update*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2017.
3. World Health Organization. *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update*. Geneva: WHO; 2016.
4. UNAIDS. *Ending AIDS: Progress towards 90-90-90 targets*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2017.
5. Baral SD, Poteat T, Stromdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2013;13(3):214-222.
6. Beyrer C, Baral SD, van Griensven F, et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet*. 2012;380(9839):367-377.
7. Baral S, Beyrer C, Muessig K, et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2012;12(7):538-549.
8. Mathers BM, Degenhardt L, Phillips B, et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*. 2008;372(9651):1733-1745.
9. United Nations Office on Drugs and Crime INoPWUD, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Development Programme, United Nations Population Fund, World Health Organization, United States Agency for International Development. *Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions*. Vienna, Austria; 2017.
10. United Nations Development Programme I, United Nations Population Fund, UCSF Center of Excellence for Transgender Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United States Agency for International Development. *Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions*. New York (NY): United Nations Development Programme; 2016.
11. United Nations Population Fund GFoMH, United Nations Development Programme, World Health Organization, United States Agency for International Development, World Bank. *Implementing comprehensive HIV and STI programmes with men who have sex with men: practical guidance for collaborative interventions*. New York (NY): United Nations Population Fund; 2015.
12. World Health Organization UNPF, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Global Network of Sex Work Projects, The World Bank. *Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013.
13. WHO, CDC, USAID, PEPFAR, IAS. *Key Considerations for differentiated service delivery for specific populations: Children, adolescents, pregnant and breastfeeding women and key populations*. Geneva: World Health Organization; 2017.
14. International AIDS Society (IAS). *Differentiated care for HIV: A decision framework for antiretroviral therapy delivery* Durban, South Africa; July 2016.
15. International AIDS Society (IAS). *Differentiated Care for HIV: A decision framework for differentiated antiretroviral therapy delivery for children, adolescents and pregnant and breastfeeding women*. Paris, France; 2017.
16. World Health Organization. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach – 2nd ed*. Geneva, Switzerland: WHO; 2016.
17. Grimsrud A, Bygrave H, Doherty M, et al. Reimagining HIV service delivery: the role of differentiated care from prevention to suppression. *Journal of the International AIDS Society*. 2016;19(1):21484.
18. MacDonald V, Verster A, Baggaley R. A call for differentiated approaches to delivering HIV services to key populations. *Journal of the International AIDS Society*. 2017;20(Suppl 4).
19. USAID P, LINKAGES,. *Differentiated care for antiretroviral therapy for key populations: Case examples from the LINKAGES project*. Washington, DC: USAID; 2017.

20. World Health Organization. *Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV*. Geneva: World Health Organization; September 2015.
21. UNAIDS. *90-90-90: An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic*. Geneva, Switzerland UNAIDS; October 2014.
22. World Health Organization. *Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy*. Geneva: WHO; 2017.
23. Gedela K. "Know your epidemic": driving down HIV in London and beyond. In: Lancet T, ed. *The Lancet Global Health Blog*. Vol 2018.
24. World Health Organization. *Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*. Geneva: WHO; 2015.
25. MacPherson P, Munthali C, Ferguson J, et al. Service delivery interventions to improve adolescents' linkage, retention and adherence to antiretroviral therapy and HIV care. *Trop Med Int Health*. 2015;20(8):1015-1032.
26. Cawley C NS, Szumilin E, Perry S, Amoros Quiles I, Masiku C, Wringe A. Six-monthly appointments as a strategy for stable antiretroviral therapy patients: evidence of its effectiveness from seven years of experience in a Medecins Sans Frontieres supported programme in Chiradzulu district, Malawi. *AIDS* 2016; Durban; 2016.
27. Comins C, Parmley L, Schwartz S, et al. Barriers and facilitators to successful decentralized treatment provision for female sex workers living with HIV in Durban, South Africa. *AIDS* 2018; Amsterdam; 2018.

ANNEXES



ANNEXE 1 :

Principaux documents de référence sur les populations clés et le VIH

World Health Organization. *Policy brief: Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*, 2016 update. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2017. <http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/keypopulations-2016-update/en/>

World Health Organization. *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*, 2016 update. Geneva: WHO; 2016. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>

United Nations Office on Drugs and Crime, International Network of People Who Use Drugs, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Development Programme, United Nations Population Fund, World Health Organization, United States Agency for International Development. *Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions*. Vienna, Austria; 2017. http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/2017_HIVHC

United Nations Development Programme, IRGT, United Nations Population Fund, UCSF Center of Excellence for Transgender Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United States Agency for International Development. *Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions*. New York (NY): United Nations Development Programme; 2016. <http://who.int/hiv/pub/toolkits/transgender-implementation-tool/en>

United Nations Population Fund, Global Forum on MSM & HIV, United Nations Development Programme, World Health Organization, United States Agency for International Development, World Bank. *Implementing comprehensive HIV and STI programmes with men who have sex with men: practical guidance for collaborative interventions*. New York (NY): United Nations Population Fund; 2015. <http://who.int/hiv/pub/toolkits/msm-implementation-tool/en>

World Health Organization UNPF, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Global Network of Sex Work Projects, the World Bank. *Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013. http://who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en

ANNEXE 2 :

Annexes d'appui à la mise en œuvre disponibles en ligne

Disponibles sur <http://bit.ly/2sVehV5>

- Annexe 1 en ligne sur les populations clés : Modèle pour recenser les exemples communs de prestation différenciée des TAR au niveau national
- Annexe 2 en ligne sur les populations clés : Questionnaire à remplir par l'établissement pour une évaluation de base de la prestation différenciée des TAR
- Annexe 3 en ligne sur les populations clés : "Using participatory mapping to assess service catchment and coverage. Guidance from the Iringa participatory mapping exercise". (Utiliser la cartographie participative pour évaluer la zone desservie et la couverture des services. Conseils tirés de l'exercice de cartographie participative d'Iringa.)
- Annexe 4 en ligne sur les populations clés : "Programmatic mapping readiness assessment for use with key populations" (Évaluation du degré de préparation à la cartographie programmatique destinée à être utilisée pour les populations clés)

ANNEXE 3 :

Liste de contrôle²⁴ pour l'examen des politiques et lois en vigueur

Adapté du document intitulé "Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key population". (Outil de fixation et de suivi des objectifs pour la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés) 2015.

1. Les lois et politiques en vigueur comprennent-elles un ou plusieurs éléments suivants susceptibles d'impacter négativement les populations clés et les efforts de lutte contre le VIH ?	
1.1	Des lois qui criminalisent les comportements des populations clés, notamment les actes sexuels entre adultes consentants de même sexe ; des rapports sexuels anaux entre adultes consentants ; la pratique du travail du sexe par des adultes consentants ; les « travestissements » ou les « imitations du genre opposé » ; la consommation de drogues ou la possession de drogues destinées à une consommation personnelle
1.2	Les lois définissant les âges de consentement homosexuel et hétérosexuel ne sont pas les mêmes
1.3	Les lois ou pratiques policières qui criminalisent ou empêchent la distribution de préservatifs ou la diffusion d'informations sur l'utilisation des préservatifs et les rapports sexuels protégés
1.4	Les lois qui criminalisent le port du préservatif ; ou les pratiques policières utilisant le port du préservatif comme preuve de travail du sexe (si le travail du sexe est illégal)
1.5	Les lois ou pratiques policières qui criminalisent ou empêchent la distribution de matériel d'injection et la diffusion d'informations sur les pratiques d'injection plus sécuritaires
1.6	Les lois ou politiques qui prévoient le dépistage obligatoire du VIH chez les populations clés
1.7	Les lois ou politiques qui prévoient le dépistage obligatoire dans les prisons ou la séparation des prisonniers vivant avec le VIH
2. Les lois et les politiques en vigueur comprennent-elles un ou plusieurs éléments suivants qui défendent les droits des populations clés et appuient les efforts de lutte contre le VIH ?	
2.1	La stratégie nationale de lutte contre le VIH portant spécifiquement sur les populations clés
2.2	Les lois qui protègent contre les violations des droits de l'homme et la discrimination (qui ne sont généralement pas propres au VIH ou aux populations clés)
2.3	Les lois qui protègent contre les violations des droits de l'homme et la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle, l'identité de genre, la pratique du travail du sexe ou la consommation de drogues
2.4	Les lois qui exigent que les personnes en prison et dans d'autres environnements confinés aient accès aux soins de santé de même qualité que ceux disponibles dans la communauté
2.5	Les lois qui reconnaissent le travail du sexe comme un travail
2.6	Les lois qui criminalisent toutes formes d'exploitation et de victimisation, conformément au droit international
2.7	Les lois qui réglementent la santé au travail et les conditions de sécurité visant à protéger les travailleuses et travailleurs du sexe et leurs clients
2.8	Les règlements qui facilitent le changement officiel de nom des personnes transgenres et leur permettent d'obtenir la reconnaissance juridique et les documents d'identité reflétant l'identité de genre choisie
2.9	Les lois qui appuient sans équivoque la prestation de traitements de substitution des opioïdes et les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues

Commentaires :

Les éléments contenus dans cette liste de contrôle peuvent être utilisés comme guide lors de l'examen des lois et politiques en vigueur pour identifier les lois et politiques susceptibles d'appuyer ou d'impacter négativement les droits, la santé ou le bien-être des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des personnes en prison et dans d'autres environnements confinés, des personnes qui s'injectent des drogues, des travailleuses et travailleurs du sexe ou des personnes transgenres. Un examen de ce type devrait être réalisé avec la participation du gouvernement, de la société civile, des réseaux communautaires et des organisations des populations clés.

ANNEXE 4 :

Résumé des recommandations de l'OMS relatives aux interventions de santé publique pour les populations clés³

Prévention du VIH	<ul style="list-style-type: none">• Utilisation adéquate et systématique du préservatif• PrEP offerte aux PC fortement exposées au risque d'infection par le VIH• PEP offerte après une éventuelle exposition au VIH• Circoncision masculine médicale volontaire dans des contextes à forte prévalence pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des femmes
Réduction des méfaits	<ul style="list-style-type: none">• Toutes les personnes qui s'injectent des drogues devraient avoir accès à du matériel d'injection stérile• Accès au TSO• Accès à des interventions fondées sur des preuves• Gestion d'urgence en cas d'overdose
Dépistage du VIH et counseling	<ul style="list-style-type: none">• Offre systématique de dépistage volontaire et de counseling dans des environnements cliniques et communautaires
Traitement et prise en charge du VIH	<ul style="list-style-type: none">• Les PC devraient avoir le même accès au TAR et à la gestion des TAR que les autres adultes• Les femmes enceintes des PC vivant avec le VIH devraient avoir accès aux TAR
Prévention et gestion des co-infections et comorbidités	<ul style="list-style-type: none">• Accès aux services de prévention, dépistage et traitement de la TB• Accès aux services de prévention, dépistage et traitement de l'hépatite B et C• Dépistage systématique et gestion des problèmes de santé mentale (dépression, stress psychosocial etc.)
Santé sexuelle et reproductive	<ul style="list-style-type: none">• Dépistage, diagnostic et traitement des IST• Accès à une vie sexuelle épanouie, y compris à une gamme d'options de procréation• Options et services relatifs à l'interruption des grossesses à risque• Dépistage du cancer du col de l'utérus pour les femmes des PC• Accès aux services liés à la conception et aux soins de grossesse pour les femmes des PC

REMERCIEMENTS

Nous souhaiterions remercier l'ensemble des personnes et des organisations pour les conseils, les commentaires et le soutien qu'elles ont apportés tout au long de l'élaboration du *Cadre décisionnel des traitements antirétroviraux pour les populations clés*.

Merci au Groupe de travail technique pour son soutien et ses commentaires précieux – Trista Bingham (CDC), Gregory Brighton Kata [Global Network of Sex Work Projects (NSWP)], Lyubov Chubukova (Eurasian Network of People Who Use Drugs), Gina Dallabetta (BMGF), Tom Ellman (MSF), Virginia Macdonald (WHO), Anna Grimsrud (IAS), Othoman Mellouk (Men Who Have Sex With Men Global Forum), Kevin Osborne (IAS), Kate Thomson (Global Fund), Leigh Ann van der Merwe (International Reference Group on Transgender Women and HIV/AIDS), Annette Verster (OMS) et Tisha Wheeler (USAID).

Merci aussi à Chris Akolo (LINKAGES), Kate Anteyi (USAID), Michael Cassell (LINKAGES), Medhan Dicarolo (LINKAGES), Peter Ehrenkranz (BMGF), Hally Mahler (LINKAGES), Neil McCullouch (NSWP), Ed Ngoksin (Global Fund), Navindra Persaud (LINKAGES) et Tanya Shewchuk (BMGF) pour leurs contributions aux versions précédentes du cadre.

Merci à Ken Morrison et Helen Bygrave pour avoir rédigé le *Cadre décisionnel des traitements antirétroviraux pour les populations clés* et à Tara Mansell et Nelli Bazarova de l'IAS.

Un merci tout particulier aux organismes qui ont fourni des études de cas et des exemples pour ce document, notamment The AIDS Trust Support Organization en Ouganda, le Thai Red Cross AIDS Research Centre et plus particulièrement le Dr Reshmie Ramautarsing en Thaïlande, J-FLAG en Jamaïque, OUT Well-being, the Sex Workers Education and Advocacy Task force (SWEAT) et Men4Health en Afrique du Sud, ICAP et le programme Sauti mené par Jhpiego et appuyé par l'USAID en Tanzanie et plus particulièrement le Dr Haruka Maruyama, MOLI au Burundi, Centre for Sexual Health, HIV and AIDS Research (CeSHHAR) au Zimbabwe, STAR-STAR en Macédoine, FAIR au Kenya, le Projet Sunrise en Inde, les collègues au Guatemala et en Haïti et le projet LINKAGES.

Merci à la Fondation Bill & Melinda Gates pour son soutien financier.





PRESTATION DE SERVICES DIFFÉRENCIÉE : CADRE DÉCISIONNEL DE PRESTATION DIFFÉRENCIÉE DES TRAITEMENTS ANTIRÉTROVIRAUX POUR LES POPULATIONS CLÉS

Publié par : International AIDS Society (IAS)
Contact : dsd@iasociety.org
Amsterdam, Pays-Bas. Juillet 2018.

Droit d'auteur : Nous donnons la permission de photocopier ou de reproduire des extraits du présent ouvrage à condition de citer clairement et correctement la source.

Crédits photos dans l'ordre où elles apparaissent dans le document : Luca Sola/MSF; G.M.B. Akash/Panos Pictures/ActionAid; Akram Ali/Photoshare; Aleksandar Aleksic/Photoshare; Ian Kwok/Photoshare; Dipayan Bhar/Photoshare; Kyaw Winn/Photoshare; Aleksandr Glyadyelov/MSF; Sam Phelps/MSF; Marta Soszynska/MSF; et Todd Brown/MSF.

Les photos contenues dans le présent ouvrage sont utilisées à titre d'illustration uniquement ; elles n'impliquent aucun état de santé particulier, comportement, attitude ou action de la part de toute personne apparaissant sur les photos.

Conception : Design for development, www.d4d.co.za

Découvrez comment ces personnages vont trouver des solutions aux défis communs de la prise en charge du VIH

Je ne comprends pas la forte prévalence du VIH chez les populations clés ou les effets de la stigmatisation et de la discrimination sur les résultats de santé de ces individus.



Andrew,
gestionnaire du
programme TAR
de distric

Je voudrais que tous mes besoins de santé soient satisfaits dans un seul et même endroit.



Ian, personne qui
s'injecte des drogues

Personne à la clinique ne peut répondre à mes besoins.



Chantal, femme
transgenre

Je ne sais pas comment dévoiler mon statut VIH ou révéler mon identité sexuelle à mes amis.



Juan, homme ayant des
rapports sexuels avec
des hommes

J'ai peur de me rendre dans ma clinique VIH locale par crainte que quelqu'un me voie – soit un client potentiel ou quelqu'un de ma famille



Namrata,
travailleuse du sexe