

UNAIDS/PCB(26)
3 juin 2010

26^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme

**Genève, Suisse
22-24 juin 2010**

**Session thématique :
Relier dans la pratique les services de santé sexuelle et
reproductive (SSR) avec les interventions en matière de VIH**

Note d'information

Table des matières

	Page
Abréviations et acronymes	3
A: Contexte et fondements : panorama général	4
B: Principes en action: rendre les liens fonctionnels	8
C: Données factuelles sur les effets bénéfiques des liens établis : recherche de résultats	9
D: Relation entre les services dans la pratique: appliquer les enseignements tirés	16
a) Intégration de services	18
b) Renforcement des systèmes de santé	21
c) Mesures politiques	22
E: Six questions clés à prendre en considération : mettre l'agenda en oeuvre	25
F: Ressources essentielles : publications, documents et feuilles de route	27
a) Engagement international à l'établissement de liens	27
b) Relation entre santé sexuelle et reproductive et VIH	28
c) Financement	28
d) PTME	29
e) Santé sexuelle et reproductive et droits de l'homme des personnes vivant avec le VIH	29
f) Sélection de la recherche sur l'établissement de liens	29
Notes de fin	32

Abréviations et acronymes

ART	Thérapie antirétrovirale
CD4	Lymphocytes T CD4 + récepteur CD4
FHOK	<i>Family Health Options Kenya</i>
GHESKIO	Groupe Haïtien d'étude du sarcome de kaposi et des infections opportunistes
GNP+	Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida
HSH	Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes
ICW	Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida
IPPF	Fédération internationale pour la planification familiale
ISH	<i>Institute for Students Health</i>
IST	Infections sexuellement transmissibles
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PEPFAR2	Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le sida des Etats-Unis (nouvelle approbation)
PVVS	Personnes vivant avec le VIH
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
PPAT	<i>Planned Parenthood Association of Thailand</i>
RPR/VDRL	Anticorps réaginique/laboratoire de recherche sur les maladies vénériennes (test de dépistage de la syphilis)
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SSR	Santé sexuelle et reproductive
UNFPA	Fond des Nations Unies pour la population
USAID	<i>United States Agency for International Development</i>
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

A. Contexte et fondements : panorama général

1. Dans le contexte actuel d'harmonisation, de collaboration et de plus forte responsabilisation, motivé par la nécessité de progresser plus avant vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) dans les cinq prochaines années, on observe un élan politique et programmatique croissant vers l'établissement de liens entre les services de santé sexuelle et reproductive (SSR) et les interventions liées au VIH. Les fondements de ce processus, établis depuis 2004ⁱ, sont indiscutables - la plupart des infections à VIH se transmettent par voie sexuelle, ou sont associées à la grossesse, à la naissance et à l'allaitement, et certaines infections sexuellement transmissibles (IST) accentuent le risque de transmission du VIH. En outre, la mauvaise santé sexuelle et reproductive et le VIH ont les mêmes origines, c'est à dire, les inégalités économiques, l'accès limité à des informations appropriées, les inégalités entre les sexes, les normes culturelles néfastes et la marginalisation sociale des populations les plus vulnérables.ⁱⁱ
2. La communauté internationale est sur le chemin de l'échéance de 2015, date où les progrès vers la réalisation des OMD seront finalement jugés. On reconnaît toujours plus que ces objectifs sont inextricablement liés, bien que les progrès soient encore insuffisamment fondés sur les possibilités de renforcer une riposte unifiée. Les données factuellesⁱⁱⁱ récentes montrent que le VIH est la principale cause de décès chez les femmes en âge de procréer, due en particulier à l'impact du VIH en Afrique subsaharienne qui contribue largement à la mortalité maternelle, et cela a une incidence sur l'ensemble des communautés en charge de la santé reproductive et du VIH. Ces données montrent que l'OMD 4 lié à la santé (santé infantile), l'OMD 5 (santé maternelle) et l'OMD 6 (sida) sont liés entre eux. A l'évidence, l'accès universel aux services de santé reproductive et à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH sont des objectifs communs. Ensemble, ils contribueront à, et ne pourront être réalisés sans, la réalisation de l'OMD 3 - égalité entre les sexes et autonomisation des femmes.
3. L'argument le plus convaincant en faveur de l'établissement de liens entre les services de SSR et les interventions liées au VIH repose probablement sur le concept de services répondant aux besoins des populations, en vertu duquel les systèmes de santé doivent être mis à la disposition des populations quel que soit l'endroit où elles se trouvent. C'est la formule consacrée par la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires qui recommande de « rapprocher le plus possible les soins de santé des lieux de vie et de travail des populations en tant que premier élément d'un continuum de soins de santé ».iv Qu'il s'agisse d'offrir des services de planification familiale pour autonomiser les femmes, de dispenser l'éducation complète à la sexualité aux garçons et aux filles, de prévenir le mariage des enfants, d'éliminer la violence sexiste, de gérer les infections sexuellement transmissibles, de garantir l'accès aux préservatifs masculin et féminin en vue d'une double protection (contre le VIH et les IST et les grossesses non désirées), ou de fournir des traitements antirétroviraux en même temps que le dépistage du cancer du col utérin, il est indispensable que des politiques soient en place pour appuyer ce type d'approches intégrées. Pourtant, beaucoup trop souvent, la « verticalisation » des programmes liés au VIH et à la SSR (à la fois au niveau national et concernant les priorités de financement des donateurs) n'appuie pas cet alignement logique. En conséquence, cette mauvaise gestion conduit souvent à compartimenter les activités, à leur chevauchement et à une plus forte stigmatisation.
4. C'est à la suite de l'Appel à l'action de Glion en 2004 sur la planification familiale et le VIH/sida chez les femmes et les enfants,v et de l'Appel de New York à l'engagement :

Etablir une relation entre le VIH/sida et la santé sexuelle et reproductive, vi que le concept des liens fondamentaux entre ces deux secteurs a été mis au point, les droits de l'homme constituant la pierre angulaire de la riposte commune. D'autres engagements internationaux ont suivi. vii Le respect des droits de l'homme fait partie intégrante des programmes visant à établir ces liens, en particulier les droits de l'homme des personnes vivant avec le VIH, des populations clés, viii des femmes et des filles. La stigmatisation et la discrimination liées à la SSR et au VIH à l'égard des populations vulnérables telles que les jeunes - en particulier les jeunes femmes et les filles, et des groupes marginalisés comme les personnes transsexuelles, les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables et les personnes vivant avec le VIH – empêchent ces populations de jouir pleinement de leurs droits élémentaires et à la santé.

5. Le Programme d'action de 1994, approuvé à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), est un document consensuel qui marque un tournant dans les progrès accomplis vers le respect des droits des femmes. Après d'importantes modifications, c'est aujourd'hui un programme ambitieux qui a pour objectif de faire progresser la santé sexuelle et reproductive et les droits humains des femmes et des filles. Le programme de la CIPD est parfaitement reflété dans l'agenda visant à établir une relation entre SSR et VIH, dans la mesure où il s'attache essentiellement à remédier aux problèmes rencontrés par les femmes et les filles - qu'il s'agisse de s'attaquer à la violence sexiste, de prévenir la transmission mère – enfant du VIH, ou de faire progresser le taux d'achèvement des cycles scolaires. On continue d'apporter un soutien important pour faire participer les groupes de femmes à l'élaboration d'approches politiques et programmatiques de ces liens ; l'égalité entre les sexes est clairement l'objectif premier de ces liens.
6. Pour s'attaquer aux facteurs structurels ayant une incidence sur le VIH et la SSR, comme l'égalité entre les sexes, l'éducation, et la stabilité économique, les ripostes efficaces - à court et long terme - doivent dépasser le champ des points où seront dispensés les soins de santé. Etablir une relation entre les services de SSR et liés au VIH nécessite de s'attacher aux questions touchant les droits de l'homme et le développement, par exemple, l'âge du consentement pour accéder aux services de SSR et liés au VIH, la violence sexiste, le mariage des enfants, l'éducation à la sexualité, l'éducation des filles, et la participation élargie des populations clés à la planification, à la mise en oeuvre et au suivi. Les interventions efficaces pour s'attaquer à ces problèmes requièrent une riposte multisectorielle solide, passant notamment par des réformes politiques et juridiques. La détermination des contours de l'intervention pour établir une relation entre les services de SSR et liés au VIH a fait apparaître une distinction entre liens et intégration.^{ix}

Liens: Synergie bidirectionnelle dans les politiques, programmes, services et mobilisation entre SSR et VIH. Ce concept relève de l'approche fondée sur les droits de l'homme en général, de laquelle l'intégration des services est un sous-ensemble.^x

Intégration: Il s'agit des différents types de services de santé sexuelle et reproductive et liés au VIH ou programmes opérationnels pouvant être combinés pour garantir et maximaliser potentiellement des résultats collectifs. Cela pourrait inclure les renvois d'un service à l'autre, par exemple. Ce concept est fondé sur les besoins de services complets et intégrés.^{xi}

7. C'est l'axe à deux directions, en vertu duquel les communautés en charge de la SSR et du VIH couvrent les aspects pertinents des programmes des unes et des autres, qui caractérise le processus d'établissement de liens entre les deux domaines. Il est par conséquent impératif que les interventions intégrées influent favorablement sur les résultats, aussi bien en matière de SSR que de VIH. Les interventions possibles sont notamment les

suivantes, sans toutefois s'y limiter : planification familiale fondée sur les droits dans le contexte des programmes de prévention de la transmission mère – enfant du VIH, mettre fin à la violence sexiste et au mariage des enfants, offrir le conseil et test VIH volontaires dans le cadre des soins prénataux, promouvoir l'usage du préservatif dans le cadre des programmes de planification familiale, la dispense de l'éducation complète à la sexualité pour les jeunes. Néanmoins, en dépit des avantages mutuellement profitables possibles, les interventions intégrées ne sont pas encore systématiquement envisagées. L'élaboration de programmes liés au VIH et à la SSR est encore largement verticale et il n'a pas encore été établi de liens entre les deux secteurs. Plusieurs facteurs contribuent à cette situation, notamment les suivants :

- La nécessité de mettre en place, dès le début de l'épidémie du VIH, une riposte d'urgence pour faire face à l'envergure et à la gravité de l'impact de l'épidémie dans les pays en développement.
 - Les causes profondes de l'épidémie du VIH laissent à penser que les clients « traditionnels » des services de SSR ne sont pas les mêmes que les clients « au risque le plus élevé » qui fréquentent les services liés au VIH.
 - L'émergence de financements que les donateurs accordent à des secteurs prioritaires qui diffèrent les uns des autres, alors qu'il faudrait se concentrer sur les bénéficiaires potentiels des interventions pour la population et sur le renforcement des systèmes de santé en général.
 - La création d'unités liées au VIH séparées des unités consacrées à la santé sexuelle et reproductive a conduit à négliger largement les besoins des personnes vivant avec le VIH en matière de santé sexuelle et reproductive.
 - L'idée selon laquelle la prévention du VIH et les traitements et les soins du VIH nécessitent des interventions strictement séparées signifie que la communauté en charge de la SSR ne dispense pas le traitement ARV.
 - Beaucoup de prestataires de services de santé sexuelle et reproductive pensent que le VIH nécessite une formation et des compétences spécialisées qui n'entrent pas dans le champ de la santé sexuelle et reproductive.
8. En dépit de la crise financière actuelle et de la baisse des fonds accordés par les donateurs, un certain nombre d'initiatives sanitaires au niveau mondial sont en cours pour appuyer les processus nationaux - notamment la stratégie PEPFAR-2, l'initiative mondiale des États-Unis en matière de santé, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le Partenariat international pour la santé, le Partenariat des Nations Unies pour la santé, l'initiative mondiale du Secrétaire général de l'ONU pour la santé des femmes et des enfants, et la plate-forme pour le renforcement des systèmes de santé de la Banque mondiale. Ces initiatives reconnaissent l'importance d'appuyer l'agenda visant à établir une relation entre les services pertinents, et de contribuer au renforcement des systèmes de santé.

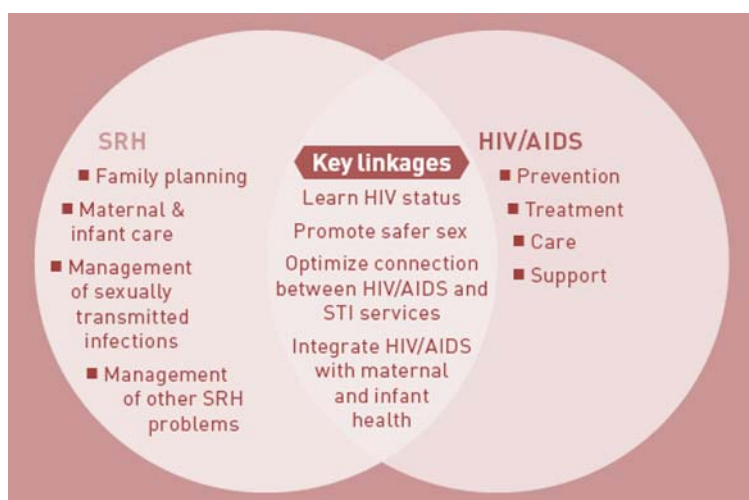


Figure 1: Cadre d'établissement de liens prioritaires entre la santé sexuelle reproductive et le VIH^{xii}

SSR	Liens essentiels	VIH/sida
<ul style="list-style-type: none"> • Planification familiale • Soins maternels et infantiles • Gestion des infections sexuellement transmissibles • Gestion d'autres problèmes de SSR 	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître le statut VIH • Promouvoir des rapports sexuels à moindre risque • Optimiser les liens entre services liés au VIH/sida et aux IST • Intégrer la question du VIH/sida à la santé maternelle et infantile 	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention • Traitement • Soins • Soutien

9. Les programmes et politiques de santé sexuelle et reproductive recouvrent la planification familiale, la santé maternelle et infantile, les IST, les infections de l'appareil génital, la promotion de la santé sexuelle, la prévention et la gestion de la violence sexiste, la prévention des avortements dans des conditions dangereuses, et la gestion des soins post-avortement.^{xiii} Bien que le VIH puisse être considéré comme un élément intrinsèque d'une intervention globale en matière de SSR, les programmes et les services liés au VIH et à la SSR sont souvent mis au point en parallèle, pour les raisons susmentionnées. En outre, les aspects concernant le VIH ne peuvent pas tous être couverts de façon appropriée dans le cadre des services de SSR séparés, en grande partie à cause de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH et aux populations clés historiquement associées à la maladie. Les gouvernements nationaux ont articulé différemment leurs interventions liées au VIH et à la SSR ; par exemple, dans certains pays, le VIH est un sous-élément des IST et relève des maladies infectieuses plutôt que de la SSR. Le cadre établi ci-dessus concernant les services de SSR et liés au VIH (Figure 1) reconnaît ces points de vue différents et les structures en découlant ; le cadre offre une structure souple qui permet d'appuyer tous les types d'interventions nationales visant à établir des liens entre ces secteurs.
10. L'ONUSIDA a mis au point dernièrement son approche stratégique de lutte contre l'épidémie de sida, par le biais d'une action conjointe en vue de résultats : Cadre de résultats de l'ONUSIDA pour 2009-2011. Ce cadre a été établi pour appuyer l'accès universel et contribuer à la réalisation des OMD, en orientant les investissements et la responsabilisation dans 10 secteurs prioritaires : 1) réduire la transmission sexuelle du VIH ; 2) empêcher que les mères meurent et que leurs bébés soient infectés par le VIH ; 3) faire

en sorte que les personnes vivant avec le VIH bénéficient d'un traitement ; 4) éviter que les personnes vivant avec le VIH meurent de la tuberculose ; 5) protéger les consommateurs de drogue contre l'infection ; 6) donner les moyens aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, aux professionnel(le)s du sexe, aux personnes transsexuelles de se protéger eux-mêmes contre l'infection à VIH et leur permettre d'accéder pleinement à la thérapie antirétrovirale ; 7) éliminer les lois, les politiques, les pratiques répressives, la stigmatisation et la discrimination qui bloquent les ripostes efficaces au sida ; 8) répondre aux besoins des femmes et des filles et mettre un terme à la violence sexuelle et sexiste ; 9) donner aux jeunes les moyens de se protéger contre le VIH ; et 10) renforcer la protection sociale en faveur des personnes infectées par le VIH. La relation entre les services de SSR et liés au VIH est essentielle si l'on veut se consacrer à ces 10 priorités. S'attaquer à la transmission sexuelle pour prévenir le VIH est fondamentale et justifie les liens à établir entre SSR et VIH, dans la mesure où la sexualité, les rapports sexuels à moindre risque et l'usage du préservatif sont des aspects essentiels de ces deux domaines. La prévention de la transmission mère - enfant du VIH est l'un des piliers du processus d'établissement de liens, et l'exemple même du point où se rejoignent les OMD 4, 5 et 6 sous la forme de services complets de santé maternelle. Autonomiser les jeunes, les personnes vivant avec le VIH et les populations clés, et répondre à leurs besoins en la matière, constituent le cœur du programme d'établissement de liens entre ces services, ainsi qu'un élément indispensable à la réalisation des objectifs communs de l'accès universel en matière de SSR et de VIH. Et c'est sur la relation entre SSR, égalité des sexes et droits de l'homme que se fonde la nécessité de répondre aux besoins des femmes et des filles en matière de VIH, et de mettre un terme à la violence sexuelle et sexiste à leur égard.

11. Le présent document entend encourager une compréhension commune des concepts et principes clés de l'établissement de liens entre SSR et VIH ; situer l'agenda visant à établir des liens dans le contexte actuel pour le développement ; présenter des données factuelles actualisées sur le sujet ; articuler pleinement les liens à la lumière des droits de l'homme ; faire connaître les expériences pratiques des services intégrés dans les pays ; et stimuler une discussion sincère sur les moyens de renforcer les liens entre les services et de maintenir l'élan actuellement donné en la matière.

B. Principes en action: rendre les liens fonctionnels

12. Pour que les communautés en charge de la SSR et du VIH parviennent à une compréhension commune des liens à établir entre les interventions liées à la SSR et au VIH, et pour veiller à ce que ces liens se fondent sur une approche axée sur les droits de l'homme, des principes généraux visant à une action commune ont été mis au point. L'un des principaux obstacles entravant l'établissement de liens entre ces secteurs réside dans les différentes perceptions et connaissances des principes ayant motivé les activités de chacune des parties. Les principes suivants ont été mis au point en 2009 par les communautés en charge de la SSR et du VIH, et reflètent le consensus sur les principaux fondements philosophiques et engagements sur la base desquels les liens entre les interventions doivent être établis:^{xiv}

1. **S'attaquer aux facteurs structurels** : il faut s'attaquer aux causes profondes du VIH et à la mauvaise santé sexuelle et reproductive. Cela requiert de prendre des mesures pour réduire la pauvreté, assurer l'égalité d'accès aux principaux services de santé et élargir l'accès aux informations et aux possibilités éducatives.

2. **Se concentrer sur les droits de l'homme et les sexospécificités** : il faut se pencher en particulier sur la santé sexuelle et reproductive et les droits de l'homme de toutes les personnes, y compris les femmes et les hommes vivant avec le VIH, ainsi que sur les droits des populations marginalisées comme les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et les professionnel(le)s du sexe. Des politiques tenant compte des sexospécificités et visant à parvenir à l'égalité entre les sexes et à éliminer la violence sexiste sont aussi nécessaires.
3. **Promouvoir une riposte coordonnée et cohérente** : orienter l'attention sur les priorités de SSR dans le cadre d'une riposte coordonnée et cohérente au VIH, fondée sur le principe d'un cadre d'action national unique contre le VIH, une instance nationale de coordination de la lutte contre le VIH à représentation large et multisectorielle, ainsi que sur un système de suivi et d'évaluation à l'échelon pays (Trois principes).
4. **Participation significative des personnes vivant avec le VIH** : les hommes et les femmes vivant avec le VIH doivent participer pleinement à la conception, la mise en oeuvre et l'évaluation des politiques et des programmes, ainsi qu'à la recherche touchant leur vie.
5. **Favoriser la participation communautaire** : les jeunes, les populations vulnérables clés et la communauté en général constituent des partenaires indispensables à une riposte appropriée, permettant de relever les défis identifiés et de répondre aux besoins des personnes et des communautés affectées.
6. **Réduire la stigmatisation et la discrimination** : il est urgent de mettre en place des mesures juridiques et politiques plus dynamiques pour protéger les personnes vivant avec le VIH et les populations vulnérables contre la discrimination.
7. **Reconnaître le caractère fondamental de la sexualité** : la sexualité est un élément essentiel à la vie humaine et au bien-être de l'individu, de la famille et des communautés.

C. Données factuelles sur les effets bénéfiques des liens établis : recherche et résultats

13. L'établissement de liens bidirectionnels entre les politiques et programmes liés à la SSR et au VIH peut avoir des répercussions positives sur la santé publique, la situation socio-économique et les individus. L'élan visant à établir une relation entre SSR et VIH a été impulsé par les communautés des deux secteurs et se caractérise par une motivation tant commune qu'individuelle. Globalement, les liens établis devraient produire les résultats mutuellement positifs suivants:^{xv}

- Accès élargi aux principaux services liés au VIH et à la SSR et fréquentation accrue de ces services
- Meilleure accessibilité des personnes vivant avec le VIH aux services de SSR adaptés à leurs besoins
- Réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH
- Couverture élargie aux populations non desservies/vulnérables/clés
- Meilleur appui en faveur d'une double protection
- Meilleure qualité des soins
- Moins d'activités redondantes et de concurrence face à des ressources limitées
- Meilleure compréhension et plus grand respect des droits des individus
- Complémentarités des cadres juridiques et politiques se renforçant mutuellement
- Efficacité et efficience accrues des programmes

- Meilleure utilisation des ressources humaines limitées pour la santé

La relation entre les services liés au VIH et à la SSR est particulièrement profitable aux personnes vivant avec le VIH puisque :

- Cela permet aux personnes vivant avec le VIH d'accéder à la fois aux services liés au VIH et à la SSR au même endroit ou dans le même centre, ce qui accroît les possibilités de dispenser un continuum de soins à ces personnes sans les renvoyer vers des centres extérieurs.
- Cela accroît l'étendue des services cliniques dispensés en dehors du traitement et des soins liés au VIH, et couvre la gestion et le traitement des infections sexuellement transmissibles, la syphilis congénitale, la planification familiale, le dépistage et le traitement du cancer du col du utérin, le traitement contre la stérilité, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et autres services connexes.
- Cela fait baisser la fréquence et le coût des rendez-vous pour la santé - dans la mesure où cela réduit la nécessité de prendre sur le temps de travail pour aller au rendez-vous, les frais de transport, etc.
- Cela pourrait contribuer à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, puisque le service lié au VIH serait « normalisé » en tant que service principal intégré au dispensaire.
- Cela élargit la couverture aux populations marginalisées et mal desservies.
- Cela pourrait encourager la multiplicité des interventions fondées sur les droits pour répondre aux besoins spéciaux des personnes vivant avec le VIH.

14. Si l'on admet généralement que les liens entre les politiques et programmes liés à la SSR et au VIH vont dans le bon sens, beaucoup de gouvernements nationaux et de donateurs attendent d'avoir des données factuelles solides pour investir davantage dans la dispense de services intégrés. Néanmoins, peu de recherches ont été conduites sur les bénéfices de cette approche, en dépit de l'intégration de services liés à la fois à la SSR et au VIH dans de nombreux milieux sur une longue période de temps, à un niveau plutôt régional.
15. Etablir une relation entre SSR et VIH est une entreprise de grande envergure, couvrant les secteurs juridique et politique, comme par exemple : l'âge du consentement relatif à l'accès aux services, la criminalisation, et les stratégies nationales en matière de SSR et de VIH ; faire face aux problèmes systémiques concernant les partenariats, le financement, le renforcement des capacités, les mécanismes de coordination, et la sécurité des produits ; et la dispense de toute la gamme de services liés à la SSR (santé maternelle, planification familiale, IST et violence sexiste, prévention et gestion, et autres problèmes liés à la santé reproductive) et services liés au VIH (prévention, traitement, soins et soutien). Les clients de ces services sont aussi diversifiés, et recouvrent les femmes en âge de procréer et leurs partenaires, les jeunes, les personnes vivant avec le VIH et les populations clés. C'est pourquoi, il est difficile de collecter des données factuelles pour l'ensemble de ce secteur. Des études individuelles ont été conduites sur certains aspects du processus d'établissement de liens, dont les méthodologies et la viabilité diffèrent. A ce jour, un seul examen systématique du type Cochrane a été conduit, et celui-ci présente également des limites méthodologiques ainsi que d'importantes insuffisances en matière de recherche. L'établissement de liens en tant que champ disciplinaire est relativement récent et c'est un secteur en évolution ; comme l'indique l'examen Cochrane présenté ci-dessous, les examens n'ont pas été spécifiquement conçus pour évaluer les liens en soi ; par exemple, il

n'y a pas de comparaison possibles entre les services intégrés et les services non intégrés ; les études concernant l'impact nécessitent un investissement à long terme, et les études sur les aspects politiques des liens à établir sont moins fréquentes, bien que non moins importantes.

16. Si quelques études choisies sont exposées dans ce document, plusieurs secteurs relevant de l'établissement de liens ont été étudiés, par exemple :

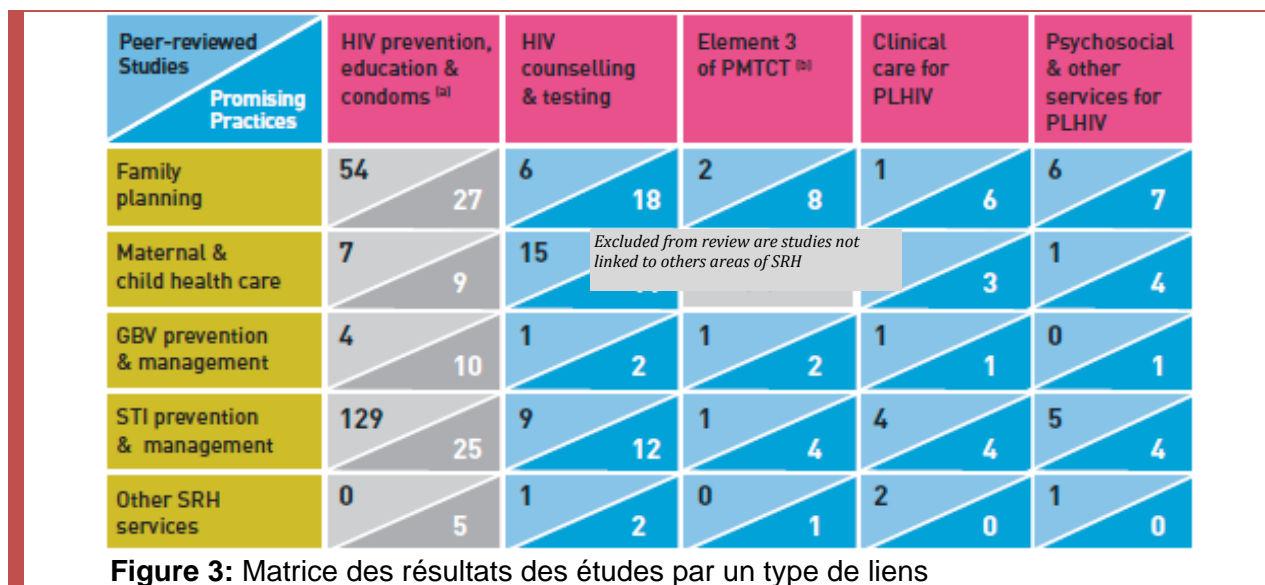
- Etablissement de liens entre les interventions visant les jeunes^{xvi}
- Violence sexiste et VIH^{xvii}
- Médicaments antirétroviraux et santé maternelle^{xviii}
- Usage du préservatif à double protection pour prévenir les grossesses non désirées et les IST/le VIH^{xix}
- Intentions de fécondité chez les femmes vivant avec le VIH^{xx}
- Aspects choisis de l'intégration de services de SSR et liés au VIH^{xxi}

17. Afin de mieux comprendre l'efficacité, les circonstances optimales, les meilleures pratiques et les tendances possibles en matière de renforcement des services intégrés de SSR et liés au VIH, un examen systématique des documents publiés entre 1990 et 2007 a été conduit en 2008. Les questions mentionnées ci-dessous ont orienté l'examen systématique :

- Quels sont les liens actuellement évalués ?
- Quels résultats ces liens produisent-ils ?
- Quels sont les types de liens les plus efficaces et dans quel contexte ?
- Quelles sont les insuffisances actuelles en matière de recherche ?
- De quelle façon devrait-on renforcer les politiques et les programmes ?

Examen systématique de la relation entre SSR et VIH^{xxii}

Afin de connaître les dernières initiatives novatrices en matière d'établissement de liens, cet examen systématique ne se limite pas à un examen critique par les pairs, mais couvre également les « pratiques prometteuses », (documentation « grise » ou non examinée par les pairs). Au total, 58 études (35 examinées par les pairs et 23 pratiques prometteuses) remplitaient les critères permettant une analyse plus approfondie.



Études examinées par les pairs/pratiques prometteuses	Prévention du VIH, éducation et préservatif (a)	Conseil et test VIH	Élément 3 de la PTME (b)	Soins cliniques pour les PVVS	Services psychologiques et autres pour les PVVS
Planification familiale					
Soins de santé maternelle et infantile			<i>Les études qui ne sont pas liées à d'autres secteurs de SSR n'ont pas fait l'objet de l'examen</i>		
Prévention et gestion de la violence sexiste					
Autres services de SSR					

Les chiffres indiqués dans chaque colonne de la matrice représentent le nombre d'études répondant aux critères d'inclusion par types de liens. Les études couvrant l'intégration des services de prévention du VIH, l'éducation et les préservatifs aux services de SSR (première colonne) ne figurent pas dans l'analyse finale, puisqu'elles ont fait l'objet d'examens séparés. Plusieurs études couvraient des liens multiples, par conséquent, le nombre de liens indiqué dans la matrice dépasse le nombre total des études conduites.

Résultats de l'étude ayant pour objectif de répondre aux principales questions de la recherche sur les avantages potentiels des liens établis :

- En dépit de la diversité des milieux et des clients, la plupart des études ont permis d'observer de meilleurs résultats, et pour quelques études seulement, les résultats étaient mitigés.
- Beaucoup d'études ont démontré des progrès ou des améliorations dans :
 - l'accès aux services et la fréquentation de ces services, notamment pour le dépistage du VIH
 - les résultats sanitaires et comportementaux^{xxiii}
 - l'usage du préservatif
 - les connaissances sur le VIH et les infections sexuellement transmissibles
 - la qualité globale des services
- L'établissement d'une relation entre SSR et VIH semble être bénéfique et faisable, en particulier dans :
 - les dispensaires de planification familiale
 - les centres de conseil et test VIH
 - les dispensaires liés au VIH
- Les interventions visant à la formation des prestataires ont été couronnées de succès et ont permis d'accroître leurs connaissances, de les inciter à adopter un comportement plus positif, le tout conduisant à de meilleurs services de SSR et liés au VIH.
- Une analyse préliminaire des études de rentabilité laisse à penser que des économies nettes ont été dégagées de l'intégration de services de prévention du VIH/des IST aux services de santé maternelle et infantile.^{xxiv,xxv}

Rentabilité des services intégrés

18. L'un des bénéfices potentiels de l'intégration de services est l'économie réalisée sur le fonctionnement des services intégrés - par exemple, grâce à la multiplicité des tâches, l'équipement commun, le renvoi justifié. Elargir la couverture pourrait accroître l'impact des résultats et permettre de compenser les coûts de démarrage élevés.

Rentabilité de l'intégration des services d'IST, de prévention, de soins, de traitement en matière de VIH aux services de planification familiale : examen des documents^{xxvi}

On part souvent du principe que l'intégration des services liés aux IST/VIH aux services de planification familiale/santé maternelle et infantile pourrait être rentable grâce au partage des frais liés aux personnel, locaux, l'équipement et autres frais administratifs et généraux^{xxvii}. En effet, selon l'examen de plusieurs rapports, l'intégration des services pourrait conduire à réaliser des économies^{xxviii}. Les données fiables sur la rentabilité demeurent néanmoins peu abondantes. Trois études sur la rentabilité ont été identifiées. La première, conduite en Inde, a démontré la réalisation d'économies importantes en raison du nombre relativement élevé de

clients (37 pour cent) ayant accédé à plusieurs services.^{xxxix} Une étude sud-africaine a montré que la rentabilité était meilleure lorsque le personnel du dispensaire avait le temps de réaliser le test VIH à tous les clients.^{xxx} Selon une étude réalisée au Kenya, l'association du test VIH au service de planification familiale ne faisait augmenter les frais que marginalement ; les frais combinés représentaient moins de la moitié des frais estimés de centres séparés de conseil et test volontaires.^{xxxi} Deux études ont indiqué qu'il était important pour le personnel de disposer de temps avant l'intégration des services pour pouvoir obtenir une meilleure rentabilité ou productivité après l'intégration de nouveaux services.^{xxxii, xxxiii} . En conclusion, des recherches plus approfondies sont nécessaires pour mieux comprendre les avantages financiers de relier les services.

19. Des modèles récents ont démontré la rentabilité et un impact général accru de la mise en oeuvre du pilier 2 de la PTME - prévenir les grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH - en reliant les programmes de planification familiale à la PTME.^{xxxiv, xxxv}

Interventions intégrées pour les jeunes^{xxxvi}

20. Un examen systématique de 80 études a été entrepris pour évaluer l'efficacité des différentes interventions de prévention du VIH pour les jeunes dans les écoles, les services de santé, les médias et les communautés. Les interventions suivantes ont été considérées comme « satisfaisantes » et « prêtes » à être largement mises en oeuvre, et à avoir un impact sur le renforcement des liens entre les informations et les services de SSR et liés au VIH pour les jeunes.

- **Dans les écoles** : les interventions menées dans le cadre des programmes scolaires qui recouvrent l'éducation à la sexualité, dirigée par des adultes, sur la base des critères de qualité définis, peuvent avoir un impact sur les connaissances, les compétences et les comportements
- **Dans les services de santé** : les interventions peuvent élargir l'accessibilité de ces services aux jeunes, pour autant que les prestataires de services soient formés, que des changements soient apportés aux locaux de manière à les adapter aux adolescents, et que la demande et l'appui aient été suscités au sein des communautés par le biais de mesures prises dans les communautés
- **Dans les médias** : les interventions peuvent avoir un impact sur les connaissances et les comportements si différents médias participent à ces interventions, par exemple, la télévision et la radio appuyés par d'autres médias comme la presse écrite, et si elles abordent explicitement les questions sensibles telles que le comportement sexuel, et font passer les messages en s'adaptant aux sensibilités culturelles
- **Dans les communautés** : les interventions ciblant spécifiquement les jeunes peuvent conduire à accroître les connaissances et les compétences et peuvent être mises en oeuvre par l'intermédiaire des organisations et des structures existantes
- **Pour les jeunes au risque le plus élevé** : les interventions qui permettent de communiquer des informations et de fournir des services en matière de SSR et de VIH par le biais d'installations fixes et de proximité sont les plus efficaces pour atteindre les jeunes au risque le plus élevé de contracter le VIH, par exemple, les jeunes professionnel(le)s du sexe, les jeunes consommateurs de drogues injectables ou les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Violence sexiste et VIH^{xxxvii}

21. La violence sexiste est contraire aux droits de l'homme. La prévention et la gestion de la violence sexiste est un élément essentiel de la SSR, notamment l'accès à la dimension

juridique et à la justice sociale, ainsi qu'aux services sanitaires connexes comme la contraception d'urgence, la prophylaxie post-exposition au VIH, et les conseils psychosociaux, notamment pour les survivants de la violence sexuelle. La violence sexuelle et le VIH ont des éléments communs. La plupart des études conduites sur le sujet montrent que la violence sexiste ou la crainte qu'elle ne se manifeste entrave la capacité des individus à négocier des relations sexuelles à moindre risque ou à les refuser. Des données factuelles montrent aussi que, s'il n'y a pas forcément de relation causale, les personnes ayant subi des agressions sexuelles dans leur enfance prennent généralement davantage de risques en matière de sexualité et cela peut faire augmenter le risque d'infection à VIH. Des données montrent également que le fait de vivre avec le VIH peut constituer un facteur de risque de subir la violence sexiste, car des études ont démontré un niveau de violence accrue après la révélation du statut VIH ou même après la révélation du dépistage du VIH.

Programmes de recherche en matière de liens

22. À ce jour, il y a encore certains secteurs où l'on comprend mal l'action et les recherches opérationnelles rigoureuses nécessaires. Il s'agit entre autres des questions suivantes :

- Quels sont les meilleurs modèles d'intégration dans des milieux spécifiques
- Impact des liens entre les services (par exemple, sur les besoins non satisfaits de planification familiale, incidence en matière de VIH, etc.)
- Rentabilité de relier les interventions de SSR à celles liées au VIH
- Comment faire participer les hommes et les garçons aux interventions liées au VIH et à la SSR
- Impact des liens établis entre les services de SSR et liés au VIH sur la stigmatisation et la discrimination
- Quelles sont les mesures d'incitation des prestataires de services pour relier les services
- Services complets de SSR pour les personnes vivant avec le VIH, y compris la planification de grossesses à moindre risque et désirées et pour faire face aux grossesses non désirées, en particulier dans les milieux où l'accès à la gamme complète des services de SSR est limité
- Optimiser l'accessibilité des services dans les circonstances difficiles, notamment dans les ripostes humanitaires, les milieux où les pratiques culturelles sont diversifiées, et pour les survivants de la violence sexuelle.

D. Relation entre les services dans la pratique : appliquer les enseignements tirés

23. La mise en oeuvre de l'agenda pour établir une relation entre SSR et VIH passe par un changement dans la façon dont les parties prenantes, à la fois au sein de la communauté en charge de la SSR et de celle du VIH, travaillent ensemble sur le terrain. Par la force des choses, ces deux secteurs sont souvent compartimentés et se font concurrence face à des ressources peu abondantes, alors qu'ils devraient être encouragés activement à tirer mutuellement profit de leurs synergies naturelles. Pour exploiter pleinement les bénéfices potentiels d'une relation entre VIH et SSR, il faut modifier la façon d'agir au quotidien, par exemple :
- Les gouvernements nationaux semblent souvent disposer de conseils nationaux de lutte contre le sida et de mécanismes nationaux de coordination bien organisés pour gérer les subventions accordées par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, mais ces dispositifs ne permettent pas d'appuyer d'autres initiatives prioritaires comme la SSR ;
 - Les donateurs qui continuent d'appuyer, sous certaines conditions, des interventions séparées n'ayant pas de liens avec d'autres secteurs sont en partie responsables de l'instauration d'un système à double voie dans les pays où l'agenda en matière de VIH est clairement séparé de l'agenda pour la SSR, en particulier concernant les interventions pour la santé maternelle et infantile ; et
 - Il est particulièrement difficile de répondre aux besoins de SSR des personnes vivant avec le VIH et des populations clés dans les pays où l'épidémie est concentrée et de faible ampleur, car les lois, les politiques et les systèmes de santé en place ne sont pas assez adaptés en la matière.
24. Etablir une relation entre les politiques et les pratiques liées à la santé sexuelle et reproductive et au VIH offre une occasion unique à toutes les parties prenantes concernées, notamment le système des Nations Unies ; les décideurs au niveau national ; la communauté des donateurs ; les gestionnaires de programmes au niveau national (SSR et VIH) ; les politiciens ; les chercheurs et la société civile d'œuvrer ensemble pour relever un éventail de défis qui permettront de renforcer des interventions unifiées.
25. La conduite des activités pour établir des liens ne relève pas uniquement du mandat des responsables de la SSR. La communauté en charge du VIH doit aussi soutenir et orienter l'agenda en la matière, et les réseaux de personnes vivant avec le VIH jouent un rôle de chef de file de plus en plus actif dans ce processus, et contribuent à définir proactivement le type d'interventions qui permettrait de respecter leurs droits et de répondre à leurs besoins en SSR.^{xxxviii} De même, les acteurs de différents secteurs - l'éducation, le monde du travail, le secteur privé - doivent s'engager fermement à s'attacher aux différents aspects de la relation entre SSR et VIH.
26. En dépit des nombreux défis programmatiques et politiques à relever, des progrès ont été accomplis dans l'agenda visant à établir une relation entre les deux secteurs.

Les facteurs qui ont permis de promouvoir la relation entre SSR et VIH sont entre autres les suivants :^{xxxix}

- Attitudes positives et bonnes pratiques de la part des prestataires de services et du personnel
- Engagement institutionnel à renforcer conjointement et en permanence les capacités

- Participation active de la communauté et du gouvernement aux phases de planification et de mise en oeuvre
- Multiplication des services qu'il est facile de fournir et qui ne font augmenter que dans une faible mesure le coût des services existants
- Mise en place d'un environnement exempt de stigmatisation pour fournir les services
- Participation de partenaires masculins et engagement des populations clés.

Les facteurs empêchant d'établir une relation entre SSR et VIH sont entre autres les suivants :^{xi}

- Manque d'engagement des parties prenantes
- Financement non durable des activités renforcées visant à établir des liens entre SSR et VIH
- Dispensaires disposant d'effectifs insuffisants ou manquant de dynamisme, ou connaissant une forte rotation du personnel
- Manque de capacité de développement du personnel et des prestataires de services ; inadéquation des infrastructures, des équipements et des produits
- Les femmes ne disposent pas des moyens suffisants pour prendre des décisions en matière de SSR ; problèmes culturels et liés à l'alphabétisation
- Faits sociaux néfastes, notamment la violence domestique ; les programmes mal gérés et insuffisamment supervisés, et les attitudes stigmatisantes empêchent un large éventail de clients potentiels de fréquenter ces services.

27. Les raisons et les modalités d'établissement d'une relation entre SSR et VIH sont évidentes et largement admises. Néanmoins, en dépit de cette relation clairement définie, les responsables de la planification des soins de santé et de la fourniture de services font face à un certain nombre de défis en matière de politique et de services, entre autres les suivants :

- Veiller à ce que l'intégration des nouveaux services ne surcharge pas les services existants, de manière à ne pas compromettre la qualité des services, et garantir que l'intégration des nouveaux services renforce réellement les soins de santé en général
- Gérer toute surcharge potentielle de travail pour le personnel qui prend la responsabilité de nouvelles tâches ou du changement de tâches
- Accorder l'augmentation des coûts initiaux lors de l'établissement de services intégrés et de la formation du personnel
- Lutter contre la stigmatisation et la discrimination au sein et à l'égard des prestataires de services de soins de santé, car ces deux aspects peuvent affaiblir l'efficacité des services intégrés quelle que soit leur efficacité dans d'autres domaines
- Adapter les services pour attirer et faire participer les hommes, qui voient généralement la santé sexuelle et reproductive, et en particulier la planification familiale, comme des « affaires de femmes » [par exemple, intégrer la question de la circoncision masculine aux informations et services liés à la SSR et les associer aux services de prévention du VIH]
- Atteindre les populations les plus vulnérables mais les moins susceptibles d'accéder à ces services, telles que les jeunes et les populations clés
- Dispenser une formation spéciale et un appui permanent au personnel, de manière à répondre efficacement aux besoins complexes de santé sexuelle et reproductive des personnes séropositives
- Encourager les donateurs à passer du financement de services parallèles au financement de services intégrés, et à appuyer également les politiques et les services intégrés.

28. Les aspects structurels, politiques et liés à la fourniture des services relevant de l'agenda visant à établir une relation entre SSR et VIH n'ont pas été abordés de façon unifiée - et trop souvent, au risque de ne pas se concentrer sur les questions les plus exigeantes, certains aspects du processus étant abordés de façon plus complète que d'autres. L'absence d'indicateurs suffisamment sensibles qui pourraient saisir avec précision les résultats spécifiquement produits par la relation établie entre les deux secteurs est un problème. Malgré ces obstacles, les choses commencent à changer et on observe certains exemples aux niveaux national, régional et international de premières mesures prises pour établir une relation entre SSR et VIH dans différents secteurs – a) fourniture de systèmes intégrés, b) renforcement des systèmes de santé, et c) mesures politiques.

a) Intégration de services

Intégrer des services de SSR aux services liés au VIH, c'est reconnaître l'importance de donner les moyens aux individus de faire des choix en toute connaissance de cause sur leur santé sexuelle et reproductive, et le rôle crucial que la sexualité joue dans leur vie.

L'impératif moral et programmatique de relier les interventions liées au VIH à celles de SSR s'impose clairement. Le document de 2005 intitulé « Santé sexuelle et reproductive et le VIH/sida : un cadre de liens prioritaires »^{xlii} met en lumière quatre interventions stratégiques:

- i. Connaître le statut VIH et accéder aux services ;
- ii. Promouvoir des rapports sexuels à moindre risque et des pratiques plus saines ;
- iii. Optimiser la relation entre les services concernant le VIH et les IST ; et
- iv. Intégrer la question du VIH à la santé maternelle et infantile.

Des activités innovantes sur l'intégration au niveau national vont même au-delà du cadre susmentionné et beaucoup de dispensaires traditionnels de SSR proposent de plus en plus souvent des programmes visant à dispenser la thérapie antirétrovirale dans leurs services. Nombre de prestataires de services traditionnels en matière de VIH ont commencé à répondre aux besoins de SSR de leurs clients séropositifs. De même, d'autres secteurs comme le monde du travail et le secteur privé offrent de plus en plus de services intégrés. On observe aussi une tendance à mettre en place des interventions intégrées dans les crises humanitaires et les situations de conflits.

Le tableau ci-dessous donne des exemples de différents types d'intégration bidirectionnelle actuellement mis en oeuvre dans les programmes à travers le monde :

Services de SSR intégrés aux services liés au VIH	→	Services liés au VIH intégrés aux services de SSR	→
Planification familiale intégrée aux programmes de conseil et test VIH		Conseil et test VIH intégrés aux programmes de planification familiale	
Planification familiale intégrée aux programmes de prévention de la transmission mère – enfant du VIH		Conseil et test VIH intégrés aux soins prénataux, y compris pour la syphilis congénitale ^{xliii}	
Planification familiale intégrée aux programmes de traitement, soins et soutiens en matière de VIH		Traitement et soins du VIH intégrés aux interventions communautaires fondées sur la santé reproductive	

Gestion des IST, comprenant le dépistage du cancer du col utérin et autres cancers, intégrés aux traitements, soins et soutien en matière de VIH	Traitement et soins du VIH intégrés au centre de soins post-partum
Soins prénataux intégrés aux traitements, soins et soutien en matière de VIH	Thérapie antirétrovirale intégrée aux programmes liés aux services de SSR
Prévention de la violence à l'égard des femmes et des filles intégrée aux programmes de PTME	Promotion de la participation des hommes à la prévention du VIH intégrée aux services de SSR pour les hommes

Modèle d'intégration:

La définition d'un modèle optimal visant à l'intégration de services dépend de divers facteurs. À ce jour, les méthodes d'intégration de services couronnées de succès ont pris en compte les réalités auxquelles font face les différents prestataires de services sur le terrain. Qu'il s'agisse de fournir un ensemble de services liés à la SSR et au VIH par un seul prestataire ou des services de santé et autres services de haute qualité par l'intermédiaire d'un partenariat novateur, la réussite de l'intégration de services en matière de SSR et VIH dépend de la qualité et de l'efficacité de l'aiguillage.^{xliv} Il faut renforcer l'aiguillage pour garantir la prise en charge de la plupart des maladies opportunistes liées au VIH, notamment la tuberculose, le paludisme et l'hépatite ; et les problèmes liés à la SSR, comme la stérilité et le cancer du col utérin, doivent être prioritaires dans les services liés au VIH.

« Ce dispensaire intégré [*Family Life Association of Swaziland*] regroupe des services de planification familiale, de soins prénataux, de santé maternelle et infantile, de prévention de la transmission mère - enfant du VIH, de conseil et test VIH, et fournit également la thérapie antirétrovirale. Dans un avenir proche, j'espère voir de nombreux autres exemples d'approche intégrée du VIH ». (Michel Sidibé Directeur exécutif de l'ONUSIDA, Lettre aux partenaires : février 2010)

Répondre aux besoins de santé sexuelle et reproductive de différents groupes de populations :

Les besoins en santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH sont aussi variés que l'épidémie elle-même. Les problèmes rencontrés par les jeunes vivant avec le VIH lorsqu'ils commencent une nouvelle relation (révéler encore une fois leur statut VIH ; refus potentiels d'une relation sexuelle en raison de leur statut VIH, etc) sont très différents des problèmes rencontrés par les couples séropositifs susceptibles de vouloir un enfant (comportement des prestataires de services de soins de santé ; accessibilité aux services appropriés). Répondre aux besoins en SSR des personnes vivant avec le VIH peut signifier répondre à des problèmes allant des choix en matière de fécondité des femmes vivant avec le VIH aux priorités de santé sexuelle des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Fournir des services complets en dehors des dispensaires :

La réalité de la vie des individus implique de nombreux problèmes dépassant le champ des services de santé. C'est pourquoi, les services de santé constituent le point d'entrée pour aborder les questions de sécurité alimentaire, d'éducation et de microfinance. L'aiguillage doit par conséquent concerner les problèmes socio-économiques tels que l'autonomisation, la modification des rôles entre hommes et femmes pour améliorer les relations, la micro-

finance, le développement des compétences, les services juridiques, l'alimentation et l'accès au soutien psychosocial.

Les trois études de cas présentées ci-dessous sont tirées de la série « Une porte vers l'intégration » qui offre une analyse approfondie et uniformisée de différents modèles d'intégration de services mis en oeuvre au niveau national par des organisations non-gouvernementales, en partenariat avec les gouvernements nationaux et autres parties prenantes.

Études de cas 1: Une porte vers l'intégration : Conseil et test volontaires VIH – point d'entrée pour la mise en place de services complets de santé sexuelle et reproductive

Tous les services sont fournis dans le même centre ^{xlv}

Haïti est l'un des premiers pays à avoir connu l'épidémie de sida et compte parmi ceux qui affichent le taux le plus élevé d'infections à VIH dans le monde, en dehors de l'Afrique subsaharienne. GHESKIO a été la première organisation à intégrer les services de santé sexuelle et reproductive aux services liés au VIH, et dispose d'une vaste expérience en la matière.

La décision de GHESKIO d'offrir des services de santé sexuelle et reproductive intégrés aux programmes liés au VIH existants, au même endroit, a été en partie motivée par les facteurs suivants :

- La plupart des infections à VIH en Haïti se font par voie sexuelle
- En l'absence d'intervention, environ un tiers des nouveau-nés de femmes vivant avec le VIH sont séropositifs eux-mêmes, et en Haïti, le sida est responsable de 20 % des décès chez les nourrissons ^{xlvi}
- Bien que la situation s'améliore, la stigmatisation et le manque de compétences professionnelles font que beaucoup de PVVS se voient refuser l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive dans les centres de santé
- Les populations n'ont pas le temps ni l'argent d'aller d'un endroit à l'autre pour satisfaire leurs besoins de santé.

GHESKIO a joué un rôle fondamental dans les politiques et les pratiques du système national de santé haïtien. Cela est particulièrement manifeste dans la façon dont elle a développé son modèle de services intégrés ciblant les maladies endémiques et les plus courantes, telles que la tuberculose, le VIH, les IST, les maladies diarrhéiques et le paludisme. L'intégration des services de santé sexuelle et reproductive dans le réseau de conseil et test volontaires – pour empêcher les grossesses non désirées et prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant - a largement fait accroître l'accès aux services. Ce modèle de prestations de services est appliqué dans 22 centres de santé et hôpitaux des secteurs public et privé à travers le pays. Alors que le pays est en pleine reconstruction après le terrible tremblement de terre qui l'a frappé de plein fouet, ce type de services intégrés offre un modèle qu'il est possible de reproduire et d'intensifier.

Etude de cas 2: Une porte vers l'intégration: Fournir la thérapie antirétrovirale dans les centres de santé sexuelle et reproductive

Modèle de services intégrés ^{xlvii}

L'organisation dépendant de la Fédération internationale pour la planification familiale au Kenya, *Family Health Options Kenya (FHOK)*, dispose d'un dispensaire à Nakuru qui offre un bon exemple de l'activité pratique de l'Association. Outre sa fonction première d'offrir des services de planification familiale, le dispensaire offre désormais des services généraux en consultation externe. Les clients peuvent venir au dispensaire quelle qu'en soit la raison, et toutes les occasions sont saisies pour aborder le thème de la santé sexuelle et reproductive,

et pour recommander le conseil et test volontaires. Tous les mois, ce sont plus de 300 personnes qui bénéficient du conseil et test VIH et, en 2004, près de 1000 patients ont demandé un traitement contre les infections opportunistes liées au VIH, dispensés dans le cadre des services généraux en consultation externe. Actuellement :

- Tous les dispensaires de FHOK fournissent le conseil et test volontaires VIH
- Tous les dispensaires offrent des programmes visant à la prévention de la transmission mère - enfant du VIH dans le cadre des services de santé maternelle
- Cinq des neuf dispensaires fournissent la thérapie antirétrovirale aux personnes vivant avec le VIH.

Études de cas 3: Une porte vers l'intégration : Investir auprès des jeunes Atteindre les plus vulnérables au VIH^{xlviii}

Le *Institute for Students' Health (ISH)* en Serbie, accueille 110 000 étudiants plus le personnel universitaire. Il propose également des services non discriminatoires liés à la SSR et au VIH pour les populations clés comme les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe et les consommateurs de drogues injectables. L'Institut est prêt à repousser ses limites et à mettre en place un modèle de soins répondant aux besoins des populations cibles de façon plus confortable et plus conviviale, tout en offrant aux professionnels de santé des conditions de travail plus efficaces et plus satisfaisantes. L'Institut a été le premier organisme à intégrer des services de SSR aux services liés au VIH en Serbie et a observé que :

- Entre 2006 et 2008, 3 000 jeunes chaque année ont accédé à plusieurs services de prévention du VIH - notamment le conseil et test volontaires - au Centre ISH de Belgrade.
- De 2006 à 2008, le nombre de consommateurs de drogues injectables ayant accédé aux services du centre a quadruplé.
- Le Centre ISH est le centre le plus fréquenté par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes pour le conseil et test volontaires à Belgrade.

b) Renforcement des systèmes de santé

Pour relier les services de SSR aux services liés au VIH, il faut disposer de systèmes de santé et autres services solides. La faiblesse générale des systèmes de santé est responsable de nombreuses insuffisances qui entravent le plein exercice du droit à la santé, notamment à la SSR et à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH. Conformément à la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide^{xlix} – qui recommande l'appropriation nationale, l'alignement sur les priorités gouvernementales, et l'harmonisation – il convient d'évaluer les systèmes pour définir la mesure dans laquelle ils appuient efficacement l'intégration de services de SSR aux services liés au VIH et l'établissement de liens entre les deux.

Liens indispensables entre mécanismes et systèmes :

Bien que les systèmes de santé recouvrent de nombreux aspects, dans le contexte de la relation entre SSR et VIH, les mécanismes mentionnés ci-après doivent être évalués et renforcés :

- **Partenariats** – pour l'analyse de la situation, la planification, la budgétisation, la mobilisation des ressources, la mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation par les partenaires du développement, y compris la société civile (réseaux de personnes vivant avec le VIH, populations clés, organisations de femmes, jeunes, etc)

- **Mécanismes de coordination** – pour la planification conjointe en matière de SSR et de VIH, la gestion et l'administration des activités de mobilisation et des politiques visant à établir une relation entre SSR et VIH et services intégrés
- **Ressources humaines et renforcement des capacités** – renforcement des capacités conjointes pour la SSR et le VIH, notamment la formation en milieu de travail des prestataires de santé et des enseignants ; renforcement des connaissances, des compétences et de la compréhension concernant les moyens d'éliminer la stigmatisation et la discrimination et les inégalités entre les sexes
- **Logistiques et systèmes d'approvisionnement** – pour la sécurité des produits en matière de SSR et de VIH, de préférence dans le cadre de systèmes combinés, incluant, sans toutefois s'y limiter, les préservatifs visant à une double protection, les lubrifiants, la gamme complète des contraceptifs, les médicaments contre les IST, la trousse pour la prophylaxie post-exposition, la trousse de soins, la trousse liée à la « dignité » dans les situations humanitaires, la trousse pour le test VIH, la trousse post-viol, les médicaments antirétroviraux, les médicaments contre les infections opportunistes, les antipaludéens, fer/acide folique, matériel d'injection stérile, méthadone, etc.
- **Laboratoires** – pour les besoins associés en matière de SSR et de VIH, notamment la concentration en hémoglobine, la détermination du groupe sanguin, le diagnostic liés aux IST, (notamment les tests RPR /VDRL pour le dépistage de la syphilis), le dépistage du VIH (notamment le dépistage rapide), la numération des lymphocytes T-CD4, la charge virale du VIH, le test de la fonction hépatique, l'analyse d'urine, la glycémie au hasard, le test de grossesse, le dépistage du cancer du col utérin et autres formes de cancer, etc.

S'attaquer à la stigmatisation et la discrimination en renforçant les capacités des prestataires de services de première ligne :

Réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et à la SSR implique d'aborder et de discuter ouvertement de questions liées à la sexualité, à la consommation de drogues, au commerce du sexe, à la violence sexuelle, à la pauvreté et aux inégalités entre les sexes. L'association de l'ignorance, des préjugés et de la crainte créé les conditions favorables à la propagation continue du VIH ; en conséquence, l'ouverture, l'acceptation et les services offrent une occasion de remédier à cette situation. Malgré la multiplication des discours sur la question, la stigmatisation et la discrimination continuent d'entraver l'accès aux services de santé des personnes vivant avec le VIH, des jeunes, des consommateurs de drogues injectables, des professionnel(le)s du sexe et des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Il faut fournir aux professionnels de santé les ressources, les informations, les compétences dont ils ont besoin, ainsi que la formation à la sensibilité aux besoins spéciaux des différentes catégories de clients, notamment sur l'importance de la confidentialité. Par conséquent, relier les interventions de SSR à celles liées au VIH pourrait permettre de réduire la stigmatisation associée au VIH.

c) Mesures politiques

L'intégration de services de santé ne suffit pas à elle seule à réaliser les OMD liés à la santé, dans la mesure où il faut s'attaquer aux facteurs structurels du VIH et de la SSR. Les inégalités entre les sexes, la pauvreté, la stigmatisation et la discrimination et les faibles niveaux d'éducation, continueront de freiner les progrès à la fois en matière de SSR et de VIH. L'établissement de liens renforce le principe fondamental de l'appropriation nationale, en vertu duquel les gouvernements, en partenariat avec la société civile, examinent les lois et politiques relatives aux droits de l'homme. Cela recouvre les lois et les politiques liées à la criminalisation de l'exposition au VIH et de sa transmission ; la criminalisation des pratiques/comportements associés aux populations clés ; l'accès aux services de SSR et liés au VIH, notamment le conseil et test VIH, la planification familiale fondée sur les droits ;

la violence sexiste ; le mariage, le divorce et la garde des enfants, y compris le mariage précoce et forcé ; les droits de propriété et d'héritage des femmes ; la mutilation génitale féminine ; et les lois et politiques répressives limitant les droits de l'homme.

Les membres des groupes marginalisés sont souvent particulièrement exposés au risque de contracter le VIH et, lorsqu'ils sont séropositifs, et il est ensuite très difficile pour eux d'obtenir l'appui dont ils ont besoin. Les systèmes juridiques doivent prévoir la protection spécifiquement liée aux populations clés, aux personnes vivant avec le VIH et aux groupes marginalisés, ainsi que l'accès à des services juridiques de qualité, de manière à pouvoir chercher réparation des violations des droits de l'homme qui ont été commises. La mise en place de services et de mesures juridiques couvrent les programmes visant à réduire la stigmatisation et la discrimination ; le renforcement des capacités en matière de droits de l'homme des principaux prestataires de services ; les campagnes de sensibilisation aux droits de l'homme ; les audits juridiques et les programmes de réforme.

Mettre en relief les problèmes auxquels font face les femmes et les filles :

Les femmes et les filles supportent une charge disproportionnée, due à la fois au VIH et au sida et à la mauvaise santé sexuelle et reproductive. En dépit de l'attention accrue prêtée à la question, l'investissement durable dans la santé, l'éducation, les droits des femmes, en particulier les jeunes femmes et les filles, n'a pas suffisamment d'incidence sur leur vie. Beaucoup d'entre elles n'ont toujours pas les moyens de se protéger elles-mêmes contre le VIH ou d'atténuer son impact, et c'est notamment à elles qu'incombe principalement la responsabilité des soins liés au VIH. Le VIH étant la première cause de décès chez les femmes en âge de procréer en Afrique subsaharienne, et cela contribuant dans une large mesure à la mortalité maternelle, il est impératif de combiner des interventions « classiques » liées à la santé maternelle et infantile à des approches spécifiquement liées au VIH dans la région. L'attention accrue prêtée récemment à la mortalité maternelle en tant que problème de droit de l'homme, et la sensibilisation au fait que le VIH contribue à la mortalité maternelle, souligne l'intérêt de relier les interventions réalisées dans le cadre des OMD 5 et 6.

Il conviendrait que la promotion de la prévention initiale du VIH et la question des besoins en SSR des femmes séropositives relèvent de la responsabilité collective des défenseurs et des spécialistes de la santé maternelle et infantile et du VIH. La question des violations des droits humains des femmes séropositives est particulièrement préoccupante, notamment en ce qui concerne la stérilisation et l'avortement forcé. La violence sexiste constitue une autre violation des droits de l'homme qui a des conséquences sur la mauvaise santé sexuelle et reproductive et fait augmenter les risques d'infection à VIH, et une action unifiée de sensibilisation et des interventions correctement financées, visant à s'attaquer notamment à la montée de la violence à l'égard des professionnel(le)s du sexe et des personnes vivant avec le VIH, seraient profitables. Cet investissement dans les soins axés sur les femmes pourrait bénéficier de la participation de leurs partenaires masculins, ce qui pourrait modifier la façon de fournir ces services. Nombre d'interventions nationales sur la question pourraient être exponentiellement renforcées.

« Certaines stratégies courantes peuvent produire des résultats liés aux cibles de l'accès universel et aux Objectifs du Millénaire pour le développement. Cela peut couvrir l'autonomisation des femmes et des filles, en particulier des femmes et des filles vivant avec le VIH, l'accès à des services intégrés liés au VIH et à la santé sexuelle et reproductive, l'attention prêtée à la violence à l'égard des femmes et des filles, et la satisfaction des besoins des femmes et des filles marginalisées. »¹

L'intégration de la SSR et du VIH s'opère dans le secteur de la santé existant et il est donc impératif que l'agenda pour l'établissement des liens appuie directement la réforme du système de santé et y contribue. L'outil d'évaluation rapide décrit ci-dessous vise à mettre en relief les défis auxquels font face les systèmes de santé, notamment l'élaboration verticale de programmes et réalisée en fonction des donateurs, l'absence de coordination, les processus incohérents de planification, les contraintes liées aux infrastructures, à la logistique et aux ressources humaines, et aidera au bout du compte les gouvernements à établir des priorités et contribuera à la réforme du secteur de la santé.

Outils d'évaluation rapide pour relier les interventions de SSR à celles du VIH – Application nationale

Un outil d'évaluation rapide des liens établis entre santé sexuelle et reproductive et VIH a été mis au point en 2008, en collaboration avec l'IPPF, l'UNFPA, l'OMS, l'ONUSIDA, GNP+, l'ICW et *Young Positives*, et il est actuellement mis en oeuvre dans 16 pays de cinq régions – Afrique : Benin, Botswana, Burkina Faso, Côte D'Ivoire, Malawi, Swaziland, Tanzanie et Ouganda; Etats arabes : Liban, Maroc et Tunisie ; Europe de l'Est et Asie centrale : Kirghizstan et Fédération de Russie ; Amérique latine et Caraïbes : Bélise ; Asie et Pacifique : Pakistan et Viet nam. Ces évaluations nationales, conduites avec les partenaires des secteurs de la SSR, du VIH, des PVVS et des populations clés, ont consisté à examiner les liens bidirectionnels entre VIH et SSR aux niveaux politique, systémique et de la prestation de services, à cerner les principales lacunes actuelles en matière de politiques et de programmes, et à contribuer à mettre au point un plan d'action spécifique au pays pour forger et renforcer ces liens. Ces évaluations constituent un premier pas pour comprendre le scénario à mettre en oeuvre pour établir une relation au niveau national. Un résumé du processus et des conclusions tirées dans les 16 pays est en cours d'élaboration et sera présenté au Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA à l'occasion de la session thématique sur les liens entre SSR et VIH, en juin 2010.

Compréhension, soutien et financement des donateurs pour l'établissement de liens :

Alors que l'élan pour établir des liens entre SSR et VIH commence à susciter des réactions positives de la part des principaux donateurs au niveau mondial, la mobilisation n'a pas encore atteint l'envergure ni la portée nécessaires. Certains donateurs ne disposent pas de politique ni de voies spécifiques de financement pour appuyer les activités relatives à l'établissement de liens. Ils invoquent notamment les raisons suivantes : l'absence d'un environnement structurel permettant de promouvoir et d'établir des liens opérationnels au niveau national ; l'existence de plans verticaux, plans pour le budget, le suivi et l'évaluation en matière de SSR/VIH ; et la nécessité d'une appropriation nationale pour conduire les processus en question.ⁱⁱ

En revanche, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a commencé à promouvoir et à financer des propositions liées au VIH qui intègrent des composantes de SSR, de même que le PEPFAR-2 et l'initiative de santé mondiale du gouvernement des États-Unis. Le Fonds mondial a approuvé le financement des éléments suivants, dans la mesure où des liens sont établis avec les résultats en matière de VIH:ⁱⁱⁱ

- i. Achat de produits liés à la santé reproductive ;ⁱⁱⁱⁱ
- ii. Planification familiale dans le contexte de la PTME ;
- iii. L'outil d'évaluation rapide pour relier les interventions de SSR à celles du VIH dans le cadre de la recherche opérationnelle ; et
- iv. Programmes visant à éliminer la violence sexiste et à s'attaquer à d'autres aspects de l'égalité entre les sexes.

USAID a pris des mesures dans beaucoup de pays, comme au Kenya, au Nigéria et au Zimbabwe, pour associer le financement de la planification familiale à celui du VIH, sous forme de programmes de santé unique. Les fonds accordés pour la lutte contre le VIH servent exclusivement à élaborer des programmes liés au VIH, alors que les efforts pour intégrer la santé reproductive à d'autres interventions doivent être appuyés par d'autres d'autres types de fonds pour la planification familiale. Néanmoins, cette approche de financement combiné permet de reconnaître l'intérêt de relier les deux secteurs programmatiques.^{liv} D'autres donateurs, comme la Commission européenne, l'Allemagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni, encourage explicitement à soumettre des propositions qui relient les services liés au VIH à ceux de la santé reproductive.

Études de cas : Financement ^{lv}

Alors que peu de donateurs ou de mécanismes de financement ont adapté leurs processus d'octroi de fonds ou de demande de fonds de manière à encourager proactivement l'établissement de liens, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme oeuvre dans ce sens. Le Fonds mondial offre des possibilités novatrices et sans précédent d'intégrer les services liés à la santé reproductive aux interventions en matière de VIH. Cela est dû non seulement aux éléments que finance le Fonds mondial, mais également au fonctionnement de ce dernier :

Le Fonds mondial est favorable aux propositions nationales qui intègrent les services liés à la santé reproductive et au VIH :

- La définition du Fonds mondial de la santé reproductive/du VIH permet de mettre en place des programmes offrant à la fois des services (comme le traitement des IST et des informations sur la planification familiale) et des produits (comme les préservatifs et les pilules contraceptives). Cela permet également d'établir des liens entre des questions socio-politiques (comme les droits de l'homme et la violence sexiste) qui ont été jusque là souvent ignorées.^{lvi}
- Depuis la Série 8, le Fonds mondial accueille favorablement et explicitement les propositions nationales qui couvrent aussi bien la SSR que le VIH, pour autant que leur impact sur les résultats en matière de VIH puisse être clairement démontré.^{lvii}
- En conséquence, un nombre important de propositions liées au VIH intégrant au moins un élément de santé reproductive a déjà été approuvé (des subventions à hauteur de millions de dollars ont été approuvées.)
- La stratégie du Fonds mondial visant à assurer l'égalité entre les sexes dans la riposte au VIH/sida, à la tuberculose et au paludisme (« Stratégie visant à l'égalité entre les sexes ») fournit une définition exhaustive et une feuille de route clairement définie pour intensifier et améliorer l'action pour répondre aux besoins des femmes et des filles, en s'engageant à « plaider en faveur des activités qui renforcent les services intégrés de SSR et VIH ».^{lviii} La stratégie relative à l'orientation et à l'identité sexuelles s'attache aussi à l'intégration en tant que stratégie importante pour les minorités sexuelles et les professionnel(le)s du sexe.^{lix}

E. Six questions clés à prendre en considération : mettre l'agenda en oeuvre

29. Ces dernières années, l'élan donné pour relier les services de SSR aux interventions liées au VIH aux niveaux structurel, politique et de la prestation de services a pris de l'ampleur.

Les principaux enseignements et points de vue novateurs ont une incidence sur la façon de relever certains des défis identifiés vers la réalisation des OMD d'ici à 2015 :

- a. **Encourager, promouvoir et appuyer l'intégration de services de SSR aux services liés au VIH au moyen d'un financement durable, de politiques harmonisées et de bonnes pratiques** : L'adéquation du niveau et du type d'intégration dépendra de différents facteurs, notamment la nature de l'épidémie de VIH ; les indicateurs clés de SSR ; l'envergure et la portée des services de SSR et liés au VIH actuellement en place (capacité ; ressources humaines et financières ; localisation ; etc). Il n'y a pas de modèle unique pour intégrer les services, et l'intégration n'est pas non plus la panacée pour obtenir des résultats en matière de VIH et de SSR. Un engagement politique, institutionnel et organisationnel de toutes les parties prenantes concernées pour remédier au manque d'harmonisation et de coordination doit être plus ferme au niveau national. Relier les services de SSR aux services liés au VIH au niveau politique nécessite d'élaborer des mécanismes permettant aux instances de coordination nationale de lutte contre le sida et aux départements en charge de la santé reproductive au niveau ministériel de procéder à une planification conjointe, de manière à harmoniser convenablement les stratégies nationales et les plans chiffrés en matière de sida et de SSR. Les bonnes pratiques durables reposent sur une stratégie cohérente visant au renforcement des capacités des prestataires de services de santé, des gestionnaires et des décideurs, de manière à établir une base solide de connaissances techniques sur la SSR et le VIH, et à inciter l'adoption de comportements et de pratiques fondés sur les droits de l'homme.

- b. **Accroître les avantages de relier les services de SSR aux services liés au VIH, en veillant à ce que les services et systèmes pertinents en dehors du secteur de la santé soient également toujours pris en considération dans les synergies entre SSR et VIH** : L'établissement de liens implique de prendre en compte impérativement les résultats de la SSR et du VIH dans d'autres secteurs, notamment l'éducation et le secteur juridique. Par exemple, la violence sexiste et le mariage des enfants ont des répercussions sur les résultats en matière de VIH et de SSR, et pour y faire face, des efforts plus avant sont nécessaires, y compris en s'attaquant aux pratiques sociales et culturelles et aux cadres juridiques, en particulier aux lois répressives qui freinent une riposte complète. De même, l'éducation complète à la sexualité et les compétences à la vie destinées aux jeunes sont fondamentales dans les interventions de SSR et de VIH, et ne se limitent pas à la fourniture de services adaptés aux jeunes et à la prévention primaire du VIH, mais recouvre aussi la négociation au sein des relations, l'estime de soi, et la participation communautaire. C'est en s'attaquant collectivement aux facteurs structurels de la mauvaise santé sexuelle et reproductive et du VIH que l'on pourra saisir les possibilités encore inexploitées de renforcer les systèmes de santé en général.

- c. **Promouvoir et favoriser la recherche d'action collaborative pour combler les principales insuffisances en matière de recherche dans l'agenda pour l'établissement de liens** : Etant donné que les interventions relevant de l'agenda sur les liens évolue rapidement, il est essentiel de combler les insuffisances en matière de recherche pour renforcer le volume des données factuelles. Il est particulièrement important d'obtenir des résultats clés comme des données sur la santé, la réduction de la stigmatisation et la rentabilité des programmes intégrés. La recherche doit aussi être davantage axée sur les secteurs d'intégration ne faisant actuellement pas l'objet d'études, notamment l'intégration des services de SSR aux services liés au VIH pour les PVVS, y compris les soins cliniques et psychosociaux, la contraception et la planification de la contraception si la grossesse est désirée, la réduction de la violence sexiste et les services intégrés pour les hommes et les garçons.

- d. **Resserrer les liens entre les initiatives clés concernant la santé maternelle et des nourrissons et les aspects pertinents de la riposte au VIH :** Les récents changements dans l'environnement politique à travers le monde ont créé un environnement plus favorable à l'établissement de liens entre la santé maternelle et le VIH. La prévention de la transmission mère - enfant du VIH est une occasion de montrer l'impact de ces liens et d'aborder simultanément certains des obstacles entravant la promotion d'une riposte complète et durable. Peu de donateurs ou mécanismes de financement ont adapté leurs processus d'octroi de fonds ou de demande de financement pour encourager proactivement et financer cet aspect de l'intégration.
- e. **Faire comprendre au maximum l'intérêt d'établir une relation et promouvoir cette approche dans les zones où les épidémies de VIH sont concentrées :** Il faut s'attacher particulièrement à répondre aux besoins de santé sexuelle et reproductive des populations clés (par exemple, homme ayant des rapports sexuels avec des hommes, professionnel(le)s du sexe et leurs clients, consommateurs de drogues injectables), personnes vivant avec le VIH, et autres populations marginalisées dans les pays et les régions où les épidémies sont concentrées. De même, l'accent doit être placé sur leurs partenaires intimes, et sur l'impératif de créer des cadres juridiques et politiques favorables, ainsi que des services accessibles.
- f. **Éliminer les lois, les politiques et les pratiques répressives, la stigmatisation et la discrimination qui bloquent l'accès aux services intégrés liés à la SSR et au VIH :** Pour que les services de santé sexuelle et reproductive bénéficient à la population en général, aux populations clés et/ou aux PVVS, il faut s'attacher aux obstacles juridiques et sociaux en intégrant les éléments suivants aux programmes: audit juridique et programme de réformes législatives, accès aux services juridiques, programmes visant à réduire la stigmatisation et la discrimination, campagnes sur le thème « Connaître ses droits/lois » et formation des principaux prestataires de services - non seulement les professionnels de santé, mais également les acteurs du corps judiciaire et la police. En outre, les services intégrés doivent se fonder sur les principes relatifs aux droits de l'homme et être non discriminatoires, inclusifs, participatifs, de même qu'ils doivent être justifiés.

F. Ressources essentielles : publications, documents et feuilles de route

a) Engagements internationaux en matière d'établissement de liens

- World Association for Sexual Health (2008) *Sexual Health for the Millennium*.
- GNP+ (Décembre 2007) *Global Consultation on Sexual and Reproductive Health and Rights of PLHIV*.
- Global Partners' Forum (Novembre 2007) *Consensus Statement: Achieving Universal Access to Comprehensive Prevention of Mother-to-Child Transmission Services*.
- Reproductive Health Matters (Mai 2007) *Ensuring sexual and reproductive health for PLHIV*
- UNGASS (Juin 2006) Déclaration politique sur le VIH/sida.
- Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT) High Level Global Partners Forum (Décembre 2005) *Call to Action: Towards an HIV-Free and AIDS-Free Generation*.
- UNGASS (Septembre 2005) Document final du Sommet mondial.
- ONUSIDA (Juin 2005) *Intensifying HIV prevention: UNAIDS policy position paper*.

- UNFPA & ONUSIDA (Juin 2004) Appel de New York à l'engagement : Etablir une relation entre le VIH/sida et santé sexuelle et reproductive.
- UNFPA & OMS (Mai 2004) *Glion Call to Action on Family Planning and HIV/AIDS in Women and Children.*

b) Relation entre SSR et VIH

- IPPF, ONUSIDA, UNFPA, OMS, ICW, GNP+ & Young Positives (2009) *Rapid Assessment Tool for Sexual and Reproductive Health and HIV Linkages: A Generic Guide.*
- OMS, UNFPA, ONUSIDA & IPPF (2009) Une porte vers l'intégration : Etude de cas en Serbie.
- OMS, ONUSIDA & Family Health International (2009) *Strategic Considerations for Strengthening the Linkages between Family Planning and HIV/AIDS Policies, Programs, and Services.*
- Family Health International (2008) *Increasing Access to Contraception for Clients with HIV: A Toolkit.*
- IPPF, UCSF, ONUSIDA, UNFPA & OMS (2008) Linkages: Evidence Review and Recommendations.
- OMS, UNFPA, ONUSIDA & IPPF (2008) Une porte vers l'intégration : Etude de cas au Kenya.
- OMS, UNFPA, ONUSIDA & IPPF (2008) Une porte vers l'intégration : Etude de cas en Haïti.
- Guttmacher Institute, ONUSIDA, UNFPA, OMS, EngenderHealth, IPPF, ICW & GNP+ (2006) *Meeting the Sexual and Reproductive Health Needs of People Living with HIV.*
- OMS (2006) *Reproductive Choices and Family Planning for People Living with HIV – Counselling Tool.*
- OMS, UNFPA, ONUSIDA & IPPF (2006) *Linking Sexual and Reproductive Health and HIV/AIDS: An annotated inventory.*
- OMS, UNFPA, ONUSIDA & IPPF (2005) *A Framework of Priority Linkages.*
- UNFPA & IPPF (2004) *Integrating HIV Voluntary Counselling and Testing Services into Reproductive Health Settings – stepwise guidelines for programme planners, managers and service providers.*

c) Financement

- Friends Africa, Global AIDS Alliance, Interact Worldwide, International AIDS Alliance, IPPF & Population International (2010) *Mobilizing for RH/HIV Integration: Make or break?*
- OMS (2010) *Making the case for interventions linking sexual and reproductive health and HIV in proposals to the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria.*
- Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (2009) *The Global Fund's Strategy for Ensuring Gender Equality in the Response to HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria.*
- Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (2009) *The Global Fund Strategy in Relation to Sexual Orientation and Gender Identities (SOGI).*
- UNFPA & Guttmacher Institute (2009) *Adding it Up.*
- Global AIDS Alliance (2008) *Guidelines for Integrating Sexual and Reproductive Health into the HIV/AIDS Component of Country Coordinated Proposals to be submitted to the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: Round 8 and Beyond.*
- Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (2008) *Guidelines for Proposals: Round 8 (Single Country Applicants).*

- USAID/DELIVER Project (2008) *Policy brief: the Global Funds supports reproductive health commodity security.*
- Wilcher R, Petruney T, Reynolds HW & Cates W (2008) *From effectiveness to impact: contraception as an HIV prevention intervention.* Journal of Sexually Transmitted Infections. 84(2), pp 54-60.

d) PTME

- The Inter-Agency Task Team On Prevention of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and their Children PMTCT (forthcoming 2010) *Programming Guidance: Primary Prevention of HIV and Prevention of Unintended Pregnancies in Women Living with HIV* (working title).
- PAHO (2009) *Clinical guidelines for the elimination of mother-to-child transmission of HIV and of congenital syphilis.*
- OMS (2009) *Rapid Advice: Use of Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infection in Infants.*
- OMS & CDC (2008) *Investment Case for the Elimination of Congenital Syphilis.*
- The Inter-Agency Task Team On Prevention of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and their Children (2007) *Guidance for Global Scale Up of Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV: Towards universal access for women, infants and young children and eliminating HIV and AIDS among children.*
- OMS & UNFPA (2006) *Global Consultation on Strengthening the Linkages between Reproductive Health and HIV/AIDS: Family Planning and HIV/AIDS in Women and Children.*
- UNFPA & OMS (May 2004) *Global Call to Action on Family Planning and HIV/AIDS in Women and Children.*

e) Santé sexuelle et reproductive et droits de l'homme des personnes vivant avec le VIH

- GNP+ & ONUSIDA (2009) *Positive Health, Dignity and Prevention: Technical consultation report.*
- GNP+, ICW, Young Positives, EngenderHealth, IPPF & ONUSIDA (2009) *Advancing the Sexual and Reproductive Health and Human Rights of People Living with HIV: A guidance package.*
- Living 2008 Summit (2009) *Living 2008 Summit Brief on SRH PLHIV.*
- IPPF, GNP+, ICW & ONUSIDA (2008) *The People Living with HIV Stigma Index.*
- GNP+ (Décembre 2007) *Amsterdam Statement on Sexual and Reproductive Health and Rights for People Living with HIV.*
- OMS (2006) *Sexual and Reproductive Health of Women Living with HIV/AIDS: Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings.*

f) Sélection de la recherche sur l'établissement de liens

- Bradley H, Gillespie D, Kidanu A, Bonnenfant YT & Karklins S (2009) Providing family planning in Ethiopian voluntary HIV counselling and testing facilities: client, counsellor and facility-level considerations. AIDS. 23, pp. S105-114.
- Chabikuli NO, Awi DD, Chukwujekwu O, Abubakar Z, Gwarzo U, Ibrahim M, Merrigan M & Hamelmann C (2009) The use of routine monitoring and evaluation systems to assess a referral model of family planning and HIV service integration in Nigeria. AIDS. 23, pp. S97-103.
- Curtis KM, Nanda K & Kapp N (2009) Safety of hormonal and intrauterine methods of contraception for women with HIV/AIDS: a systematic review AIDS Vol 23:S55-67.

- Elul B, Delvaux T, Munyana E, Lahuerta M, Horowitz D, Ndagije F, Roberfroid D, Mugisha V, Nash D & Asiimwe A (2009) Pregnancy desires, and contraceptive knowledge and use among prevention of mother-to-child transmission clients in Rwanda. *AIDS*. 23, pp. S19-26.
- Halperin DT, Stover J & Reynolds HW (2009) Benefits and costs of expanding access to family planning programs to women living with HIV. *AIDS*. 23, pp. S123-130.
- Heys J, Kipp W, Jhangri GS, Alibhai A & Rubaale T (2009) Fertility desires and infection with the HIV: results from a survey in rural Uganda. *AIDS*. 23, pp. S37-45.
- Hladik W, Stover J, Esiru G, Harper M & Tappero J (2009) The Contribution of Family Planning towards the Prevention of Vertical HIV Transmission in Uganda.
- Johnson KB, Akwara P, Rutstein SO & Bernstein S (2009) Fertility preferences and the need for contraception among women living with HIV: the basis for a joint action agenda. *AIDS*. 23, pp. S7-17.
- Keogh SC, Urassa M, Kumogola Y, Mngara J & Zaba B (2009) Reproductive behaviour and HIV status of antenatal clients in northern Tanzania: opportunities for family planning and preventing mother-to-child transmission integration. *AIDS*. 23, pp. S27-35.
- Liambila W, Askew I, Mwangi J, Ayisi R, Kibaru J & Mullick S (2009) Feasibility and effectiveness of integrating provider-initiated testing and counselling within family planning services in Kenya. *AIDS*. 23, pp. S115-121.
- Ngunjiri K, Heffron R, Mugo N, Irungu E, Celum C & Baeten JM (2009) Successful increase in contraceptive uptake among Kenyan HIV-1-serodiscordant couples enrolled in an HIV-1 prevention trial. *AIDS*. 23, pp. S89-95.
- Rispel L, Metcalf C, Moody K & Cloete A (2009) Exploring Coping Strategies and Life Choices made by HIV Discordant Couples in Long-Term Relationships: Insights from South Africa, Tanzania and Ukraine.
- Spaulding AB, Brickley DB, Kennedy C, Almers L, Packer L, Mirjahangir J, Kennedy G, Collins L, Osborne K & Mbizvo M (2009) Linking family planning with HIV/AIDS interventions: a systematic review of the evidence. *AIDS*. 23, pp. S79-88.
- Stringer EM, Giganti M, Carter RJ, El-Sadr W, Abrams EJ, Stringer JS & MTCT-Plus Initiative (2009) Hormonal contraception and HIV disease progression: a multi-country cohort analysis of the MTCT-Plus Initiative. *AIDS*. 23, pp. S69-77.
- Whiteman MK, Kissin DM, Samarina A, Curtis KM, Akatova N, Marchbanks PA, Jamieson DJ, Martirosyan M, Revzina N, Hillis SD (2009) Determinants of contraceptive choice among women with HIV. *AIDS*. 23, pp. S47-54.
- Wilcher R, Cates W & Gregson S (2009) Family planning and HIV: strange bedfellows no longer. *AIDS*. 23, pp. S1-6.
- Sherr L, Lopman B, Kakowa M, Dube S, Chawira G, Nyamukapa C, Oberzaucher N, Cremin I & Gregson S (2007) Voluntary counselling and testing: uptake, impact on sexual behaviour, and HIV incidence in a rural Zambian cohort. *AIDS*. 21, pp. 851-860.
- Family Health International (2006) Integrating family planning services into voluntary counseling and testing centers in Kenya: Operations research results.
- IPPF-WHR (2006) Integrating HIV/AIDS treatment and care services into a family planning setting.
- Mullick S, Khoza D, Askew I, Maluka T & Menziwa M (October 2006) Integrating counseling and testing into family planning services: What happens to the existing quality of family planning when HIV services are integrated in South Africa? Presentation at Linking Reproductive Health, Family Planning, and HIV/AIDS in Africa, Addis Ababa.
- Van't Hoog AH, Mbori-Ngacha DA, Marum LH, Otieno JA, Misore AO, Nganga LW & Decock KM (2005) Preventing mother-to-child transmission of HIV in Western Kenya: operational issues. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 40(3), pp. 344-349.

- Anderson BL, Simhan HN & Landers DV (2004) Improving universal prenatal screening for human immunodeficiency virus. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*. 12(3-4), pp. 115-20.
- Population Council (2003) *Empowering Communities to Respond to HIV/AIDS: Ndola Demonstration Project on Maternal and Child Health: Operations research final report*.

Notes de fin

ⁱ UNFPA & ONUSIDA (Juin 2004) *Appel de New York à l'engagement : établir une relation entre le VIH/sida et santé sexuelle et reproductive.*

ⁱⁱ WHO, UNFPA, ONUSIDA & IPPF (2005) *A framework for priority linkages.*

ⁱⁱⁱ The Inter-Agency Task Team On Prevention of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and their Children (2007) *Guidance for Global Scale Up of Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV: Towards universal access for women, infants and young children and eliminating HIV and AIDS among children.*

^{iv} *Conférence internationale sur les soins de santé primaires (Septembre 1978) Déclaration d'Alma-Ata.*

^v UNFPA & OMS (Mai 2004) *Glion Call to Action on Family Planning and HIV/AIDS in Women and Children.*

^{vi} UNFPA & ONUSIDA (Juin 2004) *Appel de New York à l'engagement : établir une relation entre le VIH/sida et santé sexuelle et reproductive.*

^{vii} *Engagement international à établir une relation entre santé sexuelle et reproductive et VIH:*

- *World Association for Sexual Health (2008) Sexual Health for the Millennium.*
- *GNP+ (Décembre 2007) Global Consultation on Sexual and Reproductive Health and Rights of PLHIV.*
- *Global Partners' Forum (Novembre 2007) Consensus Statement: Achieving Universal Access to Comprehensive Prevention of Mother-to-Child Transmission Services.*
- *Reproductive Health Matters (Mai 2007) Ensuring sexual and reproductive health for PLHIV.*
- *UNGASS (Juin 2006) Déclaration politique sur le VIH/sida .*
- *Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT) High Level Global Partners Forum (Décembre 2005) Call to Action: Towards an HIV-Free and AIDS-Free Generation.*
- *UNGASS (Septembre 2005) Document final du Sommet mondial.*
- *ONUSIDA (Juin 2005) Intensifying HIV prevention: UNAIDS policy position paper.*
- *UNFPA & ONUSIDA (Juin 2004) Appel de New York à l'engagement : établir une relation entre le VIH/sida et santé sexuelle et reproductive.*
- *UNFPA & OMS (Mai 2004) Glion Call to Action on Family Planning and HIV/AIDS in Women and Children.*

^{viii} *Populations clés: Populations exposées à la fois au risque de contracter le VIH et à la vulnérabilité. L'épidémie de VIH peut-être limitée en concentrant les efforts de prévention sur les populations clés. Le concept de populations clés reconnaît également que ces populations peuvent jouer un rôle majeur dans la riposte au VIH. Les populations clés diffèrent selon le contexte et la nature de l'épidémie au niveau local, mais dans la plupart des cas, il s'agit des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des professionnel(le)s du sexe et leurs clients, et des consommateurs de drogues injectables. D'après: IPPF, UNFPA, OMS, ONUSIDA, GNP+, ICW & Young Positives (2009) *Rapid Assessment Tool for Sexual and Reproductive Health and HIV Linkages: A Generic Guide, p. 6.**

^{ix} *Definitions supported by the Interagency Working Group on SRH and HIV Linkages.*

^x IPPF, UNFPA, OMS, ONUSIDA, GNP+, ICW & Young Positives (2009) *Rapid Assessment Tool for Sexual and Reproductive Health and HIV Linkages: A Generic Guide.*

^{xi} IPPF, UNFPA, OMS, ONUSIDA, GNP+, ICW & Young Positives (2009) *Rapid Assessment Tool for Sexual and Reproductive Health and HIV Linkages: A Generic Guide.*

^{xii} OMS, UNFPA, ONUSIDA & IPPF (2005) *A framework for priority linkages.*

^{xiii} Definition from IPPF, UNFPA, OMS, ONUSIDA, GNP+, ICW & Young Positives (2009) *Rapid Assessment Tool for Sexual and Reproductive Health and HIV Linkages: A Generic Guide, p. 7.*

^{xiv} IPPF, UNFPA, OMS, ONUSIDA, GNP+, ICW & Young Positives (2009) *Rapid Assessment Tool for Sexual and Reproductive Health and HIV Linkages: A Generic Guide.*

-
- ^{xv} OMS, UNFPA, ONUSIDA & IPPF (2005) *A framework for priority linkages*.
- ^{xvi} Dick B, Ferguson J & Ross D (2006) Ready Steady Go! The WHO, UNICEF, UNFPA, UNAIDS Technical Report on the Evidence for Policies and Programmes to Achieve the Global Goals on HIV and Young People: Conclusions and Recommendations. *WHO Technical Report Series*. 938, pp. 317-341.
- ^{xvii} Interagency Working Group on GBV and HIV, and Harvard School of Public Health Program on International Health and Human Rights (September 2009, unpublished as of 5/2010) *Gender-Based Violence and HIV, Final Draft Report*.
- ^{xviii} Volmink J, Siegfried N, van der Merwe L & Brocklehurst P (2007) Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 1.; Wiysonge CS, Shey M, Shang J, Sterne JAC & Brocklehurst P (2005) Vaginal disinfection for preventing mother-to-child transmission of HIV infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 4.; Horvath T, Madi BC, Iuppa IM, Kennedy GE, Rutherford GW & Read JS (2009) Interventions for preventing postnatal mother-to-child transmission of HIV' *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 1.
- ^{xix} Inter Agency Task Team on Comprehensive Condom Programming (Février 2010) *Towards a Unified Approach (Draft)*.
- ^{xx} Cooper D, Moodley J, Zweigenthal V, Bekker LG, Shah I & Myer L (2009) Fertility intentions and reproductive health care needs of people living with HIV in Cape Town, South Africa; implications for integrating reproductive health and HIV care services. *AIDS & Behavior*. 13(Suppl 1), pp. 38-46.; Nduna M & Farlane L (2009) Women living with HIV in South Africa and their concerns about fertility. *AIDS & Behavior*. 13(Suppl 1), pp. 62-65.
- ^{xxi} Dickinson C, Attawell K & Druce N (2009) Progress on scaling up integrated services for sexual and reproductive health and HIV. *Bulletin of the World Health Organization*. 87(11), pp. 846-851.
- ^{xxii} IPPF, UCSF, ONUSIDA, UNFPA & OMS (2008) Linkages: Evidence Review and Recommendations. ^{xxiii} E.g. *STI and HIV incidence, contraceptive use, etc.*
- ^{xxiv} EngenderHealth & UNFPA (2007) *Ethiopia Promising Practices Monograph Linking SRH and HIV Programmes: HIV/STI Prevention in Maternal Child Health Services*.
- ^{xxv} EngenderHealth & UNFPA (2007) *Ukraine Promising Practices Monograph Linking SRH and HIV Programmes: HIV/STI Prevention in Maternal Child Health Services*.
- ^{xxvi} Church K & Mayhew SH (2009) *Integration of STI and HIV Prevention, Care, and Treatment into Family Planning Services: a Review of the Literature*. *Studies in Family Planning*. 40(3), pp. 171-186.
- ^{xxvii} Askew I & Berer B (2003) The contribution of sexual and reproductive health services to the fight against HIV/AIDS: A review. *Reproductive Health Matters*. 11(22), pp. 51-73.
- ^{xxviii} Mayhew S (1996) Integrating MCH/FP and STD/HIV services: Current debates and future directions. *Health Policy and Planning*. 11(4), pp. 339-353.
- ^{xxix} Population Council (2007) *Strengthening financial sustainability through integration of voluntary counseling and testing services with other reproductive health services (India)*.
- ^{xxx} Homan R, Mullick S, Nduna M & Khoza D (2006) Cost of introducing two different models of integrating VCT for HIV within family planning clinics in South Africa. Paper presented at conference on *Linking Reproductive Health, Family Planning, and HIV/AIDS in Africa, Addis Ababa, 9-10 October*.
- ^{xxxi} Population Council (2008) *Feasibility, acceptability, effect and cost of integrating counseling and testing for HIV within family planning services in Kenya*.
- ^{xxxii} Janowitz B, Johnson L, Thompson A, West C, Marangwanda C & Maggwa NB (2002) Excess capacity and the cost of adding services at family planning clinics in Zimbabwe. *International Family Planning Perspectives*. 28(2), pp. 58-66.
- ^{xxxiii} Population Council (2006) *Systematic screening: A strategy for determining and meeting clients' reproductive health needs*.
- ^{xxxiv} Halperin DT, Stover J & Reynolds HW (2009) Benefits and costs of expanding access to family planning programs to women living with HIV. *AIDS*. 23, pp. S123-130.

- ^{xxxv} Hladik W, Stover J, Esiru G, Harper M & Tappero J (2009) The Contribution of Family Planning towards the Prevention of Vertical HIV Transmission in Uganda.
- ^{xxxvi} Dick B, Ferguson J, Ross D. (2006) Ready Steady Go! The WHO, UNICEF, UNFPA, UNAIDS Technical Report on the Evidence for Policies and Programmes to Achieve the Global Goals on HIV and Young People: Conclusions and Recommendations. *WHO Technical Report Series*. 938, pp. 317-341.
- ^{xxxvii} Interagency Working Group on GBV and HIV, and Harvard School of Public Health Program on International Health and Human Rights (September 2009, unpublished as of May 2010) *Gender-Based Violence and HIV, Final Draft Report*.
- ^{xxxviii} GNP+, ICW, Young Positives, EngenderHealth, IPPF & UNAIDS (2009) *Advancing the sexual and reproductive health and human rights of people living with HIV*.
- ^{xxxix} IPPF, UCSF, ONUSIDA, UNFPA & OMS (2008) *Linkages: Evidence Review and Recommendations*.
- ^{xl} IPPF, UCSF, ONUSIDA, UNFPA & OMS (2008) *Linkages: Evidence Review and Recommendations*.
- ^{xli} Friends Africa, Global AIDS Alliance, Interact Worldwide, International AIDS Alliance, IPPF & Population International (2010) *Mobilising for RH/HIV Integration: Make or break?*
- ^{xlii} OMS, UNFPA, ONUSIDA & IPPF (2005) *A framework for priority linkages*.
- ^{xliii} Regional Initiative for the Elimination of Mother-to-child Transmission of HIV and Congenital Syphilis in Latin America and the Caribbean (The interventions for the elimination of HIV and syphilis are directed towards the same population of women of childbearing age and to their partners, as well as to pregnant women).
- ^{xliv} Chabikuli NO, Awi DD, Chukwujekwu O, Abubakar Z, Gwarzo U, Ibrahim M, Merrigan M & Hamelmann C (2009) The use of routine monitoring and evaluation systems to assess a referral model of family planning and HIV service integration in Nigeria. *AIDS*. 23(Suppl 1), pp. S97-S103.
- ^{xlv} OMS, ONUSIDA, UNFPA & OMS (2008) *Gateways to integration: a case study from Haiti*.
- ^{xlvi} Jean SS, Pape JW, Verdier RI, Reed GW, Hutto C, Johnson WD & Wright PF (1999) *The natural history of human immunodeficiency virus 1 infection in Haitian infants*. *Pediatric Infectious Disease Journal*. 18(1), pp 58-63.
- ^{xlvii} OMS, ONUSIDA, UNFPA & OMS (2008) *Une porte vers l'intégration : Etude de cas au Kenya*.
- ^{xlviii} OMS, ONUSIDA, UNFPA & OMS (2008) *Une porte vers l'intégration : Etude de cas en Serbie*.
- ^{xlix} OCDE DAC (2005) *Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide*.
- ^l Friends Africa, Global AIDS Alliance, Interact Worldwide, International AIDS Alliance, IPPF, Population International (2010) *Mobilising for RH/HIV Integration: Make or break?*
- ^{li} Friends Africa, Global AIDS Alliance, Interact Worldwide, International AIDS Alliance, IPPF, Population International (2010) *Mobilising for RH/HIV Integration: Make or break?*
- ^{lii} Wilcher R, Cates W & Gregson S (2009) Family planning and HIV: strange bedfellows no longer. *AIDS*. 23, pp. S1-6.
- ^{liii} USAID/DELIVER Project (2008) *Policy brief: the Global Funds supports reproductive health commodity security*.
- ^{liv} Wilcher R, Petruney T, Reynolds HW & Cates W. (2008) From effectiveness to impact: contraception as an HIV prevention intervention. *Sexually Transmitted Infections*. 84(ii), pp 54-60.
- ^{lv} Friends Africa, Global AIDS Alliance, Interact Worldwide, International AIDS Alliance, IPPF & Population International (2010) *Mobilising for RH/HIV Integration: Make or break?*
- ^{lvi} *World Health Organization research of 214 approved proposals to Rounds 1-7 identified that all but two included at least one element of SRH service. But the vast majority focused on 'traditional' areas (e.g., 25% on PMTCT, 25% on STI prevention, diagnosis, and treatment, and 25% on sexual health promotion). Few focused on 'less traditional' areas, such as gender-based violence.*
- ^{lvii} *The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2008) Guidelines for Proposals: Round 8 (Single Country Applicants).*

^{lviii} *Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (2009)* The Global Fund's Strategy for Ensuring Gender Equality in the Response to HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria ('The Gender Equality Strategy').

^{lix} *Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (2009)* The Global Fund Strategy in Relation to Sexual Orientation and Gender Identities (SOGI).

[Fin du document]