

CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME DE L'ONUSIDA

UNAIDS/PCB (38)/16.14
Date de publication : 20 juin 2016

TRENTE-HUITIÈME RÉUNION

Date : 28-30 juin 2016

Lieu : Salle du Conseil exécutif, OMS, Genève

Point 8 de l'ordre du jour

Le rôle des communautés pour mettre fin au sida d'ici à 2030.

NOTE D'INFORMATION

Clause de non-responsabilité

Les études de cas utilisées dans cette note d'information sont présentées telles qu'elles ont été soumises, et n'indiquent pas ni ne suggèrent, de façon implicite ou autre, l'existence d'une approbation, d'une relation ou d'un soutien par l'ONUSIDA et sa mission et/ou par l'un de ses Coparrainants, des États membres et de la société civile. Le contenu des études de cas n'a pas été vérifié de façon indépendante. L'ONUSIDA ne formule aucune prétention, promesse ou garantie concernant l'exhaustivité et l'exactitude du contenu des études de cas, et décline expressément toute responsabilité en cas d'erreurs ou d'omissions dans le contenu. Les appellations employées et la présentation des études de cas n'impliquent aucune prise de position de la part de l'ONUSIDA quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Le contenu des études de cas n'exprime pas non plus nécessairement l'opinion des États membres, de la société civile, du Secrétariat de l'ONUSIDA ou des Coparrainants de l'ONUSIDA.

Pour des références supplémentaires, toutes les études de cas sont publiées en ligne dans un document de séance par le site web CCP : UNAIDS /PCB (38)/16.14 CRP1.

I. INTRODUCTION

1. Lors de la 37^e réunion du Conseil de Coordination du Programme (CCP) de l'ONUSIDA, il a été convenu que le sujet du segment thématique de la 38^e réunion à venir en juin 2016 serait : Le rôle des communautés pour mettre fin au sida d'ici à 2030.
2. Les communautés ont été à l'avant-plan des ripostes au VIH depuis le début de l'épidémie et, dans presque tous les pays, la première riposte à l'épidémie de sida est venue des gens vivant avec le VIH, de leurs familles et de leurs communautés, qui se sont organisés par eux-mêmes pour s'occuper des personnes dans le besoin et pour promouvoir une intervention élargie contre l'épidémie. Dans la plupart des pays, ces premières initiatives de la société civile ont posé les fondements sur lesquels se sont constituées les mesures nationales [1,2].
3. Il est largement reconnu que lorsque les communautés s'impliquent de façon proactive pour assurer leur propre bien-être, le succès est plus probable et plus durable. La participation accrue des personnes vivant avec le VIH (GIPA) est un principe qui a été avancé pour la première fois à Denver en 1983 par des gens vivant avec le VIH. Ce principe a été formalisé depuis au Sommet sur le sida de 1994 à Paris, puis ultérieurement endossé par 189 États membres des Nations Unies dans le cadre de la Déclaration d'engagement de l'UNGASS en 2001, avant d'être réaffirmé par 192 États membres à la Réunion de haut niveau sur le sida en 2006. Le principe GIPA vise à permettre aux personnes vivant avec le VIH d'exercer leurs droits et responsabilités, y compris leur droit à l'auto-détermination et à participer aux processus décisionnels qui affectent leur existence. [3]. Les personnes vivant avec le VIH font directement l'expérience de ce qui rend les communautés vulnérables au VIH, ont développé une connaissance vécue de ce qui fonctionne dans la gestion de leur maladie, de même que des idées pour élaborer des politiques et des programmes d'amélioration de la prévention et du traitement du VIH. L'implication des personnes vivant avec le VIH dans le développement et la mise en œuvre des programmes ainsi que dans l'élaboration des politiques, améliore l'acceptation et l'efficacité des programmes et politique. Le principe GIPA est un élément central des ripostes communautaires au VIH et, lorsque ce principe est appliqué, il est amplement reconnu comme contribuant aux bonnes pratiques et à l'efficacité des services. Ce principe d'engagement significatif dans la santé peut être envisagé de façon plus globale, tel que défini par la Déclaration d'Alma Ata de 1978, à l'effet que des systèmes de soins de santé exhaustifs et fonctionnels requièrent, conjointement à la capacité de les mettre en place, une pleine participation des communautés dans la planification, l'organisation et le contrôle des soins de santé primaires [4].
4. Les actions communautaires entreprises depuis plus de 30 ans ont généré des accomplissements substantiels – c'est à présent un fait bien compris que les communautés, y compris les organisations de la société civile, les personnes vivant avec le VIH et autres réseaux de populations clés tels que les regroupements de femmes vivant avec le VIH et les communautés indigènes, ont joué un rôle crucial dans : l'activisme et le plaidoyer qui ont mobilisé la volonté politique et des ressources pour des ripostes nationales au VIH qui sont équitables ; un partenariat égalitaire pour la conception et la mise en œuvre des politiques et programmes reliés au VIH ; la prestation de services en collaboration les fournisseurs de soins et services sociaux des pays ; et la réduction de la stigmatisation et de la discrimination associées au VIH, qui permettent de remédier aux violations des droits humains et aux inégalités entre les sexes [2]. La dynamique des services communautaires

est dorénavant mieux comprise, en ce sens que leur disponibilité peut donner des résultats positifs en termes de santé, viser plus de personnes, et élargir la fourniture des services vitaux, y compris pour les populations qui ont difficilement accès aux services d'état [2]: « Aucune riposte au VIH ne peut être efficace sans une mobilisation communautaire, puisque les personnes constituant les communautés sont la véritable raison pour laquelle nous travaillons tous sans relâche pour éradiquer le sida – ce sont les gens vivant avec le VIH, les gens affectés par le VIH – soit ceux qui ont le plus à perdre et le plus à gagner » (Professeur Peter Piot dans [1]). Le rôle des communautés est également bien reconnu dans les contextes humanitaires, pour leurs capacités à s'adapter et à réagir promptement, pour leur inclination à promouvoir la résilience et à développer des solutions qui atteignent les plus démunis de façon à stimuler le changement, la préparation, la riposte et le rétablissement.

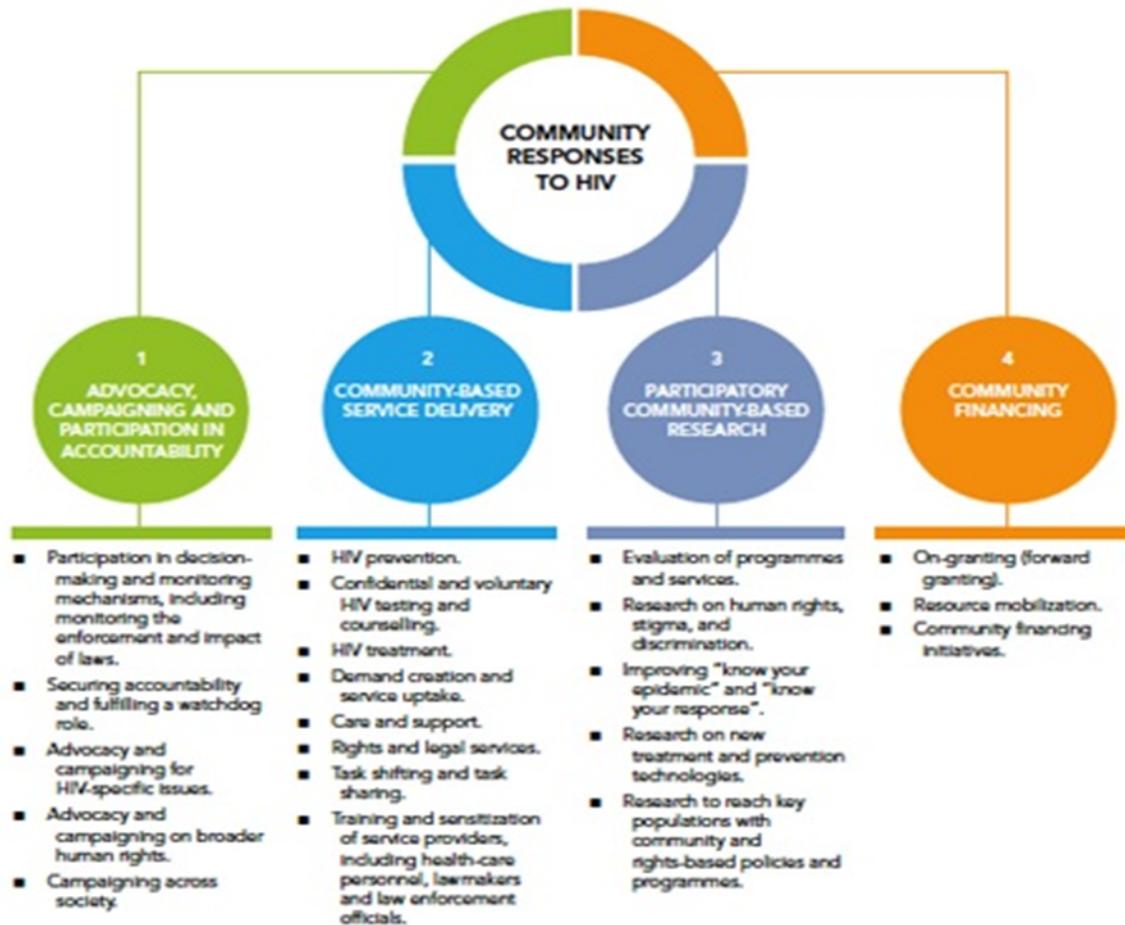
5. Toutefois, il est important de noter que les actions communautaires sont certes un élément essentiel, mais ne représentent qu'un élément parmi ceux de la riposte plus globale au VIH. La responsabilité d'assurer que les services sont fournis, demeure celle des gouvernements. Les actions communautaires, y compris la fourniture de services, peut contribuer au partage de la charge de travail, mais ne peut pas remplacer les services de santé publics; les services communautaires peuvent s'adresser à des personnes que les services gouvernementaux pourraient ne pas être en mesure de rejoindre, ils peuvent créer de la demande, et fournir un soutien aux efforts de rendre les services plus accessibles et acceptables.
6. Bien que 30 ans aient passé depuis le début de la riposte globale au sida, ce n'est que maintenant que les programmes nationaux et les partenaires mondiaux commencent à intégrer les interventions communautaires dans les plans stratégiques nationaux sur le sida — transformant ces interventions isolées qui fonctionnaient parallèlement aux mesures étatiques en actions qui travaillent en partenariat avec les systèmes d'état. Les preuves de l'efficacité et de l'impact de cette coopération sont claires, et il faut dissiper cette fausse perception que les ripostes basées sur les communautés sont trop coûteuses, compliquées ou indirectes. De la même façon, il faut dissiper la croyance que les ripostes basées sur les communautés peuvent être des points de service alternatifs aux services étatiques simplement parce qu'elles sont moins coûteuses. Les services communautaires complètent les services d'état. Ils sont aussi nécessaires les uns que les autres, et ont tout autant besoin de mieux travailler ensemble. En outre, au-delà la prestation de services, l'engagement communautaire et l'activisme, c'est un « bien public mondial » dont il est question et qui, en tant que tel, requiert des appuis juridiques, sociaux et financiers pour assurer d'optimiser ses retombées [5].
7. En travaillant de concert avec la santé publique et les autres systèmes, les interventions communautaires sont primordiales pour le succès et la durabilité de la riposte mondiale au VIH [2] et seront des facteurs déterminants dans l'atteinte des objectifs de développement durable et des cibles d'accélération d'ici à 2030¹. La force spécifique de la société civile réside dans sa diversité, dans la mesure où elle représente très souvent et fournit des

¹ L'approche rapide propose un calendrier pour l'accélération du rythme de mise en œuvre, la focalisation et les changements aux échelles globale, régionale, nationale, provinciale et au niveau des districts et des villes. Cette approche implique de mettre en place des cibles ambitieuses et d'accélérer l'offre de services de prévention et de traitement contre le VIH à fort impact.

services aux personnes difficiles à rejoindre ou aux communautés marginalisées [6].

8. La communauté a un rôle clé à jouer dans au moins quatre secteurs (voir figure 1, issue de [2]) :
 - a. la défense, la promotion et la participation dans la responsabilisation ;
 - b. la participation directe dans la prestation de services, y compris la demande de mobilisation ;
 - c. la recherche participative, basée sur la communauté; et
 - d. le financement communautaire.

Figure 1. Four components of community responses to HIV



9. Les interventions communautaires sont souvent innovatrices et la société civile est douée pour trouver des solutions concrètes qui tiennent compte de la complexité des contextes sociaux, politiques et culturels affectant directement les épidémies locales de VIH. Cependant, la société civile continue de faire face à des défis considérables qui entravent sa capacité de contribuer pleinement, y compris des défis systémiques, politiques, culturels, juridiques et financiers. La capacité technique et organisationnelle, le sous-financement chronique empêchant de combler les besoins des organisations et réseaux communautaires, y compris les organismes de défense et les fournisseurs de service, constituent aussi de véritables épreuves à la possibilité, pour les communautés, de fournir des services de qualité et d'agir en tant que partenaires égaux dans le déploiement de ripostes nationales.

10. Les objectifs de développement durable (ODD) visent à mettre fin au sida d'ici à 2030. Pour atteindre cet ambitieux objectif, il faudra réduire de 90 % (relativement aux niveaux de 2010) le taux d'incidence annuel du VIH. Ayant porté les efforts de prévention depuis le début de l'épidémie, travaillant avec les gouvernements, les communautés peuvent contribuer aux modifications des comportements, aider à créer la demande, ainsi que l'offre, mener des interventions de prévention, et mettre au défi les normes sociales-culturelles et les attitudes pour améliorer les résultats de la prévention. Les décès liés au sida doivent être réduits de 90 % - ce qui signifie de fournir aux personnes vivant avec le VIH des services de test, de la thérapie antirétrovirale, ainsi que des programmes innovateurs, holistiques et accessibles qui répondent à leurs besoins en tant que membres productifs de leur pays. Il est particulièrement important d'atteindre ces populations difficiles d'atteinte – les jeunes filles, les migrants, les peuples indigènes, les enfants et les personnes âgées, de même que les populations clés telles que les professionnel(le)s du sexe, les hommes homosexuels et les autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues, et les transgenres – or les communautés sont souvent les mieux placées pour atteindre ces groupes, spécialement les populations dont le comportement est criminalisé. Il ne devrait y avoir aucune discrimination liée au VIH – les cibles de traitement et de prévention ne seront pas atteintes tant que les personnes qui ont besoin de ces services subissent de la discrimination dans l'accès aux services. Les communautés sont les mieux positionnées pour guider et compléter les actions étatiques visant à enrayer la discrimination. La collaboration de tous les intervenants à une action collective mondiale cherchant à traiter les causes de vulnérabilité et à répondre aux besoins systémiques des gens vivant avec le VIH ou à risque de l'être, sera un élément central du succès dans l'éradication du sida et la réalisation des autres ODD [7].
11. Le cadre d'investissement stratégique de l'ONUSIDA identifie la mobilisation de la communauté, l'autonomisation communautaire et les services dirigés par la communauté comme des éléments essentiels pour des ripostes efficaces. Les investissements dans les ripostes communautaires au VIH sont des investissements stratégiques, dans la mesure où la mobilisation de la communauté et la fourniture de services facilitent l'adoption des programmes sur le VIH et promeuvent la transparence et la responsabilisation au niveau local. Les capacités de renforcer et d'élargir les ripostes communautaires au VIH ainsi que le fait d'utiliser de la créativité pour générer un engagement significatif et l'autonomisation des populations affectées, augmenteront la probabilité que les systèmes nationaux soient attentifs aux besoins des personnes vivant avec le VIH ou à risque de l'être (Piot, P. et al., 2015[5]). La nécessité cruciale d'augmenter les investissements dans la société civile et la fourniture de services par la communauté, a été réitérée lors de l'approche rapide d'une mise à jour 2016 de l'ONUSIDA sur le progrès [8].
12. Une bonne partie des travaux fondamentaux nécessaires à l'avancée de la riposte au VIH et à la mise en œuvre d'une approche rapide, ne seront complétés qu'avec l'appui d'une voix forte et d'une présence solide de la communauté. Cela inclut d'élargir la portée des services aux personnes qui en ont le plus besoin, de faire preuve d'innovation dans la fourniture de services par la communauté (en particulier pour les tests et les traitements, pour faire le lien avec les soins, atténuer les préjudices et créer la demande), de surveiller la qualité, d'accroître la portée des services de prévention, de faire progresser les droits humains, de réduire les inégalités entre les sexes ainsi que la stigmatisation et la discrimination [2].
13. Il est primordial que la communauté et les systèmes de santé soient intégrés dans des systèmes pour la santé qui soient durables, exhaustifs et robustes. Les services assurés par

la communauté constituent une partie vitale d'un système de santé plus large, d'où le fait qu'il soutiennent les systèmes de santé et permettent l'obtention de résultats concrets et de qualité en matière de santé [9]. De par leur travail en partenariat avec le gouvernement, les atouts uniques des communautés doivent être reconnus, mesurés, dotés de ressources adéquates, et exploités dans la création de systèmes robustes et durables pour la santé, pour le VIH et pour des services de santé plus larges. Cela signifie qu'il faut inclure les ripostes communautaires au VIH en tant que composantes à part entière des plans nationaux pour la santé et contre le sida, depuis la phase de planification jusqu'aux étapes d'allocations de budget et de coordination. Le soutien aux ripostes communautaires et aux communautés engendre aussi des effets à l'échelle sectorielle qui peuvent avoir un impact positif sur la santé, les droits humains et d'autres services. Par exemple, la preuve a été établie que la mobilisation et le soutien aux ripostes communautaires au VIH conduisent à un succès accru en termes de couverture d'immunisation, de planification familiale, et en ce qui a trait aux programmes de survie infantile [9]. Les ripostes communautaires assument un rôle important dans l'atteinte d'une couverture de santé universelle et dans la mise sur pied de services de santé intégrés et centrés sur les personnes. Il est impératif également que les personnes de la communauté œuvrant dans le domaine de la santé soient reconnus en tant que membres à part entière du personnel de santé et envisagés comme un élément de la solution lorsqu'on considère la crise du personnel de santé et le grand besoin d'investir dans ce secteur.

Étude de cas n° 47 Népal : VIHsion 2020 : Mettre fin au sida au Népal d'ici à 2030 : Une riposte collective

La riposte au VIH au Népal dépend largement de l'aide étrangère, jusqu'à 80 % en 2015. Le financement externe décline rapidement, et il est plus important que jamais que les actions et l'allocation stratégique des ressources pour réduire le problème du VIH dans le pays soient priorisées par le biais de choix d'investissement sensés et scientifiquement fondés. En 2015, le développement du Plan stratégique népalais national 2016-2021 en matière de santé (NHSP) a été initié à la lumière des consultations menées par le Centre national de lutte contre le sida et les maladies sexuellement transmissibles du Ministère de la santé. Un certain nombre de structures de direction et de coordination ont été mises en place, y compris un comité de pilotage de haut niveau, présidé par le Secrétariat de la santé qui inclut des membres d'autres secteurs ministériels, de la société civile, de l'ONU et autres partenaires. Six groupes thématiques ont été formés et sont soutenus par l'ONUSIDA : les populations clés, les systèmes de santé, les faits et l'information stratégiques, la gouvernance, les droits humains et les problématiques/les innovations émergentes. La forte implication et le leadership démontrés par la communauté dans la formulation du NHSP ont eu pour effet de stimuler l'engagement dans la mise en œuvre de ce plan par la société civile, le gouvernement et tous les intervenants. Les rôles et responsabilités de la société civile, identifiés comme des acteurs imputables dans la riposte népalaise visant à mettre fin au sida d'ici à 2030, sont à présent spécifiquement articulés en divisions de travail officialisées, par le biais de partenariats public-privé. Le plan met l'emphase sur l'intégration des services de niveaux gouvernementaux et communautaires; les actions basées sur la communauté pour prévenir le VIH; l'identification de cas et la gestion de cas dans un continuum prévention-traitement; l'introduction d'approches innovantes pour le partage des tâches et les tests de dépistages dans la communauté avec, à l'appui, des installations de soins de santé qui soient à la fois publiques, privées et communautaires.

Étude de cas n° 43 Iran : Programme national de contrôle du sida (composantes basées sur la communauté)

En Iran, le nombre de cas de VIH enregistrés représente seulement une fraction de la population du pays estimée séropositive. Par conséquent, il a été admis que, pour réaliser l'objectif de mettre fin à l'épidémie à l'horizon 2030, il faut rejoindre une plus grande partie de la communauté. La 4^e version du Programme national de contrôle du sida a été approuvée par le Conseil des ministres du pays en mars 2015, et a été formulé avec la contribution des parties prenantes y compris les ONG et les organisations basées sur la communauté. Le programme inclut des stratégies pour améliorer la synergie entre ses différents volets, y compris l'intégration des services liés au VIH dans le système de soins de santé, et le transfert des prestations de services aux organisations communautaires et aux ONG. Des exemples de ce modèle incluent le « *AIDS Bus* » – une campagne CVT menée par le Ministère de la santé, la Municipalité de Téhéran, et une organisation communautaire – avec pour but d'aider à fournir des services CVT aux personnes qui normalement n'iraient pas requérir les services proposés en établissement. En 2006, ont été créés les « Clubs Positifs » afin d'offrir du soutien psychosocial aux personnes vivant avec le VIH, et de

promouvoir l'approche positive « Santé, Dignité et Prévention ». Les Clubs Positifs établissent des contacts avec les universités locales de médecine ou les organisations d'assistance sociale pour aider à combler les lacunes en matière de prévention et à faciliter l'accès aux services. De plus, les Clubs Positifs apportent une contribution directe dans le domaine des politiques à mener, grâce à leur représentation au sein de la Réunion générale annuelle du Programme national de contrôle du sida. Les organisations communautaires locales, sous la supervision des universités de médecine avoisinantes, opèrent également des Centres pour femmes vulnérables. Ces derniers fournissent une gamme de services pour aider à contrôler la transmission sexuelle du VIH chez les femmes, y compris par la prévention, l'atténuation des préjudices, les CVT, et des soins prodigués par des spécialistes. Ces services ont bénéficié d'un appui politique fort et soutenu, et ont été largement financés à même le budget national, avec des aides étrangères dans des domaines tels que le transfert de connaissances, le développement de la capacité, et l'acquisition de produits stratégiques comme les kits de diagnostic rapide et les ARV de deuxième ligne. Ensemble, ces composantes basées sur la communauté ont aidé le Programme national de contrôle du sida à rejoindre et desservir des groupes qui avaient auparavant un accès aux soins.

UNAIDS/PCB (38)/16.14 CRP1

14. Nous vivons un moment exceptionnel dans l'histoire de la riposte au VIH – les outils et le savoir requis pour mettre fin au sida comme menace de santé publique d'ici à 2030 existent, et l'approche rapide procure le cadre pour des actions stratégiques et coordonnées [10]. L'engagement communautaire et les ripostes menées par la communauté sont nécessaires pour relever des défis spécifiques dans l'atteinte des cibles ambitieuses en termes de traitement, de prévention et de non-discrimination : examen et révision des lois et politiques ; mobiliser et assurer la responsabilisation pour accroître les investissements et la mise en œuvre des programmes et des études de recherche nécessaires ; faire avancer le respect des droits humains pour les gens aux prises avec le VIH et les autres populations clés ; comprendre les déterminants de la santé de nature sociale, culturelle et autre ; encourager l'adhésion ; créer la demande pour l'utilisation des services ; s'attaquer aux problématiques de stigmatisation et de discrimination ; fournir des services accessibles et acceptables ; et faciliter la collaboration et l'articulation entre les systèmes publics multisectoriels et les ministères gouvernementaux.
15. Ce document d'information expose la preuve et décrit le rôle crucial des communautés en tant qu'éléments des ripostes nationales au VIH, en plus de présenter l'opportunité pour un engagement renouvelé sur le rôle des communautés dans la galvanisation des efforts pour mettre fin à cette menace publique contre la santé qu'est le sida, d'ici à 2030. Le document souligne aussi les lacunes en termes de financement et démontre comment l'appui politique à l'intégration des ripostes communautaires dans les plans nationaux pour la santé et contre le sida, est indispensable pour utiliser le plein potentiel des communautés. En dernier lieu, ce document émet un certain nombre de recommandations en termes de politiques et d'actions [1,9–12].

II. LES RIPOSTES COMMUNAUTAIRES, UNE COMPOSANTE ESSENTIELLE DES RIPOSTES STRATÉGIQUES NATIONALES AU VIH

Définitions

La **communauté** est un terme largement utilisé qui n'a pas de définition unique et fixe. De façon générale, les communautés sont formées par des personnes qui sont connectées les unes aux autres par des caractéristiques distinctes et variées. Les communautés sont diversifiées et dynamiques. Une personne peut faire partie de plus d'une communauté. Les membres des communautés peuvent être connectés de par un lieu de vie commun ou des expériences partagées, leur condition de santé ou d'autres défis, des situations de vie, leur culture, leur religion, leur identité ou leurs valeurs [10].

Le terme « communautés » (par rapport au VIH) couvre un large éventail de personnes, groupes et organisations. Il rassemble différents intérêts, opinions, capacités, ressources et priorités. Ces groupes peuvent se concentrer sur le VIH ou sur des sujets connexes. Les exemples de domaines connexes incluent la santé sexuelle et reproductive, la santé maternelle et infantile, la santé des femmes, les droits humains, la nourriture et la nutrition, le développement économique et l'atténuation des préjudices pour les consommateurs de drogues injectables [11].

Les communautés réfèrent aux :

- Personnes vivant avec le VIH et celles à plus haut risque d'infection par le VIH, leurs groupes et leurs réseaux.
- Les réseaux communautaires et les organisations basées sur la communauté, incluant ceux qui sont opérés par et/ou pour les personnes vivant avec le VIH et autres populations clés.
- Les ONG locales, nationales et internationales.
- Les organisations de la société civile, incluant les organisations non-gouvernementales de lutte contre le sida et les organisations confessionnelles.

Les communautés de personnes les plus affectées par le VIH ou les plus à risque de l'être incluent les femmes et les filles de l'Afrique subsaharienne, et les personnes vivant avec le VIH et autres populations clés, telles que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables, les personnes en prison ou autres milieux clos, et les personnes transgenres.

Par **société civile**, on entend l'espace où s'exerce l'action collective volontaire autour d'intérêts, d'objectifs et de valeurs communs. Ce terme renvoie au secteur des associations autonomes qui ne relèvent pas des secteurs publics ou privé et qui ont pour vocation de promouvoir des idées et des intérêts collectifs. [12]. La société civile est composée de citoyens ordinaires qui s'organisent en dehors du gouvernement et du service public pour faire face à des problèmes et des préoccupations spécifiques que le processus gouvernemental normal ne peut pas traiter à lui seul [1].

Une **riposte communautaire au VIH** désigne l'ensemble des activités menées par la communauté en réponse au VIH et qui sont entreprises à des échelles nationales, régionales et internationales. Ces activités incluent : (1) le plaidoyer, la campagne et la participation de la société civile aux processus décisionnels, le suivi et le rapport sur les progrès réalisés dans la mise en place de ripostes au VIH ; (2) la participation directe dans la fourniture de services ; (3) la recherche participative basée sur la communauté ; (4) le financement communautaire [9].

Systèmes communautaires : Il n'existe pas de définition unique des systèmes communautaires. Dans ce rapport, les systèmes communautaires sont définis comme des structures et mécanismes pilotés et utilisés par les communautés, à travers lesquels leurs membres, les organisations communautaires et d'autres acteurs des communautés interagissent, coordonnent et apportent leurs réponses aux défis et aux besoins qui affectent leurs communautés. Les systèmes communautaires peuvent être informels et de petite taille, ou il peut s'agir de vastes réseaux d'organisations. Les systèmes communautaires ne devraient pas exister de façon isolée ; ils doivent plutôt servir de composantes critiques du système général visant à protéger et promouvoir la santé et les droits humains. Ces systèmes plus larges incluent les systèmes de santé gouvernementaux ou publics (tels que les établissements de santé publics, les organismes de réglementation et de gouvernance, et les professionnels de soins de santé employés par l'état).

Renforcement des systèmes communautaires : Le RSC promeut le développement de communautés, d'organisations communautaires, de groupes et de structures éclairés, compétents et coordonnés. En d'autres termes, il englobe le renforcement des capacités et les actions nécessaires à la mise en œuvre de la « riposte communautaire » par l'intermédiaire de « systèmes communautaires ». Il devrait toucher un large éventail d'acteurs communautaires, en leur permettant de contribuer à la pérennisation des interventions en matière de santé et dans d'autres domaines au niveau communautaire, notamment en créant un environnement réceptif qui favorise l'efficacité de ces contributions.

(Riposte communautaire innovatrice pour traiter l'auto-stigmatisation : Une étude pilote consacrée aux personnes vivant avec le VIH au Zimbabwe, ONUSIDA. Plus forts ensemble : Des systèmes de santé et communautaires aux systèmes pour la santé, Guide ONUSIDA sur les partenariats avec la société civile [1,9–12])

16. En 2012, la Banque mondiale a publié les résultats d'une série de 17 études d'évaluation examinant l'impact de la riposte communautaire au VIH sur les connaissances et les

comportements, l'utilisation des services, la transformation sociale et l'incidence du VIH. Les études se sont échelonnées sur une période de trois ans et incluaient des études nationales menées au Burkina Faso, en Inde, au Kenya, au Lesotho, au Nigéria, au Sénégal, en Afrique du Sud et au Zimbabwe. Cette évaluation a révélé que les investissements dans les communautés ont produit des résultats significatifs, notamment une amélioration des connaissances et l'adoption de comportements plus sûrs, mais aussi une augmentation du recours aux services de santé, et, fait notable, une diminution de l'incidence du VIH et des IST [13].

17. La recherche et l'expérience ont montré que là où il existe une collaboration entre les systèmes de santé, les ONG et les membres de la société civile, on peut parvenir à réduire l'incidence du VIH et la mortalité, tout en rejoignant davantage des groupes habituellement difficiles à atteindre, afin de leur fournir des services de qualité [9].
18. Les études sur des pays aussi diversifiés que le Cambodge, l'Afrique du Sud, la République-Unie de Tanzanie et le Zimbabwe ont démontré l'efficacité et la rentabilité des services de lutte contre le VIH basés sur les communautés [13]. L'implication des organisations basées sur les communautés ajoute de la valeur à la riposte nationale en accroissant la sensibilisation, la disponibilité et l'utilisation des services reliés au VIH.
19. Au Nigéria, il a été constaté que les ripostes communautaires stimulent le recours aux services reliés au VIH existants – tel qu'illustré par l'augmentation de 50 % de la participation aux services de prévention et par l'augmentation de 64 % des soins de traitement et des services de soutien [14]. Au Zimbabwe, il a été constaté que la participation des groupes communautaires augmente le recours aux services de prévention de la transmission mère-enfant et aux services de conseils et de dépistage du VIH [13]. Au Sénégal, le mentorat par les pairs a permis d'augmenter de 50 % le nombre de personnes prenant part aux services de conseils et de dépistage, et d'accroître le nombre de tests passés par les partenaires des personnes vivant avec le VIH [15].

Étude de cas n° 23 Malawi : Mother2Mother (M2M)

Les estimations actuelles indiquent que 1,1 million de Malawiens vivaient avec le VIH en 2014, avec plus d'un demi-million de personnes (585 660) prenant des ART. En 2011, le Malawi a initié Option B+, une stratégie « dépister-traiter » orientée sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME), qui facilite le déclenchement du traitement, le rend plus disponible, et qui répond aux besoins des femmes séropositives au VIH tout au long de leurs années de reproduction. M2M est un programme qui offre des soins complémentaires non cliniques et des services de soutien par l'intermédiaire de son modèle de mères référentes, une intervention par les pairs largement approuvée, évolutive et étayée par des données probantes, qui assure que les paires mères-bébés aient accès à tous les services en cascade de santé de la reproduction, santé maternelle, santé des nouveau-nés et des enfants (RMNCH), ainsi qu'aux services de PTME. Ce programme forme, emploie, et responsabilise les femmes séropositives au VIH qui sont passées par la PTME, pour travailler en tant que mères référentes dans les centres de santé et les communautés. Les services de mères référentes incluent : de l'éducation pré-dépistage de groupe; des discussions éducatives sur la santé; de l'éducation et du soutien individuels par les pairs; un suivi de l'adhésion et du soutien; des services de maintien incluant un suivi de la paire mère-bébé; des groupes de soutien aux familles; et des liens et un aiguillage améliorés entre l'établissement et la communauté, de même que l'adoption de services intégrés au sein de l'établissement de santé. M2M opère dans 14 districts du Malawi et emploie 305 mères référentes et 115 mères référentes de la communauté dans 94 établissements à haut-volume et difficiles à atteindre, et dans 25 secteurs sous autorité traditionnelle. En 2015, 23 943 nouveaux clients ont bénéficié des services M2M, 146 486 femmes ont reçu de l'éducation de groupe pour le pré-dépistage de VIH, et 328 388 femmes ont eu des interactions individuelles avec des personnes référentes du M2M dans des cliniques prénatales et postnatales.

20. Pour atteindre les cibles rapides de mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030, il sera essentiel d'adapter les systèmes dispensant des thérapies antirétrovirales pour inclure de manière significative les services basés sur les communautés. Il faut accroître les ressources octroyées à ces systèmes communautaires et les élargir. L'accroissement d'échelle peut s'avérer complexe et exigeant, et requiert une plus grande attention dès le départ. ExpandNet, en collaboration avec l'OMS, a développé un certain nombre d'outils pratiques pour soutenir l'extension d'offre de services, dont un guide décrivant 12 étapes pour l'accroissement des interventions pilotes et qui inclut la planification, les ajustements, le développement de partenariats stratégiques, la promotion et le recueil de données probantes [16]. L'accroissement d'échelle demande également une transformation dans la façon dont les services basés sur les communautés sont liés et intégrés aux systèmes de santé. De plus, là où les systèmes de santé font face à une pénurie en personnel clinique, les services basés sur la communauté peuvent élargir leur portée, partager la charge de travail et augmenter l'efficacité en s'appuyant sur l'amélioration des liens et des synergies, y compris en transférant des tâches au personnel sanitaire de la communauté et à des bénévoles [2,9,17–19]. Une réunion récente d'une Commission de haut niveau sur l'emploi dans le domaine de la santé et sur la croissance économique a eu vent d'une projection de couper 18 millions d'emplois en santé dans le but d'atteindre les objectifs de développement durable, principalement dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. La Commission, dont l'OMS fait partie, a appelé à un changement dans la perception des travailleurs de la santé par les décideurs politiques, afin que ces derniers ne les considèrent plus comme un drainage de ressources mais plutôt comme une source d'opportunités. Ceci est particulièrement important dans le contexte d'investissement dans les travailleurs en santé des communautés et du soutien par les bénévoles des ripostes au VIH [20].

Étude de cas n° 22 Malawi : Groupes TAR communautaires

Malgré les progrès réalisés dans la lutte contre la forte prévalence du VIH au Malawi, les efforts sont entravés par le manque de ressources humaines pour fournir des soins de haute qualité aux personnes vivant avec le VIH (PLHIV). En outre, dans les régions rurales, la distance entre les communautés et les établissements, combinée avec la fréquence des visites pour recueillir la médication, peut aussi freiner l'adhésion à la fois du patient et du fournisseur de services. Les mouvements nationaux encourageant davantage de dépistages, et les augmentations subséquentes du nombre de personnes commençant une TAR, montrent que l'adhésion et le maintien des soins sont des éléments importants à considérer. Pour relever ces défis, les Groupes TAR communautaires (CAG) pour recruter activement des communautés de personnes vivant avec le VIH. Ces groupes sont des unités auto-formées de 4 à 8 personnes vivant avec le VIH et qui prennent des ARV, dont la condition est stable, et qui vivent dans les mêmes communautés. Chaque CAG élit un responsable, qui reçoit une supervision de soutien de la part d'un assistant de surveillance sanitaire du district. Le coordinateur TAR du district encadre la mise en œuvre des CAG, et assure la liaison avec l'équipe de gestion sanitaire du district. Les membres du CAG recueillent les ARV pour leur groupe à tour de rôle, auprès de l'établissement de distribution, ce qui réduit le nombre total de visites, et diffusent également de l'information sanitaire parmi leur groupe, ce qui réduit ainsi la charge des employés formels du système de santé. La mise en œuvre des CAG a engendré une diminution de 59 % du nombre des visites de recharge en TAR par personne par an, et la recherche qualitative effectuée auprès des membres des CAG, du personnel sanitaire et des chefs de district, a indiqué l'acceptabilité du modèle CAG. Les autres avantages de ce modèle incluent les améliorations des connaissances de base sur le VIH grâce au partage d'informations entre les groupes, et la promotion de l'autonomie des personnes vivant avec le VIH quant à leurs propres soins. Actuellement, le défi majeur qui se pose au niveau gouvernemental pour l'accroissement d'échelle du modèle, est que l'approche de responsabilisation des membres des CAG dans le recueil et la distribution des ARV peut conduire à des vols ou des pertes des médicaments. Aucune incidence du genre n'a été rapportée jusqu'à maintenant, et le comptage des pilules pour les personnes vivant avec le VIH s'améliore de façon significative lorsque les individus font partie d'un CAG en raison de la documentation collective et des rapports de conformité; cependant, cette fausse idée demeure une barrière à l'expansion du modèle des CAG.

Étude de cas n° 31 Swaziland : Maximiser les TAR pour une meilleure santé et zéro nouvelle infection (MaxART)

Avec une population de 1,1 million, le Royaume du Swaziland a une prévalence du VIH de 31 % parmi les jeunes adultes âgés de 18 à 49 ans. La prévalence chez les jeunes femmes âgées de 18 et 19 ans est 14 fois supérieure à celle des jeunes hommes. Une

consultation des parties prenantes initiée par STOP AIDS NOW, avec le Ministère de la santé du Swaziland, la CHAI, et les autres partenaires communautaires a mené à la création de la stratégie MaxART. Celle-ci est pilotée par le Ministère de la santé et mise en œuvre par un consortium of partenaires des ONG nationales et internationales et des institutions académiques. La stratégie MaxART met l'accent sur la fourniture de services, et sur la recherche et la promotion de la mise en œuvre. Sa première phase (entre 2011 et 2014) s'est concentrée sur le déploiement à l'échelle du pays et sur la mise en œuvre d'interventions innovantes, exhaustives, étayées par des données probantes, inclusives et basées sur les droits, dans le continuum des soins et en ligne avec les directives nationales de traitement du VIH. Durant la seconde phase (2014 à 2017), le consortium s'attache à mettre en place un essai d'efficacité qui teste la faisabilité, l'acceptabilité, les résultats cliniques, l'accessibilité, et l'évolutivité d'offrir à tous des TAR dans un système de santé géré par le gouvernement. Le programme a réussi à rejoindre les communautés et à augmenter la demande pour des services. Il a aussi favorisé une plus forte participation des leaders locaux dans la riposte au VIH, et a permis d'augmenter le nombre de personnes connaissant leur statut vis-à-vis le VIH, ainsi que l'accès aux traitements. Les défis actuels incluent le manqué de travailleurs sanitaires rémunérés au niveau communautaires au Swaziland, et le besoin de renforcer davantage les systèmes de santé communautaires et les liaisons entre la communauté et les services de santé pour mieux pérenniser ces derniers. Par ailleurs, certains établissements de santé se heurtent à des limites en termes de ressources humaines disponibles, d'espace physique, et de logistique. En dépit de ces difficultés, les statistiques du Ministère de la santé ont révélé que les cibles initiales du MaxART avaient été atteintes et même dépassées. En date de juin 2015, 284 680 personnes étaient testées annuellement pour le VIH, 134 803 suivaient des TAR et, par rapport aux patients en 2013, il y avait une réduction de 10 % de suivis à effectuer.

Étude de cas n° 71 Équateur : Analyse du comportement social, des pratiques sexuelles et de la prévalence du VIH sur les conseils et dépistages volontaires au centre communautaire *Fundacion Ecuatoriana Equidad*

La prévalence générale du VIH en Équateur est de 2 %, tandis qu'on observe une épidémie concentrée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (MSM), avec une prévalence de 11 à 19 %, et de 34 % parmi les personnes transgenres et transsexuelles. Selon le Ministère de la santé publique, un total de 41 375 personnes ont été diagnostiquées pour le VIH jusqu'à 2014, mais seulement 13 300 personnes suivaient un traitement. La *Fundacion Ecuatoriana Equidad* offre un service de conseils et dépistage volontaires (CVT), lequel est complété par une vaste gamme de services de santé à des prix abordables pour les populations clés, y compris les composantes médicales, psychologiques, et juridiques, ces dernières étant gratuites. Durant 2015, le service CVT a mené 987 tests de dépistage du VIH, dont 728 effectués chez des MSM. Dans le but de mieux comprendre les comportements et les pratiques, la Fondation a démarré un programme d'analyse qui établit le profil épidémiologique des utilisateurs du service. Cela permettra d'approfondir les aspects les plus pertinents reliés aux comportements sexuels, à la discrimination, et aux connaissances sur le VIH/sida au sein des populations les plus touchées, afin de comparer la prévalence nationale chez les MSM avec la prévalence des MSM diagnostiqués par la Fondation. L'objectif de cette analyse est d'améliorer les résultats de la riposte nationale au VIH, tandis que les données générées vont aider à instaurer de meilleures stratégies de communication pour les campagnes créées par la Fondation ainsi que pour les démarches nationales.

UNAIDS/PCB (38)/16.14 CRP1

21. Les ripostes communautaires au VIH soutiennent les systèmes de santé en les renforçant et en partageant la charge de travail qui incombe aux systèmes de santé, en établissant des liens importants entre les communautés et les systèmes multisectoriels, et en améliorant l'acceptabilité et l'accessibilité des services. Les recommandations de l'OMS pointent de plus en plus le transfert de tâches et le partage de tâches comme des éléments importants des systèmes pour la santé. Le personnel communautaire de la santé travaille à la fois à l'intérieur et aux côtés des systèmes de soins de santé. Le transfert de tâches et le partage de tâches représentent dorénavant une partie cruciale des programmes de dépistage et de traitement du VIH, en impliquant les communautés dans l'apprentissage des notions de base sur le traitement, la prévention, l'adhésion, le soutien par les pairs et les programmes de distribution. Les travailleurs communautaires de la santé fournissent des services à leurs communautés et servent de pont entre les systèmes de santé et les communautés en ce qui a trait aux problématiques de santé telles que le VIH, la santé et les droits sexuels et de la reproduction, et de même pour beaucoup d'autres sujets [2]. Une revue récente de The

Lancet sur la foi et les soins de santé a montré que les prestataires confessionnels contribuent à la fourniture de services par le biais de leurs locaux et d'initiatives communautaires plus larges, et qu'ils revêtent une importance particulière là où les systèmes de santé sont fragiles ou affaiblis [21]. Les ripostes basées sur la communauté contribuent à la durabilité des ripostes nationales au VIH et à l'accroissement d'échelle pour l'accès à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien, lorsqu'elles sont considérées comme des prestataires de services efficaces et rentables pour les gouvernements et qu'elles sont sollicitées via des contrats sociaux. [22]

Approche fondée sur la foi pour la prévention de la transmission mère-enfant au Kenya

Un projet PTME a collaboré au Kenya avec 20 établissements de santé et avec le Conseil des imams et des oulémas du Kenya, une organisation locale de longue date basée sur la foi. Le projet a formé 25 imams (chefs de la prière dans les mosquées) et 85 maalimats (instructrices religieuses) à la PTME pour résoudre le problème de la basse fréquentation des établissements de santé par les femmes musulmanes. Les imams ont intégré cette information dans leurs sermons du vendredi et au cours d'autres rassemblements sociaux, tandis que les maalimats ont présenté l'information lors des discussions de groupe. Au total, le projet a fait passer les messages de PTME à 76000 personnes. En une année (mai 2013 à avril 2014), le nombre de femmes enceintes testées pour le VIH a augmenté de plus de 50 %, passant de 770 à 1183. La proportion de femmes qui ont été diagnostiquées séropositives et qui ont débuté une TAR est passée de 63 % au premier trimestre à 93 % au troisième trimestre. Le dépistage chez les partenaires masculins et les accouchements assistés par des professionnels ont également augmenté durant cette période. Ce projet a donc permis de tirer des leçons en ce qui concerne l'importance d'intégrer les perspectives et les enseignements religieux, d'impliquer les hommes et les intervenants communautaires multisectoriels. (*Relations entre les communautés et les établissements en soutien au traitement à vie des femmes enceintes et allaitant qui vivent avec le VIH, UNICEF, 2015 [22]*)

22. La société civile et les réseaux communautaires jouent un rôle essentiel dans le plaidoyer, la campagne, la participation aux processus décisionnels, et dans le suivi et le rapport des progrès. Les défenseurs de la communauté sont les moteurs principaux de l'investissement dans les services liés au VIH et de l'ambition pour la fourniture de services and les objectifs de respect des droits humains. Les plaidoyers basés sur la communauté et la participation dans le processus de responsabilisation ont lieu aux niveaux global, régional, national et local. Les intervenants de divers horizons géographiques travaillent ensemble pour faire en sorte que les ripostes basées sur les communautés servent de piliers solides au soutien des ripostes nationales au VIH pour rejoindre les personnes et les sociétés. [23]

Étude de cas n° 50 Viet Nam : Asie en action : plaidoyer communautaire pour l'atténuation des préjudices au Viet Nam

On estime à 256000 le nombre de personnes vivant avec le VIH (PLHIV) au Viet Nam. En 2013, la plus grande proportion des nouveaux cas d'infections se présentait chez les hommes qui partagent des seringues pendant qu'ils s'injectent des drogues – soit 45 %. Avant 2013, les lois sur le contrôle des drogues au Viet Nam stipulaient que les personnes utilisant des drogues qui ne réussissent pas à s'arrêter pouvaient être envoyées dans des installations fermées pour une réhabilitation obligatoire pendant une période de jusqu'à quatre ans; ces dispositions ont eu un succès limité, empêchant notamment les utilisateurs de drogues d'être visés par les programmes d'atténuation des préjudices. Par conséquent, le gouvernement a créé le Plan de rénovation pour le traitement des addictions, ayant pour but de faire passer la réhabilitation obligatoire de 63 % des cas en 2013 à 6 % des cas en 2020, tout en augmentant l'offre de services bénévoles. À partir de 2013-2015, le Centre de soutien aux initiatives de développement communautaire (SCDI) – une ONG locale dont la mission est d'améliorer la vie des populations marginalisées – a travaillé aux côtés des départements gouvernementaux et de la communauté des consommateurs de drogues afin de réaliser le Plan de rénovation. Une intention majeure était de contribuer à améliorer l'environnement politique autour de l'usage de drogues et du VIH, et d'obtenir un engagement accru du gouvernement du Viet Nam à émettre des politiques sur l'usage des

drogues et sur le VIH qui soient basées sur les faits et les droits. La province de Bac Giang qui avait une structure gouvernementale locale et engagée, a été choisie pour piloter le développement d'un système de traitement contre les drogues sur base volontaire – composé d'un établissement avec des capacités résidentielles et plusieurs sites communautaires – pour fournir une large gamme de services et d'assistance. Le SCDI a par la suite offert une contribution clé au gouvernement dans le but d'élaborer des directives pour les traitements contre les addictions fondés sur les communautés. Depuis le début 2014 jusqu'à présent, il n'y a pas eu de cas de réhabilitation obligatoire dans la province de Bac Giang, et les nouvelles directives du gouvernement développées par le SCDI pour des centres de traitement volontaire et des installations satellite déployées en 2016 (après la fin du programme), aideront à soutenir l'engagement gouvernemental de multiplier les services sur base volontaire de sorte que 90 % des utilisateurs de drogues suivent un traitement d'ici à 2020.

Étude de cas n° 84 Amérique latine et Caraïbes : Plaidoyer de défense et promotion des droits humains des femmes professionnelles du sexe (RedTraSex)

Les femmes vendant des services sexuels (FSW) appartiennent à l'une des populations les plus touchées par le VIH. En Amérique latine, la prévalence de VIH chez ces femmes est de 2,57 % - plus de 6 fois supérieure à la prévalence régionale de la population générale qui est de 0,4 %. RedTraSex a été fondé en 1997 avec pour but de renforcer les organisations nationales des professionnelles du sexe dans la défense et la promotion des droits humains, en opérant sous la devise « les personnes vendant des services sexuels ne sont pas le problème, mais une partie de la solution. » RedTraSex promeut la formation, et travaille pour que la voix des professionnelles du sexe soit écoutée activement dans les sphères de prise de décisions concernant des politiques qui les affectent directement. Depuis 2012 et jusqu'à la fin de 2016, le réseau RedTraSex œuvre à mettre en place une subvention régionale du Fonds mondial visant à diminuer la prévalence du VIH parmi les professionnelles du sexe en Amérique latine et aux Caraïbes, en passant par le renforcement des organisations des professionnelles du sexe et par la participation accrue des professionnelles du sexe dans le débat politique entourant le commerce du sexe ainsi que la stigmatisation et la discrimination qui y sont rattachées. Le réseau s'étend sur 15 pays hispanophones au travers de l'Amérique latine et des Caraïbes, et son travail est partagé dans 32 pays en partenariat avec l'Alliance internationale contre le VIH/sida. En 2013, RedTraSex a rejoint pour la première fois plus de 17 306 professionnelles du sexe, puis 13 950 pour la première fois en 2014. Entre la fin 2013 et le début 2014, RedTraSex a tenu 7 ateliers nationaux couvrant la création de capacités financières et techniques au sein des organisations des professionnelles du sexe, qui ont rassemblé 225 femmes, et durant 2014, ont été tenus six ateliers nationaux qui ont rejoint 117 femmes. RedTraSex organise également des ateliers pour sensibiliser les autorités sanitaires et les responsables de la sécurité, qui ont rejoint 1062 personnes avant janvier 2015, dépassant l'objectif initial qui était de 700 personnes.

Étude de cas n° 76 Canada: Réseau canadien des personnes séropositives (RCPS)

À la fin de 2014, on comptait approximativement 71 300 personnes vivant avec le VIH au Canada. Parmi les populations marginalisées telles que les communautés autochtones et les réfugiés pauvres en ressources, la capacité d'accès aux soins de santé a chuté entre 2006 et 2015, et les taux de VIH ont augmenté. Avant 2015, le Canada ne disposait pas d'un réseau national des personnes vivant avec le VIH permettant de représenter les besoins des personnes et des communautés vivant avec le VIH et ses co-infections. Le RCPS a été créé pour remédier à la situation, en tant que réseau populaire national indépendant, et il bénéficie de l'appui d'un certain nombre d'organisations offrant des services en lien avec le sida. Le RCPS a une portée nationale, et s'est élargi pour inclure au-dessus de 125 membres au travers du Canada depuis sa création. Une activité clé du RCPS est le plaidoyer aux niveaux national et international, qui jusqu'à présent a connu plusieurs accomplissements en matière de défense, de campagne et de participation à la responsabilisation. Ces derniers incluent la création d'une pétition en ligne pendant les élections fédérales de 2015 et une conférence de presse organisée par la communauté pour demander aux candidats de s'engager à placer les personnes vivant avec le VIH à l'avant-plan de la riposte au VIH. Le RCPS a aussi piloté un groupe de militants vivant avec le VIH à l'IAS 2015 pour élaborer la Déclaration canadienne par les personnes vivant avec le VIH afin de souligner les considérations des droits humains nécessaires à la progression des dépistages et de la prise de traitements, ainsi qu'à l'utilisation d'une nouvelle approche technologique en matière de prévention. L'organisation est également chargée de coorganiser le groupe de réflexion sur le VIH, le vieillissement et la sécurité du revenu avec un partenaire national, et participe à des consultations et des groupes de travail nationaux, incluant la Déclaration de consensus canadien sur les bienfaits de santé et de prévention associés au dépistage du VIH et aux médicaments antirétroviraux contre le VIH; le groupe de travail de la Coalition nationale sur le développement d'une nouvelle stratégie contre le VIH dirigée par la communauté; et le groupe de travail national CanPrEP pour fournir des perspectives sur les PrEP aux personnes vivant avec le VIH, afin de faciliter l'inscription des PrEP sur les formulaires de médicaments. De plus, en collaborant avec des partenaires tels que le Projet jeunesse sur la divulgation de la séropositivité, le RCPS travaille au développement de programmes, et s'implique dans la planification des formations « le VIH n'est pas un crime » pour les personnes vivant avec le VIH au Canada. Dans le cadre de ses activités pour mieux représenter les besoins des personnes vivant avec le VIH et de la société civile, le RCPS a fait une

intervention sur le GIPA à l'Audition de l'ONU et des sociétés civiles en avril 2016, et participe également aux consultations dans les groupes de travail thématiques du CCP de l'ONUSIDA et aux consultations canadiennes de la Réunion de haut niveau.

UNAIDS/PCB (38)/16.14 CRP1

Ordre du jour global 2013–2015 du plaidoyer des personnes vivant avec le VIH

L'ordre du jour global du plaidoyer des personnes vivant avec le VIH (GAA) est un outil utilisé depuis 1999 pour articuler les problématiques les plus importantes auprès de la communauté des personnes vivant avec le VIH (PLHIV), basé sur des larges consultations. Cet outil a servi à guider et informer les démarches de plaidoyer des militants, les réseaux des personnes vivant avec le VIH et d'autres organisations. Il est mis à jour et révisé régulièrement afin de suivre l'évolution des tendances et des besoins au sein de la communauté.

L'ordre du jour global 2013–2015 du plaidoyer des personnes vivant avec le VIH vise à guider et renseigner les actions et les programmes des réseaux de personnes vivant avec le VIH et des autres intervenants au moyen d'une stratégie de défense s'appuyant sur des données probantes, par et pour les personnes vivant avec le VIH. Bâti à partir du savoir et des expériences directes des personnes vivant avec le VIH est une approche nécessaire et stratégique à adopter dans le cadre des efforts consacrés à atteindre les cibles définies dans la Déclaration politique de 2011 sur le VIH et le sida, et les objectifs de développement durable.

L'ordre du jour global du plaidoyer des personnes vivant avec le VIH est un exemple illustrant comment les réseaux communautaires tissent des liens avec la population à des niveaux globaux pour développer un ordre de jour de plaidoyer commun apte à mobiliser et galvaniser l'action par et pour les réseaux de personnes vivant avec le VIH où qu'elles soient. GNP+ élabore l'ordre du jour selon un processus par étapes. En commençant par consulter individuellement des personnes vivant avec le VIH à travers le monde, et en faisant appel aux technologies modernes et aux réseaux populaires, les sujets de préoccupation sont analysés et groupés. Ces groupes forment ensuite des domaines thématiques prioritaires qui seront consultés et analysés plus en profondeur pour être transformés en plans d'actions de plaidoyer. Le GAA final est alors utilisé par les réseaux de personnes vivant avec le VIH partout sur le globe pour renseigner leurs ripostes et actions locales avec leurs partenaires et les gouvernements. [23]

23. Les actions de plaidoyer menées par la communauté sont souvent innovatrices et ajustables pour parcourir les contextes sociaux et politiques complexes entourant la riposte au VIH en vue de susciter le changement. Par exemple, en Namibie, Positive Vibes et d'autres organisations de la société civile ont réussi à se servir du Cadre d'investissement stratégique de l'ONUSIDA pour engager un dialogue avec le gouvernement, ce qui a conduit à une inclusion pleine et entière de la société civile dans la conception et le déploiement de la riposte nationale au VIH, y compris dans le processus de révision du Cadre stratégique national. [2] De façon similaire, le plaidoyer fructueux, durable et coordonné mené par l'Union des personnes vivant avec le VIH en Europe de l'Est et en Asie centrale (ECUO) a eu pour résultat des augmentations et d'autres engagements par rapport à l'allocation du budget national pour la thérapie antirétrovirale dans les pays de cette région.
24. Les faits démontrent que les services communautaires peuvent faire la différence, en termes de meilleur accès et de couverture plus large [13]. Non seulement la fourniture de services basés sur la communauté peut avoir des retombées positives en matière de santé [24], elle peut aussi favoriser une généralisation des interventions par le biais de la création de demandes. Les services incluent des interventions médicales, de l'aide sociale ou des programmes juridiques et de droits humains. [22]

Étude de cas n° 83 Amérique latine et Caraïbes : Plaidoyer pour remettre en cause l'impunité et la violence contre les personnes transgenres

L'espérance de vie moyenne des femmes transgenres en Amérique latine est de 35 ans. En raison d'une dynamique de rejet et de transphobie, les femmes transgenres sont souvent limitées au niveau des opportunités d'emplois, d'où le fait qu'elles soient fréquemment forcées de vivre du commerce du sexe. REDLACTRANS travaille à faire connaître la vulnérabilité et les inégalités vécues par les femmes transgenres en Amérique latine, en encourageant les états à entreprendre des actions immédiates pour corriger cette situation, et à contribuer à créer un environnement politique et légal qui favorise l'inclusion des femmes transgenres dans la société. Le réseau se concentre à plaider pour les droits des transgenres, et ses activités soutiennent le développement du réseau et de ses points focaux. En améliorant la reconnaissance de l'identité transgenre, REDLACTRANS vise à consolider la collecte des preuves d'abus des droits humains contre les personnes transgenres, et à guider l'élaboration de politiques sur le VIH et de santé qui soient inclusives et qui respectent les besoins de ces personnes. De plus, constatant la difficulté d'atteindre les autorités judiciaires avec des formations de sensibilisation envers les problématiques que vivent les personnes transgenres, REDLACTRANS a souligné la nécessité d'un plaidoyer énergique pour que ce type de formations puisse avoir lieu. Les activités incluent des ateliers régionaux et des réunions qui fournissent des recommandations sur les étapes à suivre pour rapporter des abus et des crimes, incluant les actes de violence basés sur le genre, les violations des droits humains et les crimes haineux. REDLACTRANS effectue également des activités de formation au sein du système interaméricain des droits de l'homme. Le réseau compte des points focaux dans 15 pays de la région de l'Amérique latine et des Caraïbes, et sa réalisation majeure à ce jour est son rôle déterminant dans l'introduction d'une réglementation en Argentine qui cherche à réduire la discrimination, en garantissant des droits égaux et en protégeant la dignité des personnes transgenres. Le travail de REDLACTRANS est aussi partagé à travers 32 pays via leur partenariat avec l'Alliance internationale sur le VIH/sida.

Étude de cas n° 5 Burundi : Améliorer l'accès à la prévention et au traitement du VIH/sida et de l'hépatite en Afrique, en défendant les droits humains des populations les vulnérables (MSM, IDU, SW, personnes transgenres)

Ce projet d'ANSS Burundi vise à renforcer la capacité de divers acteurs à lutter contre l'exclusion des groupes vulnérables par rapport aux programmes de prévention et de traitement du VIH, situation qui est devenue l'un des principaux vecteurs de l'épidémie. ANSS Burundi a reconnu que, parallèlement aux efforts d'amélioration de l'accès à la prévention et au traitement pour les personnes les vulnérables au VIH, il est tout aussi important de mieux sensibiliser et éduquer la population générale à changer ses perceptions et son attitude vis-à-vis ces personnes. Depuis le début du projet, 75 professionnel(le)s du sexe, 35 MSM et personnes transgenres, 50 intervenants en santé, 33 travailleurs juridiques, 20 acteurs de la société civile, and 23 utilisateurs de drogues ont reçu de l'information et ont été sensibilisés à l'égard des liens entre les droits de la personne chez les groupes vulnérables et la lutte contre le VIH. En outre, de nombreux acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux œuvrant dans les domaines du VIH et de la protection des droits de l'homme, ont été approchés pour devenir impliqués dans les activités de plaidoyer. Le projet est déployé au travers des territoires du pays, mais jusqu'à présent les activités ont été menées depuis Bujumbura et dans 3 provinces où l'ANSS a des antennes (Makamba, Gitega et Kirundo). Le projet a eu pour principal impact de pouvoir approcher un sujet tabou en sensibilisant les parties prenantes de façon à générer un changement d'attitude envers les groupes vulnérables.

UNAIDS/PCB (38)/16.14 CRP1

Agents de support du réseau, Ouganda

Le projet d'agents de support locaux pour le réseau (ASL) décrit dans l'étude de cas 2012 de l'ONUSIDA sur la mobilisation des communautés a été mis en place par l'intermédiaire de 420 groupes de personnes vivant avec le VIH qui se sont structurés en 55 grappes, dont un groupe qui s'est vu assigner le rôle de responsable. Au terme du cycle de trois ans du projet, 1302 personnes vivant avec le VIH formées comme ASL travaillaient dans 643 établissements de soins et leurs communautés avoisinantes, donnant des informations sur la prévention du VIH, assurant le suivi des patients, offrant des directives pour la mise en place d'activités génératrices de revenu et la participation des partenaires masculins. Pendant un an, le nombre de patients sous TAR ayant reçu des conseils pour encourager l'observance du traitement a été multiplié par dix, passant de 17000 à 170000. Le référencement vers les établissements de soins étatiques et communautaires a augmenté, passant de 5000 à 115000. Des données qualitatives de stigmatisation moindre, une révélation accrue des cas, une réduction du temps d'attente pour les patients et un meilleur suivi de résultats obtenus pour les patients ont également été relevés. [22]

25. La fourniture de services communautaires n'est pas limitée aux services de santé. Les études montrent clairement que le fait d'intégrer la formation juridique élémentaire, la défense des droits de l'homme et les services juridiques avec les soins de santé, constitue une stratégie efficace pour l'autonomisation des groupes de population vulnérables et pour traiter les déterminants de la santé sous-jacents. Les programmes d'autonomisation peuvent augmenter l'accès aux services de santé, promouvoir la responsabilité, réduire les inégalités entre les genres, atténuer la stigmatisation et la discrimination, et contribuer à des changements positifs au niveau des structures et des systèmes discriminatoires [25–27]. [2]

Les services basés sur les communautés surmontent des défis d'ordre légal pour fournir des services de santé aux populations marginalisées du Nigéria

Heartland Alliance Nigéria est un partenariat entre cinq organisations locales de populations clés qui s'active à assurer un accès durable aux services liés au VIH pour les populations clés – en particulier les hommes gay et les autres hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes – dans un légal environnement où l'orientation sexuelle et l'identité de genre peut constituer un obstacle pour accéder à des traitements, de la prévention, des soins et du soutien.

Heartland Alliance Nigéria est maintenant un organisme solide comptant 34 employés chargés de la sensibilisation et 255 éducateurs de proximité ayant été formés et employés dans cinq états du Nigéria. Plus de 62 000 personnes ont été rejointes via ce programme intégré de prévention sur le VIH pour les hommes gay et les autres hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, et au moins 21 000 personnes provenant des populations les plus à risque ainsi que leurs partenaires ont reçu des soins palliatifs et du soutien. [2]

En collaboration avec les hôpitaux locaux et ses autres partenaires, Heartland Alliance au Nigéria a implanté des cliniques spécialisées au travers du pays qui offrent des services reliés au VIH dans un environnement sûr aux populations les plus à risque, en particulier les hommes gay et les autres hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Œuvrant à la croisée de la santé et des droits de l'homme, Heartland Alliance Nigéria fournit également de l'assistance juridique aux personnes dont les droits ont été bafoués à cause de leur orientation sexuelle et de leur identité de genre. [2]

26. La stigmatisation et la discrimination en raison du VIH portent atteinte dans tous les aspects de leur vie aux personnes affectées par le VIH et leurs familles. Une discrimination qui refuse aux personnes vivant avec le VIH l'accès aux services de santé et aux services de santé sexuelle et de la reproduction, à l'emploi, à l'éducation et à la participation dans le milieu familial et communautaire, prive les gens vivant avec le VIH de leurs droits humains. Par ailleurs, une telle discrimination limite la capacité des personnes vivant avec le VIH de connaître leur statut sérologique, d'accéder aux traitements et de les conserver. En d'autres termes, cela a un impact sur la vie des personnes et cela diminue l'efficacité des ripostes au VIH. L'auto-stigmatisation, elle aussi, influence négativement les capacités d'une personne à accéder au dépistage du VIH, aux soins et à l'observance du traitement. Pour réduire la stigmatisation et pour l'éliminer, il est essentiel de mobiliser les communautés et les prestataires de services là où la discrimination a lieu. [2, 28]

Réduction de la stigmatisation

En Inde, le cadre global de réduction de la stigmatisation basé sur les faits a été mené avec succès, dans le cadre des activités de réduction de la stigmatisation de la riposte nationale au sida, qui abordait le sujet des vecteurs de la stigmatisation – le manque de sensibilisation à la stigmatisation et ses conséquences néfastes, le jugement social et la peur de l'infection par simple contact (ICRW, 2013). Au Zimbabwe, ZNNP+, avec le soutien de partenaires, a développé une intervention de nature communautaire basée sur les données factuelles, qui a entraîné une réduction de l'auto-stigmatisation et des améliorations dans la prise en charge de soi, la dépression et la qualité de vie générale [2, 28]. En Namibie, Positive Vibes a développé le programme « De victimes à vainqueurs » qui se concentre sur l'auto-stigmatisation et facilite la participation significative des personnes vivant avec le VIH (ONUSIDA/CCP (38)/16.14 CRP1)

27. De nombreux défis entravent la capacité participative des communautés et leur efficacité, notamment des défis systémiques, politiques, culturels et financiers (voir encadré 1 pour quelques exemples en termes de participation aux processus de responsabilisation). [12] Il peut s'avérer particulièrement difficile pour les communautés et les organisations populaires d'être pleinement efficaces dans la mesure où elles doivent souvent compter sur des ressources volontaires et ne sont pas adéquatement reconnues et valorisées. De plus, des systèmes inadaptés pour le suivi et le compte rendu peuvent être imposés par les donateurs, sans oublier que la réception et la comptabilité des fonds n'est pas toujours chose facile. Pour relever ces défis, il faut examiner les modes d'acheminement du soutien financier, renforcer les chaînes nationales de financement pour faciliter l'accès à ces organisations basées sur les communautés, et – en admettant le manque de capacité à répondre aux exigences de suivi et de compte rendu – il faut investir dans la création de moyens de recueil et de notification des données. Des investissements seront aussi nécessaires dans le renforcement des capacités et des compétences du personnel pour la gestion générale, la coordination et l'octroi de soutien aux soignants et aux bénévoles [13]. Finalement, il faudra considérer les problématiques liées au contrôle de qualité et à la pertinence de la formation donnée aux travailleurs de santé communautaires. Ces défis doivent être traités à la fois par la société civile et le gouvernement.

Encadré 1 : Obstacles à la participation active de la société civile dans les processus de responsabilisation

- Manque d'acceptation - La société civile n'est pas reconnue ou acceptée en tant que partenaire à part entière.
- Obstacles juridiques et politiques - Les groupes et représentants de la société civile sont directement ou indirectement exclus de toute forme effective d'action, de représentation ou de collecte de fonds.
- Exclusion et discrimination et/ou criminalisation - Certains groupes, personnes, identités, comportement ou pratiques sont rejetés ou tombent sous le coup de la loi, ce qui rend toute intervention difficile et/ou dangereuse.
- Représentation purement symbolique - Les représentants n'ont pas réellement la possibilité de négocier ou de s'exprimer.
- Processus de consultation faussés - Les idées de la société civile ne sont pas incluses dans les processus de prise de décision.
- Représentation faussée - Les représentants de la société civile ne disposent pas de la légitimité nécessaire pour représenter une organisation non gouvernementale ou un groupe communautaire général ou spécifique. Dans de telles situations, les populations clés ne sont généralement pas représentées directement, mais par des intermédiaires qui prétendent s'exprimer en leur nom.
- Démarche sélective - Certains représentants de la société civile sont invités à participer du fait de la facilité à travailler avec eux, tandis que les représentants controversés, plus enclins à défendre des points de vue divergents, sont exclus.
- Influences ou pressions indues - Les représentants de la société civile sont influencés par d'autres partenaires (par exemple, le gouvernement ou même l'ONU). Dans les cas les plus extrêmes, leurs opinions peuvent être contraintes ou leurs décisions cooptées.
- Soutien et ressources inadéquats - Les représentants de la société civile ne peuvent pas réellement participer aux processus du fait d'un manque de ressources humaines ou financières, d'informations ou de temps de préparation.
- Capacités limitées en termes de compétences - Les représentants de la société civile n'ont pas la possibilité d'accéder aux informations et de participer activement aux réunions et aux consultations (par exemple) sur le long terme [12]

28. Il existe des lacunes en matière de capacités parmi les réseaux et organisations communautaires. Pour promouvoir les ripostes communautaires, il convient de prêter une attention toute particulière à l'émancipation communautaire, une intervention essentielle en elle-même pour l'efficacité de la gestion de programme, de la planification, de la mise en œuvre et du suivi. En 2013 par exemple, l'OMS, l'UNFPA, l'ONUSIDA, le NWSP et la Banque mondiale se sont rassemblés et ont développé l'outil *Sex Worker Implementation Tool* (SWIT). Ce document fournit des recommandations concernant la mise en œuvre de dépistages pour le VIH et les IST, ainsi que de stratégies de traitement et de prévention qui sont dirigées par les personnes vivant du commerce du sexe elles-mêmes, qui gagnent en autonomie par la même occasion. Il a été conçu pour les autorités de la santé publique, pour les responsables des programmes sur le VIH, le sida et les IST, pour les ONG, y compris pour les organisations dirigées par des professionnel(le)s du sexe et des travailleurs en santé, et il couvre plusieurs sujets tels que l'autonomisation communautaire, les services dirigés par les communautés, les services d'assistance clinique, la gestion de programmes et la création de capacités organisationnelles [29].

Étude de cas n° 49 Thaïlande : Prévention générale du VIH parmi les populations les plus à risque en promouvant une vulgarisation et un réseautage intégrés (CHAMPION) UDI (2009-2014)

Malgré les progrès dans la riposte contre le VIH en Thaïlande parmi la population générale, durant la période comprise entre 1989 et 2009, la prévalence estimée du VIH parmi les utilisateurs de drogues était de 25 à 50 %. Une emphase sur l'application des lois et la sécurité publique concernant les problèmes de drogues, a conduit à des incarcérations de masse, à des détentions forcées, à des violations des droits de l'homme, et à des barrières pour bénéficier des services de santé publique. Pour aider à remédier aux lacunes dans la fourniture de services via l'autonomisation communautaire, CHAMPION-UDI a été conçu comme un projet de prévention du VIH dirigé par la communauté, basé sur les pairs, presque exclusivement mis en place par la société civile, afin d'améliorer la vie des personnes qui s'injectent des drogues, et a opéré entre 2009 et la fin 2014. En dépit d'un environnement opérationnel hostile et de difficultés avec la rétention de personnel et de pairs aidants, la stratégie a réussi à recruter des personnes qui s'injectent des drogues (PWID) et à faciliter l'accès aux services de santé grâce à la confiance naturelle qui existe entre pairs. Les centres gouvernementaux de traitement contre les drogues ont vu quadrupler les admissions de patients hospitalisés et de patients externes depuis le lancement du projet CHAMPION-UDI. Environ 80 % des 350 employés embauchés pour CHAMPION-UDI étaient actifs et/ou se rétablissaient d'un problème d'usage de drogues, et leur participation était vue comme un moyen pour les personnes qui s'injectent des drogues de forger leur capacité à devenir des membres productifs de la société. Le projet a procuré des qualifications, des salaires, et du soutien à ces travailleurs pendant 5 ans et, grâce à ce travail régulier et à ce soutien social, de nombreux employés de CHAMPION-UDI ont pu réduire leur consommation de drogues. Les travailleurs pairs ont piloté des activités basées sur les centres d'accueil et des activités basées sur la diffusion d'informations, incluant de la communication sur les changements de comportements pour réduire les risques, l'éducation, les équipements d'injection stériles, la distribution de préservatifs, la prévention des overdoses avec la naloxone, et des référencement de services. Pendant le cycle de vie du projet (2009 à 2014), plus de 13 000 des 40 300 PWID estimées dans le pays ont été rejointes par les services du projet CHAMPION-UDI, dans 19 des 76 provinces du royaume. Cependant, le projet s'est heurté à des difficultés, dont le manque d'intérêt politique, le scepticisme envers la stratégie d'atténuation des préjugés, et le manque de soutien financier.

Étude de cas n° 46 Myanmar : Augmenter l'accès au traitement contre le VIH par l'intermédiaire d'un partenariat public-privé soutenu par la communauté

Le Myanmar a connu une augmentation du nombre de personnes vivant avec le VIH, ce à quoi le Ministère de la santé a répondu par une rapide mise à l'échelle de la fourniture de traitements pour aider à réduire les maladies et les décès reliés au VIH. Le gouvernement a l'intention de fournir une thérapie antirétrovirale à 106 058 personnes d'ici à la fin 2016, toutefois afin de réaliser cet objectif, le système de santé déjà submergé requérait de l'innovation pour assurer que la thérapie antirétrovirale puisse être offerte près des communautés sans compromettre la qualité. Pour aider dans cette décentralisation de la fourniture de thérapie antirétrovirale, Alliance Myanmar a opéré un partenariat avec les médecins généralistes du secteur privé. Sous ce partenariat, l'Alliance a passé des contrats avec les médecins généralistes pour des services tels que le dépistage du VIH, l'évaluation et la mise en scène de l'OMS, le diagnostic et le traitement des infections opportunistes et autres aspects de gestion clinique des infections sexuellement transmissibles et de la tuberculose. L'Alliance soutient la formation élémentaire sur les traitements, le soutien de l'observance, le soutien avec la divulgation, les soins à domicile, et le repérage des patients perdus en cours de suivi grâce à des activités basées sur la communauté. Ces activités ont été mises en œuvre par l'intermédiaire de travailleurs en diffusion déployés à partir d'un réseau d'organisations basées sur la communauté (CBO) et des réseaux de populations clés à Yangon. Par la suite, l'Alliance Myanmar est devenue le troisième plus grand fournisseur de thérapie antirétrovirale, contribuant de manière significative à la riposte nationale. Entre mars 2009 et avril 2015, un total de 2119 patients ont reçu une thérapie antirétrovirale, et seulement 3,3 % ont été perdus en cours de suivi. Le partenariat a aidé à maintenir les connaissances sur le VIH et l'expertise chez les médecins généralistes du secteur privé en ligne avec les directives nationales, et a également contribué à décentraliser la fourniture de thérapie antirétrovirale, soulageant ainsi les services de santé déjà surchargés et démontrant combien il est efficace de recourir à la communauté existante et aux infrastructures de santé du secteur privé pour accroître la couverture sans avoir besoin de créer de nouveaux établissements.

Étude de cas n° 73 Paraguay : SOMOSGAY – Services de santé et sociaux par et pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

La prévalence du VIH au Paraguay est de 0,4 %, avec un total de 17 000 personnes vivant avec le VIH. La prévalence parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est estimée à hauteur de 13 %; cependant, la culture d'homophobie et de discrimination, même à l'intérieur du système de santé, a longtemps signifié qu'il n'y avait pas d'espace sûr, pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, permettant d'accéder aux services de santé sexuelle. En réponse, le Centre communautaire SOMOSGAY a été élaboré et mis en œuvre par des membres de la communauté des hommes ayant des

rapports sexuels avec des hommes et par la communauté des personnes vivant avec le VIH, pour fournir une gamme de services sociaux et de santé, un plaidoyer pour la santé publique, l'éducation et les autres politiques publiques. Il offre aussi un lieu de rencontre des groupes populaires, et deux réseaux ont déjà émergé pour aider à soutenir les lesbiennes et les jeunes des communautés de personnes vivant avec le VIH. En 2009, SOMOSGAY a ouvert la Clinique de Kuimba'e, qui offre des soins cliniques gratuits, du dépistage, des traitements, des vaccins et des référencement, avec une emphase particulière sur la prévention du VIH et des IST. Pendant la première année d'opérations, 1915 personnes ont visité le Centre SOMOSGAY, augmentant à 4020 en 2015. Cette année-là, 8326 clients ont visité la Clinique de Kuimba'e. Un autre programme étroitement relié « Agents communautaires pour les droits de la personne et la santé » anime un cycle d'ateliers consacrés à la formation et l'autonomisation des jeunes lesbiennes, gay, bisexuels et personnes transgenres, qui offrent de l'information de base, des forfaits prévention, des conseils et de la formation sur le leadership et les activités de réseautage. Actuellement, il y a plus de 200 agents communautaires au travers du pays qui travaillent avec Kuimba'e sur différentes activités, notamment en fournissant de l'information, des forfaits prévention et des référencement à la Clinique de Kuimba'e et autres services de santé publique. La clinique mène aussi des programmes de dépistages de masse du VIH et des campagnes sur des tribunes publiques afin de rejoindre un grand nombre de personnes avec de l'information, des fournitures pour la prévention, le dépistage, le conseil, des services de référence et des liaisons avec les fournisseurs de soins. Kuimba'e travaille étroitement avec PRONASIDA (le programme national pour le contrôle du sida et des IST) et le Ministère de la santé publique pour assurer une liaison efficace vers les soins. En 2016, SOMOSGAY a commencé à répliquer son modèle de services dans d'autres régions autour du pays, avec l'appui du Ministère de la santé publique et la Fondation des soins de santé pour le sida. SOMOSGAY maintient une emphase particulière sur la recherche, le plaidoyer, et les communications en tant qu'éléments clés des activités d'un programme.

Étude de cas n° 53 Géorgie : Programme d'atténuation des préjudices – Fourniture de services de prévention du VIH aux personnes qui s'injectent des drogues

Le nombre de nouveaux cas de VIH en Géorgie est en augmentation, et le taux de transmission via l'utilisation de drogues injectables, bien qu'il tende à décliner, demeure élevé en proportion. On estime à 50000 le nombre de personnes qui s'injectent des drogues en Géorgie, et ce chiffre augmente. Un certain nombre de facteurs ont contribué à cette situation, incluant un environnement légal strict par rapport aux drogues, et un manque de programmes de traitement, de réhabilitation, et de réinsertion sociale. Le réseau géorgien pour la réduction des risques (GHRN) est en train de mettre en œuvre un programme d'aiguilles et de seringues dans 11 villes et 14 sites de réduction des risques, avec des prestations de services pour les personnes qui s'injectent des drogues, incorporant les ONG et les organisations dirigées par les communautés. Le programme se divise en deux principales composantes : la fourniture de services liés au VIH et le plaidoyer. En mettant l'emphase sur le rôle de la communauté dans la prestation de services liés au VIH, la couverture du programme d'aiguilles et de seringues avec un paquet minimal pour le VIH a été multipliée par quatre par rapport à 2012. La mobilisation communautaire a également facilité l'accès aux populations cachées, parmi lesquelles les sous-populations telles que les jeunes et les femmes qui s'injectent des drogues, et a contribué, en particulier via le soutien par les pairs, à fournir des services vitaux dans les centres locaux. La mobilisation communautaire pour la défense des droits et la demande d'un meilleur accès aux services de santé et sociaux a aussi été un succès, et les personnes qui s'injectent des drogues ont pris plus de place dans les discussions sur leurs problèmes et leurs besoins dans les médias généraux tels que les programmes de télévision et de radio, et en participant aux manifestations et aux actions de solidarité. En 2015, plus de 31000 personnes qui s'injectent des drogues ont pu recevoir des services liés au VIH, et plus de 22000 ont été testées pour le VIH, l'hépatite B et la syphilis, ce qui représente une multiplication par 10 depuis 2012. La prestation de services spécifiques aux femmes et la plus grande implication de femmes travaillant au déploiement des services a aussi contribué à augmenter leur utilisation par les femmes qui s'injectent des drogues. En 2016, le GHRN vise à étendre davantage la portée via l'adoption de nouvelles stratégies comme le travail en ambulances mobiles.

UNAIDS/PCB (38)/16.14 CRP1

29. Dans des régions telles que l'Europe de l'Est, l'Asie centrale et l'Asie-Pacifique qui connaissent des épidémies de VIH concentrées chez certaines populations clés, il peut même y avoir davantage d'obstacles pour pouvoir effectuer un travail fructueux avec les communautés, puisque les comportements véhiculant l'épidémie, comme la consommation de drogues et le commerce du sexe, sont souvent criminalisés. La double stigmatisation et discrimination de vivre avec le VIH et d'être un membre d'une population marginalisée dresse des barrières devant l'accès aux services. Souvent, les politiciens sont aussi moins enclins à soutenir les programmes pour les communautés criminalisées, spécialement durant les périodes de restriction des dépenses nationales et de besoins concurrents de

services publics [30]. La solution pour une meilleure collaboration entre le gouvernement et les populations clés, réside dans la modification des pratiques d'application des lois punitives et abusives qui affectent l'accès aux services, aux traitements et à l'information, en particulier pour les personnes qui s'injectent des drogues, les hommes gay et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres et les personnes vivant du commerce du sexe.

Étude de cas n° 55 Russie : Projet d'avocats de rue

La réglementation anti-drogue stricte, le manque de soutien officiel pour la prévention secondaire du VIH et le manque de soutien psychosocial a mené à un déficit dans l'accès aux services par les consommateurs de drogues en Russie. Il y a plus de 830 000 cas de VIH officiellement enregistrés dans le pays, et dans approximativement 70 % des cas, la transmission est reliée à l'utilisation de drogues injectables. Parmi les personnes qui s'injectent des drogues en Russie, environ 37,2 % vivent avec le VIH, et dans certaines villes, jusqu'à 90 % d'entre elles sont infectées par l'hépatite C. Depuis 2013, la Fondation Andrey Rylkov pour la justice sociale et de santé (ARF) a mis en œuvre son projet d'avocats de rue dans le cadre d'une stratégie plus vaste de réduction des risques à Moscou, avec pour but d'enseigner des habiletés de défense juridique aux personnes n'ayant pas de formation juridique formelle, comme les travailleurs sociaux et les représentants des populations clés affectées par le VIH. Les travailleurs de proximité du projet aident à fournir aux utilisateurs de drogues des consultations sommaires et ponctuelles sur des problématiques juridiques de base, et leur travail de base inclut : l'information et la génération de prise de conscience ; la médiation ; les requêtes officielles ; les plaintes formelles et la protection judiciaire. Au cours de la dernière année, le projet a nécessité de préparer 167 documents légaux (incluant des appels, des requêtes auprès des autorités publiques, des demandes en justice, et des déclarations mettant au défi les autorités publiques de prendre des actions), ainsi qu'environ 20 appels en cour. Les travailleurs sociaux pour le programme ont aussi pris part à environ 20 audiences de tribunal. Les thématiques clés pour le travail juridique du projet en 2014-2015 ont été la protection dans les dossiers criminels reliés aux drogues, et la protection du droit à la santé, incluant l'accès à la thérapie antirétrovirale, et la protection des personnes qui s'injectent des drogues et vivent avec le VIH et hépatite C contre la discrimination. Une des réalisations majeures du projet est l'amélioration de l'accès aux services chez les personnes qui utilisent des drogues, et il a aussi contribué à l'application des lois sur les droits humains en prenant en charge des cas où les droits des personnes qui s'injectent des drogues avaient été bafoués, en portant leur cause devant le système de justice, et en générant une prise de conscience publique. Dans les situations où de tels défis juridiques échouent, le projet porte les causes devant les tribunaux nationaux et internationaux. Trois cas de cette nature sont actuellement sous examen par la Cour européenne des droits de l'homme.

Étude de cas n° 16 Ghana : Réduction de la stigmatisation et de la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH et les populations clés, à l'aide de signalements en ligne et via SMS

La prévalence générale du VIH au Ghana est de 1,5 % ; cependant, la prévalence chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et chez les femmes vivant du commerce du sexe est beaucoup plus élevée, à 17,5 % et 11 %, respectivement. Cette situation a été provoquée par la stigmatisation, la discrimination, un accès déficient aux services de santé, et des violations des droits en matière de santé et des droits humains tout court. Bien que des structures soient en place pour assurer que toute personne au Ghana ait accès à des moyens pour la justice, la stigmatisation et la discrimination quotidiennes font en sorte que l'accès aux systèmes, dans la pratique, est difficile pour les personnes vivant avec le VIH et les populations clés. En réaction, la Commission sur les droits humains et la justice administrative (CHRAJ) a mis sur pied le Système de discrimination et de signalement (DRS) en 2013. Le DRS se sert de modules de signalement en ligne, basés sur le Web et les SMS, pour faciliter le rapport et le suivi de cas en ligne, et il envoie aussi des messages texte par téléphone à la CHRAJ, ce qui réduit les besoins de communiquer avec les gens en personne. La CHRAJ a également formé des facilitateurs nationaux afin qu'ils relayent les formations auprès de leur personnel, et le programme opère en utilisant une politique de confidentialité et de protection de la vie privée développée par la CHRAJ, qui est la première du genre à la CHRAJ depuis sa fondation il y a 23 ans. La mise en œuvre du programme a rendu la justice plus accessible pour les personnes vivant avec le VIH et les populations clés en renforçant les services d'assistance juridique pour obtenir réparation. Cela a aussi contribué à autonomiser les personnes vivant avec le VIH et les populations clés dans la lutte contre les problèmes sociaux qui entravent le droit à la santé. Entre 2013 et 2015, la CHRAJ a formé environ 200 employés sur la stigmatisation et les pratiques non-discriminatoires, dans 7 régions du Ghana qui avaient été identifiées comme des zones de haute prévalence du VIH. Initialement, la CHRAJ a constaté que l'utilisation était faible, avec seulement 22 cas rapportés. Comprenant que cela était dû à un manque de connaissances en matière de stigmatisation, de discrimination et des questions de droits humains, la CHRAJ s'est mise rapidement au travail avec les organisations de la société

civile pour combler les lacunes et générer la demande, pour former approximativement 464 personnes vivant avec le VIH ou issues des populations clés, et des prestataires de services durant l'année 2015 dans 6 régions du pays, tout en développant du matériel de marketing social sous forme de brochures, de cartes et de dépliants. Ces derniers ont été distribués à la grandeur du pays parallèlement à la pose d'affiches anti-stigmatisation et anti-discrimination sur 200 sites, et une publicité ciblée à la radio à l'attention des personnes vivant avec le VIH a pu être entendue sur une période de deux semaines. Le DRS fournit des données sur la discrimination pour les défenseurs et les décideurs politiques du Ghana.

UNAIDS/PCB (38)/16.14 CRP1

Étude de cas n° 54 Moldavie: Services communautaires de prévention du VIH dans les prisons

L'épidémie de VIH en Moldavie est alimentée principalement par les personnes qui s'injectent des drogues, et se concentre dans les prisons. En débutant à l'an 2000, les organisations communautaires et les ONG ont pris les devants dans le développement de politiques et de services destinés à prévenir le VIH et la tuberculose pour les prisonniers du pays. Actuellement, 12 des 15 interventions recommandées dans l'ensemble exhaustif de services liés au VIH dans les prisons, émis par UNODC/ILO/UNDP/OMS/ONUSIDA, sont mises en place en Moldavie, et les organisations communautaires et les ONG constituent des facilitateurs essentiels pour la prévention, les traitements, les soins, et le soutien aux personnes qui s'injectent des drogues et celles souffrant de co-infections. Ces acteurs incluent l'organisation communautaire «New Life» - une organisation dirigée par une population clé, composée de personnes qui s'injectent des drogues et d'anciens prisonniers, qui fournissent du soutien dans les prisons aux personnes qui vivent avec le VIH et à celles qui s'injectent des drogues. La participation de la population clé affectée au processus de planification, de développement, de mise en œuvre et d'évaluation a été un facteur déterminant dans la spécificité et l'efficacité du programme. Une équipe de 25 consultants constitués de pairs, travailleurs sociaux, psychologues et coordinateurs travaillent maintenant à travers 17 prisons en Moldavie, couvrant une population de presque 8000 détenus – à la fois des femmes et des hommes. Les activités incluent le plaidoyer, la campagne et la participation aux responsabilités, ainsi que la fourniture de services basés sur la communauté dans les prisons, notamment du dépistage, de la prévention, des traitements, des services juridiques, la formation de travailleurs sanitaires et le financement communautaire. Le programme a été crucial pour l'offre à plus grande échelle de thérapies de substitution aux opiacés, de programmes d'aiguilles et de seringues, de thérapies antirétrovirales et autres services essentiels dans les prisons. À la suite des interventions par de multiples intervenants dont les autorités carcérales et sanitaires, les organisations communautaires, les agences de l'ONU, et autres, la proportion de détenus vivant avec le VIH et recevant une thérapie antirétrovirale est passée de 2 % en 2005 à 62 % en 2013, et le programme a aussi aidé à réduire le nombre de décès dus au VIH dans les prisons de 23 % en 2007 à 8,6 % en 2013. Les taux de maladies transmises par le sang en général ont aussi décliné parmi la population des prisons, incluant l'hépatite C, dont la prévalence est tombée de 21 % en 2007 à 8,6 % en 2012. Le programme a en outre réussi à créer une culture d'ouverture, au sein des autorités carcérales, envers la collaboration et la mise en œuvre d'approches innovatrices et fondées sur les faits, et le programme s'est avéré déterminant par la suite dans l'élévation du niveau de tolérance envers les détenus et les groupes vulnérables par le personnel des prisons.

Étude de cas n° 18 Kenya : Le projet Omari à la prison de Malindi GK

Parmi les 850 détenus de la prison de Malindi GK, il a été constaté que 50 % d'entre eux éprouvaient des problèmes de mauvaise utilisation des drogues. En réaction, le projet Omari a été fondé dans le but d'aider à prévenir l'addiction aux drogues chez les prisonniers, et de les protéger contre les problématiques qui en découlent, par l'intermédiaire de la réhabilitation et de la réduction des risques. Le projet Omari procède avec deux visites par semaine à la prison de Malindi, soit l'une dans l'aile des hommes les mercredis et l'autre dans l'aile des femmes les vendredis. Jusqu'à présent, plus de 300 détenus ont reçu des services de dépistage du VIH, et des séances de consultation de groupe ont été tenues, avec 25 à 40 clients par session. Les activités du projet Omari ont aussi inclus des sessions individuelles de conseils relatifs à l'addiction, et une programmation éducative au sujet des droits humains. Les services de réduction des risques du projet ont rejoint plus de 300 détenus par année. En outre, le projet a aussi servi de lien entre les détenus et leurs familles, par exemple pour faciliter la transition lors de leur sortie de prison, et une collaboration a été établie avec l'Hôpital du sous-comté de Malindi pour fournir des services de dépistage de la tuberculose, des IST et de l'hépatite B. Ce partenariat étroit entre une ONG et les services d'une prison a été présenté au niveau national comme un exemple de meilleures pratiques, et cette collaboration a favorisé l'intégration des services du projet Omari dans les activités quotidiennes de la prison.

UNAIDS/PCB(38)/16.14CRP1

30. La recherche menée par la communauté a un rôle critique à jouer et les résultats constituent des données factuelles essentielles et instructives pour les communautés, les décideurs politiques et les planificateurs de programmes. Cela assure que les décideurs politiques et les planificateurs de programmes comprennent les besoins des communautés et l'impact de leurs politiques et de leurs programmes. La recherche menée par la communauté habilite les communautés à assumer un rôle actif dans le renseignement de politiques et guide la génération des données probantes pour renseigner la conception et la fourniture des services [2]. Pour concrétiser la recherche menée par la communauté, une attention particulière et des ressources doivent être allouées à créer la capacité de recherche des organisations basées sur la communauté. Par exemple, l'Index de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH est une méthodologie de recherche basée sur la communauté qui a pris place dans plus de 60 pays dans le monde et fermement basée sur le principe GIPA. Dans chaque pays, la capacité de recherche est bâtie au sein des réseaux de personnes vivant avec le VIH, qui prennent ensuite la charge des recherches. Ils travaillent en étroite collaboration avec les gouvernements, les institutions académiques, la société civile et les autres partenaires de développement. En plus de générer des preuves solides sur les niveaux et les formes de stigmatisation vécus par les personnes vivant avec le VIH et qui servent à renseigner les politiques et les pratiques, le processus lui-même a été une source de responsabilisation, à la fois pour les chercheurs issus de la communauté et pour les participants qui ont pris part à ces recherches [32]

Étude de cas n° 57 Ukraine : Recherche basée sur la communauté et dirigée par des femmes : Santé sexuelle et de la reproduction, égalité des sexes et droits humains, violence basée sur le genre, opportunités économiques et politiques des femmes vivant avec le VIH

L'Ukraine détient l'une des prévalences au VIH les plus élevées d'Europe et d'Asie centrale, avec une prévalence de 0,62 % dans le groupe d'âge 15-49 ans. On note aussi une augmentation dans l'enregistrement des cas féminins en comparaison avec les cas masculins, et un manque de ripostes au VIH sexospécifiques en général. Une recherche qualitative a été réalisée par des femmes vivant avec le VIH, pour rassembler des preuves en appui au développement d'approches tenant compte du genre pour aborder le problème du VIH en Ukraine. Des données ont été recueillies sur les défis et les besoins des femmes vivant avec le VIH relatifs à la santé sexuelle et reproductive, l'égalité des sexes, les droits humains, la violence basée sur le genre et les opportunités économiques et politiques. Ce portrait négatif s'explique aussi par l'aggravation générale de la situation économique, sociale et politique en Ukraine, et par la détérioration des droits humains due au conflit armé ayant cours et à la crise humanitaire. Plus de 100 femmes ont été interrogées par le biais de consultations communautaires et de groupes de discussion. Les résultats ont souligné un certain nombre de problématiques, dont le manque d'engagement du Conseil national tuberculose/VIH ainsi que des conseils régionaux et municipaux, le faible pourcentage de femmes en position de leadership au sein des administrations régionales, le manque de satisfaction vis-à-vis le soutien de l'état chez les personnes vivant avec le VIH et les niveaux élevés de violence sexiste et de violations des droits des femmes. La recherche dirigée par la communauté a conduit à la création d'une plate-forme de discussion pour les femmes de même qu'à des données probantes sur lesquelles le plaidoyer peut maintenant se développer, aux niveaux national et régional.

Étude de cas n° 64 Bolivie : Cartographie de la violence basée sur le genre et du VIH parmi les femmes vivant avec le VIH, les femmes transgenres et les professionnelles du sexe dans 3 villes de Bolivie

Les femmes vivant avec le VIH, les femmes transgenres et les professionnelles du sexe en Bolivie dénoncent constamment de multiples formes de violence sexiste, cependant ces faits vécus n'ont pas jusqu'à présent été consignés sous forme de rapport. Le réseau bolivien des personnes vivant avec le VIH, avec le soutien technique de l'Université de Cayetano Heredia et le support financier de l'ONUSIDA, a mis sur pied une étude qualitative et quantitative pour examiner les relations entre le VIH et la violence sexiste chez les femmes vivant avec le VIH, les femmes transgenres et les professionnelles du sexe à La Paz, à Cochabamba et à Santa Cruz. Le projet comprenait aussi une stratégie de défense ciblée envers les autorités locales. L'étude a rejoint 340 femmes via des sondages, et 100 femmes via des groupes de discussion et des entrevues individuelles, lesquelles ont pu parler de leur expérience en matière de violence sexiste – pour la première fois dans la plupart des cas. Ces femmes ont pu rencontrer les autorités locales et raconter leurs expériences de vie par rapport au VIH et à la violence basée sur le genre, et le rassemblement de ces différents groupes de femmes a été bénéfique pour leur émancipation indépendamment de leurs

identités ou vulnérabilités spécifiques au genre. Le programme a généré des données aidant à dresser un portrait des relations entre le VIH et la violence sexiste dans les 3 groupes de femmes ciblées, tout en offrant un soutien psychologique à celles qui n'avaient jamais parlé auparavant de la violence qu'elles subissaient. Cela a aussi contribué à mobiliser le soutien de la part des autorités locales et de secteurs qui n'étaient pas traditionnellement impliqués dans les programmes pour le VIH, tels que les églises et les associations de femmes et de la jeunesse. Le projet a obtenu du succès dans la facilitation d'alliances stratégiques entre les différents groupes de femmes qui ont déjà fait face à de la stigmatisation et de la discrimination, et a aidé à insuffler une sensibilisation à l'égard des lois visant à protéger les droits des femmes et l'accès à la justice, et du succès dans la protection contre l'impact négatif de la culture dominée de façon stéréotypée par les hommes en Bolivie. Les niveaux élevés de violence basée sur le sexe demeurent un défi dans le pays, et les prochaines étapes incluent un projet de suivi pour fournir du support psychologique en continu.

Étude de cas n° 71 Équateur : Cartographie des lieux de rencontre des populations les plus exposées (MAPLE – PEMAR)

En Équateur, la portée limitée des données concernant l'épidémie de VIH a nui à la conception de programmes d'intervention destinés aux populations clés telles que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les femmes transgenres et les professionnelles du sexe. La recherche passée menée par le secteur de santé publique, les ONG et les universités n'avait généralement pas inclus la participation communautaire, qui pourrait fournir des données utiles sur les relations entre ces populations clés et le VIH. L'objectif principal de l'étude MAPLE – PEMAR menée au travers de 11 villes, consistait à fournir de l'information stratégique en appui à la conception et à l'amélioration des programmes de prévention spécifique. Le comité technique du programme incluait la participation de représentants des trois communautés ciblées, qui ont travaillé conjointement avec les membres scientifiques pour approuver le protocole et les outils de collecte des données, ainsi que pour examiner et discuter des résultats. Les membres de ces communautés ont participé à des groupes de discussion afin de préparer le questionnaire et à dresser la carte de l'étude de terrain. Par la suite, ils ont créé des cartes avec 924 endroits situés dans les 11 villes à l'étude. Les cartes générées incluaient de l'information sur la fréquentation de ces lieux par les populations les plus exposées, les pratiques sexuelles dans ces lieux, la disponibilité de condoms, et la prédisposition à accueillir des programmes de prévention. Les autres caractéristiques identifiées étaient reliées aux relevés des présences, aux jours de plus grande affluence et à la mobilité des clients, la moyenne d'utilisation des services, et les services offerts. Des entrevues individuelles ont aussi aidé à caractériser les utilisateurs de ces lieux de rencontre et leur propre accès aux services de prévention du VIH. Les résultats ont servi à planifier des activités pour l'éducation par les pairs, ainsi que pour le dépistage basé sur les ressources de la communauté. En raison de l'utilité évidente de cette modélisation programmatique, il y a une demande de transfert de la méthodologie MAPLE, à la fois par les institutions gouvernementales et par les institutions non-gouvernementales, et elle est à présent appliquée dans d'autres villes de l'Équateur.

UNAIDS/PCB (38)/16.14 CRP1

31. Les initiatives de financement communautaire, tels que l'assurance-santé, les systèmes de bons et le micro-crédit, sont devenues une stratégie acceptée donc plus courante là où les systèmes de protection sociale reposant sur l'état sont incapables de rejoindre certains groupes de population en raison d'une capacité limitée ou parce qu'il y a des barrières juridiques ou politiques à l'accès pour certaines populations clés. [33] Par exemple, dans le district de Katete, en Zambie, la *Katete District Femmes Development Association* a développé un programme d'autonomisation économique combinant l'information et le savoir-faire des femmes dans la réduction des comportements mettant à risque d'une infection au VIH, et dans la résolution de la violence basée sur le genre dans leurs foyers, avec une formation entrepreneuriale et un micro-crédit pour se lancer dans de nouvelles affaires [34].
32. Plus de quatre nouvelles infections sur dix parmi les femmes âgées de 15 ans et plus, touchent les jeunes femmes (15–24) [30]. Dans l'Afrique de l'Est et du Sud, les filles adolescentes du Mozambique présentent une prévalence du VIH de 7 %, qui double à 15 % le temps qu'elles atteignent l'âge de 25 ans. Au Lesotho, les filles adolescentes ont une prévalence du VIH de 4 %, qui augmente à 24 % chez les jeunes femmes âgées entre 20 et 24 ans. Les jeunes femmes et les adolescentes font face à de multiples facteurs de vulnérabilités qui entravent leur capacité à se protéger contre le VIH ou à pouvoir bénéficier

d'une thérapie antirétrovirale, tels que la violence basée sur le genre, incluant celle provenant du partenaire intime et des sévices sexuels, le manque d'accès à l'éducation et aux services de santé et de protection sociale [30].

33. Les actions provenant de la communauté pour améliorer l'accès à l'éducation ont démontré

Un bon pour la santé : Permettre aux jeunes en Ouganda d'accéder à des services SRHR de qualité

Link Up, qui cherche à améliorer la santé et les droits en matière sexuelle et reproductive (SRHR) des jeunes gens les plus affectés par le VIH, a mis en place un système de bons pour les jeunes en mars 2014 afin de traiter ces problématiques. Le projet a été piloté par *Marie Stopes International Uganda*, l'Alliance internationale VIH/sida et les partenaires, et s'est tenu dans 11 districts du centre et de l'est de l'Ouganda.

Le système de bons

Basé sur le budget et sur la philosophie d'intégration de la santé sexuelle et reproductive et du VIH, chaque bon permettait deux visites pour le dépistage du VIH, trois visites pour du planning familial, et trois visites pour la gestion des IST. Tous les services étaient fournis gratuitement.

Des dessins colorés avec des messages positifs et inclusifs ont été testés chez les jeunes avant de produire les bons finaux. *Marie Stopes International Uganda* a formé 80 responsables cliniques et infirmiers provenant de 40 établissements de santé et cliniques. La majorité avait une expérience limitée dans le travail avec les jeunes vendant des services sexuels et les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Ils ont été formés à employer un langage encourageant lors des consultations et des communications avec les jeunes, aux vulnérabilités que présentent ces jeunes, aux points d'entrée pour intégrer la gestion du VIH et des IST dans le planning familial, et sur la façon d'utiliser les partenariats pour référer les jeunes vers des services additionnels, notamment pour des traitements avec des médicaments antirétroviraux, pour du soutien en cas de violence sexiste et pour la prévention de la transmission verticale. Les prestataires ont ensuite été surveillés pour la qualité des services fournis à ces jeunes lorsqu'ils avaient utilisé un bon de Link Up. Pour distribuer les bons, 70 jeunes gens âgés de 17 à 26 ans ont été formés en tant que distributeurs communautaires. Ils ont reçu trois jours de formation sur les connaissances de base en matière de santé sexuelle et reproductive et de VIH, leur permettant de fournir des renseignements sur la santé pendant qu'ils parlent avec leurs pairs en leur distribuant des bons, des condoms, et de la documentation sur la santé sexuelle et reproductive. Ils ont aussi été formés sur la manière d'accompagner les jeunes vers l'accès aux services VIH et de santé sexuelle et reproductive. Deux distributeurs communautaires ont ensuite été assignés à chaque établissement BlueStar et étaient payés par l'établissement pour chaque bon échangé. Des exercices trimestriels de vérification des clients et des vérifications ponctuelles ont été menés pour assurer l'authenticité des clients rapportés et les services fournis versus les services demandés.

De plus, 44 jeunes issus des groupes de population clés (vivant avec le VIH, vendant des services sexuels, mères adolescentes), âgés de 15 à 24 ans, ont été formés puis localisés dans chacun des établissements de santé. Leur rôle était d'aider à créer un environnement amical dans les établissements de façon à attirer davantage de jeunes issus des groupes de populations clés à se prévaloir des services.

Résultats : Entre mars 2014 et mars 2015, le système de bons de Link Up a étendu les services de santé sexuelle et reproductive et de VIH auprès de presque 30000 jeunes Ougandais. Parmi ceux recevant des services, 27002 étaient âgés de 10 à 24 ans tandis que 671 avaient plus de 24 ans. La plus grande utilisation des services était pour la consultation et le dépistage du VIH (92 %), la gestion des IST (75 %) et la planification familiale (37 %). 80 % ont reçu des conseils pour des pratiques sexuelles plus sûres, qui promouvaient la double protection contre les IST et les grossesses non désirées. On a observé un changement notable dans le recours au planning familial, avec 51 % recevant des services de planification familiale de long terme et 49 % recevant des services de planification familiale de court terme. Un total de 18996 années-couples de protection ont été générées. Concernant la portée des services de VIH et de santé sexuelle et reproductive chez les jeunes les plus vulnérables, 1438 jeunes vendant des services sexuels, 4188 habitants des bidonvilles, 225 jeunes vivant avec le VIH, trois jeunes transgenres, 537 pêcheurs, 19073 jeunes vulnérables et 2217 conducteurs de camions et de boda-boda ont eu accès à ces services.

Les résultats des exercices de clients-mystère indiquent que 78 % des prestataires affichaient une bonne attitude et que 89 % avaient de bons ou très bons niveaux de courtoisie envers les jeunes qui utilisaient leurs services. Des bons ou des très bons niveaux de confidentialité ont été respectés par 78 % des prestataires. [32] [33] ONUSIDA/CCP (38)/16.14
CRP1

leur efficacité dans la riposte au VIH. L'éducation, qui constitue le « vaccin social » contre le VIH – est reconnue depuis longtemps comme une intervention structurelle clé dans le combat contre le VIH/sida [35]. Quelques une des interventions structurelles les plus efficaces pour réduire le risque de VIH chez les adolescentes africaines, sont celles qui visent à garder les filles à l'école [36,37]. L'éducation conduit à une meilleure connaissance sur le VIH, la santé sexuelle et reproductive et les droits, et se traduit par de meilleures conditions de santé chez les jeunes femmes et les adolescentes. Maintenir les filles dans le milieu scolaire afin qu'elles puissent recevoir une éducation est un élément clé pour les aider à faire face aux normes discriminatoires liées au genre et à se protéger contre le risque d'infection au VIH et les autres risques de santé sexuelle et reproductive [36]. Les programmes d'alimentation scolaire contribuent à faire scolariser les enfants et à les maintenir à l'école, en permettant d'augmenter les taux d'inscriptions et de réduire l'absentéisme. Des données récentes ont montré l'impact positif des programmes de cantines scolaires sur le taux de scolarisation, avec différentes modalités comme des repas livrés sur place et la distribution de rations alimentaires à emporter, qui ont eu des effets plus marqués au niveau des filles [38]. Les modèles mixtes de mise en œuvre, qui impliquent la collaboration des gouvernements et des communautés, assurent la pérennité et la qualité supérieure de ces programmes d'alimentation [39].

34. Les interventions mises en œuvre au niveau de la communauté pour traiter la problématique de la violence venant du partenaire intime, sont essentielles pour permettre la réduction, chez les femmes et en particulier chez les jeunes femmes et les adolescentes, de la vulnérabilité au VIH et pour leur permettre de s'émanciper [40]. Les approches innovantes de mobilisation communautaire donnent des résultats prometteurs en termes de réduction efficace de la violence, des risques d'exposition au VIH, en plus d'influencer positivement la dynamique du pouvoir entre les hommes et les femmes. Par exemple, les résultats de l'intervention de mobilisation communautaire SASA en Ouganda ont été associés avec une diminution significative de l'acceptation de la violence imposée par le partenaire intime autant chez les femmes que les hommes, une plus grande acceptation du fait que les femmes puissent refuser d'avoir des rapports sexuels, et une incidence plus faible des cas vécus de violence physique et sexuelle perpétrée par le partenaire intime [41]. SASA a eu également des impacts positifs sur les comportements à risque envers le VIH et sur la dynamique des relations au niveau communautaire, en particulier chez les hommes [42]. Une autre étude en Ouganda a montré des baisses significatives à la fois de la violence venant du partenaire intime et de l'incidence du VIH, grâce à la mise en œuvre de la stratégie de mobilisation communautaire *Safe Homes and Respect for Everyone* (SHARE), visant à changer les attitudes et les normes sociales entourant la violence et le risque d'exposition au VIH [43]. L'OMS a publié récemment un document décrivant 16 idées de planification des démarches possibles pour traiter la violence contre les femmes dans des programmes liés au VIH, y compris dans les plans, programmes et politiques de niveau national contre le sida, [44]. L'autonomisation et la mobilisation de la communauté représente un élément clé de beaucoup de ces programmes.

Comme je suis « Zvandiri » – un programme basé sur la communauté offrant des traitements, des soins et du soutien aux enfants et aux jeunes qui vivent avec le VIH, Zimbabwe

« Zvandiri » qui signifie « Comme je suis » en shona a été créé en 2004 par six jeunes adolescents vivant avec le VIH. Zvandiri est un programme initié par et pour la jeunesse, offrant des traitements, des soins et du soutien en lien avec le VIH et basés sur la communauté, aux enfants, aux adolescents et aux jeunes âgés de 5 à 24 ans. Il vise à équiper les enfants et les jeunes vivant avec le VIH en connaissances, en habiletés et en confiance en soi pour affronter leur statut de VIH et vivre une vie heureuse, en santé, et épanouie. Les services incluent des services cliniques intégrés adaptés aux adolescents, du soutien psychosocial et des services de protection qui tiennent compte de leurs besoins complexes, de leur évolution physique, sociale, développementale, mentale et de leur santé sexuelle et reproductive.

Une équipe basée sur la communauté et multidisciplinaire travaille directement avec les enfants, les jeunes et leurs familles via une combinaison de groupes de soutien communautaire, des services de proximité communautaires incluant la formation et le développement de compétences, et via les centres Zvandiri dédiés aux enfants et aux adolescents. Des pairs conseillers appelés les « *Community Adolescent Treatment Supporters* » (CATS) travaillent en équipes pour influencer directement les enfants et les jeunes dans leur expérience vis-à-vis le dépistage du VIH et la consultation, le diagnostic et les liens avec les soins, la divulgation, l'accès aux traitements, l'observance et le maintien des soins liés au VIH. Les CATS travaillent dans leurs propres communautés pour promouvoir les retombées de santé et psychosociales parmi leurs pairs. Des adolescents et des jeunes âgés de 17 à 23 ans et vivant avec le VIH, sont formés et encadrés en tant que pairs conseillers par Zvandiri en partenariat avec le Ministère de la santé et de la protection de l'enfance. Cette stratégie réside dans sa capacité à fournir du soutien intensif et continu pour le bien-être psychosocial et la santé mentale des adolescents et des jeunes, une meilleure santé sexuelle et reproductive, une autonomisation économique et des liaisons avec les services d'éducation et de protection des enfants.

En 2014 seulement, 5 009 enfants et jeunes gens vivant avec le VIH ont pu recevoir des services directs et 2 730 enfants sont allés dans des centres Zvandiri. Une étude de Zvandiri publiée en 2015 a montré des améliorations statistiquement significatives de l'observance, partant de 44,2 % pour atteindre 71,8 % pour les jeunes âgés de 10 à 15 ans ayant reçu des services des CATS et d'un groupe de soutien Zvandiri mensuel. Les données montrent également une augmentation statistiquement significative de la confiance, de l'estime de soi, de la valorisation personnelle et de la qualité de vie, ainsi qu'un déclin de la stigmatisation. Au début 2016, Zvandiri est intégré dans 36 districts du Zimbabwe et on compte 240 CATS à travers le pays. [40]

35. La participation significative et le leadership des femmes, spécialement pour celles qui sont les plus affectées par le VIH, est une composante essentielle dans une riposte au VIH efficace. Il est primordial d'assurer activement et sur un pied égalitaire que les femmes vivant avec, ou affectées par le VIH, soient impliquées de façon significative dans les prises de décisions entourant les politiques et les programmes, et dans l'élaboration et la mise en œuvre de solutions au sein de la communauté et aux niveaux national et mondial, ceci afin de permettre aux femmes d'initier le changement au lieu de simplement recevoir des services. Cependant, il reste à généraliser cette approche en tant que stratégie intersectorielle. Des barrières subsistent face à la participation active et entière des femmes vivant avec, ou affectées par le VIH, incluant les normes reliées au genre, les inégalités entre les sexes, la stigmatisation et la discrimination, le manque d'accès aux ressources, le fardeau des femmes en matière de soins et leurs multiples responsabilités dans la maison, le manque d'accès à l'information, le manque de services sexospécifiques, notamment pour les femmes appartenant aux populations clés telles que celles des personnes qui s'injectent des drogues, les populations pour lesquelles on manque de données ventilées par sexe, et les populations parmi lesquelles on retrouve un manque d'éducation et d'apprentissage formel, une pauvre estime de soi, et de la violence basée sur le genre [45].

Étude de cas n° 85 Global: Réseau ATHENA pour le leadership et l'initiative des femmes (YWLI)

Alors même qu'il est largement connu que les jeunes femmes sont de façon disproportionnée affectées par le VIH, leurs besoins ont toujours été peu reconnus, et leurs voix sous-représentées, pendant qu'étaient développés des agendas de recherche, des politiques et des programmes. Pour remédier à cette situation, ATHENA a mis au point une stratégie de leadership évolutive pour les jeunes femmes vivant avec le VIH dans toute leur diversité. Lancé en partenariat avec la Coalition globale sur les femmes et le sida et l'ONUSIDA, à la Conférence de l'IAS 2011 sur la pathogenèse, le traitement et la prévention du VIH, le YWLI d'ATHENA est un programme de leadership, de plaidoyer et de mentorat qui vise à : augmenter la visibilité des jeunes femmes vivant avec le VIH, les soutenir dans la revendication d'espaces au sein des forums politiques clés; définir les préoccupations prioritaires affectant les jeunes femmes vivant avec le VIH, et aussi mettre en lumière le leadership et les solutions mis de l'avant par les communautés; accroître leurs connaissances, leurs compétences et leur expérience de plaidoyer, particulièrement en ce qui concerne le respect des droits sexuels et de reproduction dans le contexte du VIH. Jusqu'à présent, 75 jeunes femmes vivant avec, et davantage étant affectées par, le VIH sont des « diplômées » de, et des pairs mentors au sein du programme YWLI d'ATHENA, depuis toutes les régions du monde. Le programme a développé des espaces et des stratégies favorisant un engagement significatif dans la riposte au VIH, en fournissant aux filles et aux jeunes femmes des opportunités et du soutien. D'anciennes participantes sont devenues par elles-mêmes des dirigeantes d'influence, éminemment présentes au niveau des réunions internationales de haut niveau, et apportant leur contribution à la coordination nationale. Elles sont également impliquées dans des dialogues internationaux critiques, ainsi que dans le pilotage de la recherche participative et du plaidoyer dans leurs propres pays et leurs communautés, tout en encadrant d'autres jeunes femmes à devenir des porte-paroles, des défenseurs et des dirigeantes pour les droits humains et l'égalité des sexes. Pour contribuer à bâtir le succès du programme, ATHENA a servi de plate-forme et de ressource continues pour les jeunes femmes, ces outils devant être intégrés dans une plus large communauté de pratique, de façon à perpétuer le partage de connaissances, le mentorat et l'échange intergénérationnel, et de ne pas les limiter à un atelier ou à un élan politique ponctuel.

36. Il ressort clairement de la stratégie rapide qu'il ne sera pas possible de mettre fin à l'épidémie de sida sans une augmentation considérable des efforts pour réduire les nouvelles infections, prévenir les décès liés au sida et éliminer la discrimination liée au VIH. Les membres des communautés peuvent se révéler grandement efficaces dans la compréhension des besoins de leurs populations spécifiques et la fourniture de services à leurs pairs. Les populations clés – les personnes vivant avec le VIH, les hommes gay et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe, les personnes qui s'injectent des drogues et les personnes transgenres – sont disproportionnellement vulnérables face au VIH dans toutes les parties du monde. La prévalence du VIH est 28 fois plus élevée chez les personnes qui s'injectent des drogues [30], 19 fois plus élevée chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et 13,5 fois plus élevée chez les femmes qui vivent du commerce du sexe (comparativement aux femmes en âge de procréer) que dans la population générale [46,47]. Une revue systématique incluant des études provenant de 15 pays, montre que 19 % des femmes transgenres vivent avec le VIH [48]. (voir les derniers chiffres) Bien que le fardeau de l'épidémie sur les populations clés pèse de plus en plus lourd, les efforts de prévention et de traitement du VIH négligent habituellement ces mêmes populations clés [49]. La couverture et la portée des interventions pour les populations clés ainsi que pour les enfants et les adolescents demeurent d'une faiblesse inquiétante ; la stigmatisation et la discrimination, incluant la violence liée au genre, demeurent élevées et l'accès aux services est extrêmement faible en raison de facteurs structurels, sociaux et culturels [50].

37. Les ripostes communautaires efficaces impliquent généralement les membres de la communauté qu'elles

Centre de santé communautaire Tangerine, Thaïlande

Le Centre de santé communautaire Tangerine, situé à l'intérieur du Centre de recherche *Thai Red Cross AIDS* (TRCARC) a pour but de fournir des services cliniques exhaustifs et sans jugement aux personnes transgenres. Le modèle a été conçu de concert avec des membres de la communauté transgenre de diverses origines et environnements, y compris des professionnelles du sexe, de la santé, du VIH, du secteur privé, du divertissement, des droits humains, ainsi que des jeunes transgenres. En même temps que le modèle de soins lui-même, ont été co-développés le nom et le slogan pour le Centre, soit : Tangerine : « Où la transition satisfait les identités ». Le Centre est co-financé par USAID et TRCARC.

Tangerine est géré et opéré par un personnel transgenre formé et par des professionnels médicaux sensibles à la question transgenre. Il offre des services exhaustifs et holistiques qui sont bien adaptés pour répondre aux besoins uniques des personnes transgenres. Des services d'endocrinologie et métaboliques spécifiques aux transgenres, incluant l'hormonothérapie d'affirmation du genre, l'analyse des profils d'hormones, de lipides, du foie et des reins, sont utilisés comme points d'entrée. Ces services ne sont généralement pas offerts ni subventionnés par les établissements de santé opérés par le gouvernement. Tangerine a aussi intégré le dépistage et la consultation pour le VIH et les IST, de même que des services de dépistage des cancers de l'anus, du néo-vagin et du col de l'utérus à l'aide de frottis (test Pap), ainsi que des examens poussés de ces zones avec un instrument d'agrandissement à haute résolution. De plus, Tangerine offre des tests de prophylaxie pré-exposition (PrEP) et post-exposition (PEP) comme interventions additionnelles de choix de prévention du VIH et de réduction des risques pour des injections sûres, ceci dans le but de réduire le risque d'infection par le VIH et les virus des hépatites B et C. Les formulaires de recueil des données et le système de base de données utilisé pour la collecte de l'information, ont été révisés pour assurer que l'identité de genre a été correctement et sensiblement enregistrée et que toutes les données puissent rentrer dans le système national d'information et de gestion de la santé.

La clinique opère seulement depuis novembre 2015 donc il est trop tôt pour mesurer l'impact au long terme des résultats. Cependant, Tangerine vise à recevoir 600 clients transgenres la première année et 1000 clients transgenres lors de la deuxième année. Les premières indications montrent une forte affluence. Lors des deux premiers mois d'opérations, la clinique a accueilli 32 clients hommes vers femmes et 17 clients femmes vers hommes qui se sont prévalus d'un certain nombre de services incluant le dépistage du VIH, le test de la syphilis, le frottis, la thérapie hormonale et la PEP. [40]

desservent – des femmes et des filles, des personnes vivant avec le VIH, des hommes gay et des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des professionnel(le)s du sexe, des personnes qui s'injectent des drogues et des personnes transgenres – dans tous les aspects des programmes. Il est également entendu que sans un engagement actif et sans implication des membres de la communauté dans la conception, la recherche, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques et programmes qui affectent leur vie, les programmes et politiques de prévention, traitements, soins et soutien en lien avec le VIH ne seront pas optimaux en termes d'efficacité [51]. Les obstacles à la réussite de l'autonomisation et de la mobilisation requièrent d'être abordés avec attention, notamment en assurant une réceptivité par rapport au genre et en permettant l'instauration d'environnements juridiques qui y soient propices. [40]

38. Les ripostes communautaires ne peuvent pas et ne devraient pas devenir des substituts à une riposte nationale. Les faits ont montré que les communautés sont extrêmement efficaces dans la livraison de résultats spécifiques dans le cadre de plans de mise en œuvre à l'échelle nationale et fondés sur des données probantes. Il est important de souligner que l'impact des ripostes communautaires est particulièrement fort lorsqu'il s'agit d'augmenter le recours aux services fournis par d'autres types d'intervenants [13]. À cet égard, la société civile complète les efforts du gouvernement en faisant la promotion des services disponibles au sein des communautés. Les ripostes communautaires intégrées doivent assurer que la capacité et les habiletés des organisations communautaires sont de nature à garantir un niveau de qualité. Les politiques et programmations fondées sur des faits peuvent contribuer à l'intégration pertinente et efficace des ripostes communautaires en : 1) assurant des services ciblés qui répondent aux besoins de la communauté, 2) en alignant mieux les activités basées sur la communauté par rapport à l'épidémie de VIH, et 3) en renforçant les liens et la complémentarité entre les ripostes communautaires et les programmes nationaux, comme pour la prévention du VIH [13].

Étude de cas n° 42 Inde : Pehchan – un programme de renforcement des systèmes communautaires pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les transgenres et les hijra (communautés MTH) pour accroître la portée et la qualité des services de prévention du VIH et autres services répondant à leurs besoins

L'Inde est un lieu d'épidémie de VIH concentrée, où la prévalence de l'infection est plus élevée parmi les populations clés, lesquelles incluent les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les transgenres et les hijra. Le tabou social et les lois punitives criminalisant l'homosexualité ont fait en sorte qu'il est difficile pour les membres de ces communautés de recevoir des services, ce qui augmente encore plus leur vulnérabilité et leurs risques de subir de l'exploitation, des menaces, de l'extorsion et de la violence. Pehchan a été mis au point pour renforcer les systèmes communautaires, afin qu'ils puissent répondre aux besoins de ces communautés marginalisées. Nommé d'après le mot hindi signifiant « identité », « reconnaissance », ou « acceptation », Pehchan a renforcé et bâti la capacité de 201 organisations communautaires pour fournir des programmes efficaces, inclusifs et durables de prévention du VIH aux clients de ces populations dans 18 états au travers de l'Inde. Jusqu'à présent, Pehchan a enregistré et desservi plus de 435 000 clients des communautés d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, en offrant leurs premiers services de prévention du VIH à près de 340 000 d'entre eux. Quatorze organisations communautaires exclusives de transgenres et d'hijra ont été établies et renforcées, et un total de 169 membres et dirigeants des communautés MTH ont été formés en tant que maîtres formateurs, parmi lesquels 80 étaient des femmes transgenres ou des hijra. Plus de 228 000 personnes de ces communautés ont été testées pour le VIH avec près de 2 % de cas séropositifs, et plus de 95 % de ces personnes testées positives ont reçu des services de soins et de traitement. Le programme Pehchan a permis à ses clients de pouvoir se prévaloir de services auparavant hors de portée, notamment des traitements pour les IST, des conseils et des références pour le dépistage du VIH provenant d'une communauté conviviale, de même que des conseils en ce qui a trait à la violence du partenaire, au soutien familial, à la divulgation, au réassignement sexuel, au soutien psychosocial, à l'aide juridique, et aux préoccupations générales sur la santé. Pehchan a également soulevé la question de la violence liée au genre et qui constitue une barrière à l'accès aux services, et les données subséquentes ont montré une augmentation du signalement des cas de violence et une diminution de ces incidents contre les MTH. Pehchan a

aussi travaillé avec l'Organisation nationale de lutte contre le sida (NACO) pour dresser la carte des personnes transgenres dans les 18 programmes de l'état, ainsi que pour fournir du soutien sous forme de consultations pour plaider contre l'article de loi 377, la loi indienne anti-homosexualité, et pour protéger les droits du troisième genre. Au travers de ces actions, les organisations communautaires ont démontré qu'elles étaient les meilleurs vecteurs non seulement pour le plaidoyer mais aussi pour la prestation de services auprès de leurs communautés, et le succès de Pehchan a largement reposé sur la mobilisation communautaire et sur le leadership des communautés d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, de transgenres et de hijra, à tous les niveaux de mise en œuvre, y compris dans la direction et la gestion des programmes de niveau national.

UNAIDS/PCB (38)/16.14 CRP1

39. La montée du terrorisme et les situations politiques instables jumelées à des poussées de maladies telles que l'Ebola, dans des régions déjà lourdement affectées par des urgences humanitaires récurrentes (catastrophes naturelles et conflits), grèvent profondément et menacent la riposte au VIH et exacerbent par la suite les inégalités [7]. En 2013, on estimait que 1,6 million des 314 millions de personnes affectées par des urgences humanitaires vivaient avec le VIH, représentant 1 personne sur 22 parmi celles vivant avec le VIH dans le monde. Les urgences humanitaires engendrent une rupture des services, incluant ceux reliés au VIH; une insécurité alimentaire accrue; la destruction des moyens de subsistance; et des niveaux plus élevés de pauvreté extrême. Les femmes et les filles sont souvent les cibles de violences sexistes dans le contexte des urgences [52]. L'ONUSIDA a déclaré qu'il faut concentrer et accélérer les efforts dans 35 pays en particulier, lesquels faisaient déjà l'objet d'une approche rapide et qui, ensemble, comptent pour plus de 90 % des cas d'infections au VIH. De ces 35, dix-neuf (soit plus de la moitié) sont considérés comme faisant partie des 50 états les plus fragiles de la planète.

Étude de cas n° 30 : Rendre les patients heureux et en santé : Prendre soin des personnes vivant avec le VIH durant la flambée épidémique d'Ebola en Sierra Leone

L'épidémie de la maladie à virus Ebola en Sierra Leone en 2014 a gravement perturbé les services de santé généraux et a réduit l'accès aux soins. L'épidémie s'est répandue rapidement dans tous les districts du pays, avec divers niveaux d'intensité. Une évaluation sommaire des établissements de santé menée par le Ministère de la santé et de l'assainissement, avec le soutien de l'UNICEF, a constaté un déclin significatif du recours aux services de santé maternelle et infantile en octobre 2014, avec une baisse de 23 % du nombre de visites pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, une baisse de 50 % dans le dépistage de VIH et une augmentation de 21 % des patients perdus en cours de suivi comme probable conséquence de l'épidémie d'Ebola. HAPPY (projet de prévention du VIH/sida chez les jeunes) est une organisation nationale non-gouvernementale soutenue par l'UNICEF, visant à atténuer l'impact du VIH/sida sur la vie des enfants et des adolescents infectés et affectés par le VIH/sida, en assurant l'accès à des soins, des traitements et du soutien de qualité. Durant l'épidémie de la maladie à virus Ebola, HAPPY a identifié le besoin de rejoindre de manière proactive les personnes vivant avec le VIH qui n'étaient pas capables d'accéder aux services de santé et donc ne pouvaient plus suivre leur traitement. Un programme a été créé pour retracer les personnes vivant avec le VIH, avec pour but d'impliquer à nouveau les 1444 femmes enceintes et allaitant et les 541 enfants exposés et infectés par le VIH dans les districts où HAPPY opérait, incluant les districts qui étaient les plus affectés par Ebola au début de l'épidémie. À la fin du projet, 60 % des enfants et 84 % des femmes enceintes qui avaient été perdus de vue ont pu reprendre leur traitement. Des améliorations dans l'accès et la rétention ont été réalisées grâce à la triangulation des données existantes sur les établissements avec l'information obtenue des patients retrouvés. Un résultat de cette expérience est que le programme national a augmenté sa surveillance de la rétention. Un suivi proactif à l'aide des pairs de proximité a été adopté par le Programme national de contrôle du sida pour traiter les défis permanents que pose la rétention des personnes vivant avec le VIH dans leur programme de soins. De même, le fait de bâtir sur des mécanismes existants, tels que les groupes de soutien et une équipe de conseillers formés, a permis d'accélérer le rythme de la mise en œuvre. Ce modèle a été répliqué et adapté dans les cinq districts ayant la plus forte prévalence du VIH, sous le leadership du Secrétariat national pour le sida, avec l'appui de l'UNICEF, l'UNFPA, l'ONUSIDA et du Programme alimentaire mondial.

UNAIDS/PCB (38)/16.14 CRP1

40. L'état de préparation et la gestion de risques doivent être intégrés dans le développement de la planification, qui prévoit que les programmes liés au VIH sont fondés sur les risques, et que des services continus et fiables de prévention, de soins et de traitements du VIH sont disponibles, y compris pour la tuberculose, les IST, les infections opportunistes, la prévention et les soins pour les cas de malnutrition et de violence. Les communautés constituent la première ligne de défense en ce qui a trait à la fois à l'état de préparation et à la riposte. Elles disposent des connaissances et des compétences et sont les plus aptes à identifier les besoins des personnes affectées et peuvent rapidement mobiliser du soutien. Un enseignement fondamental à tirer de l'épidémie ouest-africaine d'Ebola, est que l'engagement de la communauté locale est crucial pour la riposte, et pourrait avoir joué un rôle dans le déclin des taux de transmission [53,54]. Bien que les maladies ou les crises peuvent être différentes, les communautés à l'avant-plan sont souvent les mêmes. Les organisations communautaires fournissant des services et un plaidoyer en matière de VIH, sont déjà opérationnelles lorsque surviennent les crises humanitaires et doivent être considérées comme une composante vitale dans la riposte nationale coordonnée dirigée par le gouvernement. La reconnaissance de l'importance des ripostes communautaires et de l'engagement communautaire, a été identifiée comme une priorité transversale dans l'Ordre du jour de la réforme des capacités d'urgence de l'OMS [55].

III. FINANCEMENT, CAPACITÉ ET SOUTIEN POLITIQUE

41. La reconnaissance du militantisme communautaire étant impérative, il s'ensuit que les investissements pour la défense des intérêts communautaires doivent être proportionnels à la part que l'action communautaire occupe dans l'amélioration des conditions de santé [5]. Pour atteindre les cibles rapides, l'ONUSIDA estime que 26 milliards de dollars US seront nécessaires chaque année d'ici à 2020 pour résoudre le problème de l'épidémie dans les pays à faibles et moyens revenus. Sur ce point, l'ONUSIDA estime également qu'il faut tripler les investissements dans la mobilisation communautaire d'ici à 2020, avec une augmentation additionnelle entre 2020 et 2030. [5]. La réussite de l'approche rapide passera par un recours accru aux modèles de fournitures de services basés sur la communauté. Les investissements sont requis autant pour le plaidoyer des intérêts communautaires que pour les programmes de fourniture de services.
42. Les investissements dans le plaidoyer de la société civile et dans les programmes de mobilisation communautaire en général vont soutenir l'utilisation des services. La défense des intérêts liés au VIH a été qualifiée de « bien public mondial » par la Commission ONUSIDA-Lancet pour mettre fin à l'épidémie. Les investissements dans la mobilisation communautaire au niveau du pays devraient augmenter pour s'élever à 3 % des ressources mondiales pour le VIH d'ici à 2020 afin d'aider la société civile à représenter les intérêts de toutes les communautés fragiles et à stimuler la volonté, le financement et l'équité dans la riposte au sida. Les besoins réels en investissements pour la défense régionale et globale ne sont pas connus. Le Fonds des réseaux de la société civile Robert Carr s'est avéré être un mécanisme performant pour mobiliser des ressources provenant de différents donateurs et qui sont mises à disposition, via un processus compétitif, des organisations de défense ayant établi leur influence au travers de leurs actions au niveau global et régional [56]. L'investissement total dans les facilitateurs sociaux – incluant les plaidoyers, la mobilisation politique, les lois et les réformes des politiques, les droits de la personne, la communication

publique et la réduction de la stigmatisation – devraient compter pour 6 % de toutes les ressources globales investies pour le sida [8].

43. Il est essentiel d'investir dans la fourniture de services menée par la communauté. L'expérience montre que les services basés sur la communauté peuvent atteindre les populations laissées de côté, avoir une portée à large échelle et démontrer un réel impact. D'ici à 2020, environ 12 % des services de thérapie antirétrovirale devraient être fournis via les services communautaires – ce qui représente environ 3,8 % de l'investissement global total dans la riposte au VIH. La diffusion au sein des populations clés dans les pays à faibles et moyens revenus devrait compter pour environ 7,2 % des investissements mondiaux d'ici à 2020 [8].
44. Bien que les ripostes communautaires aient été reconnues comme la pierre angulaire dans une riposte efficace au VIH, cela ne s'est pas traduit par leur inclusion systématique dans la planification et le financement des systèmes de santé et des programmes liés au sida. Tandis que les bailleurs de fonds mondiaux et privés ont pourvu à la majorité des fonds destinés aux ripostes communautaires au VIH jusqu'à présent, la tendance croissante vers une appropriation accrue par le pays et la reconnaissance de la nécessité de rejoindre toutes les populations, incluant les plus vulnérables, fait en sorte qu'il est plus que jamais important de trouver des moyens d'augmenter le financement intérieur dans les ripostes communautaires. Pour transformer les ripostes communautaires autonomes principalement financées par des ressources internationales en ripostes communautaires pleinement intégrées dans les plans nationaux, y compris pour la budgétisation, l'intervention d'un leadership politique sera indispensable. Il faudra du leadership pour imposer les acteurs de la société civile en qualité de partenaires, et il faudra du leadership politique dans l'introduction de changements systémiques qui permettront le partage fructueux des ressources et de l'information entre la communauté et les systèmes étatiques. Pendant que cette transition est en cours, il sera important d'assurer un soutien financier continu de la part des bailleurs de fonds mondiaux et privés de façon à ne pas nuire aux ripostes actuelles au VIH.
45. Pendant que l'approche rapide en appelle à l'augmentation de l'investissement dans les communautés, beaucoup d'organisations communautaires subissent des coupures dans leur financement. À la fin de l'an dernier, l'ONUSIDA a interrogé, au moyen d'un sondage électronique, les organisations communautaires travaillant aux niveaux local, national, régional et global, par rapport à leur financement. Plus de 480 organisations ont répondu : 68 % ont indiqué que leurs budgets avaient baissé ou étaient demeurés les mêmes depuis 2013, et 42 % ont rapporté une baisse de budget au cours de cette période. Les plus petites organisations étaient les plus affectées par ces compressions. Seules les organisations avec des budgets annuels de plus 2 millions de dollars ont bénéficié d'une augmentation de leur financement depuis 2013. Le financement a baissé ou a stagné dans chaque catégorie d'activité, et ce sont les organisations dédiées à la défense qui ont été les plus touchées.

Étude de cas n° 41 Chine : Fonds chinois pour le sida destiné aux ONG – CAFNGO

En Chine, les ONG ont joué un rôle important dans la prévention et le contrôle du VIH et du sida. Avec le soutien des gouvernements et des projets de coopération internationaux, le nombre des ONG participant à la prévention et au traitement

du VIH a augmenté de façon significative. Cependant, avec la fin du Fonds mondial et d'autres projets de coopération internationaux, les ONG chinoises ont fait face à des compressions dans leur financement, ce qui a limité leur participation. En réponse, le Fonds chinois pour le sida destiné aux ONG a été établi en juin 2015, conjointement par la Commission nationale de santé et de planification familiale, le Ministère des finances et le Ministère des affaires civiles, comme un fonds spécial national pour le bien-être public. Le CAFNGO vise à soutenir les ONG à entreprendre des activités d'éducation et de communication, des interventions en matière de prévention, de dépistage et de conseils parmi les groupes à haut risque, ainsi que des soins et du soutien pour les personnes vivant avec le VIH/sida, en conformité avec les plans et politiques de riposte au VIH nationale et locales. 754 projets de 467 ONG, couvrant 30 provinces en Chine, ont été financés par le CAFNGO en 2015, représentant un montant total de financement de 45,21 millions de CNY (~ 6,92 millions de dollars). Les candidatures pour le financement sont examinées par le bureau du Comité directeur des fonds et soumises à une évaluation spécialisée. Le CAFNGO est bien parvenu à promouvoir la participation des ONG dans la prévention du sida et le travail de contrôle, de même qu'à appuyer leur croissance et leur développement. Le CAFNGO a facilité la mise en œuvre d'une politique gouvernementale d'achat de services sociaux, et a fait la promotion de la multi-coopération, en particulier parmi les ONG, les hôpitaux, et les centres de contrôle des maladies. En outre, le travail du CAFNGO a contribué à révéler les lacunes au niveau de l'approvisionnement et à identifier les besoins d'améliorations dans la capacité des ONG à participer à la prévention et au contrôle du VIH.

UNAIDS/PCB (38)/16.14 CRP1

46. Pour atteindre la cible des ODD consistant à mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030, il faut mettre l'accent sur les programmes durables avec une transition harmonieuse vers le financement intérieur des services essentiels pour le VIH jumelé à un soutien externe continu et significatif pour de nombreux pays. Les communautés représentent une part importante de ces services [19] et doivent être traitées en tant que partenaires égaux dans la riposte au VIH. Tandis que le financement interne augmente dans de nombreux pays, on observe encore un déséquilibre. Par exemple, dans les pays comme la Thaïlande, alors qu'environ 90 % des ressources pour financer les ripostes nationales au VIH et à la tuberculose proviennent de sources intérieures, la proportion du financement externe dans les programmes de prévention du VIH est élevée, faisant de la prévention un volet moins durable [57]. La Thaïlande s'étant hissée au rang de pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure en 2011, alors il est prévu que le soutien du Fonds mondial s'achève en 2017 et il deviendra impératif d'assurer une transition durable qui inclut des ressources internes adéquates pour la prévention, en particulier pour les populations clés.

Étude de cas n° 63 Bolivie : Plan d'incidence politique pour l'allocation des ressources à la riposte au VIH/sida en Bolivie

La Bolivie a une prévalence du VIH générale de 0,05 % avec 14 312 cas (1984 – juin 2015). En 2010, la Bolivie a été déclarée comme un pays à revenu intermédiaire, et par conséquent le niveau de l'aide internationale a chuté. Actuellement, 70 % de tous les services de soins et de prévention du VIH en Bolivie sont payés par le Fonds mondial. Avec pour but d'obtenir une durabilité de la riposte au sida, le Réseau bolivien des personnes vivant avec le VIH/sida a développé un Plan d'incidence politique pour l'allocation des ressources dans la riposte au VIH/sida en Bolivie, visant à insérer des lignes de budget pour le VIH dans 5 municipalités, départements ou au niveau du gouvernement national, pour que la lutte contre le VIH soit indépendante de la coopération internationale. Le projet a été mis en route dans 9 départements de la Bolivie et dans les villes d'El Alto et Llalagua, et incluait un plaidoyer pour des ressources orientées sur les soins et la prévention du VIH. La stratégie incluait la révision des lois locales (VIH, autonomies et Constitution) pour garantir le droit à la santé, et incorporait la mobilisation sociale avec des médias de masse. Ultiment, le projet a été déterminant dans l'augmentation des ressources destinées au VIH, qui avaient commencé au montant de 1 million de BOB (~146 628 dollars) en 2012, pour monter à 8 millions de BOB (~ 117 3020) en 2015 à la fin du programme. De plus, le projet a aussi aidé à clarifier l'information sur les budgets disponibles pour le VIH en provenance des sources nationales et de l'aide internationale. Il a également contribué à l'allocation du budget pour le VIH dans les municipalités d'El Alto, Cochabamba, Santa Cruz, Sucre, Tarija, et au développement de projets de lois locaux. Le projet a aussi réussi à favoriser la mobilisation communautaire parmi les gens vivant avec le VIH et les communautés de gay,

lesbiennes, bisexuels et transgenres dans un but de durabilité, ainsi qu'à hisser la visibilité des gens vivant avec le VIH au rang d'acteurs dans l'incidence politique.

UNAIDS/PCB (38)/16.14 CRP1

47. De plus en plus de gouvernements constatent les bénéfices d'un partenariat avec des acteurs non-gouvernementaux pour la fourniture de services essentiels liés au VIH. Même quand la volonté politique est présente, la mise en route de mécanismes pour le financement direct des organisations communautaires constitue souvent une barrière du point de vue pratique. Pour que les communautés puissent travailler aux côtés des gouvernements en octroyant les services les plus essentiels dans le cadre du système de santé, des systèmes établis de « contrat social » sont requis. Comme pour tout ce qui a trait au financement public, les contrats sociaux nécessitent une surveillance qui assure une concurrence loyale, la transparence et la reddition de comptes, tout comme l'évaluation de la qualité du service [58]. En Ukraine, la pratique de financement des ONG à partir des budgets locaux via des contrats d'acquisition sociale s'est effectuée pendant plus de dix ans. Par exemple, Light of Hope, une organisation locale de la société civile, est parvenue à faire amender des politiques et réglementations locales pour lui permettre de recevoir du financement local afin de travailler avec les consommateurs de drogues et les anciens prisonniers. L'organisation reçoit plus de 120 000 dollars US annuellement, pour soutenir ses activités telles que l'atténuation des préjudices, la détection précoce de la tuberculose, la gestion de cas de VIH en hébergement social (refuge). Les fonds servent à payer les salaires des travailleurs sociaux, les coûts de maintenance et de services collectifs, la nourriture pour les clients, et aussi à créer des emplois temporaires pour les groupes vulnérables (communication email de l'OSI, 2016).
48. Une série de fiches d'information issues de 10 pays de l'Europe de l'Est soulignent certains des obstacles courants inhérents au contrat social auxquels font face les pays et font des recommandations concrètes pour les surmonter [59]. Ces recommandations décrivent l'importance d'avoir des cadres juridiques et politiques, de renforcer la capacité et d'assurer de bonnes pratiques. Plus spécifiquement, elles suggèrent :
- a. La simplification et le bas coût des procédures d'enregistrement des ONG et la reconnaissance explicite des ONG en tant que partenaires et prestataires de services dans des lois, politiques et cadres légaux qui permettent le contrat social à la fois au niveau national et au niveau infranational.
 - b. La nécessité de renforcer la capacité d'accès des ONG au financement public, et la capacité des organismes publics à octroyer des contrats sociaux aux niveaux national et infranational.
 - c. L'importance des bonnes pratiques dans les processus d'appel d'offres, et des processus budgétaires alignés sur la réglementation et les politiques pour assurer les allocations pour les contrats sociaux.
 - d. Assurer que les opportunités de contrats sociaux soient divulgués publiquement, disponibles et facilement accessibles aux ONG.
49. Le Carnet sur les modèles de prestations non-gouvernementales de services sociaux, produit par l'UNDP, est un exemple utile pour les décideurs et les praticiens politiques, qui décrit les recommandations, les défis et les opportunités du contrat social [58].
50. Les services basés sur les communautés génèrent des données qui alimentent les

systèmes d'information de la gestion de la santé au niveau national [40]. Les données granulaires étayent une approche par localisation de la population qui est particulièrement pertinente dans la compréhension de la nature changeante du VIH. Il est essentiel que les communautés soient impliquées comme des partenaires dans la conception de systèmes d'information qui incluent des données ventilées par sexe et par âge, de façon à bien saisir les données sur les expériences, les besoins des bénéficiaires de services ainsi que les chiffres et les coûts réels. De plus, la recherche basée sur la communauté, essentielle pour renseigner les décideurs et programmeurs politiques au sujet des besoins et de l'impact des politiques et des programmes, doit être entièrement valorisée et financièrement soutenue.

Étude de cas n° 79 Portugal : Checkpoint LX

On estime à 20000-25000 le nombre de personnes vivant avec le VIH au Portugal et qui demeurent non diagnostiquées, et l'épidémie se concentre parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, avec des études transversales indiquant une prévalence chez cette population de 10 à 17 %. Dans les lieux de forte prévalence tels que Lisbonne, les hommes tardent fréquemment à demander des soins ou repoussent les liaisons entre la prévention, les soins et le soutien. L'OMS a recommandé que les pays avec des épidémies de VIH concentrées mettent la priorité et l'accent sur les approches de dépistage du VIH adaptées et basées sur la communauté, pour les personnes qui demeurent non diagnostiquées et qui sont le plus à risque d'une infection par le VIH. En 2011, le GAT a ouvert le premier site de dépistage du VIH basé sur la communauté au Portugal et adapté aux hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes : CheckpointLX. Le centre offre un dépistage anonyme, confidentiel et gratuit pour le VIH et d'autres IST, de la consultation sexuelle et du référencement pour des soins de santé, fournis exclusivement par une équipe d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, sous supervision scientifique et médicale. Entre avril 2011 et décembre 2015, 10002 tests de VIH ont été effectués. Le centre a eu un impact de transformation sur le dépistage et la surveillance du VIH à la grandeur du pays – selon les données officielles, par année civile, au niveau national, CheckpointLX a trouvé 8,71 % (2011), 15,27 % (2012), 19,95 % (2013) et 26,29 % (2014) de tous les nouveaux cas d'infections par le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. La liaison avec les soins a été de 79,49 % (2011), 73,97 % (2012), 78,05 % (2013), 83,33 % (2014) et 74,78 % (2015). CheckpointLX a fait une contribution significative au niveau du diagnostic précoce et de la liaison avec les soins pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, à la fois aux niveaux local et national, a été reconnu par le Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies comme un nouveau service innovateur, et a été sélectionné par l'OMS comme exemple de bonnes pratiques reflétant les nouvelles recommandations en matière de service de dépistage du VIH.

Étude de cas n° 81 Europe de l'Est et Asie centrale : programme régional de l'Europe de l'Est, intitulé « Travaux de réduction des risques – À financer! »

Pendant plus d'une décennie, la région de l'Europe de l'Est et de l'Asie centrale a été le foyer de croissance de l'épidémie de VIH le plus rapide au monde. Avec 679,5 millions de dollars dédiés à la programmation pour le VIH et la tuberculose dans la région en 2014-2016, le Fonds mondial est en première ligne du soutien pour la réduction des risques dans de nombreux pays de la région. Cependant, tandis que de tels investissements ont assuré que le programme aiguilles/seringues et la thérapie de substitution aux opiacés puissent se propager dans la région, moins de 15 % des fonds pour la réduction des risques provient des gouvernements. À des fins de plaidoyer régional, le Réseau eurasiatique de réduction des risques a développé des méthodologies pour : évaluer les coûts totaux et unitaires des programmes d'aiguilles et seringues et de la thérapie de substitution aux opiacés dans un pays pour deux années fiscales ; étudier les opinions des clients de ces programmes au sujet de l'accessibilité et de la demande pour les services ; identifier les lacunes de financement de la réduction des risques pour développer des arguments pour la défense ; et démontrer l'efficacité des investissements dans la réduction des risques. L'évaluation a été menée dans six pays sentinelles du programme régional : Bélarus, Géorgie, Kazakhstan, Lituanie, Moldavie et Tadjikistan. Cette évaluation sur la qualité et les priorités des services, dirigée par la communauté poursuit deux buts, d'une part de bâtir la capacité communautaire des personnes qui s'injectent des drogues, et d'autre part de documenter formellement les problématiques de la qualité des services qui requièrent de l'attention via d'autres investissements et une plus grande volonté politique. L'évaluation a généré des preuves qui pourraient être appliquées à plusieurs niveaux, par exemple en contribuant au programme de santé publique pour 2016-2020 au Kazakhstan pour aider à répondre aux besoins des personnes qui utilisent des drogues, et en aidant à créer un budget basé sur des faits probants pour la réduction des risques en Moldavie.

51. Il est nécessaire d'assurer un meilleur suivi, en continu, et une évaluation de la mobilisation communautaire et des modèles de prestations de services, ainsi que d'examiner les coûts reliés à ces modèles pour justifier leur inclusion dans les stratégies, plans et budgets nationaux. Les travaux qui sont faits actuellement à cet égard sont trop souvent mineurs et ponctuels, ce qui peut mener à des données peu probantes et insuffisantes pour démontrer ce qui fonctionne, comment et pourquoi. Davantage de données sont requises pour soutenir le bien-fondé d'un accroissement d'échelle significatif des modèles les plus efficaces. Cela nécessite plus d'évaluations et aussi l'inclusion d'indicateurs qui suivent les activités communautaires dans des systèmes réguliers de gestion de l'information, ce qui pour le moment n'est effectué que d'une manière très limitée.
52. L'engagement véritable et la participation active de la société civile dans les mécanismes de gouvernance nationaux et mondiaux, sont largement reconnus et se sont considérablement améliorés avec les années. Cependant, la société civile a besoin de ressources, d'information, de capacité, et de comprendre les mécanismes de gouvernance et de financement pour pouvoir réaliser et faire perdurer son engagement et son influence. Au niveau du pays par exemple, les Instances de coordination nationale (CCM) du Fonds mondial sont les plus importants organismes décisionnels d'échelle nationale liés aux subventions conséquentes du Fonds mondial. Sous le nouveau modèle de financement du Fonds mondial, l'enjeu clé consistant à assurer la participation et l'influence de la société civile revêt un caractère prioritaire [11]. La gouvernance inclusive de l'ONUSIDA est unique au sein du système des Nations Unies; il est le seul organe directeur ayant des communautés comme membres à part entière du conseil d'administration. Le Conseil de coordination du programme (CCP) de l'ONUSIDA comprend des représentants de 22 états membres de toutes les régions géographiques, 5 représentants d'organisations non-gouvernementales, y compris des personnes vivant avec le VIH, et les Coparrainants de l'ONUSIDA. La Délégation des ONG sur le Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA, avec des membres de chaque région, participe activement, défend et renforce la responsabilité des communautés au travers de son rôle dans le Conseil. L'ONUSIDA soutient le fonctionnement efficace et transparent de la Délégation ONG du CCP grâce à des installations de communication et de consultation qui permettent de diffuser plus largement dans la société civile, qui facilitent la sélection de nouveaux délégués, aident à la préparation et la participation des membres des ONG au CCP, incluant lors de consultations régionales et thématiques avec les circonscriptions et les états membres du CCP, et à la préparation des rapports annuels des ONG au CCP. Les membres communautaires de la délégation ONG participent également au Bureau du CCP, le mécanisme de décisions intersessions du conseil, ainsi qu'à tous les groupes de travail du CCP. La diffusion à l'ensemble de la société civile est assurée par le biais du site Web indépendant de la délégation ONG du CCP. Avec des références explicites à la gouvernance inclusive du Programme conjoint, ECOSOC en 2015 a souligné l'importance des enseignements tirés de la riposte globale au sida pour l'échéancier du développement post-2015, incluant les leçons apprises lors de l'approche unique du Programme conjoint, et a aussi réaffirmé que le Programme conjoint offre au système des Nations Unies un exemple utile à considérer, selon les besoins, d'une cohérence stratégique accrue, de coordination, de focus basé sur les résultats, de gouvernance inclusive et d'impact à l'échelle nationale basé sur les contextes et les priorités du pays. Le Fonds mondial a un programme d'assistance technique pour les questions reliées à la communauté, aux droits et au genre qui aide spécifiquement la société civile et les organisations communautaires à s'engager de manière significative dans le modèle de financement au cours des étapes de

développement du dialogue avec le pays et de la prise en note des concepts. Le Fonds mondial dispose également d'une stratégie pour l'égalité des genres [60] et de la stratégie en matière d'orientation et d'identité sexuelles (SOGI) [61] pour soutenir les candidats. Le soutien technique inclut l'analyse et la planification de la situation, l'engagement dans le dialogue avec le pays (accroissement des connaissances et des habiletés d'écriture et de participation) et la conception de programme, et il est disponible pour les organisations nationales de la société civile et pour les autres organisations non-gouvernementales [62]. L'implication de la société civile dans le Plan opérationnel national PEPFAR a été identifiée comme essentielle pour assurer une meilleure compréhension des priorités géographiques, des problématiques de fourniture de services, et des points qui seraient de potentiels goulets d'étranglement dans les efforts de réalisation des objectifs du programme [63]. Il y a eu des opportunités d'expansion de l'engagement de la société civile dans la planification du PEPFAR ces dernières années. Il est nécessaire d'établir des mécanismes solides de redevabilité pour une mobilisation significative de la société civile et des populations clés qui sont affectées, à tous les niveaux des mécanismes de gouvernance.

Étude de cas n° 87 Global : Fonds Robert Carr des réseaux de la société civile

Le Fonds Robert Carr des réseaux de la société civile (RCNF) a été créé pour répondre aux tendances spécifiques dans le portrait des actions de la société civile pour le VIH. Celles-ci incluent la réduction du fonds général pour le VIH; un changement de donateurs envers le niveau du pays; et une stimulation pour une plus grande coordination parmi les joueurs de la société civile. Ces tendances se sont opérées sur fond de marginalisation persistante et de violations des droits humains contre les populations non adéquatement desservies que l'on sait centrales pour « connaître les ripostes à l'épidémie ». Il existe un certain nombre de processus et de canaux de financement pour soutenir les actions de la société civile au niveau national. Cependant, en dégager un usage optimal – et sécuriser les ressources, les services et l'environnement politique requis par les ISP – demande une expertise et des actions que seuls les réseaux régional et global peuvent mobiliser et fournir. Le RCNF est le premiers fonds international qui vise spécifiquement à renforcer les réseaux régional et global à travers le monde, en leur procurant du financement programmatique et de base, en ligne avec quatre objectifs majeurs : 1. Améliorer la capacité des réseaux global et régional; 2. Stimuler la mise en œuvre de la riposte au VIH; 3. Soutenir le plaidoyer des droits humains; et 4. Augmenter la responsabilité des ressources pour la riposte au VIH. Le RCNF a alloué jusqu'à présent 38 subventions à hauteur de 18217092 dollars pour fournir un moyen de subsistance à quelques-uns des acteurs mondiaux et régionaux de la société civile les plus importants dans la riposte au VIH. Les conclusions générales d'une revue à mi-parcours, conduit en 2014, étaient que le RCNF a identifié une niche stratégique unique au sein de l'architecture globale; qu'il a développé des politiques et des processus efficaces de gestion des fonds; et qu'il a établi des organes de gouvernance adéquats et hautement engagés. Les bénéficiaires du RCNF obtiennent des résultats impressionnants en ce qui a trait aux quatre conclusions du RCNF – avec de fortes indications que, en combinaison, ils assurent un soutien plus fort aux ISP et des ripostes au VIH plus efficaces aux niveaux national, régional et mondial.

UNAIDS/PCB (38)/16.14 CRP1

IV. CHAMPS D'ACTION ET VOIE À SUIVRE

Le plaidoyer basé sur la communauté, la participation aux responsabilités et la fourniture de services sont tous des éléments essentiels pour accélérer la riposte au sida. Le temps est venu pour un changement de paradigme dans la façon dont les gouvernements et les partenaires du développement considèrent le rôle et le financement des ripostes communautaires lorsqu'il s'agit de créer et maintenir des systèmes pour la santé exhaustifs. Basé sur l'analyse présentée plus haut, un certain nombre de domaines d'action prioritaires sont présentés ci-dessous.

Reconnaissance et inclusion

53. Pour atteindre l'objectif ambitieux et rapide de développement durable consistant à mettre fin au sida comme menace pour la santé publique d'ici à 2030, l'inclusion significative de la société civile dans l'appui aux ripostes basées sur la communauté, incluant celles menées par les populations clés, doit être reconnue et largement approuvée comme essentielle et intégrée dans les ripostes nationales et globales au sida.
54. En reconnaissant l'engagement communautaire et le militantisme comme un bien public global, les personnes vivant avec le VIH et les autres populations clés, les jeunes gens et les femmes doivent être inclus à tous les niveaux de la planification nationale pour assurer une pleine mobilisation, une participation et une influence de qualité dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques et des programmes.

Planification et financement

55. Les services de santé basés sur la communauté et les organisations de services liés au sida devraient être systématiquement et stratégiquement inclus lors de la planification de systèmes complets pour la santé, avec des augmentations adéquates dans le financement des services communautaires, y compris par le biais de financements internes et via du financement externe provenant d'agences telles que le Fonds mondial et le PEPFAR. Cela inclut l'investissement dans les travailleurs en santé communautaires dans le cadre des investissements plus larges dans le personnel de santé. L'investissement général dans les facilitateurs sociaux, tels que le plaidoyer, les droits humains et la réduction de la stigmatisation, doit également être budgété adéquatement pour pouvoir maximiser la riposte basée sur la communauté.
56. Il est nécessaire d'avoir des modalités et des mécanismes de financement qui permettent au gouvernement de soutenir les prestataires de services issus de la communauté en tant que partenaires égaux, et d'assurer une programmation appropriée, équitable et réceptive aux besoins liés au genre. De plus, il est urgent de trouver, mettre en œuvre, partager et évaluer des solutions aux barrières réglementaires et légales entravant les possibilités de sous-traitance (« contrat social »).
57. Il faut élaborer et mettre en œuvre des stratégies pour augmenter l'investissement dans le plaidoyer dirigé par la communauté, l'autonomisation et l'imputabilité du gouvernement. Les bailleurs de fonds privés et les partenaires du développement ont un rôle critique à jouer dans le financement communautaire et le travail de responsabilisation.

Faits, données et transfert du savoir

58. Tandis qu'il existe des faits démontrant l'impact positif des ripostes communautaires, il faut intensifier les efforts pour continuer à générer une base de faits (encore plus) probants sur l'efficacité de l'engagement communautaire, et sur les coûts versus les bénéfices pour la santé qui s'y rattachent, ceci afin d'assurer la continuité de l'engagement.
59. Des systèmes de données sur le VIH doivent être développés avec les communautés, intégrés dans les systèmes pour la santé plus larges et déjà existants, et ils devraient viser

à dépeindre la riposte communautaire, et à documenter les approches fructueuses avec pour but de les mettre à l'échelle et de les inclure dans les plans de santé nationaux.

60. Des analyses plus poussées doivent être menées sur les barrières au financement efficace des ripostes communautaires par les bailleurs de fonds mondiaux et privés ainsi que pour une meilleure compréhension des défis auxquels font face les gouvernements nationaux pour augmenter les fonds octroyés aux ripostes pilotées par les communautés. Cette analyse doit éclairer les décisions concernant les transitions vers un financement interne plus important des ripostes communautaires, et doit également servir à protéger contre une réduction involontaire des services requis sur une base urgente.
61. Il faut encourager l'identification et la création d'opportunités pour transférer et exploiter les connaissances et l'expérience de l'engagement communautaire par rapport au VIH. Ce transfert de savoir aidera à relever les défis émergents en matière de santé et à progresser dans la réalisation des ODD. Le partage de connaissances peut aider à tirer profit des actions concernant les maladies non transmissibles, une couverture de santé équitable et universelle, la réduction des inégalités, et, de façon plus générale, à poursuivre le développement inclusif et participatif, qui aura à son tour un impact, direct ou indirect, sur la progression de la riposte visant à mettre fin au sida d'ici à 2030.

[Fin du document]

Liste des références

1. UNAIDS. 2006 Report on the Global AIDS Epidemic: A UNAIDS Special Edition [Internet]. Geneva, Switzerland: UNAIDS; 2006. Available: http://data.unaids.org/pub/report/2006/2006_gr_en.pdf
2. UNAIDS, Stop AIDS Alliance. Communities Deliver: The Critical Role of Communities in Reaching Global Targets to End the AIDS Epidemic. Geneva, Switzerland: UNAIDS; 2015.
3. UNAIDS. Policy Brief: The Greater Involvement of People Living With HIV (GIPA) [Internet]. Geneva, Switzerland: UNAIDS; 2007. Available: http://data.unaids.org/pub/briefingnote/2007/jc1299_policy_brief_gipa.pdf
4. Declaration of Alma Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6-12 September 1978 [Internet]. Alma Ata, USSR: World Health Organization; 1978. Available: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
5. Piot P, Abdool Karim SS, Hecht R, Legido-Quigley H, Buse K, Stover J, et al. Defeating AIDS—advancing global health. *The Lancet*. 2015;386: 171–218. doi:10.1016/S0140-6736(15)60658-4
6. UNAIDS. On the Fast-Track to End AIDS: UNAIDS 2016-2021 Strategy [Internet]. Geneva, Switzerland: UNAIDS; 2015. Available: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_EN_rev1.pdf
7. UNAIDS. (In press) Funding for Community-Based HIV Responses: Tracking Resources to Measure Progress. Geneva, Switzerland: UNAIDS; 2016.
8. UNAIDS. Fast-Track Update on Investments Needed in the AIDS Response [Internet]. Geneva, Switzerland: UNAIDS; 2016. Available: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Reference_FastTrack_Update_on_investments_en.pdf
9. UNAIDS. Stronger Together: From Health and Community Systems to Systems for Health (2016) [Internet]. Geneva, Switzerland: UNAIDS; 2016. Available: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2788_stronger_together_en.pdf
10. Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Community Systems Strengthening Framework [Internet]. Geneva, Switzerland: Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; 2014. Available: http://www.theglobalfund.org/documents/core/framework/Core_CSS_Framework_en/
11. ICASO. Effective CCMs and the Meaningful Involvement of Civil Society and Key Affected Populations [Internet]. Toronto, Canada: ICASO; 2013. Available: <http://www.icaso.org/files/effective-ccms-and-the-meaningful-involvement-of-civil-society-and-key-affected-populations>
12. UNAIDS Guidance for partnerships with civil society, including people living with HIV and key populations [Internet]. Geneva, Switzerland: UNAIDS; 2011. Available:

http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/JC2236_guidance_partnership_civilsociety_en.pdf

13. Rodriguez-García R, Wilson D, York N, Low C, N’Jie N, Bonnel R. Evaluation of the community response to HIV and AIDS: learning from a portfolio approach. *AIDS Care*. 2013;25 Suppl 1: S7–19. doi:10.1080/09540121.2013.764395
14. Rodriguez-Garcia R, Bonnel R, Wilson D, N’Jie N. Investing in Communities Achieves Results: Findings from an Evaluation of Community Responses to HIV and AIDS [Internet]. Washington DC, USA: International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2013. Available: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213936/Investing-communities-achieve-results.pdf
15. Arcand J-L, Wagner N, Diallo PA, Sakho C. VIH or AIDS sensitization and peer-mentoring: evidence from a randomized experiment in Senegal [Internet]. The World Bank; 2013 Aug pp. 1–2. Report No.: 81364. Available: <http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/08/18310904/VIH-or-aids-sensitization-peer-mentoring-evidence-randomized-experiment-senegal>
16. WHO, ExpandNet. Beginning with the end in mind: Planning pilot projects and other programmatic research for successful scaling up. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011.
17. WHO. March 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2014. Available: http://www.who.int/iris/bitstream/10665/104264/1/9789241506830_eng.pdf?ua=1
18. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva, Switzerland; 2015 Jul.
19. WHO. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: what’s new [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2015. Available: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/198064/1/9789241509893_eng.pdf?ua=1
20. WHO. Presidents Hollande and Zuma chair the first meeting of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. In: WHO [Internet]. [cited 27 Apr 2016]. Available: <http://www.who.int/hrh/com-heeg/com-heeg-meeting-chair/en/>
21. Olivier J, Tsimpo C, Gemignani R, Shojo M, Coulombe H, Dimmock F, et al. Understanding the roles of faith-based health-care providers in Africa: review of the evidence with a focus on magnitude, reach, cost, and satisfaction. *The Lancet*. 2015;386: 1765–1775. doi:10.1016/S0140-6736(15)60251-3
22. Gulaid LA. Community-facility linkages to support the scale up of lifelong ART for pregnant and breastfeeding women living with HIV: A conceptual framework, compendium of promising practices and key operational considerations (PDF Download Available) [Internet]. New York, USA: UNICEF; 2015. Available: https://www.researchgate.net/publication/279806417_Community-facility_linkages_to_support_the_scale_up_of_lifelong_ART_for_pregnant_and_breastfeeding_women_living_with_HIV_A_conceptual_framework_compendium_of_promising_practices_and_key_operational_co

23. GNP+. Global Advocacy Agenda - GNP+. In: GNP+ [Internet]. [cited 26 Apr 2016]. Available: <http://www.gnpplus.net/about-us/global-advocacy-agenda/>
24. Zachariah R, Ford N, Philips M, Lynch S, Massaquoi M, Janssens V, et al. Task shifting in HIV/AIDS: opportunities, challenges and proposed actions for sub-Saharan Africa. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2009;103: 549–558. doi:10.1016/j.trstmh.2008.09.019
25. Carey C, Tolopilo A. Tipping the Balance: Why Legal Services Are Essential to Health Care for Drug Users in Ukraine [Internet]. Open Society Institute; 2008. Available: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/tippingthebalance.pdf>
26. Gruskin S, Safreed-Harmon K, Ezer T, Gathumbi A, Cohen J, Kameiri-Mbote P. Access to justice: evaluating law, health and human rights programmes in Kenya. *J Int AIDS Soc.* 2013;16. doi:10.7448/IAS.16.3.18726
27. Open Society Foundations. Bringing Justice to Health: The Impact of Legal Empowerment Projects on Public Health [Internet]. New York, USA: Open Society Foundations; 2013. Available: https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/bringing-justice-health-20130923_0.pdf
28. Ferris France N, Macdonald SH-F, Conroy RR, Chiroro P, Ni Cheallaigh D, Nyamucheta M, et al. “We are the change” - an Innovative Community-Based Response to Address Self-Stigma: A Pilot Study Focusing on People Living With HIV in Zimbabwe. *Pap Submitt Publ.*
29. WHO, UNFPA, UNAIDS, NSWP, World Bank, UNDP. Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013.
30. UNAIDS. The Gap Report (2014) [Internet]. Geneva, Switzerland: UNAIDS; 2014. Available: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Gap_report_en.pdf
31. UNAIDS Programme Coordinating Board (37)/15.21 Agenda item 6: HIV in prisons and other closed settings [Internet]. Geneva, Switzerland: UNAIDS; 2015. Available: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151012_UNAIDS_PCB37_15-21_EN.pdf
32. GNP+. People Living with HIV Stigma Index [Internet]. [cited 26 Apr 2016]. Available: <http://www.stigmaindex.org/>
33. International HIV/AIDS Alliance. A Voucher for Health: Enabling young people in Uganda to access quality sexual and reproductive health services [Internet]. Hove, UK: International HIV/AIDS Alliance; 2015. Available: http://www.aidsalliance.org/assets/000/002/148/2015_Alliance_Case_Study_Link_Up_Uganda_Vouchers_Full_online_original.pdf?1453290568
34. ILO. Corridor Economic Empowerment Project Case Studies [Internet]. Pretoria, South Africa: International Labour Organization Decent Work Team; 2015. Available: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---africa/---ro-addis_ababa/---sro-harare/documents/publication/wcms_350268.pdf

35. UNESCO. Final Report: World Economic Forum, Dakar, Senegal, 26-28 April, 2000 [Internet]. Paris, France: UNESCO; 2000. Available: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001211/121117e.pdf>
36. UNICEF. Girls, HIV/AIDS, and Education [Internet]. New York, USA: UNICEF; 2004. Available: [http://www.unicef.org/publications/files/Girls_VIH_AIDS_and_Education_\(English\)_rev.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/Girls_VIH_AIDS_and_Education_(English)_rev.pdf)
37. Cluver L, Boyes M, Orkin M, Pantelic M, Molwena T, Sherr L. Child-focused state cash transfers and adolescent risk of HIV infection in South Africa: a propensity-score-matched case-control study. *Lancet Glob Health*. 2013;1: e362–370. doi:10.1016/S2214-109X(13)70115-3
38. Gelli A. School Feeding and Girls' Enrollment: The Effects of Alternative Implementation Modalities in Low-Income Settings in Sub-Saharan Africa. *Front Public Health*. 2015;3. doi:10.3389/fpubh.2015.00076
39. World Bank. What Matters Most for School Health and School Feeding: A Framework Paper: SABER Working Paper Series, Number 3, June 2012 [Internet]. Washington DC, USA: The World Bank; 2012. Available: http://wbfiles.worldbank.org/documents/hdn/ed/saber/supporting_doc/Background/SHN/Framework_SABER-School_Health.pdf
40. UNAIDS. (In press) Good Policy and Practice in Community Responses to HIV: Volume 1 Community-Based Testing and Linkage to Care. Geneva, Switzerland: UNAIDS; 2016.
41. Abramsky T, Devries K, Kiss L, Nakuti J, Kyegombe N, Starmann E, et al. Findings from the SASA! Study: a cluster randomized controlled trial to assess the impact of a community mobilization intervention to prevent violence against women and reduce HIV risk in Kampala, Uganda. *BMC Med*. 2014;12. doi:10.1186/s12916-014-0122-5
42. Kyegombe N, Abramsky T, Devries KM, Starmann E, Michau L, Nakuti J, et al. The impact of SASA!, a community mobilization intervention, on reported HIV-related risk behaviours and relationship dynamics in Kampala, Uganda. *J Int AIDS Soc*. 2014;17. doi:10.7448/IAS.17.1.19232
43. Wagman JA, Gray RH, Campbell JC, Thoma M, Ndyababo A, Ssekasanvu J, et al. Effectiveness of an integrated intimate partner violence and HIV prevention intervention in Rakai, Uganda: analysis of an intervention in an existing cluster randomised cohort. *Lancet Glob Health*. 2015;3: e23–e33. doi:10.1016/S2214-109X(14)70344-4
44. WHO. 16 Ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013. Available: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw_hiv_epidemic/en/
45. UN Women. Transforming the National AIDS Response: MAINSTREAMING GENDER EQUALITY AND WOMEN'S HUMAN RIGHTS INTO THE "THREE ONES" [Internet]. New York, USA: UN Women; 2012. Available: <http://www.unwomen.org/~media/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2012/EN-Transforming%20the%20AIDS%20Response-blue%20pdf.pdf>

46. Baral S, Sifakis F, Cleghorn F, Beyrer C. Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low- and middle-income countries 2000-2006: a systematic review. *PLoS Med.* 2007;4: e339. doi:10.1371/journal.pmed.0040339
47. Baral S, Beyrer C, Muessig K, Poteat T, Wirtz AL, Decker MR, et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2012;12: 538–549. doi:10.1016/S1473-3099(12)70066-X
48. Baral SD, Poteat T, Strömdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2013;13: 214–222. doi:10.1016/S1473-3099(12)70315-8
49. AMFAR. Issue Brief: Tackling HIV/AIDS Among Key Populations: Essential to Achieving an AIDS-Free Generation. Washington DC, USA: American Foundation for AIDS Research; 2013.
50. Key Populations: Targeted Approaches Toward an AIDS-Free Generation | U.S. Agency for International Development [Internet]. [cited 26 Apr 2016]. Available: <https://www.usaid.gov/what-we-do/global-health/VIH-and-aids/technical-areas/key-populations-targeted-approaches-toward#section4>
51. UNAIDS Guidance Note on HIV and Sex Work (Updated April 2012) [Internet]. Geneva, Switzerland: UNAIDS; 2012. Available: http://www.unaids.org/en/resources/documents/2012/20120402_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work
52. UNAIDS Programme Coordinating Board (36)15.13 Agenda Item 9: HIV in Emergency Contexts - Background Note [Internet]. Geneva, Switzerland: UNAIDS; 2015. Available: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150612_UNAIDS_PCB36_15-13_EN.pdf
53. Kutalek R, Wang S, Fallah M, Wesseh CS, Gilbert J. Ebola interventions: listen to communautés. *Lancet Glob Health.* 2015;3: e131. doi:10.1016/S2214-109X(15)70010-0
54. Abramowitz SA, McLean KE, McKune SL, Bardosh KL, Fallah M, Monger J, et al. Community-Centered Responses to Ebola in Urban Liberia: The View from Below. Bausch DG, editor. *PLoS Negl Trop Dis.* 2015;9: e0003706. doi:10.1371/journal.pntd.0003706
55. WHO. Follow up to the World Health Assembly Decision on the Ebola Virus Disease Outbreak and the Special Session of the Executive Board on Ebola: Roadmap for Action. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2015.
56. Middleton-Lee S. Mid-Term Review: The Robert Carr Civil Society Networks Fund. [Internet]. Amsterdam, The Netherlands: Robert Carr Civil Society Networks Fund; 2014. Available: <http://www.robertcarrfund.org/wp-content/uploads/2014/11/Mid-Term-Review-Robert-Carr-civil-society-Networks-Fund.pdf?c866de&2d17e2>
57. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Grant Portfolio - Thailand. In: The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria [Internet]. [cited 27 Apr 2016]. Available: <http://www.theglobalfund.org/en/portfolio/country/?loc=THA>

58. UNDP. Handbook on Non-State Social Service Delivery Models: A Guide for Policy Makers and Practitioners in the CIS region [Internet]. Bratislava, Slovak Republic: UNDP Bratislava Regional Centre; 2012. Available: <http://www.me.undp.org/content/dam/montenegro/docs/publications/si/SWR/Handbook%20on%20non-state%20social%20service%20delivery%20models.pdf?download>
59. UNDP. Sustainable financing of HIV responses. In: UNDP in Europe and Central Asia [Internet]. [cited 26 Apr 2016]. Available: <http://www.eurasia.undp.org/content/rbec/en/home/ourwork/democratic-governance-and-peacebuilding/VIH-and-health/sustainable-financing-of-VIH-responses.html>
60. The Global Fund Gender Equality Strategy [Internet]. Geneva, Switzerland: Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; 2009. Available: http://www.theglobalfund.org/documents/core/strategies/Core_GenderEquality_Strategy_en/
61. The Global Fund Strategy in Relation to Sexual Orientation and Gender Identities [Internet]. Geneva, Switzerland: Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; 2009. Available: http://www.theglobalfund.org/documents/core/strategies/Core_SexualOrientationAndGenderIdentities_Strategy_en/
62. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Community, Rights and Gender Technical Assistance Program. In: The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria [Internet]. [cited 26 Apr 2016]. Available: <http://www.theglobalfund.org/en/fundingmodel/technicalcooperation/communityrightsgender/>
63. Zapfel A, Gibbs A. PEPFAR 2015 COP Société civile Engagement Analysis: Recommendations for Future Engagement [Internet]. Washington DC, USA: Futures Group, Health Policy Project; 2015. Available: http://www.healthpolicyproject.com/pubs/859_FINALPEPFARCSengagementReport.pdf