

**Études de cas du pays :
Évaluation conjointe du travail
effectué avec les populations
clés par le Programme commun
des Nations Unies sur le VIH/sida
(2018-2021)**

ONUSIDA

**Évaluation conjointe du travail effectué
avec les populations clés par le
Programme commun des Nations Unies
sur le VIH/sida (2018-2021)**

Études de cas du pays



Étude de cas de la Thaïlande

Consultants :

Chef d'équipe : David Lowe

Membres de l'équipe issus de populations clés : Surang Janyam, Verapun Ngammee et Dusita Phuengsamran

Chef d'équipe au niveau mondial : Larry Gelmon

Cheffe d'équipe adjointe au niveau mondial : Clare Dickinson

Avertissement

Ce rapport a été rédigé par EURO Health Group (ehg.dk). Les points de vue exprimés dans le présent rapport sont ceux des évaluateurs. Ils ne représentent pas ceux du Secrétariat de l'ONUSIDA, ni ceux de toute personne ou organisation mentionnée dans le rapport. Publié par le Bureau d'évaluation de l'ONUSIDA, ce rapport indépendant a été élaboré conjointement avec les bureaux d'évaluation de plusieurs coparrainants du Programme commun, à savoir, l'OMS, l'ONU DC et l'UNESCO. Tous les coparrainants de l'ONUSIDA ont participé à l'évaluation.

Toute demande de renseignement concernant cette évaluation doit être adressée au Bureau d'évaluation de l'ONUSIDA à l'adresse électronique suivante : evaluation@unaid.org. Le rapport et les supports d'évaluation utilisés sont disponibles à l'adresse suivante : <http://www.unaid.org/fr/whoweare/evaluation>

Copyright © 2022
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)
Tous droits réservés.

L'ONUSIDA ne garantit pas que l'information contenue dans la présente publication est complète et correcte et ne pourra être tenu pour responsable des dommages éventuels résultant de son utilisation.

UNAIDS/JC2996F

Abréviations et acronymes

(E/P)TME	(Elimination/Prévention de) la transmission mère-enfant du VIH
ACMS	Association camerounaise pour le marketing social
ADVIH	Autodépistage du VIH
ARTTPM	(Cascade) Atteindre-Recruter-Tester-Traiter-Prévenir-Maintenir
ARV	(médicaments) antirétroviraux
ASC	Agent de santé communautaire
AT	Assistance technique
BM	Banque mondiale
BNSS	Bureau national de sécurité sanitaire
BOCS	Bureau de l'organe de contrôle des stupéfiants
BP de l'ONUSIDA	Bureau de pays de l'ONUSIDA – Thaïlande
BPO	Bureau de pays de l'ONUSIDA – Pérou
BUF	Fonds pour les activités inhabituelles (<i>Business Unusual Fund</i>)
CCC	Communication visant un changement des comportements
CCDAG	Centre de conseil et de dépistage anonyme et gratuit
CCJ	Conseil consultatif de la jeunesse
CD	Consommateurs de drogues
CDC	Centre de lutte contre les maladies (<i>Center for Disease Control</i>)
CDI	consommateurs de drogues injectables
CMMV	Circoncision masculine médicale et volontaire
CMP	Coalition mondiale pour la prévention (du VIH/sida)
CNLS	Comité national de lutte contre le sida
CPD	Communication pour le développement
CSLSK	Cadre stratégique de lutte contre le sida du Kenya
CSU	Soins de santé universels
CTEP	Comité technique d'examen des propositions
DAP	Département de l'administration pénitentiaire
DdT	Division du travail
DLM	Département de la lutte contre les maladies, ministère de la Santé publique
DS	District sanitaire
DSIST	Division sida et IST, Département de la lutte contre les maladies
DSR	Domaine de résultats stratégiques
DSSB	Division des soins de santé de base, ministère de la Santé
EAP	Enveloppes allouées aux pays
EBCI	Enquête biocomportementale intégrée
ECNUS	Équipe commune des Nations Unies sur le VIH/sida
ECS	Equipe commune des Nations Unies sur le sida
EDPT	Evaluation du degré de préparation à la transition
EG	Egalité des genres
EIC	Entretiens avec des informateurs clés
EPI	Équipement de protection individuelle
EPNU	Equipe de pays des Nations Unies
ES	Etablissement de santé
ETME	Élimination de la transmission mère-enfant du VIH
ETP	Estimation de la taille de la population
FMSTP	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
Fonds Mondial (FM)	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
FTG	Femme transgenre

GAM	Suivi mondial de la lutte contre le sida (<i>Global AIDS Monitoring</i>)
GGE	Groupe de gestion de l'évaluation
GRE	Groupe de référence pour l'évaluation
GTT	groupe de travail technique
GU	Gouvernement ukrainien
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
IC	informateur clé
ICK	Instance de coordination du Kenya
ICN	instance de coordination nationale
IS	information stratégique
IST	infection sexuellement transmissible
JPC	jeunes des populations clés
LGBTIQ+	Personnes gays, bisexuelles, transsexuelles, intersexuées, queers et autres personnes non binaires
MdJ	Ministère de la Justice
MdS	Ministère de la Santé
MdSP	Ministère de la Santé publique
MON	mode opératoire normalisé
OC	organisation à assise communautaire
ODD	Objectifs de développement durable
OIT	Organisation internationale du Travail
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONFP	Office national de la Famille et de la Population
ONG	organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONU Femmes	Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OSC	Organisation de la société civile
OSIGEG	Orientation sexuelle, identité de genre et expression du genre
PAM	Programme alimentaire mondial
PC	population clé
PEPFAR	Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida
PNLS	Programme national de lutte contre le sida
PNLSIST	Programme national de lutte contre le sida et les IST
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PON	plan opérationnel national (PEPFAR)
PPB	Pharmacy and Poisons Board (agence de réglementation des médicaments au Kenya)
PPP	prophylaxie post-exposition
PrEP	prophylaxie préexposition
PRITI	Pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure
PS	professionnel de santé
PSN	plan stratégique national
PSNLSK	Plan stratégique national de lutte contre le sida du Kenya
PTME	Prévention la transmission mère-enfant du VIH
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
QE	question d'évaluation

RP	réciendaire principal
S&D	stigmatisation et discrimination
S&E	suivi et évaluation
S(D)SP	Santé (et droits) en matière de sexualité et de procréation
SC	suivi communautaire
SIDA	syndrome d'immunodéficience acquise
SIS	système d'information sanitaire
SRC	Système de réponse aux crises
SSDPC	Services de santé dirigés par des populations clés
SSPC	Système de suivi du Programme commun
SSR	santé sexuelle et reproductive
SSS	Stratégie du secteur de la santé
STA	stimulant de type amphétamine
TAR	traitement antirétroviral
TB	tuberculose
TdC	théorie du changement
TdR	termes de référence (mandat)
TG	transgenre
TMA	traitement médicalement assisté
TNP+	Réseau des personnes séropositives de Thaïlande
TS	Travailleuses et travailleurs du sexe
TSf	travailleuse du sexe
TSh	travailleur du sexe
TSO	Traitement de substitution aux opiacés
UBRAF	Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités
UNDAF	Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence américaine pour le développement international
VdT	volume de travail
VFG	Violence fondée sur le genre
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
VSFG	Violence sexuelle et fondée sur le genre
ZNCG	Zones non contrôlées par le gouvernement

Introduction et contexte

Objectif et champ de l'étude de cas de la Thaïlande

Cette étude de cas s'inscrit dans le cadre d'une évaluation plus large visant à évaluer la pertinence, la cohérence, l'équité, l'efficacité et la pérennité du soutien apporté par l'ONUSIDA¹ aux populations clés dans les pays durant la période 2018-2021, en vue d'améliorer l'élaboration de programmes conçus pour et avec ces populations, conformément au nouveau Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités (UBRAF) 2022-2026 de l'ONUSIDA. La principale unité d'analyse pour l'évaluation est la manière dont le Programme commun a soutenu la programmation destinée aux populations clés dans les pays. Six pays ont été retenus pour les études de cas selon des critères de situation géographique et de type d'épidémie, de manière à couvrir toutes les régions dans lesquelles intervient l'ONUSIDA et à examiner différents types d'épidémie. Ces six pays sont le Cameroun, le Kenya, le Pérou, la Thaïlande, la Tunisie et l'Ukraine. Les études de cas ont été complétées par un examen documentaire et des entretiens avec des informateurs clés aux niveaux mondial et régional.

Les populations clés, telles que définies par l'ONUSIDA, sont les travailleuses et travailleurs du sexe (TS), les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les personnes transgenres (TG), les consommateurs de drogues injectables (CDI) et les détenus, y compris les jeunes qui appartiennent à ces populations.

Méthodes

L'évaluation est une évaluation à base théorique qui a nécessité d'élaborer une théorie du changement, laquelle a servi de cadre d'analyse global. La théorie du changement décrit les relations entre, d'un côté, les activités et les interventions du Programme commun, et de l'autre, les changements et les résultats que celles-ci sont censées produire concernant la riposte au VIH dans les populations clés. La théorie comporte également un volet prospectif basé sur les résultats prioritaires de la nouvelle stratégie 2021-2026, l'intention étant, d'une part, d'aider à déterminer les insuffisances actuelles pour réaliser les objectifs de la nouvelle stratégie, et d'autre part, d'éclairer les futures recommandations concernant l'élaboration de programmes destinés aux populations clés. Dix questions, fondées sur les critères d'évaluation du CAD de l'OCDE², ont été définies, précisées et associées à la théorie du changement.

Les études de cas nationales se sont concentrées sur une analyse qualitative des activités du Programme commun par rapport aux capacités et aux besoins des pays – en examinant les progrès réalisés concernant l'élaboration de programmes destinés aux populations clés – afin de se faire une idée complète et nuancée du soutien apporté par l'ONUSIDA à ces populations dans les pays. Par ailleurs, les études de cas visaient essentiellement à tirer des enseignements de l'expérience acquise, à mettre en évidence les bonnes pratiques et à obtenir des exemples de facteurs qui facilitent ou entravent le travail de l'ONUSIDA auprès des populations clés. Cette étude de cas – en Thaïlande – a été réalisée au moyen d'un examen documentaire et d'entretiens avec les informateurs clés suivants : personnel du bureau de pays et des coparrainants de l'ONUSIDA, représentants de ministères, membres de réseaux dirigés par des populations clés, représentants d'ONG travaillant avec ces

¹ Dans le présent rapport, « ONUSIDA » désigne le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, ce qui inclut le Secrétariat de l'organisation et les institutions des Nations Unies qui coparrainent le Programme. Le Secrétariat de l'ONUSIDA en Thaïlande est désigné sous le nom de « bureau de pays de l'ONUSIDA » (BP de l'ONUSIDA).

² <https://www.oecd.org/fr/cad/evaluation/criteres-cad-evaluation.htm>

populations, membres d'autres organisations de la société civile, personnel d'instituts de recherche et d'établissements universitaires et représentants de donateurs. Au total, 44 entretiens ont été menés en septembre et octobre 2021, ce qui représente 56 personnes. Ces entretiens se sont déroulés de manière virtuelle (sur Zoom) en raison de la situation sanitaire engendrée par la pandémie de COVID-19 en Thaïlande. Une liste des entretiens réalisés figure en annexe, ainsi qu'une bibliographie des documents examinés.

Entre 2018 et 2021, 79 activités au total ont été mises en œuvre en Thaïlande par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Parmi ces activités, 61 s'adressaient principalement, voire exclusivement aux populations clés ou concernaient directement ces populations. En raison du peu de temps disponible pour mener l'étude de cas, il n'a pas été possible de procéder à une évaluation approfondie de chacune de ces activités. Les études de cas de pays avaient pour but de recueillir des données factuelles afin de répondre à dix questions d'évaluation générales. En Thaïlande, l'étude de cas s'est penchée sur la manière dont diverses activités avaient contribué ensemble à la pertinence, à la cohérence, à l'équité, à l'efficacité, à l'efficacé et à la viabilité du soutien apporté, tout en se concentrant délibérément sur certaines activités revêtant une importance stratégique particulière.

Le VIH en Thaïlande : contexte et réponse programmatique

L'épidémie de VIH en Thaïlande

La Thaïlande est reconnue dans le monde comme un pays qui a accompli des progrès considérables dans la lutte contre le VIH et le sida. Selon les estimations, le nombre des nouvelles infections par le VIH a atteint un pic au début des années 1990, avec près de 160 000 infections par an. En 2020, le nombre des nouvelles infections était estimé à 6600, soit une baisse de 56 % par rapport à 2010³. Actuellement, la population clé la plus touchée est celle des HSH, qui représentent environ 40 % des nouvelles infections chaque année. Les travailleuses et travailleurs du sexe, les personnes transgenres et les consommateurs de drogues injectables représentent chacun environ 10 % des nouvelles personnes infectées chaque année. En 2020, la moitié des nouvelles infections (3300 selon les estimations) concernaient des jeunes âgés de 15 à 24 ans, les adolescents (de 10 à 19 ans) représentant 14 % de l'ensemble des nouvelles infections. Bien qu'il n'existe pas de données ventilant le pourcentage des nouvelles infections chez les jeunes des populations clés (JPC) par rapport à la population générale des jeunes, une étude régionale récente des nouvelles infections par le VIH chez les jeunes dans la région Asie-Pacifique indique que 99 % des infections se produisent parmi les JPC, ce qui se vérifierait probablement en Thaïlande⁴. S'attaquer au problème des taux élevés d'infection chez les jeunes des populations clés est clairement de la plus haute importance.

Selon les estimations, la prévalence du VIH dans les populations clés est de : 7,3 % chez les HSH ; 4,2 % chez les TG ; 7,8 % chez les CDI ; 3,8 % chez les travailleurs du sexe (TSh) ; 2,8 % et 0,7 % chez les travailleuses du sexe (TSf) exerçant respectivement hors établissement et en établissement. Les données portant sur une cohorte d'HSH constituée en 2019 à Bangkok montrent une baisse de l'incidence du VIH pour l'ensemble de la cohorte – à 3 % par an environ –, mais une résurgence de

³ Toutes les données épidémiologiques et de couverture utilisées dans cette section sont extraites de : Shwe YY. *Overview and progress of HIV epidemic response in Thailand* (septembre 2021) et de *HIV and AIDS Data Hub for Asia Pacific, Review in slides: Thailand* (septembre 2021).

⁴ Communication personnelle, Ye Yu Shwe, responsable technique, équipe d'appui de l'ONUSIDA pour la région Asie-Pacifique.

l'infection dans la tranche d'âge 13-21 ans, avec une incidence de 10 % par an. Ceci est cohérent avec le nombre disproportionné d'infections par le VIH observées chez les jeunes des populations clés.

La riposte au VIH en Thaïlande

Avec la stratégie mise en place par le pays pour la période 2017-2030, la Thaïlande entend mettre fin à l'épidémie de VIH/sida en tant que menace pour la santé publique à l'horizon 2030, en tenant dûment compte des principes des droits humains et de l'égalité des genres. Les trois objectifs de la stratégie sont les suivants : ramener le nombre des nouvelles infections par le VIH à moins de 1000 par an ; ramener le nombre des décès liés au sida à moins de 4000 par an ; diminuer de 90 % les cas de discrimination fondée sur le VIH et/ou le genre. Les principaux défis à relever sont également au nombre de trois : améliorer la couverture des programmes destinés aux populations clés pour faire baisser la prévalence élevée du VIH dans ces populations ; faire reculer le rejet social et les discriminations en lien avec le VIH et les préférences sexuelles ; la nécessité d'un nouveau système pérenne pour financer les programmes mis en œuvre par des organisations de la société civile.

Concernant les programmes complets de prévention du VIH⁵, leur couverture varie considérablement d'une population clé à l'autre et reste dans tous les cas inférieure à la cible de 90 % fixée par le pays. Cette couverture est de 82 % pour les TSf, 50 % pour les HSH, 44 % pour les TG, 32 % pour les CDI et 28 % pour les TSh. L'accès à des services de réduction des risques liés à la consommation de drogues est limité. En moyenne, les CDI ne reçoivent que 12 aiguilles et seringues par an, alors que l'OMS en préconise 200 dans ses recommandations. Par ailleurs, 9 % seulement des CDI bénéficient d'un traitement de substitution aux opiacés (TSO), ce qui est très loin de l'objectif fixé pour 2025 d'une couverture de 50 % à l'échelle mondiale. Les deux principaux obstacles qui empêchent les CDI d'accéder à des services de santé et de prévention du VIH sont la discrimination et la peur des sanctions pénales liées à la consommation de drogues. L'environnement juridique est généralement défavorable à la mise en place de services de réduction des risques.

Si la première cible 90 a été atteinte en Thaïlande avec 94,5 % des PVVIH qui ont connaissance de leur séropositivité, le pays accuse un retard pour ce qui est de la couverture du dépistage dans les populations clés. Celle-ci atteint en effet 69 % pour les TSh, 68 % pour les TG, 66 % pour les TSf, 53 % pour les HSH et 38 % seulement pour les CDI. Étant donné que l'épidémie de VIH en Thaïlande s'entretient largement dans les populations clés, les cibles ci-dessous fixées par le pays concernant le dépistage du VIH dans ces populations sont d'autant plus importantes.

La Thaïlande est confrontée à un problème majeur de diagnostic tardif, d'où une mise sous traitement elle-même tardive. En 2020, la numération médiane des CD4 chez les PVVIH lors du diagnostic de séropositivité s'établissait à 194. Pour 52 % d'entre elles, cette numération était inférieure à 199 au moment de commencer un traitement antirétroviral. La stigmatisation et la discrimination qui entourent l'infection à VIH et les populations clés sont un obstacle majeur qui dissuade ces populations de procéder à un test de dépistage. Chez les personnes qui recourent aux services de santé dirigés par des populations clés – financés par le Plan présidentiel d'aide d'urgence à la lutte contre le sida (PEPFAR) –, la numération moyenne des CD4 lors du diagnostic se situe à environ 350, ce qui indique que ces services sont plus efficaces pour toucher les membres de ces populations qui souhaitent faire un test de dépistage. Le diagnostic tardif de séropositivité au VIH et le commencement tardif d'un

⁵ Ces données proviennent d'enquêtes biocomportementale intégrées. Un programme complet de prévention du VIH est un programme qui propose au moins deux des trois services suivants : préservatifs et lubrifiants, conseils, dépistage des IST pour les TS, les HSH et les TG, ou aiguilles et seringues propres pour les CDI.

traitement antirétroviral contribuent fortement au nombre élevé de décès liés au sida dans le pays – encore 12 000 en 2020 (même si cela représente une baisse de 58 % par rapport à l’année 2010).

On a cependant assisté à un déploiement progressif et considérable des traitements antirétroviraux à grande échelle en Thaïlande, facilité par la prise en charge déjà ancienne des TAR dans le cadre du régime de couverture sanitaire universelle (CSU) et par l’adoption rapide de la stratégie « dépister et traiter ». En 2020, 394 598 personnes étaient sous traitement antirétroviral, soit 79 % de la population de PVVIH estimée à 500 000 personnes dans le pays. Ce chiffre était inférieur de 2 points à l’objectif fixé à 81 % au titre des cibles 90-90-90. Comme il est facile d’accéder à un traitement antirétroviral en Thaïlande, le pays aurait pu dépasser sans difficulté la seconde cible 90 si les taux de dépistage du VIH étaient plus élevés dans les populations clés. Parmi les PVVIH sous traitement antirétroviral, 77 % sont parvenues à une charge virale indétectable, une proportion supérieure à la cible fixée à 73 %. Cependant, des données de 2020 sur la cascade de la prise en charge du VIH chez les HSH et les TG dans 22 hôpitaux situés à Bangkok et dans quatre provinces révèlent des taux de dépistage et de traitement très inférieurs à ceux observés dans la population des PVVIH prise dans son ensemble. Seuls 76 % du nombre estimé d’HSH et de TG vivant avec le VIH avaient connaissance de leur statut sérologique. Parmi ces personnes connaissant leur séropositivité, 64 % seulement suivaient un traitement antirétroviral et 62 % seulement avaient une charge virale indétectable.

En 2014, la Thaïlande a mis en place un modèle de prestation de services de type « cascade ARTTPM » (atteindre-recruter-tester-traiter-prévenir-maintenir). Dans le cadre de ce modèle, l’intérêt de la contribution des associations de PVVIH et de personnes issues des populations clés à la prestation des services est reconnu, notamment en ce qui concerne, d’une part, le recrutement des personnes les plus difficiles à atteindre, et d’autre part, la complémentarité des services proposés par les OSC et des services publics pour renforcer les liens dans l’ensemble de la cascade et améliorer le maintien des patients dans le système de soins. Trois modes opératoires coexistent dans ce modèle ARTTPM, avec une participation variable des associations de PC aux différents niveaux de la cascade :

- **À l’hôpital.** Les services sont assurés dans des hôpitaux publics lorsqu’aucune OSC ne peut s’en charger dans la circonscription hospitalière concernée. Certains hôpitaux utilisent des fonds accordés par le Bureau national de sécurité sanitaire au titre de la CSU pour financer des activités de sensibilisation des populations clés, en vue de recruter des personnes et de les orienter vers l’hôpital ou d’autres sites pour des tests de dépistage, une prophylaxie préexposition (PrEP) ou un traitement antirétroviral. D’autres adoptent une approche passive et attendent que les personnes concernées se présentent d’elles-mêmes dans l’établissement.
- **Services assurés dans des établissements publics** pour des personnes trouvées et orientées par des associations de PC et d’autres OSC. Ces OSC s’occupent de trouver des personnes appartenant à des populations clés, dirigent ces personnes vers des hôpitaux pour un test de dépistage ou effectuent elles-mêmes le dépistage avec du matériel transportable, la prescription d’une prophylaxie préexposition ou d’un traitement antirétroviral restant du ressort des hôpitaux.
- **Services de santé dirigés par des populations clés** en collaboration avec des hôpitaux publics. Des cliniques tenues par des OSC proposent le dépistage du VIH et la PrEP. Des personnes-pivots facilitent l’accès des populations clés aux traitements antirétroviraux dans les hôpitaux et fournissent une aide à l’observance des traitements. Certaines cliniques tenues par des OSC se chargent elles-mêmes de mettre certains patients sous traitement antirétroviral et collaborent avec les hôpitaux pour la prise en charge des cas complexes⁶.

En 2017, le BNSS a ajouté une catégorie « prévention » au fonds VIH de la CSU (6 millions de dollars US par an), un fonds utilisé pour financer directement les associations de PC par le biais d’un

⁶ Les associations de PC interviennent dans les modes opératoires n° 2 et n° 3, mais avec des rôles différents.

remboursement pour chaque HSH, TG, TS ou CDI « recruté », « testé » ou « maintenu dans le système de soins ». Les montants versés aux OSC étaient beaucoup plus élevés pour les CDI, compte tenu de la plus grande difficulté à recruter, tester et maintenir dans le système de soins des personnes appartenant à cette population clé. Le financement direct des associations de PC par des fonds de la CSU est une étape importante, même si le financement des OSC dans ce cadre reste incomplet. (Voir la section 4.2.4 pour une présentation des activités menées par le Programme commun pour assurer un financement pérenne des OSC.)

La diffusion de préservatifs et la PrEP sont deux éléments clés de la prévention combinée du VIH en Thaïlande. En 2018, environ 131 millions de préservatifs ont été diffusés dans le pays, dont 59 millions gratuitement par le ministère de la Santé publique et 72 millions par des voies commerciales⁷. Une stratégie nationale révisée pour la période 2020-2030 a été élaborée et une étude pour estimer les besoins en préservatifs a été menée – avec le soutien du bureau de pays de l’ONUSIDA –, ce qui a débouché sur une augmentation significative des financements consacrés à la distribution de préservatifs dans le cadre de la CSU. Concernant la PrEP, une expérimentation a été menée avec succès en 2020. Suite à cela, la PrEP a été étendue à 150 établissements de santé en 2021 et incluse dans le régime de la CSU, sans plafonnement du nombre de bénéficiaires. À la suite d’un essai réalisé dans la population adolescente avec le soutien du Programme commun, la PrEP est devenue disponible pour toutes les tranches d’âge. Bien qu’il s’agisse là d’avancées importantes, le recours à la PrEP reste très en deçà des besoins nationaux estimés, malgré une forte augmentation des demandes de prescription. Voir la section 4.2.4 pour plus d’informations sur le rôle du Programme commun dans la mise en place de la PrEP.

La Thaïlande a une longue histoire de programmes de lutte contre le VIH mis en œuvre par des associations de populations clés. Cela s’est même renforcé avec la mise en place du modèle de prestation de services fondé sur la cascade ARTTPM et du financement des OSC dans le cadre de la CSU, même s’il s’agit d’un travail de longue haleine. Il existe un certain nombre d’OSC établies de longue date et dotées de capacités importantes, qui sont actives à Bangkok et dans les principales provinces. Selon certains informateurs clés interrogés, les capacités d’ONG plus petites et plus récentes de personnes transgenres et de consommateurs de drogues semblent varier d’une organisation à l’autre.

Environnement de travail

L’environnement de travail sur le VIH et les populations clés en Thaïlande comporte des aspects positifs et négatifs⁸. Point positif, les relations homosexuelles ne donnent pas lieu à des sanctions pénales en Thaïlande. Il en va de même des personnes transgenres, même si celles-ci ne sont pas reconnues dans la loi. La loi sur l’égalité des genres interdit toute discrimination injuste à l’égard des hommes, des femmes et des personnes dont l’expression du genre diffère de celle de son sexe d’origine. La loi reconnaît en outre pour la première fois officiellement les droits des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexuées (LGBTIQ+), même si elle ne reconnaît pas pleinement la diversité et l’intersectionnalité des genres dans la population. Un autre aspect positif réside dans le

⁷ Ministère de la Santé publique, UNUSIDA Thaïlande et Université Naresuan, *Fast-Tracking Condoms as Part of HIV Combination Prevention Addressing the Last Mile Towards Zero New HIV Infections: Introducing the Condom Needs Estimation Methodology and Tool in Thailand*, 2019, p. 5. Les estimations du nombre de préservatifs distribués en 2018 couvrent les programmes de lutte contre le VIH et les IST ainsi que les programmes de planification familiale.

⁸ Les informations contenues dans cette section proviennent, d’une part, d’une étude sur les moyens à mettre en œuvre pour que personne ne soit laissé pour compte en Thaïlande (*Thailand Leave No One Behind Analysis*), et d’autre part, d’une série d’entretiens menés avec des membres de l’équipe commune des Nations Unies et des membres d’associations de PC.

fait que les adolescents peuvent accéder au dépistage du VIH et à la PrEP sans avoir besoin du consentement parental.

Un certain nombre de lois et de politiques visant à améliorer l'environnement des programmes de prévention du VIH sont actuellement à l'étude. C'est là un domaine d'intervention important pour le PNUD, qui œuvre en partenariat avec les associations de PC et les ministères concernés. Les activités du Programme commun portant sur les droits humains et la création d'un environnement favorable sont examinées dans les sections 4.1.2 et 4.2.4.

Il n'est pas rare que les populations clés subissent une stigmatisation et des discriminations de la part de prestataires de soins. Si on y ajoute la marginalisation et la criminalisation de certaines PC et l'autostigmatisation des personnes concernées, ce sont autant d'obstacles qui empêchent les PC d'accéder aux services. En réponse à ce phénomène, le ministère de la Santé publique, en partenariat avec des professionnels de santé, des représentants des populations clés, le bureau de pays de l'ONUSIDA et d'autres agences de développement, a mis en place un cadre national pour surveiller la situation et suivre régulièrement les progrès réalisés dans les établissements de santé concernant la stigmatisation et la discrimination. Des cibles ont ainsi été fixées – mesurables au moyen d'indicateurs standardisés – et des données sont utilisées pour orienter l'élaboration d'interventions dans ce domaine. Le cadre s'accompagne d'une formation et d'une sensibilisation des personnels de santé aux questions de stigmatisation et de discrimination. Cette initiative a été complétée par un partenariat conclu entre le ministère de la Santé publique et des organisations de la société civile, dans le cadre duquel un système en ligne de réponse aux crises a été mis au point pour répondre aux plaintes pour violations des droits humains ou faits de S&D déposées par des PVVIH ou des personnes appartenant à des populations clés. Un plan d'action national chiffré pour l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination a été élaboré et approuvé par le comité infranational pour la protection et la promotion des droits liés au sida, sous l'égide du Comité national de lutte contre le sida et avec l'aide du bureau de pays de l'ONUSIDA. Une enquête réalisée en ligne en 2020 a révélé que toutes les populations clés s'inquiétaient d'être les « laissées pour compte dans la riposte au sida » en premier lieu à cause de la stigmatisation et de la discrimination, en particulier chez les CDI et les PVVIH⁹.

Alors que la Thaïlande est souvent perçue comme un pays ouvert qui accepte relativement bien les HSH et les TG, de nombreux éléments montrent que ces deux populations clés et d'autres sont souvent l'objet de stigmatisation et de discrimination dans divers contextes. Le Code civil thaïlandais interdit le mariage ou l'enregistrement de partenariats civils entre personnes du même sexe.

L'étude *Leave No One Behind*, réalisée en 2020 par le bureau de pays de l'ONUSIDA et le PNUD, est arrivée à la conclusion selon laquelle, pour mettre fin à l'épidémie de sida à l'horizon 2030, une plus grande attention devait être accordée aux droits humains des populations clés et à l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination en œuvrant pour un environnement politique et juridique plus favorable, notamment en supprimant les obstacles qui empêchent d'accéder aux services de prévention, de dépistage et de traitement. Un autre problème à régler est celui du dépistage que l'on impose à des demandeurs d'emploi ou à des employés en poste, une pratique qui n'est pas rare dans le pays.

La pénalisation du travail du sexe est un frein majeur à l'élaboration de programmes destinés aux travailleuses et travailleurs du sexe. De cette situation résultent un harcèlement policier et une absence de protection des travailleurs pour cette population clé qui ne bénéficie pas de la sécurité

⁹ Programme commun, *Thailand, Leave No One Behind Analysis. LGBTI, HIV affected people and sex workers*. 2020, p. 11.

sociale. L'approche répressive de la Thaïlande concernant les stupéfiants et les traitements de substitution constitue un obstacle majeur à l'élaboration de programmes fondés sur des données factuelles pour les consommateurs de drogues, et entraîne une forte résistance aux programmes de réduction des risques liés à cette consommation. Actuellement, les consommateurs de drogues sont appréhendés par les forces de l'ordre et sont la plupart du temps soumis, en prison ou dans un centre de détention, à un traitement obligatoire qui n'est pas scientifiquement fondé. Avec 286 677 personnes en détention¹⁰, la population carcérale de la Thaïlande est la sixième au monde, avec plus de 70 % des détenus incarcérés pour infraction à la législation sur les drogues¹¹. Avec la loi sur les stupéfiants récemment adoptée, le pays pourrait revoir sa stratégie en matière de consommation de drogues. La loi met l'accent sur la prévention et des services de traitement communautaires plutôt que sur la condamnation des consommateurs. Elle contient en outre des mesures plus sévères contre la criminalité organisée, ce qui pourrait conduire à une baisse du grand nombre de consommateurs de drogues actuellement incarcérés dans les prisons thaïlandaises. La loi, qui prévoit un rôle accru du ministère de la Santé publique et du secteur de la santé dans la prévention de la consommation de drogues et le traitement de la toxicomanie, permettra, par voie de règlement, l'expérimentation de programmes de réduction des risques.

Le financement de la riposte au VIH

La Thaïlande a fait des progrès considérables pour financer la riposte au VIH dans le pays en mobilisant des ressources nationales. En 2021, il était prévu que les ressources affectées à la riposte au VIH dans le budget national atteignent 258,6 millions de dollars, tandis que le financement extérieur (par le Fonds mondial principalement) devait se monter à 16,8 millions de dollars. Les ressources nationales et extérieures devaient ainsi représenter respectivement 94 % et 6 % du total des ressources financières prévues pour cette année. Le déficit de financement de la riposte au VIH en Thaïlande est estimé à 70 millions de dollars pour l'année 2021, soit 25 % du financement total initialement prévu¹². Pour cette même année, le déficit de financement des programmes axés sur les populations clés a été estimé à 13,9 millions de dollars. Une évaluation des dépenses nationales relatives au sida a révélé que 36 % seulement des dépenses du programme de prévention ont été allouées aux populations clés en 2019, alors que celles-ci représentent plus de 50 % des nouvelles infections par le VIH dans le pays. Cela étant, les dépenses consacrées aux populations clés sont passées de 3,8 millions de dollars en 2015 à 12,8 millions en 2019. Cette augmentation est due au financement par la CSU des services destinés aux populations clés et à la mise en œuvre du plan opérationnel de 2015 pour mettre fin à l'épidémie de sida.

Il se peut que le déficit de financement ait été comblé par la suite par des ressources financières nationales supplémentaires investies dans certains domaines programmatiques. L'inclusion récente du financement de la PrEP dans la CSU en est un exemple.

La subvention actuelle du Fonds mondial pour le VIH (2021-2023) est évaluée à 40,6 millions de dollars sur trois ans, dont 50 % sont alloués aux programmes axés sur les consommateurs de drogues afin de remédier au financement national limité et aux faibles taux de couverture de ces programmes. Bien que la Thaïlande fasse partie des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, il est probable que, du fait de la forte charge de morbidité du VIH dans le pays, celui-ci puisse encore prétendre à des subventions du Fonds mondial dans les années à venir. Le montant des subventions du Fonds mondial

¹⁰ *World Prisons Brief* <https://www.prisonstudies.org/country/thailand>. Consulté le 21 novembre 2021.

¹¹ Paungsawad G. et coll., *Bangkok 2016: From overly punitive to deeply humane drug policies*. *Drug and Alcohol Dependence*, 6138, 2016.

¹² Instance de coordination nationale de la Thaïlande. Demande de financement au Fonds mondial, 2021-2023. 2020, p. 71.

destinées à la lutte contre le VIH a toutefois diminué au fil du temps. Le PEPFAR est l'autre donateur extérieur majeur, avec un financement de 11,9 millions de dollars pour l'exercice 2022. Le CDC et l'USAID s'attachent principalement à fournir une assistance technique pour élaborer et déployer à grande échelle des programmes novateurs destinés aux populations clés.

L'action de l'ONUSIDA en faveur des populations clés

Orientation stratégique et approches programmatiques

Chacun des plans annuels du Programme commun pour la période 2018-2021 classe les activités dans quatre domaines prioritaires : 1) prévention du VIH ; 2) dépistage et traitement du VIH pour atteindre les cibles 90-90-90 ; 3) droits humains, stigmatisation et discrimination ; 4) investissements, efficacité et viabilité. Sur les 79 activités du Programme commun prévues depuis 2018, 37 entrent dans la catégorie « prévention du VIH » (même si 14 d'entre elles ne sont pas centrées sur les populations clés), 21 entrent dans la catégorie « droits humains, stigmatisation et discrimination », 14 entrent dans la catégorie « dépistage et traitement du VIH » et 7 entrent dans la catégorie « investissements, efficacité et viabilité ». Parmi toutes ces activités du Programme commun, 77 % s'adressaient principalement, voire exclusivement aux populations clés ou concernaient directement ces populations. (Voir la section ci-dessous pour une analyse plus approfondie de la pertinence des activités du Programme commun destinées aux populations clés.)

Au moment d'élaborer le plan 2021 du Programme commun, des insuffisances chroniques et des problèmes persistants ont été répertoriés¹³ :

- La prévention et le dépistage du VIH restent insuffisants dans les populations clés, en particulier les TG, les CDI et les jeunes, et le diagnostic de l'infection demeure tardif ;
- Les approches novatrices de prestation des services de lutte contre le VIH ne sont pas généralisées à l'ensemble du pays ;
- La stigmatisation, la discrimination et les inégalités de genre sont toujours des obstacles majeurs, en particulier pour les CDI et les personnes LGBTIQ+ ;
- Les financements sont insuffisants pour pérenniser les actions menées par les communautés ;
- La pandémie de COVID-19 a eu un effet préjudiciable sur la sécurité des revenus des populations clés et sur les programmes de lutte contre le VIH destinés à ces populations.

Les plans annuels pour la période 2018-2020 s'appuient sur une analyse similaire. Les insuffisances et les problèmes relevés concordent avec l'analyse du contexte national et de la réponse programmatique présentés dans la section 2.

En 2020 et plus particulièrement en 2021, il a été décidé que le Programme commun donnerait la priorité aux activités centrées sur les consommateurs de drogues, compte tenu du fait que les programmes destinés à cette population clé en Thaïlande sont les moins performants. Une demande de financement au titre des fonds pour les activités inhabituelles (BUF) a été acceptée pour accroître le recours à la PrEP et à l'autodépistage du VIH chez les consommateurs de drogues. Au total, 14 activités axées sur cette population ont été mises en œuvre depuis 2018, soit plus que pour n'importe quelle autre population clé. Parmi les principaux domaines d'activité de l'ONUSIDA figuraient des programmes complets de lutte contre le VIH et l'hépatite C, la détermination de points d'accès

¹³ Équipe commune des Nations Unies sur le sida, Plan commun 2021 des Nations Unies sur le sida en Thaïlande, 2021, p. 2.

pour intensifier les services de réduction des risques, ainsi que la formation d'ONG sur les services de réduction des risques liés à la consommation de stimulants et sur les besoins des femmes consommatrices de drogues.

En réponse à la prévalence toujours élevée du VIH chez les personnes transgenres, les activités destinées à cette population clé ont également été privilégiées avec sept activités spécifiques mises en œuvre depuis 2018. Après les consommateurs de drogues, c'est la population clé qui a bénéficié du plus grand nombre d'activités. La plupart de ces activités relevaient du domaine prioritaire « droits humains, stigmatisation et discrimination » et ont été mises en œuvre par le PNUD. Ces activités étaient notamment les suivantes : formation à l'autonomisation économique des personnes transgenres faisant commerce du sexe ; étude exploratoire de la stigmatisation et de la discrimination ; formation des agents des forces de l'ordre aux questions de stigmatisation et de discrimination ; élaboration d'une proposition de loi sur la reconnaissance juridique du genre ; facilitation de l'accès aux soins.

Au total, quatre activités concernant les détenus ont été mises en œuvre, parmi lesquelles : une meilleure prise en charge fondée sur les droits des détenus transgenres ; un plaidoyer en faveur d'un modèle intégré de prestation de soins pour les personnes détenues en situation de handicap ; une formation à la préparation aux situations d'urgence en cas de crise sanitaire en milieu carcéral.

Neuf activités se sont concentrées sur l'ensemble des populations clés. La plupart relevaient du domaine prioritaire « investissements, efficacité et viabilité », notamment : une étude sur des modèles efficaces de contractualisation des organisations de la société civile pour assurer des services de lutte contre le VIH ; une analyse des coûts des interventions visant à proposer des services aux populations clés ; une certification des associations de populations clés et des agents de santé communautaires.

La priorité n'a pas été accordée au travail du sexe à quelques exceptions près : le travail du sexe exercé par des personnes LGBTI ; une initiative récente sur la dépénalisation du travail du sexe ; des activités menées en réponse à l'impact économique de la pandémie de COVID-19 dans cette population clé. Les raisons invoquées pour expliquer l'absence de priorité accordée à ces activités sont, d'une part, la prévalence relativement faible du VIH chez les travailleuses du sexe, et d'autre part, les taux élevés de couverture des programmes destinés à cette population clé par rapport à d'autres. En décidant de ne pas mener d'activités axées sur les HSH, l'équipe commune des Nations Unies a pris en compte la priorité accordée par le PEPFAR aux programmes destinés à cette population clé. Les activités du Programme commun concernant l'ensemble des populations clés répondaient aux besoins des TS et des HSH.

En plus des activités axées sur une ou plusieurs populations clés, 24 activités programmatiques plus générales ont été mises en œuvre entre 2018 et 2021, qui concernaient directement les populations clés mais aussi d'autres populations. Ces activités englobent des sujets comme l'analyse de la cascade de prise en charge du VIH, la PrEP, la stigmatisation et la discrimination ou l'autodépistage du VIH.

À quelques exceptions près – expérimentation de la PrEP chez les adolescents, initiative actuelle de mise en place de la PrEP pour les consommateurs de drogues, financement par l'ONUSIDA de la mise en œuvre de son programme « Familles fortes » –, l'ONUSIDA n'a pas financé la prestation de services

dans le cadre des programmes élaborés pour les populations clés¹⁴. Le Programme commun s'est à juste titre attaché à sensibiliser et à émettre des avis normatifs sur des programmes étayés par des données factuelles et sur des réformes législatives liées aux droits humains. Il a également aidé à élaborer des directives et des politiques. Enfin, il a réalisé des études visant à produire des informations stratégiques et à orienter des approches programmatiques, notamment en ce qui concerne la pérennité des financements.

Comme le montrent les exemples cités plus haut, les activités mises en œuvre par le Programme commun sont d'une grande diversité. L'échelle des activités et les sommes allouées à celles-ci sont aussi très variables, avec des montants allant de 80 000 USD pour financer l'expérimentation de la PrEP chez les adolescents à 2000 USD pour financer des activités de plaidoyer en faveur d'une accréditation/certification des OSC au sein du système de santé, auxquels s'ajoutent 20 000 USD pour des services de conseil en rapport avec ces activités. Cependant, le budget alloué à une activité n'est pas nécessairement une indication de l'importance de cette activité. Par exemple, il est possible que le faible montant consacré à la pérennisation du financement des OSC produise des résultats majeurs.

Actuellement, les institutions des Nations Unies qui mènent des activités centrées sur les populations clés ou qui concernent ces populations sont l'ONUSIDA, l'ONU DC et le PNUD (ainsi que l'UNICEF jusqu'en 2020) – voir le tableau 1. Plusieurs coparrainants accordent une moindre priorité au travail sur le VIH depuis quelques années, ce dont il est question dans la section 4.1.1 ci-dessous.

Tableau 1 : Activités du Programme commun, institution responsable et nombre d'activités, 2018-2021

Année	Institution responsable	Nombre d'activités	Note
2021	Secrétariat de l'ONUSIDA	9	Centrées sur/concernant toutes les populations clés
	ONU DC	7	Centrées sur/concernant toutes les populations clés
	PNUD	4	Centrées sur/concernant toutes les populations clés
	OMS	1	Concerne les populations clés
	UNICEF	4	Principalement axées sur la santé des adolescents
	UNFPA	1	Principalement axée sur la santé de la population adolescente générale/vulnérable
	UNESCO	1	Éducation à la sexualité en milieu scolaire – axée sur les jeunes en général
Total 2021	7 institutions	27	
2020	Secrétariat de l'ONUSIDA	8	Centrées sur/concernant toutes les populations clés
	ONU DC	6	Centrées sur/concernant toutes les populations clés
	PNUD	3	Centrées sur/concernant toutes les populations clés
	UNICEF	3	Centrées sur/concernant toutes les populations clés
	OMS	1	Concerne les populations clés

¹⁴ Toutefois, l'UNICEF, l'UNFPA et l'UNESCO financent la prestation de services assurés dans le cadre de programmes qui s'adressent aux adolescents et aux jeunes de la population générale et qui concernent donc moins directement les populations clés.

Année	Institution responsable	Nombre d'activités	Note
	UNESCO	3	Éducation à la sexualité et VFG principalement – population générale
	UNFPA	2	Principalement axée sur la santé de la population adolescente générale/vulnérable
	HCR	1	Axée sur les réfugiés
Total 2020	8 institutions	27	
2018-2019	Secrétariat de l'ONUSIDA	6	Centrées sur/concernent toutes les populations clés
	UNICEF	5	Centrées sur/concernent 4 populations clés
	ONUSDC	3	Centrées sur/concernent toutes les populations clés
	PNUD	2	Centrées sur/concernent toutes les populations clés
	Banque mondiale	2	Centrées sur/concernent toutes les populations clés
	UNESCO	3	Éducation à la sexualité et VFG principalement – population générale
	UNFPA	2	Principalement axée sur la santé de la population adolescente générale/vulnérable
	HCR	1	Axée sur les réfugiés
	OMS	1	ETME
Total 2018-2019	9 institutions	25	

La pertinence des activités par rapport aux besoins et aux priorités des populations clés est examinée au point 4.1.1 ci-dessous.

Principaux partenariats du Programme commun

Les documents examinés ainsi que les entretiens organisés avec le personnel du bureau de pays de l'ONUSIDA, les coparrainants et leurs partenaires, montrent que le Programme commun travaille en partenariat avec des entités très diverses :

- **Partenaires gouvernementaux.** Le partenaire clé, en particulier pour le bureau de pays de l'ONUSIDA et l'OMS, a été la Division sida et IST (DSIST) du Département de la lutte contre les maladies et, dans une moindre mesure, le BNSS pour ce qui touche au financement de la CSU. Les principaux interlocuteurs gouvernementaux de l'ONUSDC ont été le Bureau de l'organe de contrôle des stupéfiants (BOCS) et, dans une moindre mesure, la DSIST. La priorité accordée par le PNUD aux droits humains et à l'égalité des genres a débouché sur des partenariats avec diverses entités gouvernementales pour travailler à des réformes législatives et politiques, notamment le département de la Condition féminine, le département de l'Administration pénitentiaire, le département de la Protection des droits et des libertés, et les forces de police.
- **Société civile.** Le Programme commun a travaillé en étroite collaboration avec des OSC très diverses issues de l'ensemble des populations clés et des réseaux de PVVIH. Le contact avec la plupart des grandes ONG bien établies s'effectue dans une large mesure par l'intermédiaire de divers comités nationaux tels que la Commission nationale de lutte contre le sida et l'instance de coordination nationale du Fonds mondial, ainsi que dans le cadre de divers projets liés aux

programmes. Pour ce qui est des petites ONG, leur participation aux travaux sur les réformes législatives et politiques aux côtés des entités gouvernementales a été facilitée par les institutions des Nations Unies, et notamment par le PNUD.

- **Chercheurs.** Une collaboration étroite s'est mise en place entre les institutions des Nations Unies et plusieurs instituts de recherche thaïlandais, des universitaires, d'anciens hauts fonctionnaires influents à la retraite exerçant désormais une activité de conseil, et d'autres consultants. Cette collaboration s'est essentiellement concrétisée sous la forme d'études visant à produire des informations stratégiques et à éclairer des approches programmatiques. Dans la plupart des cas, le bureau de pays de l'ONUSIDA, l'ONUSDC, le PNUD et la Banque mondiale sont à l'origine de ces collaborations.
- **Donateurs.** Le Programme commun a largement collaboré avec les deux principaux donateurs extérieurs – le Fonds mondial et le PEPFAR – ainsi qu'avec le gouvernement français dans le cadre de l'Initiative 5 %.

Conclusions de l'étude de cas

Pertinence et cohérence des activités du Programme commun

En résumé, parmi toutes les activités prévues du Programme commun, 77 % s'adressaient principalement, voire exclusivement aux populations clés ou concernaient directement ces populations. Ce degré élevé de pertinence a été quelque peu atténué par des activités sur la SSR et d'autres activités s'adressant principalement aux adolescents et aux jeunes de la population générale – des activités qui ne visaient pas particulièrement à répondre aux besoins et aux priorités des populations clés concernant l'infection à VIH. Les activités centrées sur les populations clés mises en œuvre dans les quatre domaines prioritaires du Programme commun sont très pertinentes pour remédier aux « insuffisances chroniques et problèmes persistants » repérés par l'équipe commune des Nations Unies (voir le point 3.1) dans la riposte au VIH en Thaïlande. Ces activités sont pertinentes par rapport aux besoins et aux priorités des populations clés, par exemple : augmenter la couverture des programmes de prévention, de dépistage et de traitement du VIH, en particulier pour les populations clés défavorisées ; promouvoir le déploiement à grande échelle de la PrEP et de l'autodépistage ; s'attaquer aux obstacles liés à l'environnement qui empêchent les populations clés de recourir aux services de lutte contre le VIH ; pérenniser le financement des associations (OSC) de populations clés. Globalement, la plupart des activités du Programme commun sont très pertinentes par rapport aux besoins et aux priorités des populations clés. (Preuves solides, étayées par des données/documents de bonne qualité et la plupart des informateurs clés)

Pertinence des activités par rapport aux besoins et aux priorités des populations clés¹⁵

Les activités du Programme commun entrent dans l'une des trois catégories suivantes :

- Les activités qui s'adressent principalement, voire exclusivement aux populations clés. Certaines de ces activités s'adressent à toutes les populations clés (p. ex. le coût unitaire des services assurés par des OSC auprès de populations clés), bien que la plupart des activités se concentrent sur une population en particulier. Quelques activités ont un caractère intersectionnel, c'est-à-dire qu'elles s'adressent à des personnes qui appartiennent à plusieurs populations clés (p. ex. les personnes transgenres en milieu carcéral). Certaines activités fortement focalisées sur des populations clés

¹⁵ Cette section aborde la question d'évaluation suivante : « Dans quelle mesure les activités du Programme commun sont-elles pertinentes pour répondre aux besoins et aux priorités de chaque population clé ? »

englobent également des populations plus larges (p. ex. l'enquête pour mesurer l'indice de stigmatisation).

- Les activités programmatiques plus larges qui concernent directement les populations clés, mais également d'autres populations (p. ex. les activités en rapport avec la PrEP ou la stigmatisation et la discrimination).
- Les activités qui s'adressent principalement à d'autres populations et moins aux populations clés. Il s'agit pour la plupart de programmes de santé sexuelle et reproductive (SSR) pour les adolescents et les jeunes mis en œuvre par l'UNICEF et l'UNFPA, et qui s'adressent à l'ensemble de la population.

Le tableau 4 en annexe synthétise le nombre d'activités mises en œuvre par le Programme commun sur la période 2018-2021 par domaine prioritaire pour les trois catégories ci-dessus. Comme le montre le tableau, 77 % des activités du Programme commun s'adressent principalement, voire exclusivement aux populations clés ou concernaient directement ces populations. Sur les 79 activités prévues, 37 s'adressent principalement, voire exclusivement soit à l'ensemble des populations clés, soit à une population clé en particulier (catégorie n° 1), 24 sont des activités programmatiques plus larges qui concernent directement les populations clés (catégorie n° 2), et 18 s'adressent principalement à d'autres populations (autres que les PC) avec une portée limitée pour les populations clés (catégorie n° 3).

Si les activités soutenues par le Programme commun constituent une combinaison d'interventions appropriée, cela n'est pas le résultat d'une exploitation optimale de l'avantage comparatif de chaque institution des Nations Unies, dans la mesure où la lutte contre le VIH n'est plus une priorité pour certains coparrainants. Cela a conduit le bureau de pays de l'ONUSIDA à entreprendre des activités qui seraient normalement mises en œuvre par des coparrainants. C'est notamment le cas des activités en rapport avec la PrEP, l'autodépistage du VIH et la pérennisation des financements.

Le fait que le travail sur le VIH ait été relégué dans l'ordre des priorités par plusieurs coparrainants a diminué la capacité de l'ONUSIDA à mettre en œuvre des programmes pertinents pour les populations clés. Ces dernières années, l'UNICEF a cessé progressivement de travailler sur le VIH et se concentre désormais sur les services de santé intégrés pour les adolescents, en visant les adolescents de la population générale, principalement dans les domaines de la SSR, des grossesses précoces, de la santé mentale et de la nutrition. Bien que le travail de l'UNICEF sur les services de santé intégrés englobe d'une certaine façon les populations clés, cela reste secondaire. La plateforme de santé en ligne pour les adolescents financée par l'organisation propose toujours des contenus pertinents pour les populations clés résultant de travaux antérieurs, p. ex. Lovecare YM2M¹⁶ qui s'adresse aux jeunes HSH. Par le passé, l'UNICEF a grandement contribué aux programmes axés sur les populations clés, notamment aux travaux pour améliorer la collecte et l'analyse de données sur la cascade 90-90-90 et faire adopter la PrEP au niveau national pour les adolescents. Avec l'abandon progressif de ses programmes portant spécifiquement sur le VIH, la contribution de l'UNICEF aux programmes destinés aux populations clés va considérablement diminuer à l'avenir.

L'UNFPA adopte une approche similaire concernant la santé sexuelle et reproductive en ciblant les jeunes vulnérables, mais pas particulièrement les populations clés. Le travail de l'organisation sur le web, qui s'adresse aux jeunes en situation de handicap, a également touché des travailleuses/travailleurs du sexe malentendant(e)s, même si ces personnes ne constituent pas le public visé en priorité. Malgré la division du travail, l'UNFPA n'a élaboré aucun programme de fond sur

¹⁶ Services d'information en ligne sur la santé et la sexualité avec conseils en temps réel et orientation vers des jeunes hommes sexuellement actifs, y compris des HSH et des TG, dans le cadre de salons de discussion

le travail du sexe. La Fondation Raks Thai, qui est financée par l'UNFPA, travaille avec des jeunes vulnérables et, dans une certaine mesure, avec des consommateurs de drogues et des HSH, mais sans se concentrer spécialement sur le VIH.

En 2021, l'enveloppe allouée au pays (EAP) par le Programme commun est allée au PNUD, à l'ONUSIDA, à l'UNESCO et à l'UNFPA. Les activités du PNUD et de l'ONUSIDA étaient exclusivement axées sur les populations clés. L'UNESCO s'est vu allouer 26 500 USD pour des activités sur l'éducation complète à la sexualité en milieu scolaire, tandis que l'UNFPA a reçu 27 000 USD pour financer un programme de SSR à l'intention des jeunes vulnérables – une notion beaucoup plus large que celle de population clé telle que définie par l'ONUSIDA. Cela représente plus d'un tiers de l'EAP. En 2020, l'UNESCO s'est vu attribuer 20 000 USD de l'EAP pour une étude des médias numériques traitant de l'éducation à la sexualité – une activité sans focalisation particulière sur les populations clés. Toujours en 2020, l'UNFPA a reçu 30 000 USD pour financer un travail de sensibilisation à la SSR et à l'usage du préservatif effectué par des jeunes auprès de la jeunesse en général et des jeunes malentendants en particulier. Toutes ces activités étaient principalement axées sur les adolescents et les jeunes, malgré une certaine pertinence et une portée probablement limitée pour les populations clés. Étant donné le montant de l'EAP – limité à 150 000 USD par an – et la nature de l'épidémie de VIH en Thaïlande, il serait tout à fait justifié que l'ONUSIDA finance en priorité des programmes à fort impact centrés sur les populations clés plutôt que des programmes s'adressant à l'ensemble de la population. La question n'est pas de savoir s'il existe un besoin pour ce type de programmes, mais s'il est approprié d'allouer à ces activités des fonds limités normalement dévolus à la riposte au VIH. La relégation par certains coparrainants du travail sur le VIH dans l'ordre des priorités est examinée plus en détail dans la section 4.1.4 ci-dessous.

De nombreuses activités du Programme commun peuvent être considérées comme des catalyseurs. Des exemples, qui montrent des aspects importants de ces activités dynamisatrices (rôle de médiation, mobilisation de fonds et de partenariats, innovation, intensification), dont certaines ont donné des résultats tangibles, sont donnés ci-après :

- Médiation et intensification : le bureau de pays de l'ONUSIDA a coordonné la définition de cibles et l'élaboration d'un cadre national de suivi et d'évaluation de la PrEP, qui a été utilisé dans l'expérimentation menée à l'échelle du pays. À la suite de l'évaluation du projet pilote soutenue par le bureau de pays de l'ONUSIDA, la PrEP a été incluse dans le régime de la CSU, ce qui a permis son déploiement à l'échelle nationale. Les données issues de l'exercice d'établissement des cibles et de l'évaluation du projet pilote ont été des facteurs importants dans la décision d'inclure la PrEP dans la CSU.
- Innovation : inclusion de la PrEP pour les adolescents dans les directives nationales, y compris son financement dans le cadre de la CSU, suite à une expérimentation financée par le Programme commun et au travail de plaidoyer effectué par l'UNICEF et le bureau de pays de l'ONUSIDA.
- Assistance technique et pouvoir fédérateur : rôle d'intermédiaire du PNUD dans la prestation de services d'assistance technique sur toute une série de questions juridiques et politiques relatives aux droits humains ; mobilisation du pouvoir fédérateur de l'organisation pour réunir parlementaires, représentants des ministères et associations de PC autour de la table des discussions.
- Financement supplémentaire et intensification : une étude commandée par le BP de l'ONUSIDA sur l'estimation des besoins en préservatifs dans le pays a révélé un important déficit de financement des préservatifs gratuits par la CSU. Suite à cette étude, le budget annuel consacré à ce poste a été triplé, passant de 0,94 million à 3,1 millions de dollars.

L'effet catalyseur de certaines activités de l'ONUSIDA est examiné plus en détail à la section 4.2.4 sur la contribution du Programme commun aux réalisations (produits) et aux résultats intermédiaires.

Droits humains et égalité des genres¹⁷

Globalement, les activités portant sur les droits humains et l'égalité des genres constituent une réponse appropriée aux limites notables observées dans l'environnement en Thaïlande. Une priorité est accordée à juste titre aux populations clés les plus vulnérables, à savoir, les consommateurs de drogues, les personnes transgenres et, dans une moindre mesure, la population carcérale. (Preuves solides, étayées par des données de bonne qualité et la plupart des informateurs clés)

Les droits humains sont l'un des quatre domaines prioritaires de chacun des plans annuels du Programme commun depuis 2018. Les droits humains et l'égalité des genres ont été un axe particulièrement important des activités du PNUD et sont également une composante importante des activités du BP de l'ONUSIDA et de l'ONUDD.

Le travail du PNUD a principalement consisté à collaborer avec plusieurs ministères, commissions parlementaires et associations de populations clés sur les activités suivantes :

- Constitution d'un ensemble d'informations stratégiques sur les droits humains des personnes transgenres avec la commande d'une série d'études, notamment une enquête nationale sur les expériences de discrimination et de rejet social vécues par les personnes LGBTIQ+ en Thaïlande ; une recherche qualitative sur la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les personnes transgenres dans l'accès aux soins et dans d'autres contextes ; un examen de la législation et des politiques pour une reconnaissance juridique du genre en Thaïlande ;
- Évaluation de la mise en œuvre de la loi sur l'égalité des sexes et manuel destiné à promouvoir la mise en œuvre de la loi par le département de la Condition féminine ;
- Dialogue avec les commissions du parlement thaïlandais sur une série de questions juridiques et politiques qui concernent les populations clés, en particulier : l'enregistrement de partenariats civils pour les couples LGBTIQ+ ; la reconnaissance juridique du genre des personnes transgenres ; le dépistage obligatoire du VIH dans le monde du travail (avec l'UNICEF) ; l'accès aux services de lutte contre le VIH en milieu carcéral pour les consommateurs de drogues injectables ; la pénalisation du travail du sexe ;
- Élaboration de modes opératoires normalisés (MON) intégrant les aspects liés au genre et aux droits humains pour la prise en charge des personnes transgenres en milieu carcéral ;
- Formation et sensibilisation des forces de l'ordre sur la façon d'interagir avec les personnes transgenres et les consommateurs de drogues injectables, ainsi que sur les questions d'orientation sexuelle, d'identité de genre et d'expression du genre ;
- Travail avec des associations de populations clés sur la stigmatisation, la discrimination et l'égalité d'accès aux soins et aux services sociaux pour les travailleuses/travailleurs du sexe transgenres et LGBT ;
- Formation des travailleuses et travailleurs du sexe transgenres pour favoriser leur autonomisation économique.

Une approche intersectionnelle a été adoptée dans de nombreuses activités – essentiellement les activités mises en œuvre avec et pour les consommateurs de drogues. Il s'agit de plusieurs activités portant à la fois sur : les femmes et la consommation de drogues ; les consommateurs de drogues et toutes les autres populations clés ; les consommateurs de drogues et le milieu carcéral ; les

¹⁷ Cette section aborde la question d'évaluation suivante : « Dans quelle mesure le Programme commun a-t-il pris en compte les droits humains, l'égalité des genres et les populations vulnérables dans la conception et le choix des activités mises en œuvre ? »

consommateurs de drogues et les jeunes des populations clés ; les consommateurs de drogues et les HSH/TG/TS. Une telle approche est bien venue dans la mesure où la consommation de drogues est un phénomène relativement fréquent dans toutes les populations clés. Une approche intersectionnelle a également été adoptée pour certaines activités axées sur les personnes transgenres, qui se sont intéressées aux travailleuses et travailleurs du sexe transgenres ou aux personnes transgenres en détention. L'accent mis par le Programme commun sur l'intersectionnalité dépasse la simple étude de communautés de risque qui se superposent pour examiner comment une série de facteurs peuvent avoir un impact négatif sur les risques liés aux droits humains et au VIH dans diverses populations clés. Cela est particulièrement vrai pour le PNUD qui travaille avec divers secteurs/ministères, autres que ceux de la santé, sur des problèmes plus vastes liés à l'environnement dans une optique intersectionnelle. L'étude de 2020 intitulée *Thailand Leave No One Behind Analysis: LGBTI, HIV Affected People and Sex Workers*, dirigée par le PNUD et le bureau de pays de l'ONUSIDA, a montré que les droits humains des populations clés et l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination constituaient un problème intersectionnel critique.

La Thaïlande se distingue dans sa manière de s'attaquer à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH par le fait que le pays ne se contente pas simplement d'établir l'importance de l'impact du phénomène, mais adopte une série de mesures concrètes pour surveiller la situation et mesurer le recul de la S&D dans les établissements de santé. Pour ce faire, des cibles mesurables ont été définies en utilisant des indicateurs standardisés ainsi que les données recueillies pour mettre au point des interventions visant à faire reculer la stigmatisation et la discrimination. Cela comprend la formation approfondie des professionnels de santé et la mise en place d'un mécanisme de dépôt de plaintes en ligne. Bien que ces initiatives, dans lesquelles le bureau de pays de l'ONUSIDA a joué un rôle important, soient en grande partie antérieures à la période 2018-2021 couverte par cette évaluation, le BP de l'ONUSIDA a soutenu activement la poursuite de leur déploiement à l'échelle nationale, notamment la généralisation d'une formation en ligne sur la S&D pour les professionnels de santé et la création d'une formation semblable pour les étudiants en soins infirmiers et en médecine. Depuis 2020, l'ONUSIDA, en collaboration avec le gouvernement et des partenaires de la société civile, a joué un rôle de premier plan dans l'élaboration d'un plan d'action national, multisectoriel et chiffré – accompagné d'un cadre de suivi-évaluation – pour éliminer la stigmatisation et la discrimination. Le plan d'action a pour but d'étendre les initiatives de lutte contre la S&D au-delà du secteur de la santé et de mettre l'accent sur la lutte contre la S&D à l'égard des populations clés en plus des PVVIH. Le bureau de pays de l'ONUSIDA finance également la planification des tâches en vue du déploiement de l'enquête sur l'indice de stigmatisation version 2.0. Le travail sur la S&D soutenu par le PB de l'ONUSIDA entre dans le cadre plus vaste du Partenariat mondial pour l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH.

Capacités et ressources du Programme commun

En résumé, le faible montant de l'enveloppe allouée au pays (qui n'est pas entièrement affectée au travail sur les populations clés) et le nombre limité d'employés dans les institutions de l'équipe commune des Nations Unies limitent la capacité du Programme commun à travailler avec et pour ces populations. Cette situation a été aggravée par une baisse de l'expertise mise à la disposition du Programme commun, ce qui a amené certains coparrainants à reléguer le travail sur le VIH dans l'ordre de leurs priorités. Une augmentation des fonds de base des coparrainants affectés au travail sur les populations clés a permis dans une certaine mesure de pallier le montant limité de l'EAP. (Preuves solides, étayées par des données de bonne qualité et la plupart des informateurs clés)

Les ressources financières et humaines limitées dont dispose le Programme commun limitent fortement le travail qu'il est possible de réaliser. Avec seulement 150 000 USD par an, l'enveloppe allouée à la Thaïlande est, avec celle du Cambodge, la plus faible dans toute la région Asie-Pacifique. L'élaboration des programmes dépend donc fortement des fonds de base des coparrainants¹⁸, qui sont passés de 208 500 USD en 2018 à 463 000 USD en 2021 (voir le tableau 2 ci-dessous). Si les fonds de base mobilisés par les coparrainants compensent le faible montant de l'EAP, une part importante (32 %) de ces fonds vont à des activités qui ne présentent qu'un intérêt limité pour les populations clés au vu des besoins et des priorités de ces populations par rapport au VIH (voir le tableau 3 ci-dessous). Le Programme commun réussit à attirer des « fonds pour les activités inhabituelles » (BUF) pour financer des approches programmatiques novatrices. En 2021, 70 000 USD ont ainsi été affectés à des activités visant à accroître le recours à la PrEP et à l'autodépistage du VIH chez les consommateurs de drogues. En 2020, 80 000 USD ont financé une expérimentation de la PrEP chez les adolescents, puis le plaidoyer en faveur d'une intégration de la PrEP pour cette population dans les politiques nationales et les prestations de la CSU.

Tableau 2 : Budget annuel du Programme commun en Thaïlande, 2018-2021

Année	Enveloppe allouée au pays	Fonds de base des coparrainants	Fonds hors budget de base	Fonds pour les activités inhabituelles	Total
2018	150 000 USD	208 500 USD*	-	-	358 500 USD
2019	150 000 USD	208 500 USD*	-	-	358 500 USD
2020	150 000 USD	145 000 USD	118 300 USD	80 000 USD	493 300 USD
2021	150 000 USD	463 000 USD	-	70 000 USD	683 000 USD

* Au total, les fonds de base des coparrainants se sont montés à 417 000 USD pour la période 2018-2019. On suppose que ces fonds ont été répartis de manière égale sur les deux années.

Le tableau 3 présente les dotations budgétaires du Programme commun pour l'année 2021 par source de financement (fonds de base des coparrainants, EAP et BUF) pour les activités axées sur les populations clés ou qui les concernent, par rapport aux activités moins axées sur ces populations. En 2021, 70 % du financement total – toutes sources confondues – ont été affectés à des programmes axés sur ou pertinents pour les populations clés, contre 30 % alloués à des activités moins axées sur ou moins pertinentes pour ces populations. Les activités de cette deuxième catégorie ont été financées principalement par des fonds des coparrainants sur lesquels l'équipe commune n'a aucun contrôle. Le budget total affecté aux activités moins axées sur ou moins pertinentes pour les populations clés était de 202 200 USD, financé à 74 % par des fonds de base des coparrainants et à 26 % par l'enveloppe allouée au pays. Les coparrainants qui ont affecté des fonds de base à des activités moins axées sur les populations clés étaient l'UNESCO, l'UNFPA et l'UNICEF. Tous les autres coparrainants actifs n'ont mis en œuvre que des activités axées sur les populations clés ou concernant directement ces populations.

Tableau 3 : Répartition du budget du Programme commun par source de financement et centrage sur/pertinence pour les PC, 2021

Institution	Fonds de base des coparrainants		Enveloppe allouée au pays		Fonds pour les activités inhabituelles	
	Activités axées sur ou pertinentes pour les PC	Activités moins axées sur les PC	Activités axées sur ou pertinentes pour les PC	Activités moins axées sur les PC	Activités axées sur ou pertinentes pour les PC	Activités moins axées sur les PC

¹⁸ Ces fonds de base sont des ressources ordinaires ou extrabudgétaires des coparrainants et non des fonds que le Secrétariat de l'ONUSIDA mobilise et transfère à ceux-ci.

Institution	Fonds de base des coparrainants		Enveloppe allouée au pays		Fonds pour les activités inhabituelles	
ONUSIDA	190 000 USD	-	-	-	-	-
PNUD	18 519 USD	-	50 000 USD	-	-	-
UNESCO	-	10 000 USD	-	26 500 USD	-	-
UNFPA	-	10 000 USD	-	27 000 USD	-	-
UNICEF	55 000 USD	128 700 USD	-	-	-	-
ONUSDC	41 500 USD	-	46 500 USD	-	70 000 USD	-
OMS	9346 USD	-	-	-	-	-
Total	314 365 USD	148 700 USD	96 500 USD	53 500 USD	70 000 USD	
Pourcentage	68 %	32 %	64 %	36 %	100 %	0 %
	Total : 463 065 USD		Total : 150 000 USD		70 000 USD	

En plus de ses fonds de base, le PNUD a pu mobiliser des fonds provenant de plusieurs autres sources pour financer des activités en rapport avec les populations clés. Il existe une grande synergie entre le travail du projet régional du PNUD « Être LGBTIQ+ en Asie » – un projet qui est financé par plusieurs donateurs – et les activités menées par le PNUD en Thaïlande dans le cadre du Programme commun. Des fonds provenant d'autres donateurs ont été mobilisés pour permettre au PNUD de mener des activités supplémentaires en rapport avec les populations clés au-delà de ce qui est prévu dans le cadre du Programme commun, notamment une évaluation et une cartographie des besoins de formation chez les travailleuses et travailleurs du sexe en Thaïlande – une activité financée par l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA).

Les effectifs affectés aux programmes axés sur les populations clés sont généralement limités. Au bureau de pays de l'ONUSIDA, ces effectifs se composent de la directrice et d'une assistante administrative. Cette situation s'est quelque peu améliorée, d'une part, avec l'appui technique fourni par un membre de l'équipe d'appui de l'ONUSIDA pour la région Asie-Pacifique dans le domaine de l'information stratégique (jusqu'à 30 % du volume de travail [VdT]), et d'autre part, grâce aux contributions techniques de l'équipe d'appui régionale sur la PrEP, les droits humains et la législation. Aucun VdT n'est prévu pour un soutien aux activités sur la PrEP et les droits humains. Des demandes concurrentes d'appui à d'autres activités menées au niveau des pays ou de la région limitent la disponibilité du personnel régional. Le bureau de pays de l'ONUSIDA a su tirer parti des services de consultants sur de courtes durées pour pallier ce problème d'effectifs limités. Il s'appuie également sur les travaux des instituts de recherche thaïlandais et sur le travail des donateurs extérieurs pour avancer dans son programme.

Au niveau du bureau de pays du PNUD, 50 % du temps d'un chef de projet et 35 % du VdT d'un coordonnateur et d'un assistant de projet sont consacrés au travail pour le Programme commun. Au niveau du bureau régional du PNUD, ce sont 50 % de l'activité d'un consultant spécialisé dans les droits humains et l'égalité des genres et 50 % du VdT d'un autre membre du personnel qui sont consacrés aux activités mises en œuvre en Thaïlande.

Bien que l'ONUSDC ait considérablement augmenté ses activités dans le cadre du Programme commun en Thaïlande ces deux dernières années, le fait que ce travail soit réalisé par une équipe de trois personnes du bureau régional (deux chargés de programme et une assistante administrative) et non dans un bureau de pays (qui n'existe pas en Thaïlande) est un facteur limitant. Des demandes concurrentes d'appui à d'autres activités menées au niveau des pays ou de la région limitent le temps qui peut être consacré aux programmes mis en œuvre en Thaïlande. L'ONUSDC a souligné que les restrictions imposées concernant l'emploi de personnel bénéficiant de fonds de l'UBRAF constituaient un problème.

Par le passé, le bureau de pays de l’OMS comptait deux médecins qui effectuaient un travail important sur le VIH, un travail désormais réalisé par un seul médecin qui assume de nombreuses autres responsabilités. Cela a conduit le BP de l’ONUSIDA à prendre en charge une grande partie des tâches qui incombent normalement à un pays de l’OMS, même si cette dernière contribue dans la mesure du possible à ce travail en donnant des avis techniques.

En 2018-2019, la Banque mondiale a financé deux études importantes pour la pérennisation des programmes destinés aux populations clés en Thaïlande : une étude sur des modèles efficaces de contractualisation des organisations de la société civile pour assurer des services de lutte contre le VIH et une analyse des coûts des interventions visant à proposer des services aux populations clés¹⁹. Comme la Thaïlande fait partie des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et se trouve à un stade relativement avancé pour ce qui est des programmes de lutte contre le VIH, la Banque mondiale a par la suite décidé de ne plus accorder la priorité au travail sur le VIH dans le pays, même si celui-ci a toujours la possibilité d’acheter des services consultatifs auprès de la Banque. Les travaux en cours sur la pérennisation du financement des services destinés aux populations clés ont ainsi été repris par le bureau de pays de l’ONUSIDA.

Faire baisser les taux élevés de nouvelles infections par le VIH chez les jeunes et les adolescents est une priorité essentielle du Programme commun. L’ONUSIDA bénéficierait grandement de l’expertise de l’UNICEF et de l’UNFPA pour travailler auprès des adolescents et des jeunes des populations clés, mais une telle expertise n’est plus aussi disponible du fait d’une relégation par ces deux organisations de la lutte contre le VIH dans l’ordre de leurs priorités. Le choix de l’UNICEF de se consacrer à des programmes sur les services de santé intégrés destinés aux adolescents a entraîné le départ de personnel spécialisé dans le VIH, ce qui a encore réduit la capacité de l’organisation à répondre aux besoins des populations clés.

Malgré la division du travail, l’UNFPA n’a effectué aucun travail de fond en rapport avec le travail du sexe ou l’usage du préservatif. Le travail d’estimation des besoins en préservatifs a été dirigé par le BP de l’ONUSIDA. L’UNFPA a mis en œuvre un projet modeste portant sur les préservatifs en 2020, mais ce travail a été jugé inefficace en raison de l’échelle limitée du projet.

Cohérence des activités du Programme commun²⁰

En résumé, les processus de planification du Programme commun semblent efficaces et se traduisent par un ensemble cohérent d’activités pertinentes pour remédier aux principaux problèmes associés aux quatre domaines prioritaires. Il ressort des documents examinés et des entretiens organisés avec les représentants des institutions des Nations Unies et de leurs partenaires – gouvernement, organisations de la société civile, donateurs – que les différentes institutions du Programme commun ont exploité efficacement le pouvoir fédérateur des Nations Unies pour réunir l’ensemble des partenaires autour d’activités d’une importance stratégique pour la riposte au VIH en Thaïlande. Cela est particulièrement vrai pour le bureau de pays de l’ONUSIDA et le PNUD. (Preuves modérées, étayées par des documents et des consultations avec des représentants des partenaires extérieurs et de l’ONUSIDA, même si les données sur la collaboration au quotidien au sein du Programme commun sont plus limitées)

¹⁹ <http://ihpptaigov.net/DB/publication/attachresearch/442/chapter1.pdf> (en anglais)
<https://www.hitap.net/documents/180532> (en anglais)

²⁰ Cette section aborde la question d’évaluation suivante : « Dans quelle mesure les activités de l’ONUSIDA sont-elles harmonisées et alignées, que ce soit au sein du Programme commun ou à l’extérieur, avec les interventions d’autres acteurs dans le pays ? »

Le plan annuel du Programme commun est élaboré dans le cadre d'un processus participatif – qui rassemble le bureau de pays et les coparrainants de l'ONUSIDA – et de consultations avec les donateurs nationaux et internationaux. L'équipe commune des Nations Unies dispose de données épidémiologiques et de données relatives aux programmes nationaux qui sont actualisées, et il est établi que le plan repose sur une analyse des données. On peut citer comme exemple la priorité accordée aux consommateurs de drogues injectables au vu des faibles taux de couverture des programmes destinés à cette population clé. Le plan est également éclairé par le tableau de bord de l'indice de pérennité du PEPFAR, qui est mis à jour tous les deux ans dans le cadre d'une collaboration entre le PEPFAR et le bureau de pays de l'ONUSIDA. Le processus de planification vise à définir des priorités stratégiques et notamment à répertorier des insuffisances et des domaines dans lesquels l'ONU peut apporter une valeur ajoutée. Le bureau de pays de l'ONUSIDA affirme que les priorités du gouvernement et d'autres partenaires sont prises en considération pour assurer un alignement sur les besoins nationaux et une complémentarité avec les travaux de donateurs comme le Fonds mondial ou le PEPFAR. L'équipe commune s'entend sur des résultats semestriels dans les quatre domaines prioritaires désignés : 1) prévention du VIH ; 2) dépistage et traitement ; 3) droits humains, stigmatisation et discrimination ; 4) investissements, efficacité et viabilité. Par la suite, les différentes institutions sont invitées à élaborer des propositions d'activités à présenter à l'équipe commune. Dans le cadre de l'élaboration des activités proposées, chacune des institutions du Programme commun consulte les partenaires concernés pour établir une collaboration selon des critères de complémentarité, de faisabilité et de possibilité. Ces consultations ont lieu avec les ministères concernés, les récipiendaires principaux des subventions du Fonds mondial, le PEPFAR et les associations de populations clés. L'affectation des fonds de l'enveloppe allouée au pays se décide par consensus.

Dans l'ensemble, les activités du Programme commun semblent traiter de façon cohérente les quatre domaines prioritaires. Les activités destinées à améliorer divers éléments de programmes de prévention, de dépistage et de traitement qui concernent toutes les populations clés sont complétées par des activités conçues pour répondre aux besoins spécifiques de certaines populations, en particulier des PC moins favorisées comme les consommateurs de drogues. Si les droits humains sont un thème commun à la plupart des activités, les programmes qui traitent spécifiquement de cette question s'attachent particulièrement à faciliter l'accès aux soins et à rendre l'environnement plus favorable pour les populations clés. Ces programmes sont donc cohérents avec les activités de prévention, de dépistage et de traitement. De la même façon, les activités en rapport avec les investissements et la viabilité des programmes destinés aux populations clés sont particulièrement cohérentes avec les activités de prévention, de dépistage et de traitement.

Dans les institutions des Nations Unies, la détermination de la direction à mettre en œuvre des programmes pour les populations clés semble varier d'une institution à l'autre. Ainsi qu'il a été dit plus haut, la majeure partie du travail programmatique sur les populations clés est effectué par trois institutions, après que plusieurs coparrainants ont relégué la lutte contre le VIH dans l'ordre de leurs priorités. Cela ne va pas dans le sens de la division du travail, dont l'objectif est d'exploiter les avantages comparatifs des différentes institutions. Néanmoins, le bureau de pays de l'ONUSIDA, qui a assumé la responsabilité d'activités normalement mises en œuvre par des coparrainants comme l'OMS ou la Banque mondiale, semble faire face avec efficacité malgré l'indubitable surcharge de travail que cela occasionne.

Il ressort des consultations menées auprès des membres de l'équipe commune des Nations Unies et d'une analyse des activités collaboratives, que la collaboration au sein de l'équipe commune s'est améliorée. Selon certains coparrainants, les réunions de l'équipe commune, qui auparavant se concentraient principalement sur la communication d'informations actualisées, sont devenues plus collaboratives. Des collaborations tirant parti des avantages comparatifs des coparrainants ont notamment été mises en place sur les thèmes suivants : la PrEP (UNICEF, ONUDC, OMS et BP de l'ONUSIDA) ; le milieu carcéral (ONUDC et PNUD) ; la discrimination à l'égard des jeunes PVVIH dans l'emploi (PNUD, UNICEF et BP de l'ONUSIDA). Exemple de coparrainant servant d'intermédiaire pour un autre coparrainant, l'UNICEF, qui entretient depuis longtemps des relations avec le département de l'Observation et de la Protection des mineurs, a facilité les premiers contacts de l'ONUDC avec le département pour un travail de renforcement des capacités concernant la prévention de la consommation de drogues chez les jeunes dans le système de justice pénale.

Selon un coparrainant, la division du travail peut aboutir à une approche cloisonnée là où une approche intersectionnelle serait plus appropriée, ou encore, à des lacunes si un coparrainant n'effectue pas la tâche qui lui a été assignée conformément à la DdT.

La directrice du bureau de pays de l'ONUSIDA, qui est un membre actif de l'instance de coordination nationale, a joué un rôle important dans l'élaboration des demandes de financement présentées aux Fonds mondial et dans les échanges suivis avec le Secrétariat du Fonds sur des orientations stratégiques. Elle a également collaboré avec les deux récipiendaires principaux des subventions. L'ONUDC et le Secrétariat du Fonds mondial à Genève ont collaboré sur la question de la réduction des risques liés à la consommation de drogues, notamment en élaborant des directives fondées sur des données factuelles concernant la prévention, le traitement et la réduction des risques, même si les contacts ont été moindres pendant la pandémie de COVID-19. La collaboration entre le Secrétariat du Fonds mondial et l'OMS a considérablement diminué en raison de la baisse des effectifs chargés de la lutte contre le VIH au bureau de pays de l'OMS.

L'ONUSIDA et le PEPFAR collaborent étroitement à l'élaboration des plans opérationnels régionaux et nationaux du PEPFAR. L'ONUSIDA adopte une approche inclusive en suggérant que des représentants des populations clés – autres que ceux des OSC partenaires d'exécution du PEPFAR – soient invités à participer à la « réunion-débat » annuelle organisée par celui-ci. Le PEPFAR apporte principalement un appui technique à la mise en place de services de santé dirigés par des populations clés dans 13 provinces fortement touchées par le VIH, en mettant l'accent sur l'expérimentation d'approches novatrices pour amener les populations clés difficiles d'accès à se faire dépister, à recourir à la PrEP ou à démarrer un traitement antirétroviral. L'avantage comparatif du PEPFAR et de ses agences d'exécution est leur expertise technique pour produire des données probantes à partir de programmes communautaires novateurs. L'avantage comparatif complémentaire du Programme commun est sa capacité à réunir divers partenaires nationaux – allant du gouvernement à la société civile – pour réfléchir à l'utilisation de données probantes au moment d'élaborer des politiques ou des programmes. Certains informateurs clés étaient d'avis que les organismes gouvernementaux étaient plus réceptifs aux avis normatifs venus d'institutions des Nations Unies plutôt que de donateurs bilatéraux. La viabilité des associations de populations clés, grâce à un financement par la CSU et à la certification des OSC et des ASC, est un domaine d'action hautement prioritaire partagé par le PEPFAR et le Programme commun.

Lors d'entretiens menés avec des informateurs clés issus du gouvernement, des organisations de la société civile et des donateurs extérieurs, ces personnes ont indiqué que le travail sur les populations

clés réalisé par les institutions des Nations Unies était bien perçu et ont déclaré être satisfaites des accords de partenariat.

Efficiences et efficacité des activités du Programme commun

Mise en œuvre des activités²¹

Compte tenu du grand nombre d'activités exécutées par le Programme commun depuis 2018, il n'a pas été possible, dans le cadre de cette évaluation, d'examiner dans les détails si ces activités ont été mises en œuvre de manière efficiente. Néanmoins, les échanges avec les informateurs clés ont permis de faire quelques observations générales.

Le cycle annuel de financement des activités du Programme commun pose un problème pour tout ce qui nécessite des horizons à plus long terme, en particulier dans le domaine des réformes législatives et politiques. Travailler avec des ministères, en particulier des ministères autres que celui de la santé, peut demander plus de temps pour négocier des autorisations – un phénomène aggravé par le roulement du personnel dans l'administration publique, qui peut amener à devoir renégocier ces autorisations et à mettre les nouvelles recrues au courant des activités. Le problème que pose une période de mise en œuvre de douze mois est aggravé par les retards de décaissement des financements de l'UBRAF.

Selon une institution des Nations Unies, des activités qui ne durent que 12 mois débouchent sur des projets à plus court terme et limitent la possibilité d'une action de longue haleine en raison d'une incertitude quant à la poursuite du financement. Ce même informateur a toutefois concédé que le financement de l'UBRAF avait aidé à maintenir certaines activités sur des périodes plus longues. Ce problème de brièveté de la période de mise en œuvre (un an) a été atténué dans une certaine mesure par la poursuite d'activités l'année suivante – les années où le report de fonds était autorisé. Par ailleurs, plusieurs activités sont conçues de manière à pouvoir s'appuyer sur le travail réalisé les années précédentes.

Il n'a pas été surprenant d'apprendre que toutes les institutions avaient connu des retards liés à la pandémie de COVID-19 dans la mise en œuvre de leurs activités, en raison des multiples vagues épidémiques et des confinements.

Selon plusieurs informateurs clés, tant dans les institutions des Nations Unies que dans les organisations partenaires, avoir du personnel thaïlandais dans ces institutions est un avantage, car ces personnes ont une meilleure connaissance du contexte local. Cela se traduit par une coordination plus efficace avec les partenaires locaux et l'absence de barrières linguistiques, notamment dans les contacts avec des fonctionnaires de niveau intermédiaire qui ne maîtriseront pas forcément bien l'anglais. La plupart des membres du personnel des Nations Unies interrogés dans le cadre de cette évaluation étaient de nationalité thaïlandaise.

Pour les institutions des Nations Unies, le fait de disposer à la fois d'un bureau régional et d'un bureau national à Bangkok était considéré comme un avantage par rapport aux institutions ne disposant que

²¹ Cette section aborde les questions d'évaluation suivantes : « Jusqu'à quel point le Programme commun met-il en œuvre les activités s'adressant aux populations clés et concrétise-t-il les réalisations (produits) figurant dans l'UBRAF ? Quels aspects doivent encore être renforcés et pourquoi ? » La contribution aux produits de l'UBRAF est examinée dans la section 4.2.4.

de l'un ou de l'autre, dans la mesure où le personnel régional pouvait se charger d'un certain volume de travail supplémentaire et offrir la possibilité de collaborations.

Certains éléments montrent que le travail effectué par le Programme commun aux niveaux mondial et régional influe sur les travaux menés au niveau des pays. Par exemple, l'étude du PNUD sur les orientations juridiques et politiques ayant une incidence sur les PVVIH et les populations clés dans la région Asie-Pacifique a éclairé les travaux des bureaux de pays thaïlandais. De la même façon, les travaux menés par le PNUD au niveau régional pour recenser les bonnes pratiques en matière de prise en charge des détenus transgenres ont été repris par le bureau de pays dans son travail avec le département de l'Administration pénitentiaire. Les activités du PNUD en Thaïlande ont également inspiré des activités menées dans d'autres parties de la région. L'état des lieux effectué récemment de la consommation de substances psychoactives dans les communautés LGBTIQ+ de Thaïlande a éclairé le travail du PNUD financé par le Fonds mondial au Pakistan. Plus généralement, les documents d'orientation de l'ONU sur les meilleures pratiques normatives ont été jugés trop longs par une institution des Nations Unies. La langue peut également être un obstacle.

La contribution des activités du Programme commun aux produits et aux résultats intermédiaires est examinée dans la section 4.2.4 ci-après.

Soutien à la mobilisation et à l'autonomisation des organisations dirigées par des populations clés²²

En résumé, il apparaît clairement que le bureau de pays et les coparrainants de l'ONUSIDA utilisent leur pouvoir fédérateur pour faire en sorte que les associations de populations clés aient une place à la table des discussions – en particulier les petites associations de PC parmi les plus marginalisées – et pour mettre à l'ordre du jour des questions qui ne seraient pas examinées sans l'intervention du Programme commun. Les associations de PC et les groupes de PVVIH ont joué un rôle clé dans l'élaboration et le suivi des initiatives pour éliminer la stigmatisation et la discrimination en Thaïlande. Preuves modérées, étayées par la plupart des informateurs clés.

Le bureau de pays de l'ONUSIDA et le PNUD ont tous deux exploité leur pouvoir fédérateur afin de réunir autour d'une table des représentants des ministères et des associations de populations clés pour réfléchir à la réforme législative, à l'élaboration de politiques, à de nouveaux domaines d'activité et au suivi de la mise en œuvre des services. Selon le PNUD, cela a permis aux pouvoirs publics et aux communautés d'examiner ensemble sur des questions qui n'auraient pas été examinées sans son initiative, comme la prise en charge des détenus transgenres. Le pouvoir fédérateur de l'ONU a été particulièrement important pour faciliter l'accès à la table des discussions des petites OSC – en particulier celles qui représentent les groupes les plus marginalisés comme les personnes transgenres ou les consommateurs de drogues injectables – et moins important s'agissant de grandes organisations plus établies représentant les HSH ou les TS. Le département de la Protection des Droits et Libertés a ainsi déclaré que le PNUD avait joué un rôle précieux pour identifier les petites OSC concernées à intégrer à des travaux qui dépassaient le cadre des grandes organisations bien connues.

²² Cette section aborde la question d'évaluation suivante : « Jusqu'à quel point les activités du Programme commun sont-elles efficaces pour mobiliser les organisations et réseaux dirigés par les populations clés et leur donner les moyens de suivre et contrôler les politiques et programmes ainsi que la mise en place des services ? »

Le soutien apporté aux associations de PC pour entreprendre un suivi dirigé par la communauté est fourni principalement par le PEPFAR, même si le bureau de pays de l'ONUSIDA a toujours soutenu la participation des groupes de PVVIH au cadre national de suivi de la stigmatisation et de la discrimination. On citera ici deux exemples récents de ce soutien constant : 1) la participation de PVVIH au groupe de travail chargé d'élaborer le plan d'action national chiffré pour l'élimination de la stigmatisation et le cadre de suivi-évaluation qui l'accompagne ; 2) l'initiative du bureau de pays de l'ONUSIDA de soutenir un groupe de travail dirigé par des PVVIH, chargé de superviser l'élaboration du protocole d'étude et le déroulement de l'enquête sur l'indice de stigmatisation version 2.0.

Ces cinq dernières années, l'UNICEF a soutenu le renforcement des capacités du réseau des jeunes vivant avec le VIH (TNY+). Il s'agissait notamment de renforcer la capacité du réseau à militer contre la stigmatisation et la discrimination dans l'emploi, et en particulier contre le dépistage du VIH à l'embauche et la S&D sur le lieu de travail. Ainsi, l'UNICEF a notamment : facilité la représentation de TNY+ au sein du sous-comité pour la promotion des droits des PVVIH au sein de la Fondation thaïlandaise de lutte contre le sida ; mis le réseau en relation avec la Confédération des employeurs, le ministère du Travail et des parlementaires – en collaboration avec le bureau de pays de l'ONUSIDA et le PNUD – afin d'aborder la question de la stigmatisation et de la discrimination sur le lieu de travail.

La riposte à la pandémie de COVID-19²³

D'après les OSC et les membres de l'équipe commune des Nations Unies, la pandémie de COVID-19 a considérablement perturbé l'accès aux services de lutte contre le VIH, du fait des confinements et d'une certaine réticence de la population à se rendre dans des établissements de santé. En juillet 2020, l'ONUSIDA a publié une déclaration appelant le gouvernement et tous les partenaires, d'une part, à garantir des services de lutte contre le VIH et d'autres services de santé de qualité pour les populations clés et les migrants sans discrimination dans le contexte de la pandémie de COVID-19, et d'autre part, à adapter rapidement la prestation des services à la nouvelle situation engendrée par la pandémie. Par ailleurs, le bureau de pays de l'ONUSIDA a traduit en thaïlandais des informations essentielles sur la COVID-19 et les a largement diffusées auprès des associations de populations clés afin que celles-ci les fassent parvenir aux personnes concernées. L'ONUDC a lancé une formation sur la COVID-19 comprenant un volet sur la prévention du VIH à l'intention des personnels de santé du département de l'Administration pénitentiaire, afin d'améliorer l'état de préparation du système de santé pénitentiaire.

La Commission nationale de lutte contre le sida, le ministère de la Santé publique, le bureau de pays de l'ONUSIDA, l'OMS, le PEPFAR et des associations de PVVIH et de PC ont encouragé la dispensation de traitements antirétroviraux pour plusieurs mois (DPM). Les données provenant de sites soutenus par le PEPFAR dans 13 provinces indiquent une augmentation significative de la dispensation des TAR pour plusieurs mois depuis le début de la pandémie jusqu'au troisième trimestre 2021. L'accès sans interruption aux TAR a été facilité par l'incorporation de la DPM et de la dispensation en milieu communautaire dans les directives nationales sur les traitements, avant l'apparition de la COVID-19. Il a également été facilité par le réseau thaïlandais des personnes positives (TNP+) et les associations de populations clés, qui ont assuré la livraison des traitements à domicile ou par la poste. TNP+ a dressé un bilan complet des obstacles engendrés par la pandémie de COVID-19 dans l'accès aux services de traitement, à la suite de quoi, un ensemble complet de solutions a été mis au point en collaboration

²³ Cette section aborde la question d'évaluation suivante : « Dans quelle mesure le Programme commun a-t-il été efficace dans sa réponse aux urgences humanitaires et autres qui ont affecté les populations clés pendant la pandémie de COVID-19 ? »

avec les pouvoirs publics et les hôpitaux pour remédier à ces problèmes, et notamment au problème d'accès aux ARV. Avec l'assistance technique du bureau de pays de l'ONUSIDA, TNP+ a élaboré des recommandations pour améliorer les systèmes et les politiques de santé concernant le VIH, en s'appuyant sur les enseignements tirés de la pandémie de COVID-19²⁴.

Les OSC ont indiqué que les confinements liés à la pandémie de COVID-19 les avaient empêchées de mener des activités de sensibilisation et de recruter des personnes exposées au risque d'infection par le VIH pour se faire dépister. Aucune donnée ne permet toutefois de mesurer l'ampleur des effets des confinements sur les activités des OSC dans le cadre de cette évaluation. Il est probable que la pandémie a également fait chuter la demande de PrEP du fait d'une certaine réticence de la population à se rendre dans des établissements de santé. Il se peut que l'impact sur la PrEP ait été atténué par la mise en place avant la pandémie d'une dispensation pour 1 à 3 mois avec possibilité de passer à 4 à 6 mois pour les personnes observant bien leur traitement. Au niveau national, la chaîne d'approvisionnement en ARV n'a généralement pas connu de problèmes pendant la pandémie de COVID-19. En revanche, les approvisionnements en traitements utilisés pour la PrEP ont été perturbés. Face à ce problème, les personnes sous PrEP des populations clés ont été informées de différentes options pour faire un usage efficace du traitement²⁵. SWING – une organisation de travailleuses et travailleurs du sexe qui assure des services de santé – a gardé ses dispensaires ouverts pour faire en sorte qu'il soit toujours possible de faire un test de dépistage du VIH et d'accéder à la PrEP. L'organisation a également collaboré avec des établissements publics pour garantir un accès constant à des traitements antirétroviraux et aux services de dépistage de la COVID-19.

Les conséquences économiques de la pandémie de COVID-19 ont été particulièrement graves pour les travailleuses et travailleurs du sexe en raison de la fermeture des lieux de divertissement. Une enquête rapide effectuée par SWING, avec l'appui financier et technique du bureau de pays de l'ONUSIDA, a révélé que les TS dans leur quasi-totalité ne pouvaient plus travailler et avaient perdu tous leurs revenus du fait du confinement et de la fermeture des lieux de divertissement. La plupart ne pouvaient plus assurer leurs dépenses de logement et d'alimentation. Comme le travail du sexe donne lieu à des sanctions pénales, les TS – qui ne sont pas considéré(e)s comme des employé(e)s – ne pouvaient prétendre à aucune aide financière gouvernementale mise en place durant la pandémie de COVID-19²⁶. Cette situation a mis en évidence la marginalisation des TS en Thaïlande et a souligné la nécessité, d'une part, de dépénaliser le travail du sexe, et d'autre part, de faire en sorte que les TS aient les mêmes droits que les autres travailleurs et bénéficient des régimes publics de protection sociale. Un article sur l'enquête de SWING a été publié dans la revue régionale de santé publique de l'OMS, dans lequel était mises en avant des possibilités de « reconstruire en mieux » en ce qui concerne la marginalisation des travailleuses et travailleurs du sexe. Des organisations de la société civile comme SWING ou la Fondation Raks Thai ont mobilisé des fonds provenant de sources diverses pour fournir de la nourriture et d'autres produits de première nécessité, y compris des équipements de protection individuelle (EPI), aux populations clés les plus touchées. L'enquête de SWING a été utilisée pour sensibiliser à cette question, ce qui a débouché sur un financement de 15 000 USD offert par l'ambassade britannique pour aider l'organisation dans ses activités visant à amortir les conséquences de la pandémie de COVID-19.

²⁴ TNP+, *Role of the Continuum of Care Centre, CCC and TNP+ in response to the COVID-19 pandemic*. Juin 2020. p. 5 et 6.

²⁵ Bureau régional de l'ONUSIDA pour l'Asie et le Pacifique, *A rapid assessment of multi-month dispensing of antiretroviral treatment and pre-exposure prophylaxis in the Asia-Pacific Region*. Août 2020, p. 45.

²⁶ Janyam S., Phuengsamran D., Pangnongyang J. et coll., *Protecting sex workers in Thailand during the COVID-19 pandemic: opportunities to build back better*. Revue de santé publique de l'OMS/Asie du Sud-Est, 9(2). 2020.

L'autorisation a été donnée de réaffecter une partie des fonds de l'UBRAF alloués au PNUD et à l'ONUSIDA pour permettre aux coparrainants de répondre à la pandémie. Le PNUD a octroyé de petites subventions d'environ 10 000 USD chacune à quatre organisations de la société civile (TS et LGBTIQ+), à Bangkok et dans trois provinces, pour acheter des produits de première nécessité – nourriture, eau, EPI – sur une période de trois mois pour 3200 travailleuses et travailleurs du sexe LGBTI.

Alors que certains pays ont inclus les PVVIH dans les groupes prioritaires pour la vaccination contre la COVID-19, cela n'a pas été le cas en Thaïlande. Dans la revue *The Lancet HIV*, on peut lire que deux études publiées récemment viennent s'ajouter aux données déjà accumulées sur la dangerosité de la COVID-19 pour les personnes vivant avec le VIH, et soutiennent les premières directives conseillant de donner la priorité aux PVVIH, en particulier celles qui présentent une immunodépression, dans les mesures prises pour limiter le risque de contracter la maladie, ce qui inclut la vaccination²⁷. Ce point n'a pas été abordé par l'ONUSIDA dans son plaidoyer auprès du ministère de la Santé publique, peut-être parce que les données sur ce sujet étaient rares jusqu'à récemment.

En résumé, les associations de populations clés, avec le soutien de certains coparrainants du Programme commun, ont tenté activement d'atténuer les effets de la pandémie de COVID-19 sur l'accès aux services de lutte contre le VIH et aux moyens de survie. Les mesures prises pour assurer un accès permanent aux services de traitement semblent avoir été efficaces, malgré le fait que les services de prévention de proximité ont été entravés. L'impact social et économique de la COVID-19 a été particulièrement sévère pour les populations clés les plus marginalisées comme les travailleuses et travailleurs du sexe. Malgré les efforts soutenus d'associations de populations clés pour atténuer cet impact, avec un soutien du Programme commun, il se peut que ces actions aient eu un effet limité face à l'ampleur du problème²⁸.

Contribution du Programme commun aux produits et aux résultats intermédiaires²⁹

La présente section décrit les principaux domaines dans lesquels le Programme commun a contribué aux produits et aux résultats intermédiaires de l'UBRAF, tels qu'ils ont été définis dans la théorie du changement élaborée a posteriori pour cette évaluation. Les contributions du Programme commun sont regroupées en fonction des produits et des résultats intermédiaires qui s'y rapportent.

Services complets et intégrés

Produit	Résultat intermédiaire
Mise en place d'ensembles de services complets centrés sur la personne avec des modèles de prestation de services novateurs	Prestation accrue de services complets et intégrés à destination des populations clés, y compris des jeunes, dans des environnements accueillants et sûrs

²⁷ Boffito, M. et Waters L., *More evidence for worse COVID-19 outcomes in people with HIV*. The Lancet HIV. Vol. 8:11. 1^{er} novembre 2021.

²⁸ Preuves modérées : données de qualité concernant les mesures prises par les associations de populations clés et le Programme commun pour atténuer les effets de la pandémie, mais limitées pour ce qui est des résultats de ces mesures.

²⁹ Cette section aborde la question d'évaluation suivante : « Dans quelle mesure le Programme commun contribue-t-il efficacement aux résultats intermédiaires, à savoir : 1) la prestation de services complets pour les populations clés, notamment les plus vulnérables ; 2) la promotion des droits humains et de l'égalité des genres, l'abolition des lois discriminatoires et l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination ; 3) des mécanismes de financement et de programmation pérennes pour les populations clés ? » Les contributions du Programme commun aux produits de l'UBRAF sont également examinées dans cette section.

PrEP³⁰

Ces dernières années, la Thaïlande, consciente de la nécessité de déployer la PrEP à grande échelle, a rassemblé plusieurs modèles de mise en œuvre de ce moyen de prévention financés principalement par des donateurs dans un programme national financé dans le cadre du régime de la CSU. Entre 2016 et le troisième trimestre 2021, le nombre de personnes sous PrEP a été multiplié par 13 pour atteindre 16 434 – un chiffre qui reste toutefois encore très en deçà des besoins estimés dans le pays³¹. En collaboration avec d'autres partenaires – la DSIST, le BNSS, le PEPFAR et l'Institut de recherche et d'innovation sur le VIH en particulier –, le Programme commun a pris part aux initiatives complémentaires suivantes visant à élargir l'accès à la PrEP et à pérenniser la prise en charge de cette prophylaxie dans le cadre de la CSU :

- Définition des cibles. En 2019, le bureau de pays de l'ONUSIDA a commandé une étude pour déterminer des cibles à atteindre concernant la PrEP dans les populations clés et très exposées au risque d'infection en Thaïlande, afin d'aider les organismes gouvernementaux dans leur réflexion sur la prise en charge de la PrEP dans le cadre de la CSU. Selon cette étude basée sur des directives mondiales de l'ONUSIDA, la cible à atteindre devait être de 148 500 personnes sous PrEP dans le pays en 2020.
- Cadre de suivi et d'évaluation. Toujours en 2019, le bureau de pays de l'ONUSIDA, en collaboration avec la DSIST, le BNSS et des partenaires locaux, a chargé des consultants internationaux d'élaborer le cadre de suivi-évaluation d'un projet pilote national sur la PrEP, en utilisant des indicateurs standardisés pour tous les prestataires compatibles avec le mécanisme de compensation du régime de la CSU.
- Expérimentation de la PrEP. En 2020, le BNSS a lancé une expérimentation de la PrEP sur 2000 participants durant 12 mois à l'échelle nationale. Ce projet pilote mis en œuvre dans divers centres de services, dont certains dirigés par des populations clés, a été suivi et évalué à l'aide du cadre de S&E mis au point spécialement. Le bureau de pays de l'ONUSIDA, qui a obtenu un financement du Fonds mondial pour cette expérimentation, a fourni un appui technique important au projet. Le projet pilote a été mis en œuvre avec succès et n'a produit aucun effet négatif en ce qui concerne la compensation du risque, l'incidence des IST et les séroconversions au VIH. Selon plusieurs informateurs clés, les conclusions positives de l'évaluation du projet ont grandement influé sur la décision du BNSS d'inclure la PrEP dans les prestations de la CSU. Depuis, la PrEP est accessible dans plus de 150 établissements de santé et aucun plafond n'a été fixé concernant le nombre de bénéficiaires.
- Élargissement de la PrEP aux adolescents. À la suite d'une expérimentation de la PrEP chez les adolescents financés par le biais du Programme commun et d'un plaidoyer organisé par l'UNICEF et le BP de l'ONUSIDA, la prophylaxie préexposition pour ce groupe de population a été incluse dans les lignes directrices nationales ainsi que dans les prestations de la CSU.

Le Programme commun, dans le cadre de sa contribution décrite plus haut, aidera à déployer la PrEP à grande échelle, afin de maximiser la capacité de ce moyen de prévention à réduire le nombre des nouvelles infections. Les initiatives en faveur de la PrEP sont liées au travail effectué par le Programme commun pour assurer un financement pérenne des services de santé dirigés par des populations clés, dans la mesure où ceux-ci sont les principaux prestataires dans le domaine de la prophylaxie préexposition. Au vu du nombre élevé de nouvelles infections chez les adolescents et les jeunes, l'élargissement de la PrEP à cette population est une avancée majeure.

³⁰ Preuves solides : le Programme commun a fortement influé sur les décisions prises de financer et généraliser les multiples initiatives en faveur de la PrEP mentionnées par plusieurs informateurs clés.

³¹ ONUSIDA Thaïlande, *Estimation of PrEP for Key and High-Risk Populations in Thailand, 2020-2022*, 2019; Shwe, YY, *Overview and Progress of HIV Epidemic and Response in Thailand*, 2021 (présentation PowerPoint).

L'expérimentation de la PrEP chez les adolescents supervisés par l'UNICEF est le parfait exemple d'un partenariat déterminant pour atteindre le résultat souhaité. L'hôpital Siriraj – un hôpital universitaire de premier plan à Bangkok – a été choisi comme site pilote, car il s'agit d'un établissement très réputé, doté d'une importante unité de pédiatrie et dont le personnel enseignant siège dans des commissions nationales de santé de haut niveau. Au-delà de la question du financement par la CSU, les enseignements tirés du projet pilote – p. ex. la nécessité de recruter activement des adolescents dans la population via des plateformes en ligne – ont été incorporés dans les lignes directrices nationales de prévention.

L'initiative actuelle du Programme commun sur la PrEP est un travail mené en collaboration avec l'ONUSDC, l'Institut de recherche et d'innovation sur le VIH et la Fondation Ozone – une association de consommateurs de drogues – afin d'évaluer des modèles de mise en œuvre efficaces pour accroître le recours à la PrEP et à l'autodépistage du VIH chez les CDI, dans le cadre d'un ensemble complet de services de réduction des risques basé sur un modèle de prestation finançable par le régime de la CSU pour en assurer la viabilité.

Préservatifs³²

Le bureau de pays de l'ONUSIDA a joué un rôle de médiation essentiel pour appuyer la réalisation d'une étude nationale d'estimation des besoins en préservatifs menée en 2019 dans le cadre de l'élaboration de la stratégie du pays dans ce domaine pour la décennie 2020-2030. Basée sur l'outil d'estimation des besoins en préservatifs et des ressources nécessaires mis au point par le Secrétariat de l'ONUSIDA et l'UNFPA, l'étude a révélé un important déficit de financement des préservatifs gratuits dans le cadre de la CSU. L'étude et la stratégie nationale révisée concernant les préservatifs ont permis au BNSS de tripler le budget annuel consacré à l'achat de préservatifs, qui est passé de 0,94 million à 3,1 millions de dollars, et d'améliorer sa gestion logistique pour assurer un système de distribution plus efficace.

Réduction des risques liés à la consommation de drogues

L'ONUSDC a mené diverses activités de formation pour renforcer les capacités des pouvoirs publics et des OSC prestataires de services à mettre en œuvre des programmes de prévention de la consommation de drogues et de traitement de la toxicomanie – y compris de réduction des risques – fondés sur des données factuelles. Ces activités couvraient de nombreux aspects : démarches de réduction des risques liés à la consommation de stimulants ; traitements contre l'addiction aux drogues en milieu communautaire ; intégration de la problématique hommes-femmes, prise en compte des besoins des jeunes des populations clés et des femmes qui consomment des drogues. Certains éléments montrent, d'une part, que les activités de l'ONUSDC influencent l'approche des programmes sur la consommation de drogues financés par la subvention en cours du Fonds mondial, et d'autre part, que les orientations de l'ONUSDC sont adoptées par les OSC prestataires de services³³.

Par ailleurs, l'ONUSDC a plaidé en faveur de la mise en œuvre à grande échelle de programmes complets de lutte contre le VIH et l'hépatite C – incluant la réduction des risques – destinés aux consommateurs de drogues injectables. La nouvelle loi sur les stupéfiants semble être l'occasion d'améliorer sensiblement la réponse apportée par la Thaïlande au problème de la consommation de drogues. Il n'y a pas suffisamment d'éléments pour conclure que le plaidoyer de l'ONUSDC et d'autres en faveur

³² Preuves solides : les documents examinés et les informateurs clés consultés viennent étayer le rôle de médiation joué par le bureau de pays de l'ONUSIDA pour négocier la mise en œuvre de ces activités. Selon le BNSS, le travail du BP de l'ONUSIDA a débouché sur une augmentation des financements.

³³ Preuves limitées, étayées par certaines consultations et certains documents.

d'approches fondées sur des données factuelles concernant la consommation de drogues a aidé à faire adopter la nouvelle loi³⁴.

Autodépistage du VIH (ADVIH)

L'autodépistage fait partie des innovations des programmes de lutte contre le VIH qui n'ont pas encore été déployées à grande échelle. En avril 2021, l'Agence nationale des médicaments et de l'alimentation a approuvé la commercialisation de deux kits d'autodépistage. Le bureau de pays de l'ONUSIDA travaille actuellement en partenariat avec la DSIST, le PEPFAR, l'OMS et des représentants des populations clés à l'élaboration (d'ici fin 2021) et à la diffusion de lignes directrices nationales sur l'autodépistage du VIH. Le rôle de médiation du BP de l'ONUSIDA et du PEPFAR a grandement contribué à l'impulsion donnée à ces travaux³⁵. Étant donné que la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dissuadent de procéder à des tests de dépistage – ce qui se traduit par des taux de dépistage inférieurs aux cibles fixées dans les populations clés –, l'autodépistage pourrait considérablement augmenter les taux de dépistage dans ces populations. Cela pourrait aider à résoudre le problème de diagnostic tardif de l'infection et de démarrage tardif d'un traitement antirétroviral.

L'initiative *Fast-Track Cities* à Bangkok³⁶

En partenariat avec le PEPFAR et l'Institut de recherche et d'innovation sur le VIH, l'UNICEF, l'ONUSIDA et le bureau de pays de l'ONUSIDA ont soutenu l'amélioration des services de santé de l'Administration métropolitaine de Bangkok (AMB) dans le cadre de l'initiative mondiale pour une accélération de la riposte au VIH dans les villes (*Fast-Track Cities*). Les principales réalisations de ce partenariat ont été les suivantes : une impulsion politique soutenue pour atteindre les cibles de la stratégie d'accélération ; des avancées importantes par rapport aux cibles 90-90-90 ; l'intégration du dépistage du VIH dans tous les centres de soins de santé primaires de l'AMB, avec 90 % de mise sous TAR le jour même du diagnostic ; le lancement des centres de services ARV dans l'AMB pour intégrer le traitement du VIH dans les soins primaires afin d'améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux ; une assistance technique pour renforcer les programmes de lutte contre les IST ; le renforcement des services de santé dirigés par des populations clés, avec comme résultats des taux plus élevés de dépistage et de recours à la PrEP, y compris chez les jeunes ; une documentation de ces réalisations pour étendre l'initiative à d'autres villes en s'appuyant sur les enseignements tirés de l'expérience de Bangkok. Pour tout cela, la ville de Bangkok s'est vu décerner le Prix du Cercle d'excellence par l'institut *Fast-Track Cities* à Lisbonne en octobre 2020³⁷.

Suivi amélioré des données relatives aux cibles 90-90-90³⁸

En 2018-2019, l'UNICEF et le bureau de pays de l'ONUSIDA ont collaboré avec le ministère de la Santé publique pour améliorer la gestion des données et le suivi des performances par rapport aux cibles 90-90-90, en s'attaquant à la fois au problème de communication partielle des données et à celui des données communiquées deux fois par des sources différentes. Une feuille de route a été adoptée pour refonder le système de gestion des données sur le VIH, dans le but d'harmoniser les données communiquées par les différentes sources et de renforcer l'efficacité du suivi des indicateurs 90-90-90. Ce travail – associé au travail de suivi effectué par le CDC américain pour ventiler par population clé les données relatives aux cibles 90-90-90 dans 13 provinces fortement touchées –

³⁴ Solidité des preuves : les données sont insuffisantes pour établir un classement.

³⁵ Preuves modérées en ce qui concerne le rôle de médiation uniquement, car les lignes directrices sont actuellement en cours d'élaboration et le résultat des travaux est par conséquent inconnu.

³⁶ Preuves limitées, étayées par certaines consultations et certains documents.

³⁷ https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/october/20211028_bangkok (en anglais)

³⁸ Preuves modérées fondées sur quelques consultations.

a eu pour effet d'améliorer considérablement la qualité des données utilisées pour mesurer les indicateurs 90-90-90.

Réformes politiques et juridiques, stigmatisation et discrimination

Produits	Résultats intermédiaires
<ul style="list-style-type: none"> ■ Réformes juridiques et politiques accélérées, connaissance des lois améliorée et accès à la justice développé ■ Groupes constitutifs mobilisés pour éliminer la stigmatisation et la discrimination dans différents contextes 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Changements politiques promulgués ■ Abrogation des sanctions pénales et des lois discriminatoires ■ Stigmatisation et discrimination atténuées

Stigmatisation et discrimination

Le bureau de pays de l'ONUSIDA a continué de soutenir les initiatives thaïlandaises visant à faire reculer la stigmatisation et la discrimination dans les établissements de santé. La combinaison d'interventions dans ce domaine est passée du stade de l'expérimentation à une mise en œuvre à l'échelle du pays, même si le taux de couverture de ces interventions dans les établissements de santé est encore jugé faible. Pour remédier à cela, le bureau de pays de l'ONUSIDA a soutenu l'élaboration et le déploiement de programmes de formation en ligne destinés aux professionnels de santé. À Bangkok, 90 % des dispensaires municipaux ont participé à cette formation. En 2020, 20 000 professionnels de santé répartis dans 71 des 77 provinces du pays avaient terminé le module. Des enquêtes de référence, finales et de suivi sont effectuées auprès des bénéficiaires pour mesurer l'impact de ces interventions sur le degré de stigmatisation et de discrimination et peaufiner les futures actions à mener dans ce domaine. Il existe des preuves d'un certain recul de la stigmatisation et de la discrimination chez les professionnels de santé, mais les progrès se font à petits pas et sont parfois minimes. Par exemple, la part des professionnels de santé craignant une infection par le VIH est passée de 61 % en 2015 à 52 % en 2019, tandis que la part des professionnels ayant des attitudes stigmatisantes est passée de 85 % à 81 %^{39,40}.

Le bureau de pays de l'ONUSIDA a joué un rôle d'intermédiaire en aidant plus de 30 partenaires des pouvoirs publics, de la société civile et du secteur privé à élaborer un plan d'action national multisectoriel chiffré sur cinq ans. Axé sur les populations clés en plus des PVVIH, ce plan vise à étendre les mesures de lutte contre la stigmatisation et la discrimination au-delà du secteur de la santé. Ce plan, qui s'accompagne d'un cadre de suivi et d'évaluation, a été approuvé par le sous-comité national de la DSIST chargé de protéger et promouvoir les droits humains.

Questions juridiques et politiques liées aux droits humains

Le PNUD a joué un rôle d'intermédiaire important en assurant des services d'assistance technique sur toute une série de questions juridiques et politiques relatives aux droits humains et en réunissant parlementaires, représentants des ministères et associations de PC autour de la table des discussions. « De nombreuses données rassemblées dans le monde entier montrent que la dépénalisation et l'instauration de lois [et de politiques] propices et protectrices sont très bénéfiques pour la santé des

³⁹ Équipe commune des Nations Unies sur le sida, Rapport de suivi 2020 du Programme commun (SSPC) en Thaïlande, 2021, p. 2.

⁴⁰ Preuves solides, étayées par des documents du ministère de la Santé publique et du Programme commun.

populations clés, car cela fait reculer la stigmatisation et facilite l'accès de ces populations aux services de santé et de lutte contre le VIH⁴¹. »

S'il faut parfois du temps pour obtenir des résultats, en particulier lorsqu'il s'agit de réformer la législation, il apparaît clairement que des petits pas dans certains domaines – influence exercée sur l'agenda législatif et politique, meilleure connaissance du droit et des politiques par les organisations de la société civile, véritable formation aux droits humains dans les secteurs public et privé – contribuent aux réalisations (produits) du Programme commun⁴².

Le PNUD entretient depuis longtemps des relations avec le département de la Protection des droits et libertés du ministère de la Justice, auquel il donne des avis techniques concernant un projet de loi relatif à l'enregistrement de partenariats civils pour les couples LGBTIQ+. Si l'examen du projet de loi du gouvernement thaïlandais sur les partenariats civils progresse lentement, les contributions du PNUD – notamment son action pour faciliter la participation de plusieurs associations LGBTIQ+ aux travaux en concertation avec le département et la commission parlementaire compétente – ont été très appréciées par le département et les organisations de la société civile.

Dans le cadre d'autres travaux législatifs, le PNUD a facilité une concertation entre une commission parlementaire et des associations TG sur des propositions de loi concernant la reconnaissance du genre des personnes transgenres. Cette concertation a débouché sur un accord pour fusionner quatre projets de loi soutenus par des OSC en un seul, ce qui devrait aider à faire avancer cette initiative.

En 2019, le PNUD s'est associé au département de la Protection des droits et libertés pour élaborer un programme de formation visant à sensibiliser les agents des forces de l'ordre et le personnel des établissements pénitentiaires aux questions d'orientation sexuelle, d'identité de genre et d'expression du genre. Le programme a été incorporé en tant que module dans le programme de formation aux droits humains élaboré par le département à l'intention des forces de l'ordre. La formation est dispensée au moins deux fois par an, avec la participation active d'associations LGBTIQ+.

En partenariat avec la Fondation des sœurs, une OSC basée à Pattaya, le PNUD a mis en place une formation continue de la police locale pour aborder la question de la stigmatisation et de la discrimination envers les travailleuses et travailleurs du sexe transgenres. La Fondation des sœurs a signalé une diminution du nombre de plaintes déposées par des femmes transgenres pour des faits de harcèlement policier ainsi qu'une amélioration des relations avec la police de manière générale.

Dans le cadre d'un autre partenariat établi entre le PNUD et le département de la Protection des droits et libertés, une formation a été mise en place pour lutter contre la discrimination dans l'emploi à l'égard des personnes LGBTIQ+ dans le secteur privé. Ce travail a servi à élaborer le plan d'action national du département sur les entreprises et les droits humains, qui encourage les employeurs du secteur privé à adopter une politique sur l'inclusion des personnes LGBTIQ+. Plusieurs associations LGBTIQ+ participent à la formation. Le département fait état de retours positifs de la part du secteur privé, en particulier des grandes entreprises.

Le soutien du PNUD est apprécié du département de la Condition féminine, notamment en ce qui concerne l'évaluation de la loi sur l'égalité des genres et l'élaboration du programme de formation et du manuel sur la mise en œuvre de la loi, qui permettent de renforcer les capacités des fonctionnaires.

⁴¹ PNUD, *Legal and policy trends impacting people living with HIV and key populations in Asia and the Pacific 2014-2019*. 2021. p. 7.

⁴² Preuves solides : ces réalisations sont clairement ressorties de divers entretiens avec des représentants de ministères et d'associations de populations clés.

Le département apprécie également le concours du PNUD pour faciliter les contacts avec les organisations de la société civile. Le département considère que la récente évaluation des besoins de formation des travailleuses et travailleurs du sexe, commandée par le PNUD, est très utile pour cerner les problèmes de qualité de vie de cette population et se rendre compte des possibilités limitées de formation qui s’offrent à ces personnes pour exercer un autre métier. Il ajoute qu’il comprend maintenant mieux les besoins de formation de cette population. La nécessité d’autonomiser les TS est jugée essentielle par le département.

Malgré la lente progression des travaux visant à mettre au point des modes opératoires normalisés pour améliorer la prise en charge des détenus transgenres, le département de l’Administration pénitentiaire (DAP) a indiqué qu’il tenait compte de la vulnérabilité de ces détenus et s’attachait à améliorer leurs droits. Une fois officiellement adoptés, les MON serviront de base à la formation du personnel. Le DAP a indiqué qu’il n’était pas possible de suivre les conseils du PNUD sur tous les aspects de la prise en charge des détenus transgenres lorsque cela était contraire aux lois relatives à l’incarcération. Néanmoins, l’adoption et la mise en œuvre des MON devraient permettre d’améliorer le traitement fondé sur les droits des détenus transgenres. Le DAP a indiqué qu’il était très satisfait du rôle du PNUD, grâce auquel il a pu avoir accès aux meilleures pratiques internationales, car il ne disposait pas des ressources nécessaires pour mener ce type de recherche. Le département a fait savoir qu’il entendait signer un protocole d’accord avec le PNUD, qui constituera la base d’une relation de travail continue.

Mobilisation des ressources et pérennité du financement

Produits	Résultat intermédiaire
<ul style="list-style-type: none"> ■ Ressources nationales et extérieures mobilisées pour les PSN ■ Mécanismes pérennes pour financer le secteur de la santé et d’autres secteurs sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mécanismes de financement pérennes et services intégrés pour les populations clés mis en place

Mobilisation des ressources

Ainsi qu’il a été dit précédemment, les réalisations du Programme commun concernant la PrEP ont fortement contribué à l’inclusion de la PrEP dans le régime de la CSU et à l’augmentation substantielle du financement de préservatifs gratuits par ce même régime (résultat intermédiaire). Pour ce qui est de la PrEP, ce résultat a permis de basculer d’un financement par des donateurs à un financement par le pays lui-même. Le financement par la CSU de la PrEP et des préservatifs peut être considéré comme pérenne.

Financement de la réduction des risques

Une enquête biocomportementale intégrée (EBCI) menée en 2019-2020 auprès des consommateurs de drogues injectables à Bangkok et dans deux provinces avec l’appui technique du BP de l’ONUSIDA a permis de combler un manque dans les données sur les comportements à risque et la couverture des services. Sans surprise, l’enquête a conclu à la nécessité de généraliser des programmes complets de traitement et de réduction des risques, y compris dans le cadre de services assurés par des organisations de la société civile. Ces conclusions ont été utilisées par le bureau de pays de l’ONUSIDA pour éclairer le processus d’élaboration de la demande de financement de la Thaïlande auprès du Fonds mondial⁴³. De la même façon, les conclusions d’une enquête menée en 2018 avec l’appui de l’ONU DC et du BP de l’ONUSIDA sur la disponibilité des services de lutte contre le VIH dans les prisons

⁴³ Preuves modérées, étayées par des documents et des consultations.

thaïlandaises ont été utilisées pour demander une intensification des services dans le cadre de la subvention actuelle du Fonds mondial. Ces conclusions ont été également utilisées pour étayer la formation dispensée par l'ONU DC dans les établissements pénitentiaires⁴⁴.

Pérennité du financement des OSC

Un des principaux objectifs du Programme commun est d'obtenir le financement pérenne des services de santé dirigés par des populations clés dans le cadre de la CSU. Si les organisations de la société civile reçoivent effectivement des fonds du régime de la CSU, elles restent financées principalement par le Fonds mondial et le PEPFAR. Une condition préalable à la prolongation du financement des OSC par la CSU est la certification de ces organisations et l'accréditation de leurs agents de santé communautaires. Une initiative importante du bureau de pays de l'ONUSIDA pour faire avancer la question de la pérennité du financement a été la réalisation d'une étude sur les meilleures pratiques internationales concernant la certification des OSC des organisations de la société civile. Le BP de l'ONUSIDA a également collaboré avec le ministère de la Santé publique à l'élaboration de directives nationales sur la certification des OSC et l'accréditation des ASC. En 2019, le MdSP a publié des règles de certification des OSC habilitées à assurer certains services, dont le dépistage du VIH et la délivrance d'une prophylaxie préexposition ou d'un traitement antirétroviral prescrits par un médecin. En 2020, le MdSP a publié un guide de mise en œuvre de l'accréditation des ASC⁴⁵.

Les travaux sur l'accréditation des ASC et la certification des OSC complètent deux études commandées par la Banque mondiale, à savoir une étude sur la contractualisation des OSC pour assurer des services et une analyse des coûts des interventions visant à proposer des services aux populations clés. Ces études ont servi de base à des discussions fructueuses avec le BNSS, le MdSP et le BP de l'ONUSIDA sur la recherche d'un modèle approprié pour établir des contrats sociaux avec les OSC qui assurent des services de lutte contre le VIH, notamment un modèle de services dirigés par des populations clés. Même s'il s'agit d'un travail de longue haleine, le MdSP et le BNSS reconnaissent, d'une part, la valeur des services assurés par les OSC et l'avantage de ces organisations sur d'autres acteurs pour toucher des populations difficiles d'accès, et d'autre part, la nécessité de mettre en place un système de financement pérenne de ces services dans le cadre des prestations de la CSU pour remplacer le financement des donateurs. L'objectif est que les services des OSC certifiées soient reconnus comme un élément central du système de santé et soient financés par des mécanismes équivalents ou semblables à ceux qui financent les services de santé publics. La directrice de pays de l'ONUSIDA accorde une grande priorité à ce travail. D'après certains informateurs clés, il existe un accord de principe chez leurs interlocuteurs du gouvernement quant au modèle de financement, ce qui laisse entrevoir des perspectives prometteuses.

Malgré une présence limitée à 10 sites, près de la moitié des diagnostics d'infection par le VIH et environ 60 % des mises sous PrEP sont effectués dans des services de santé dirigés par des populations clés. Un mécanisme de financement pérenne de ces services pourrait faciliter l'expansion de ce modèle, qui pourrait à son tour entraîner une augmentation des diagnostics, des mises sous traitement et de la couverture de la PrEP.

⁴⁴ Preuves limitées, étayées par certaines consultations et certains documents.

⁴⁵ Preuves solides : les documents examinés et les informateurs clés consultés viennent étayer le rôle de médiation joué par le bureau de pays de l'ONUSIDA pour négocier la mise en œuvre de ces activités. Le lien entre ces activités et l'élaboration des règles de certification est évident.

Réaction aux facteurs contextuels⁴⁶

L'orientation stratégique du Programme commun semble correspondre aux besoins des pays. Le problème réside dans la diminution du nombre d'institutions des Nations Unies qui mettent en œuvre des programmes destinés aux populations clés, ce qui alourdit la charge de travail des autres institutions. De fait, le sentiment de relâchement ou de relégation des programmes de lutte contre le VIH dans l'ordre des priorités n'est pas seulement un facteur contextuel extérieur au Programme commun ; il se manifeste également au sein même du Programme.

Dans de nombreux pays, les principaux facteurs contextuels qui influent sur les programmes destinés aux populations clés sont la baisse globale des financements – avec le retrait progressif des donateurs extérieurs – et des environnements sociopolitiques conservateurs potentiellement hostiles à ces populations. En Thaïlande, alors que le soutien des donateurs diminuait au fil des années, les financements nationaux ont augmenté (voir la section 2.4). Le montant total consacré à la riposte au VIH est resté relativement stable, et a même légèrement augmenté, ces dernières années. Même si la nécessité de rendre l'environnement plus propice à la riposte au VIH est largement documentée, en particulier en ce qui concerne les populations clés marginalisées, la Thaïlande n'a pas connu de réaction conservatrice par rapport à des groupes tels que les homosexuels et autres HSH, comme on a pu le voir dans d'autres pays d'Asie du Sud-Est. Bien qu'il reste encore beaucoup à faire sur le plan des réformes juridiques et politiques, de petites avancées ont été constatées concernant plusieurs initiatives.

En Thaïlande, le principal facteur contextuel tient au succès même de la riposte au VIH, qui conduit à un certain relâchement et à une relégation des programmes de lutte contre le VIH dans l'ordre des priorités. Cette situation est aggravée par le statut de pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure de la Thaïlande, qui entraîne une diminution de l'aide extérieure. Cela se voit dans le faible montant de l'enveloppe allouée à la Thaïlande au titre de l'UBRAF, qui n'est que de 150 000 USD par an. Le succès de la riposte au VIH en Thaïlande risque d'amener à penser que le pays est en bonne voie pour mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030. Or, si la Thaïlande a remporté – et remporte encore – de nombreuses victoires contre le VIH, il reste encore beaucoup à faire pour atteindre l'objectif ambitieux d'une fin de l'épidémie à l'horizon 2030.

La réaction des institutions des Nations Unies – qui restent des partenaires actifs des programmes destinés aux populations clés – a été de se concentrer sur des priorités essentielles afin de remédier aux problèmes qui doivent absolument être réglés pour que la Thaïlande atteigne l'objectif fixé pour 2030. Ces priorités sont les suivantes : généraliser des programmes de prévention, de dépistage et de traitement pour les populations clés fondés sur des données factuelles ; améliorer la couverture des programmes, en particulier pour les populations clés les plus marginalisées comme les consommateurs de drogues, les personnes transgenres ou la population carcérale ; rendre l'environnement plus propice à la riposte au VIH ; assurer la pérennité du financement des services de santé dirigés par des populations clés.

Pérennisation des résultats des activités du Programme commun⁴⁷

⁴⁶ Cette section aborde la question d'évaluation suivante : « Dans quelle mesure le Programme commun réagit-il à des facteurs contextuels déterminants comme un environnement politique toujours plus conservateur ou la baisse des ressources consacrées aux programmes de lutte contre le VIH et notamment aux programmes axés sur les populations clés ? »

⁴⁷ Cette section aborde la question d'évaluation suivante : « Dans quelle mesure les résultats obtenus par le Programme commun sont-ils durables, notamment pour les organisations et les actions dirigées par des populations clés ? »

L'inclusion de la PrEP dans les prestations de la CSU et le financement accru des préservatifs par ce régime ont toutes les chances de perdurer. Pour ce qui est du financement de la PrEP, la Thaïlande ne dépend plus des donateurs. En effet, la PrEP et une grande partie des préservatifs sont désormais financés par des dépenses publiques ordinaires dans le cadre de la CSU. C'est là une contribution majeure au financement pérenne des deux principaux produits de la prévention combinée.

Le système de certification des OSC et d'accréditation des ASC a été adopté par voie de réglementation et devrait donc perdurer. Cela représente une contribution importante, car l'accréditation et la certification sont des conditions préalables à la prolongation du financement par la CSU des services de santé dirigés par des populations clés. Comme indiqué à la section 4.2.4, l'examen de la prolongation du financement des OSC par la CSU est bien avancé et les perspectives d'atteindre cet objectif semblent prometteuses. Si cela se concrétise, il s'agira d'une étape majeure pour assurer la pérennité des services de prévention du VIH destinés aux populations clés.

Le cadre systématique adopté en 2014 pour faire reculer la stigmatisation et la discrimination dans le secteur de la santé a été pérennisé au travers de la formation continue des professionnels de santé, du suivi régulier des niveaux de S&D à l'aide d'indicateurs standardisés, de l'utilisation de ces données pour éclairer la mise au point d'interventions dans le domaine de la S&D, et de la mise en place du système de réponse aux crises pour traiter les plaintes. La volonté du ministère de la Santé publique, du Programme commun et des associations de PVVIH et de PC de poursuivre le déploiement de ce cadre semble forte, comme en témoigne l'élaboration récente d'une stratégie multisectorielle d'élimination de la stigmatisation et de la discrimination, qui vise à élargir le champ de ces interventions au-delà du secteur de la santé. L'approche adoptée accroît les chances de viabilité du cadre systématique, même si cela va nécessiter que celui-ci demeure une priorité pour les principaux partenaires qui devront faire preuve d'un engagement constant.

Étant donnée la lenteur des réformes législatives et politiques concernant les droits humains des populations clés, les progrès ont été plus marqués au niveau des réalisations (produits) qu'au niveau des résultats. Les progrès accomplis en matière d'influence sur l'agenda législatif et politique ainsi que l'amélioration des connaissances des associations de populations clés dans les domaines du droit et des politiques – à quoi il faut ajouter un fort engagement du PNUD et une attitude relativement réceptive dans les principaux ministères – offrent une base pour exploiter ces réalisations, voire obtenir des résultats durables.

La pérennité des programmes de réduction des risques pour les consommateurs de drogues injectables n'est pas assurée, car ceux-ci sont principalement financés par le Fonds mondial. Les perspectives de pérennisation de ces programmes pourraient être en grande partie déterminées par la question de savoir si la nouvelle loi sur les stupéfiants sera ou non l'occasion de généraliser des approches de la consommation de drogues et du traitement de la toxicomanie fondées sur des données factuelles.

Conclusions et considérations concernant les priorités futures du Programme commun

Résumé des conclusions : état de la riposte au VIH dans les populations clés en Thaïlande

Les activités menées par le Programme commun durant la période couverte par la présente évaluation (2018-2021) visaient à renforcer les fondations d'une riposte au VIH globalement réussie en Thaïlande, en se concentrant sur les principales difficultés rencontrées pour élaborer des programmes destinés aux populations clés. Le Programme commun s'est ainsi attaché à fournir une assistance technique fondée sur des données factuelles dans des domaines d'une importance stratégique pour améliorer cette programmation, par exemple avec le déploiement de la PrEP à grande échelle. Dans le cadre de ses travaux, le Programme commun a noué de nombreux partenariats, notamment avec des ministères, des organisations de la société civile, des instituts de recherche et des donateurs multilatéraux et bilatéraux. L'un des principaux aspects de ce travail a consisté à faciliter la participation de groupes représentant les populations clés aux processus décisionnels.

Les principaux domaines d'intervention du Programme commun ont été les suivants : pérennisation du financement de la PrEP et des préservatifs ; élaboration des programmes financés par le Fonds mondial ; initiatives nationales visant à faire reculer la stigmatisation et la discrimination ; initiative *Fast-Track Cities* à Bangkok ; mise au point des systèmes de certification des organisations de la société civile et d'accréditation des agents de santé communautaires ; travail de base sur les possibilités de contractualisation des OSC.

Si le travail sur les réformes politiques et législatives en rapport avec les droits humains a mis du temps à produire des résultats, il y a tout de même eu quelques avancées dans certains domaines – influence exercée sur l'agenda législatif et politique, meilleure connaissance du droit et des politiques par les organisations de la société civile, véritable formation aux droits humains dans les secteurs public et privé.

Il est possible que la nouvelle loi sur les stupéfiants ait bénéficié du travail de plaidoyer constant du Programme commun et d'autres acteurs sur la nécessité d'élaborer des programmes de prévention de la consommation de drogues et de traitement de la toxicomanie – y compris de réduction des risques – fondés sur des données factuelles. On ne peut toutefois parvenir à une telle conclusion faute d'éléments probants suffisants.

Si les travaux actuels du Bureau national de sécurité sanitaire, du ministère de la Santé publique et du bureau de pays de l'ONUSIDA aboutissent à un mécanisme de financement pérenne des OSC par la CSU, l'un des résultats intermédiaires de la théorie du changement élaborée pour cette évaluation – « mécanismes de financement pérennes et services intégrés pour les populations clés mis en place » – aura été atteint. Cela permettrait alors d'atteindre à terme l'un des résultats stratégiques prioritaires, à savoir « les services de lutte contre le VIH à fort impact pour les populations clés sont intégralement financés, viables, efficaces et intégrés dans les mécanismes de protection sociale ».

Au vu de la capacité des services de santé dirigés par des populations clés à accroître la couverture des services du fait de l'avantage comparatif des OSC pour atteindre ces populations, pérenniser le financement de ces services pourrait aider à concrétiser le résultat intermédiaire « prestation accrue de services complets et intégrés à destination des populations clés dans des environnements accueillants et sûrs ». Cela permettrait alors d'atteindre à terme l'un des résultats stratégiques prioritaires de la théorie du changement, à savoir « un accès équitable et égal aux services et solutions de lutte contre le VIH à fort impact maximisé pour les populations clés », qui est également une priorité de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 de l'ONUSIDA.

Priorités futures du Programme commun

Le Programme commun devrait continuer à fonder ses priorités sur une analyse des possibilités offertes et des difficultés rencontrées pour élaborer des programmes destinés aux populations clés. Lors de l'élaboration des futurs plans de travail, il conviendrait de se pencher sur les points exposés ci-après.

Enveloppe allouée au pays

Compte tenu du montant limité de l'enveloppe allouée au pays, de la nature de l'épidémie de VIH en Thaïlande et des nombreuses priorités concurrentes, il faudrait envisager de ne financer que des activités axées sur les populations clés dans les futurs plans annuels du Programme commun. Même si les programmes s'adressant à des populations plus larges – p. ex. la santé sexuelle et reproductive et l'éducation à la sexualité des adolescents et des jeunes – sont importants et concernent aussi les populations clés, financer des activités centrées sur les populations clés aura plus d'impact.

Prévention du VIH chez les jeunes des populations clés

Il est nécessaire d'appuyer sur le plan technique l'élaboration de programmes conçus spécialement pour les jeunes et les adolescents des populations clés – HSH, travailleurs du sexe, personnes transgenres et consommateurs de drogues en particulier –, qui tiennent compte de l'âge et du genre, notamment sur des sujets comme la création d'une demande, la prévention intégrée des IST et du VIH, et la réduction des risques liés à la consommation de drogues.

PrEP

Si la pérennité du financement de la PrEP – qui est acquise – est une condition préalable au déploiement du traitement à l'échelle nationale, il est peu probable que cela suffise. Il faudra également s'attacher à créer une demande, à promouvoir les avantages de cette prophylaxie auprès des médecins prescripteurs, à augmenter le nombre d'hôpitaux et de dispensaires qui proposent le traitement, etc. L'observance et l'arrêt du traitement sont aussi des questions sur lesquelles il faudra peut-être se pencher.

Dépistage du VIH et orientation vers une prise en charge et un traitement

Comme indiqué précédemment, le diagnostic tardif de l'infection, qui se traduit par un retard important dans le démarrage du traitement, est un problème de longue date en Thaïlande. Le Programme commun devrait donner la priorité aux activités visant à favoriser un diagnostic précoce de l'infection et une orientation rapide vers une prise en charge et un traitement. Les profils types des personnes diagnostiquées tardivement devront être établis de manière à pouvoir concevoir les activités en fonction de ces profils. Il pourra s'agir de renforcer les capacités des SSDPC et des associations de populations clés pour augmenter la couverture du dépistage du VIH – y compris en recourant à des stratégies efficaces de recherche des cas – et de garantir une orientation effective des cas positifs vers un traitement. La mise en œuvre des directives à venir sur l'autodépistage du VIH pourrait considérablement accroître les taux de dépistage dans les populations clés et devrait pour cela être considérée comme hautement prioritaire.

Nouvelle loi sur les stupéfiants

La nouvelle loi sur les stupéfiants pourrait offrir une excellente occasion d'améliorer plusieurs aspects de la politique de la Thaïlande concernant la consommation de drogues – maintien de l'ordre, taux d'incarcération élevés, mise en place de traitements des toxicomanies fondés sur des données factuelles, en particulier au niveau communautaire, réduction des risques liés à la consommation de drogues. La première étape consiste à analyser les dispositions de la loi et à déterminer et hiérarchiser des opportunités stratégiques à court et à moyen terme pour le Programme commun de travailler avec les pouvoirs publics, des chercheurs et des organisations de la société civile, afin de maximiser les

effets positifs de la mise en œuvre de la loi, notamment en obtenant un rôle accru du MdSP sur les questions de consommation de drogues et des possibilités de collaboration avec les OSC. Il pourra également s'avérer nécessaire de mobiliser une assistance technique importante pour soutenir la mise en place de services communautaires de traitement de la toxicomanie fondés sur des données factuelles au niveau local pour les prestataires de services du secteur public et des OSC.

Les ressources limitées mises à la disposition de l'ONUDC en Thaïlande peuvent constituer un facteur limitant, car tout le travail en rapport avec le VIH est effectué par une petite équipe du bureau régional. Il faudrait remédier à ces contraintes de ressources pour s'assurer de ne manquer aucune opportunité. On pourrait, d'une part, recourir à des consultants sur de courtes durées – recrutés en Thaïlande ou ailleurs parmi des spécialistes des politiques antidrogues et des traitements des toxicomanies fondés sur des données factuelles – et d'autre part, exploiter le pouvoir fédérateur de l'ONU pour amener d'autres partenaires – OSC, universitaires, professionnels de santé – à la table des discussions afin de se répartir la charge de travail. Étant donné que les consommateurs de drogues sont le point faible des programmes destinés aux populations clés en Thaïlande, tirer parti des opportunités offertes par la nouvelle loi sur les stupéfiants devrait être considéré comme une priorité absolue par le Programme commun.

Des données montrent une corrélation entre consommation de drogues stimulantes et infection par le VIH, en particulier chez les HSH⁴⁸. En plus de répondre plus efficacement aux besoins des consommateurs de drogues injectables, les programmes de réduction des risques liés à la consommation de drogues devraient également s'intéresser davantage à d'autres populations clés. Cela peut se faire en renforçant la capacité d'associations de consommateurs de drogues à travailler avec d'autres PC ou en formant d'autres PC, p. ex. les hommes homosexuels et autres HSH, sur des approches programmatiques efficaces pour lutter contre la consommation de drogues stimulantes.

Dépénalisation du travail du sexe

Il est depuis longtemps admis que la pénalisation du travail du sexe nuit fortement à l'efficacité des programmes de lutte contre le VIH mis en œuvre avec et pour les personnes concernées. Les répercussions majeures de la pandémie de COVID-19 sur la situation économique des travailleuses et travailleurs du sexe en Thaïlande ont été aggravées par l'impossibilité pour ces personnes marginalisées, et dont l'activité donne lieu à des sanctions pénales, de bénéficier des aides sociales mises en place par l'État du fait de la pandémie⁴⁹. La société thaïlandaise réalise que la pandémie a révélé la fragilité de l'état de santé et des conditions de vie de nombreuses personnes. Il est possible de « reconstruire en mieux » en s'engageant dans une vision à long terme pour l'inclusion sociale des travailleuses et travailleurs du sexe – une vision dans laquelle le travail du sexe serait dépénalisé afin que les TS puissent jouir des mêmes droits que les autres travailleurs et bénéficier des régimes publics de protection sociale. La dépénalisation du travail du sexe devrait être l'une des priorités du travail effectué par le Programme commun sur la réforme juridique.

Autres réformes juridiques et politiques

Les réformes juridiques et politiques que le PNUD cherche à obtenir en partenariat avec des associations de populations clés restent une priorité, même s'il faut admettre que les avancées se font souvent à petits pas. De la même façon, les initiatives qui visent à éliminer la stigmatisation et la

⁴⁸ PNUD, *Situational Analysis of Substance Use Among LGBT Communities in Thailand*. 2021.

⁴⁹ Janyam S., Phuengsamran D., Pangnongyang J. et coll., *Protecting sex workers in Thailand during the COVID-19 pandemic: opportunities to build back better*. Revue de santé publique de l'OMS/Asie du Sud-Est, 9(2). 2020. 2020.

discrimination devraient rester une priorité pour le Programme commun, en particulier la mise en œuvre du nouveau plan national multisectoriel de lutte contre la S&D.

Pérennité du financement

Des progrès notables ont été accomplis ces dernières années en ce qui concerne à la fois le financement par la CSU des organisations de la société civile qui assurent des services de lutte contre le VIH auprès des populations clés, et des initiatives en lien avec ces prestations de services comme la certification de ces OSC et l'accréditation des agents de santé communautaires. Il s'agit toutefois d'un travail en cours qui est loin d'être terminé. La pérennisation de l'action des OSC étant essentielle pour la riposte au VIH en Thaïlande, ce domaine de travail doit demeurer une priorité pour atteindre l'objectif d'une intégration complète des services de santé dirigés par des populations clés dans les prestations financées par la CSU.

Selon le PEPFAR, l'institutionnalisation du financement des SSDPC par la CSU est le meilleur moyen d'assurer la pérennité de ces services.

Problèmes opérationnels du Programme commun : moyens d'action

Les faibles effectifs affectés au travail sur les populations clés au bureau de pays comme chez les coparrainants de l'ONUSIDA sont une contrainte majeure pour le Programme commun. Plusieurs stratégies ont été utilisées par certaines institutions de l'équipe commune des Nations Unies pour limiter les effets de ce manque de moyens. On peut citer les suivantes : recourir au mécanisme d'appui technique de l'ONUSIDA et aux services d'autres consultants ; travailler avec d'autres partenaires comme la DSIST, les associations de populations clés, les instituts de recherche et les universités du pays ou le PEPFAR ; mobiliser des fonds auprès de sources non onusiennes. Ces stratégies pourraient être utilisées plus largement par toutes les institutions actives de l'équipe commune.

Annexe 1 : Informateurs clés – Thaïlande

Le tableau ci-dessous répertorie les noms, fonctions et organisations des informateurs clés qui ont été interrogés dans le cadre de l'étude de pays sur la Thaïlande. En raison de la situation engendrée par la pandémie de COVID-19, tous les entretiens ont été menés à distance, à l'aide de l'application Zoom.

Lorsque plusieurs personnes apparaissent dans une même ligne du tableau, cela signifie que l'entretien a été mené collectivement. Lorsque des personnes d'une même organisation apparaissent dans des lignes distinctes du tableau, cela signifie que les entretiens ont été menés séparément.

Nom	Fonction	Organisation
Secrétariat et coparrainants de l'ONUSIDA		
Patchara Benjarattanaporn	Directrice	Secrétariat de l'ONUSIDA
Heather-Marie Schmidt	Conseillère régionale pour la PrEP	Secrétariat de l'ONUSIDA
Ye Yu Shwe	Responsable technique	Secrétariat de l'ONUSIDA
Kathryn Johnson	Consultante, droits humains et égalité des genres	Centre régional du PNUD à Bangkok
Supanee Pongruengphant	Cheffe de projet, égalité des genres et inclusion sociale	
Kullwadee Sumalnop	Spécialiste en communication	UNFPA Thaïlande
Duangkamol Ponchamni	Responsable par intérim/Analyste de programme	UNFPA Thaïlande
Karen Peters	Responsable adjointe drogues et santé	Bureau régional de l'ONUSIDA pour l'Asie du Sud-Est et le Pacifique
Zin Ko Ko Lynn	Responsable drogues et santé	
Watjana Arunrangsi	Assistante de programme	
Sirirath Chunnasart	Spécialiste du développement des adolescents	UNICEF Thaïlande
Deyer Gopinath	Médecin	OMS Thaïlande
Sutayut Osornprasop	Spécialiste principal de la santé	Banque mondiale Thaïlande
Organismes publics thaïlandais		
Rattaphon Traimwichanon	Secrétaire général adjoint	Bureau national de sécurité sanitaire
Cheewanan Lertpiriyasuwat	Directrice	Division sida et IST, Département de la lutte contre les maladies, Ministère de la Santé publique
Darinda Rosa	Médecin	
Parichart Chantchara	Travailleuse sociale	
Plearnpit Prommali	Agent technique de santé publique	
Yuttapoom Srikhamjean	Agent technique de santé publique	
Bussaba Tantisak	Bureau du récipiendaire principal du Fonds mondial (RP gouvernemental)	Département de la lutte contre les maladies, Ministère de la Santé publique
Nareeluc Pairchaiyapoom	Directrice, Division des droits humains internationaux	Département de la Protection des droits et libertés, Ministère de la Justice
Jintana Janbumrung et trois membres du personnel	Directrice générale	Département de la Condition féminine et du Développement de la famille, Ministère du Développement social et de la Sécurité humaine

Nom	Fonction	Organisation
Supodjane Chutidumrong	Directrice, Division du traitement de la toxicomanie et de la réinsertion sociale	Bureau de l'organe de contrôle des stupéfiants
Antika Onprom	Directrice de l'action sociale Pénologue	Division de la réinsertion, Département de l'Administration pénitentiaire, Ministère de la Justice
Pornpreeya Jumngbut		
Organisations de la société civile		
Représentant(e)		Raks Thai : récipiendaire principal du Fonds mondial (société civile)
Représentant(e)		Fondation Ozone
Représentant(e)		Fondation Path 2 Health
Représentant(e)		Fondation Thai TGA (Alliance des personnes transgenres pour les droits humains)
Représentant(e)		Fondation SWING
Représentant(e)		Fondation SWING
Représentant(e)		Réseau des personnes vivant avec le VIH/sida dans la région Asie-Pacifique (APN+)
Représentant(e)		Rainbow Sky Association of Thailand
Représentant(e)		Réseau des personnes vivant avec le VIH en Thaïlande
Représentant(e)		Foundation for AIDS Rights Sous-commission nationale de la protection et de la promotion des droits humains
Représentant(e)		Mplus Comité des partenariats de l'ICN du Fonds mondial en Thaïlande
Représentant(e)		Fondation des sœurs
Représentant(e)		Fondation Raks Thai
Scientifiques		
Kritsanapong Phutakul	Directeur de la faculté de criminologie	Université Rangsit
Nittaya Phanuphak	Directrice exécutive	Institut de recherche et d'innovation sur le VIH
Suwat Chariyalertsak	Doyen de la faculté de santé publique et chef de service de recherche clinique sur la prévention du VIH, unité d'essais cliniques THAI-CTU, Institut de recherche en sciences de la santé	Université de Chiang Mai
Dittita Tititampuk	Maîtresse de conférences en criminologie	Faculté des sciences sociales et humaines, Université Mahidol
Kriengkrai Srithanaviboonchai	Chargé de recherches, Département de médecine communautaire, Faculté de médecine et Directeur adjoint, Institut de recherche en sciences de la santé	Université de Chiang Mai

Nom	Fonction	Organisation
Apinun Aramrattana	Consultant indépendant et Département de médecine familiale, Faculté de médecine	Université de Chiang Mai
Autres agences d'exécution		
Yuitiang Durier	Infirmière-conseil	Hôpital Siriraj (expérimentation de la PrEP chez les adolescents))
Donateurs internationaux		
Philippe Creac'H	Gestionnaire de portefeuille du Fonds, Thaïlande	Secrétariat du Fonds mondial
Heather David	Conseillère technique régionale par intérim sur le VIH	Bureau de la santé publique
Pimpanitta Saenyakul	Cheffe d'équipe adjointe VIH	Mission de développement régional en Asie, USAID
Panus NaNakorn	Spécialiste de la gestion de projets	
Consultant(e)s		
Petchsri Sirinirand	Consultante indépendante	
Pascal Tanguay	Consultant indépendant	

Annexe 2 : Bibliographie/Documents de référence – Thaïlande

1. Busza J., Hensen B., Sirinirund P. et coll. Developing a Monitoring and Process Evaluation Framework for Thailand's National PrEP Programme. 2019.
2. Chariyalertsak S. *HIV Pre-Exposure Prophylaxis Monitoring and Process Evaluation for Thailand's National PrEP Roll-Out Under the Universal Health Care Coverage for Fiscal Year 2020*. 2020.
3. Chariyalertsak S. *Summary Findings of the PrEP UHC Evaluation*. 2020.
4. Département de l'Administration pénitentiaire. *Comments on Draft Guidelines for the Management of Transgender Prisoners*. 2020.
5. Département de la Condition féminine et du Développement de la famille et PNUD Thaïlande. *Summary Evaluation Report. Implementation of the Gender Equality Act B.E. 2558*. 2018.
6. Département de la Condition féminine et du Développement de la famille et PNUD Thaïlande. *Handbook for Implementation of the Gender Equality Act*. 2020.
7. Les villes sur la voie de la réussite – Bonnes pratiques de l'initiative « Les villes s'engagent pour mettre fin au sida ». Non daté.
8. Fonds mondial. Profil des résultats de la Thaïlande pour le VIH/sida. 2021.
9. Programme d'évaluation des interventions et technologies de santé. *A Budget Impact Analysis of Key Population Interventions to Fast-Track the End of AIDS in Thailand*. 2020.
10. Programme d'évaluation des interventions et technologies de santé. *Final Report. A Cost Analysis of Key Population Interventions to Fast-Track the End of the HIV Epidemic in Thailand*. 2020.
11. Janyam S., Phuengsamran D., Pangnongyang J. et coll. *Protecting Sex Workers in Thailand During the COVID-19 Pandemic: Opportunities to Build Back Better*. Revue de santé publique de l'OMS/Asie du Sud-Est. Septembre 2020.
12. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. *Legal and Policy Trends Impacting People Living with HIV and Key Populations in Asia and the Pacific 2014-2019*. 2021.
13. Ministère de la Santé publique. Stratégie nationale 2017-2030 de la Thaïlande pour mettre fin à l'épidémie de sida. 2016.
14. Ministère de la Santé publique. *National Guidelines on Accreditation and Development Program for Community Health Workers - Synopsis*. 2020
15. Ministère de la Santé publique. *Building a Comprehensive National Program to Reduce Stigma and Discrimination: Best Practices from Thailand*. 2016.
16. Ministère de la Santé publique (Programme sur les politiques de santé internationales), Banque mondiale Thaïlande, ONUSIDA Thaïlande et coll. *Report of Effective Contracting Model for HIV Service Delivery in Thailand*. 2019.
17. Ministère de la Santé publique (Programme sur les politiques de santé internationales), Banque mondiale Thaïlande, ONUSIDA Thaïlande et coll. *Policy Brief: Effective Social Contracting for HIV Service Delivery in Thailand*. 2020.
18. Ministère de la Santé publique (Programme sur les politiques de santé internationales), Banque mondiale Thaïlande, ONUSIDA Thaïlande et coll. *Final Report : Effective Contracting Model for HIV Service Delivery in Thailand*. 2020. (PowerPoint).
19. Ministère de la Santé publique, ONUSIDA Thaïlande et Université Naresuan. *Fast-Tracking Condoms as Part of HIV Combination Prevention Addressing the Last Mile Towards Zero New HIV Infections: Introducing the Condom Needs Estimation Methodology and Tool in Thailand*. 2019.
20. Ministère de la Santé publique, UNICEF Thaïlande, Hôpital Siriraj et coll. *Operational Manual for Pre-Exposure Prophylaxis for HIV Infection (PrEP) Implementation in High-Risk Adolescents: Lessons Learned and Recommendations*. 2021.

21. Ministère de la Santé Publique, UNICEF Thaïlande, Hôpital Siriraj et coll. *Workshop on Comprehensive HIV Prevention and Care for Adolescent Men Who Have Sex with Men and Transgendered Women*. 2021.
22. Ministère de la Santé publique, UNICEF Thaïlande, Institut de recherche et d'innovation sur le VIH et coll. *National PrEP Guideline Discussion on Adolescents*. 2021. (PowerPoint).
23. Paungsawad G., Aramrattana A., Sintunava J. et coll. *Bangkok 2016: From Overly Punitive to Deeply Humane Drug Policies*. *Drug and Alcohol Dependence* 6138. 2016.
24. PEPFAR. Fiche d'information sur le projet PrincessPrEP. 2020.
25. PEPFAR, Ministère de la Santé publique, ONUSIDA Thaïlande et coll. *Advocacy Brief: Tackling HIV Stigma and Discrimination in Health Care Facilities in Thailand*. 2016.
26. Phuengsamran D., Aramrattana A., Siraprapasiri T. et coll. *HIV, Syphilis, Hepatitis B and C Surveys Among People Who Inject Drugs. Bangkok, Chiang Mai and Songkhla, Thailand – 2019-2020*. 2021.
27. Institut de recherche en sciences de la santé, Ministère de la Santé publique, ONUSIDA Thaïlande et coll. Enquête biocomportementale intégrée auprès des consommateurs de drogues injectables en Thaïlande 2019-2020. 2021. (PowerPoint).
28. Centre de recherche sur le sida de la Croix-Rouge thaïlandaise. *Report on Survey the HIV Situation and Other Related Infections, and Services in Prisons, Thailand in Response to the Global Survey of the HIV Situation and Other Related Infections, and services in prisons of UNODC, supported by UNAIDS and WHO, Thailand*. 2018.
29. Fondation SWING et ONUSIDA Thaïlande. *A Community-Led Rapid Assessment of the Impact of COVID-19 on Sex Workers (Thailand)*. 2020.
30. Siraprapasiri T., Srithanaviboonchai K., Chantcharas P. et coll. *Integration and Scale-UP of Efforts to Measure and Reduce Stigma: the Experience of Thailand*. *AIDS* 2020, 34 (Suppl. 1) : S103-A114.
31. Instance de coordination nationale du Fonds mondial en Thaïlande. Dispositif de riposte au COVID-19 du Fonds mondial – Demande de financement. 2021.
32. Instance de coordination nationale du Fonds mondial en Thaïlande. *Thailand Mitigation Plan for COVID-19 Effects on HIV, TB, Malaria Services and Programs Years 2021-2023*. 2021.
33. Instance de coordination nationale du Fonds mondial en Thaïlande. Demande de financement pour le VIH et la tuberculose, 2018-2021. 2017.
34. Instance de coordination nationale du Fonds mondial en Thaïlande. Demande de financement pour le VIH et la tuberculose, 2021-2023. 2020.
35. Instance de coordination nationale du Fonds mondial en Thaïlande. Défis programmatiques de la Thaïlande, 2021-2023. 2020.
36. Instance de coordination nationale du Fonds mondial en Thaïlande. Paysage de financement en Thaïlande, 2018-2025. 2020.
37. Réseau thaïlandais des personnes séropositives. *Role of the Continuum of Care Centre, CCC and TNP+ in the Response to the Covid-19 Pandemic*. 2020.
38. Réseau thaïlandais des PVVIH+. *Strategic Plan for a Comprehensive and Continuum of HIV Services 2020-2022*. 2021.
39. ONUSIDA. Division du travail au sein du Programme commun. Note d'orientation. 2018.
40. ONUSIDA. Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités (UBRAF). Rapport de suivi des résultats 2018. Rapport organisationnel. 2019.
41. ONUSIDA. Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités (UBRAF). Rapport de suivi des résultats 2018-2019. Rapport organisationnel. 2020.
42. ONUSIDA. Rapport de suivi des résultats 2020. Rapport organisationnel. 2021.
43. ONUSIDA. Blog COVID, *An Online Tool Helps Report Human Rights Violations during COVID-19 in Thailand*. Mai 2020.
44. ONUSIDA. Base de données de référence pour la région Asie-Pacifique, le VIH/sida en Thaïlande. 2021. (PowerPoint)
45. ONUSIDA. Base de données de référence pour la région Asie-Pacifique, aperçu de l'épidémie en Thaïlande. 2021.

46. Équipe commune des Nations Unies sur le sida. Rapports du SSPC sur les progrès du pays 2018, 2019 et 2020. Consultés en ligne.
47. Équipe commune des Nations Unies sur le sida. Rapport de synthèse 2020 du SSPC sur la Thaïlande. Consulté en ligne.
48. Équipe commune des Nations Unies sur le sida. Plan commun 2020-2021 des Nations Unies : enveloppe et fonds pour les activités inhabituelles (justification) alloués à la Thaïlande. Consulté en ligne : SSPC.
49. Équipe commune des Nations Unies sur le sida Thaïlande. *Thailand Leave No One Behind Analysis: LGBTI, HIV Affected People and Sex Workers*. 2020.
50. Équipe commune des Nations Unies sur le sida en Thaïlande. Rapport de synthèse 2018 sur la Thaïlande. 2019.
51. Équipe commune des Nations Unies sur le sida en Thaïlande. Rapport de suivi 2019 du Programme commun en Thaïlande. 2020.
52. Équipe commune des Nations Unies sur le sida en Thaïlande. Rapport de suivi 2020 du Programme commun en Thaïlande. 2021.
53. Équipe commune des Nations Unies sur le sida en Thaïlande. Plans communs des Nations Unies sur le sida 2018-2019. 2017. (PowerPoint)
54. Équipe commune des Nations Unies sur le sida en Thaïlande. Plans communs des Nations Unies sur le sida 2018-19. *Results for People. Joint Working for an Optimal UN Response*. 2017. (PowerPoint)
55. Équipe commune des Nations Unies sur le sida en Thaïlande. Plans communs sur le sida 2020-2021. 2019.
56. Équipe commune des Nations Unies sur le sida en Thaïlande. Plan commun des Nations Unies sur le sida 2021. 2021.
57. Bureau régional de l'ONUSIDA pour l'Asie et le Pacifique. *A rapid assessment of multi-month dispensing of antiretroviral treatment and pre-exposure prophylaxis in the Asia-Pacific Region*. 2020.
58. ONUSIDA Thaïlande, *Overview and Progress of HIV Epidemic and Response in Thailand*. 2021. (PowerPoint).
59. ONUSIDA Thaïlande, Initiative pour une accélération de la riposte au VIH dans les villes. Utiliser des données factuelles locales pour éclairer l'élaboration des programmes destinés aux populations clés. Non daté.
60. ONUSIDA Thaïlande. Progrès vers la réalisation des cibles 90-90-90 à Bangkok, 2016-2017. Non daté.
61. ONUSIDA Thaïlande. Estimation des besoins en PrEP dans les populations clés et fortement exposées au risque d'infection en Thaïlande, 2020-2022. 2019.
62. ONUSIDA Thaïlande. *Case Study : Using a Crisis Response System to Take Action on HIV-Related Stigma and Human Rights Violations, Thailand*. 2020.
63. PNUD. *Stories of Stigma : Exploring Stigma and Discrimination Against Thai Transgender People While Accessing Health Care and in Other Settings*. 2020.
64. PNUD. *Situational Analysis of Substance Use Among LGBT Communities in Thailand*. 2021.
65. PNUD. *Tolerance But Not Inclusion: A National Survey on Experiences of Discrimination and Social Attitudes towards LGBT People in Thailand*. 2019.
66. PNUD. *Training Needs Assessment and Mapping of Training for Sex Workers in Thailand (version préliminaire)*. 2021.
67. PNUD, programme *Being LGBTI in Asia and the Pacific*. Rapports trimestriels et annuels, 2018-2021.
68. PNUD et Ministère du Développement social et de la Sécurité humaine. *Legal Gender Recognition in Thailand: A Legal and Policy Review*. 2018.
69. PNUD, ONUSIDA, ONUDC, UNICEF et UNESCO. *Concept Note: Engagement with the Parliament on Legal and Policy Issues Relevant to HIV and Key Populations*. 2021.
70. PNUD et ONUDC. *Mapping of Good Practices for the Management of Transgender Prisoners – Literature Review*. 2020.

71. UNFPA, UNESCO, ONUSIDA et coll. *Young People and the Law: Laws and Policies Impacting Young People's Sexual and Reproductive Health and Rights in the Asia-Pacific region (2020 Update)*. 2020.
72. UNICEF Thaïlande et Hôpital Siriraj. *How We Recruited Adolescents* (projet de démonstration de la PrEP). 2020.
73. UNICEF Thaïlande, ONUSIDA Thaïlande et PNUD Thaïlande. *Terms of Reference: Mobilizing the Private Sector in Supporting a Discrimination-Free Workplace Focusing on Young Populations*. 2021
74. ONUDC. *Final Independent In-Depth Evaluation Regional Programme for Southeast Asia*. 2020.
75. ONUDC. Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités (UBRAF) 2016-2021. Rapport organisationnel 2018. 2019.
76. ONUDC. Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités (UBRAF). Rapport de suivi des résultats 2016-2021. Rapport organisationnel 2018-2019. 2020.
77. ONUDC. Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités (UBRAF) 2016-2021. Rapport de suivi des résultats 2020. 2021.
78. Zotter J., Mason T., Airawanwat R. et coll. *Emerging Best Practices for Community Health Worker Certification: Analysis and Recommendations for Thailand's Goal to Certify CHWs to Provide Test, Treat, Prevent (TTP) Services for HIV and AIDS*. 2020.

Annexe 3 : Activités du Programme commun par domaine prioritaire et degré d'orientation sur les populations clés – Thaïlande

2018-2021

Tableau 4 : Activités du Programme commun par domaine prioritaire et degré d'orientation sur les populations clés, 2018-2021

Domaine prioritaire	TOUTES LES PC	JPC	HSH - OSIGEG	TG	CD	TS	Population carcérale	Moins axées sur les PC	Pertinentes pour les PC*	Total
Prévention du VIH	-	2	-	1	7	-	2	14	11	37
Dépistage et traitement du VIH	1	-	-	1	4	-	1	2	5	14
Droits humains et S&D	3	-	1	5	3	-	1	2	6	21
Investissements et viabilité	5	-	-	-	-	-	-	-	2	7
Total	9	2	1	7**	14	0^	4***	18	24	79

Source : Plans annuels du Programme commun en Thaïlande, 2018-2021. Seules les activités prévues figurent dans ce tableau. Les activités spéciales ou imprévues, comme celles qui ont été mises en œuvre pour faire face à la pandémie de COVID-19, n'ont pas été prises en compte.

* Les activités de cette colonne concernent directement les populations clés mais ne sont pas centrées exclusivement sur ces populations.

** Parmi ces activités, une porte sur le travail du sexe et une autre s'adresse aux consommateurs de drogues.

^ Deux activités axées sur les travailleuses et travailleurs du sexe transgenres sont répertoriées dans la colonne TG.

*** Trois de ces activités étaient intersectionnelles : une s'adressait aux détenus transgenres et deux s'adressaient aux détenus consommateurs de drogues.



20 Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666
distribution@unaids.org

unaids.org

