

RAPPORT DES ONG

Services intégrés de lutte

contre le VIH dirigés par la

communauté : L'avenir d'une

riposte durable au VIH

Documents supplémentaires pour ce point :

Mesure requise lors de cette réunion – le Conseil de coordination du Programme est invité à :

- Prendre note du rapport du représentant des ONG ;
- Reconnaître le rôle indispensable des communautés en tant que prestataires de services, soignants, défenseurs, contrôleurs et dirigeants, et reconnaître qu'un leadership communautaire significatif et des ripostes au sida dirigées par les communautés et dotées de ressources suffisantes sont essentiels à la réalisation de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida, à la réalisation des objectifs 30-80-60 et 10-10-10, et à la fin du sida en tant que menace pour la santé publique ;
- Rappeler tous les points de décision du point 1.4 de l'ordre du jour de la 55e réunion du CCP ;
- Notant avec inquiétude que la réalisation de l'objectif consistant à mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030 est compromise par la diminution et l'imprévisibilité du financement des ripostes au sida menées par les communautés, les restrictions de l'espace civique, les régressions en matière d'égalité des genres et de droits humains tels qu'ils sont reconnus par le droit international des droits humains, la persistance de la stigmatisation et de la discrimination, ainsi que par d'autres défis émergents, appelle les États membres à :
 - a) Veiller à ce qu'un financement prévisible, durable et direct soit accordé aux organisations dirigées par les communautés engagées dans la riposte au sida, notamment par le biais de contrats sociaux institutionnalisés et de lignes budgétaires nationales dédiées, et garantir des mécanismes de financement complets, opportuns et accrus consacrés au leadership et à la résilience des communautés, y compris au sein de l'ONUSIDA ;
 - b) S'attaquer aux obstacles structurels, juridiques et politiques pour soutenir des services intégrés de lutte contre le VIH équitables et fondés sur les droits humains, dirigés par les communautés, qui ne laissent personne de côté, y compris les personnes vivant avec et affectées par le VIH, en particulier les populations clés¹ et prioritaires, guidées par le leadership communautaire et les catalyseurs sociétaux pour mettre fin à la stigmatisation, à la discrimination, aux inégalités entre les genres et aux inégalités en matière de santé liées au VIH ;
 - c) Élaborer, avec le soutien du Programme commun, des ensembles complets et intégrés de services de santé et de soutien social dont on sait qu'ils réduisent les risques et les vulnérabilités liés au VIH dans le cadre des plans nationaux de lutte contre le VIH et de santé, qui associent le dépistage du VIH, la prévention, y compris les technologies à longue durée d'action, et le traitement aux besoins spécifiques des personnes vivant avec le VIH et affectées par le VIH, en particulier les populations clés et prioritaires ;
 - d) Intégrer et renforcer la prestation de services par les pairs et le suivi par la communauté afin d'améliorer la qualité de la prestation de services, de renforcer les systèmes de santé et d'accroître l'équité en matière de santé, notamment en encourageant les approches innovantes et numériques pour le suivi et la prise de décision fondée sur des données probantes dans le cadre de la riposte nationale au VIH et du secteur de la santé en général ;
 - e) Veiller à ce que les personnes vivant avec le VIH et affectées par le virus, en particulier les populations clés et prioritaires, participent activement au processus d'intégration de la riposte au VIH dans des programmes multisectoriels connexes et coordonnés ;
 - f) Renforcer l'établissement systématique de rapports par le biais de la mise à jour annuelle du rapport de suivi mondial sur le sida, de manière transparente et désagrégée, sur les allocations budgétaires nationales et des bailleurs de fonds soutenant les ripostes communautaires et la programmation des droits humains, afin de suivre et d'informer les progrès vers les objectifs 30-80-60 et 10-10-10, en travaillant en collaboration avec les Coparrainants et le Secrétariat de l'ONUSIDA ;

Demander au Programme commun de :

- a. Élaborer un plan jusqu'en 2030 pour la continuité de l'appui et de l'engagement des communautés actuellement assurés par le Secrétariat de l'ONUSIDA dans le contexte de la poursuite de l'intégration de l'ONUSIDA dans le système plus large des Nations Unies ;
- b. Réaffirmer l'engagement en faveur d'une participation significative des personnes vivant avec le VIH et affectées par le virus, en particulier les populations clés et prioritaires, à la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026-2031 et à la réunion de haut niveau sur le VIH/sida organisée par l'Assemblée générale des Nations unies en 2026 ;
 - a)

Implications financières des décisions : aucune

Table des matières

<i>Résumé analytique</i>	4
<i>Introduction et contexte</i>	7
<i>Méthodologie</i>	14
<i>Le rôle des services intégrés dirigés par la communauté dans une réponse au VIH durable et fondée sur les droits</i>	16
<i>Qu'est-ce qui fait obstacle à la mise en place de services intégrés et gérés par la communauté ?</i>	32
<i>Que devons-nous faire différemment ?</i>	42
<i>Conclusions</i>	49
<i>Propositions de décisions</i>	51
<i>Annexe 1. Glossaire</i>	53
<i>Annexe 2. Données démographiques de l'enquête</i>	57
<i>Annexe 3. Entretiens avec les informateurs principaux</i>	59
<i>Notes de fin</i>	61

Résumé analytique

1. La déclaration politique de 2021 sur l'éradication du sida et la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 affirment le rôle central de la prestation de services communautaires dans la réalisation de l'objectif de développement durable 3.3, qui consiste à faire en sorte que le VIH ne soit plus une menace pour la santé publique d'ici à 2030. Pour atteindre cet objectif, les États membres des Nations unies se sont engagés à avoir, d'ici 2025 :
 - 30 % des services de dépistage et de traitement fournis par des organisations pilotées par les communautés.
 - 80 % des services de prévention du VIH destinés aux populations clés et aux femmes assurés par des organisations pilotées par les communautés, les populations clés et les femmes ; et
 - 60 % des programmes portant sur les facteurs sociétaux mis en œuvre par des organisations dirigées par les communautés.
2. La déclaration et la Stratégie affirment en outre que, d'ici 2025, 90 % des personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection ou affectées par le virus devraient avoir accès à des services intégrés axés sur la personne et spécifiques au contexte pour le VIH et d'autres maladies transmissibles et non transmissibles, la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction, la santé mentale et les services de lutte contre la violence basée sur le genre.
3. À l'approche de 2025, les objectifs 30-80-60 ne sont pas à portée de main au rythme actuel des progrès. La perspective d'atteindre les objectifs 10-10-10 n'était pas claire, selon le Rapport mondial actualisé sur le sida 2024, qui décrivait une lente expansion de la fourniture de services par les communautés, associée à des cadres conceptuels insuffisants.
4. Outre les réformes politiques et structurelles, les principaux déficits identifiés sont la faiblesse de l'harmonisation, de l'alignement et de la responsabilité. En outre, il n'existait pas de cadres de suivi opérationnels et propres à chaque pays :
 - suivre la prestation de services dirigés par la communauté dans les installations et les espaces communautaires ;
 - saisir les investissements ventilés dans les réponses communautaires (y compris la coordination des réseaux/groupes, le renforcement des capacités, le suivi communautaire et le soutien à la résilience pour surmonter les obstacles liés au genre et aux droits humains) ; et
 - garantir des réformes juridiques et politiques (par exemple, l'alignement du champ d'application, l'intégration dans les systèmes de santé nationaux et les contrats sociaux) qui permettent aux modèles dirigés par les communautés de fonctionner efficacement.
5. Les services intégrés de lutte contre le VIH dirigés par la communauté font référence à la fourniture de services de prévention, de dépistage, de traitement et de soins en matière de VIH, ainsi que de services sanitaires et sociaux plus larges que les communautés considèrent comme nécessaires à la mise en place et au maintien de la

prise en charge. Ces services sont fournis par des plates-formes dirigées, dotées de personnel, gouvernées et responsables devant les communautés elles-mêmes. L'intégration, telle qu'elle est comprise par les communautés, est intrinsèquement intersectionnelle : elle reconnaît que les personnes sont confrontées au risque de VIH et aux obstacles à la prise en charge en raison de déterminants multiples qui se chevauchent, tels que l'identité de genre, la sexualité, la criminalisation, la pauvreté, la violence et le statut migratoire, et qu'elles ont donc besoin de services qui répondent à l'ensemble de la personne plutôt qu'à un seul problème.

6. Cela signifie qu'il faut fournir des soins contre le VIH en même temps que des services d'affirmation du genre, de santé et de droits sexuels et reproductifs, de réduction des risques, de santé mentale et de soutien psychosocial, d'aide juridique, de lutte contre la violence basée sur le genre, d'aide alimentaire et de logement, et d'accompagnement par des pairs. Il ne s'agit pas seulement d'un regroupement de services, mais d'un « parcours » de soins holistique, centré sur la personne et sans stigmatisation, fondé sur la confiance, la confidentialité et la sécurité culturelle, avec un encadrement par les pairs à chaque étape.
7. Bien qu'ils soient au cœur des engagements mondiaux, les services intégrés dirigés par les communautés se heurtent à des obstacles majeurs.
 - **Les obstacles au financement**, notamment le financement à court terme ou par projet, le manque de ressources essentielles et flexibles, le financement national limité et les difficultés d'accès au financement direct des gouvernements et des bailleurs de fonds.
 - **Les lacunes en matière de capacités et de systèmes**, telles qu'un soutien insuffisant à l'embauche et à la fidélisation du personnel, des lacunes dans les systèmes de gouvernance et d'organisation, des voies d'accréditation limitées et un investissement inadéquat dans les cadres de pairs et de non-spécialistes.
 - **Des environnements juridiques et politiques restrictifs**, notamment la criminalisation, le rétrécissement de l'espace civique, les réglementations punitives et l'absence de réformes du champ d'application des pratiques qui permettraient aux prestataires communautaires de fournir légalement les services qu'ils fournissent déjà dans la pratique.
 - **Des approches d'intégration qui risquent d'éroder le leadership communautaire**, compromettant ainsi les espaces sécurisés, affaiblissant les protections de la confidentialité et sapant les modèles spécialisés et spécifiques à la population sur lesquels les communautés s'appuient.
8. Malgré ces défis, les services intégrés et dirigés par la communauté sont des opportunités pour maintenir une réponse au VIH en dépit des contraintes financières et politiques. Ce rapport identifie plusieurs actions prioritaires.
 - Adopter un ensemble défini de services intégrés, associant la prévention, le dépistage, le traitement et les soins du VIH aux droits en matière de santé sexuelle et reproductive, aux soins de santé spécifiques aux personnes transgenres, à la réduction des risques, à la lutte contre la violence basée sur le genre, à la santé mentale et au soutien psychosocial, à l'assistance juridique, à l'aide alimentaire et au logement, ainsi qu'à la navigation par les pairs, fournis par des plates-formes communautaires dans des environnements cliniques et non cliniques.

- Garantir un financement direct, prévisible et à long terme pour les organisations dirigées par les communautés, notamment par le biais de contrats sociaux, en couvrant les coûts indirects, en professionnalisant le personnel communautaire et en préservant les financements réservés lorsque les systèmes publics sont hostiles ou criminalisants.
 - Institutionnaliser le suivi communautaire en tant que mécanisme de responsabilisation, en intégrant des boucles de rétroaction dans les plans nationaux de lutte contre le VIH, les contrats avec les prestataires et les rapports mondiaux, avec des indicateurs de suivi de la couverture communautaire, des flux de financement et des réformes juridiques/politiques.
 - Aligner les modèles communautaires sur les réformes nationales en matière de VIH et de soins de santé primaires, par le biais d'une reconnaissance officielle, de mécanismes de planification conjointe et d'une inclusion dans les stratégies nationales, les ensembles de prestations et les dossiers d'investissement, tout en préservant le leadership et l'indépendance de la communauté.
 - Créer des environnements juridiques et politiques favorables, y compris la décriminalisation, la protection de l'espace civique, les réformes du champ d'application des pratiques et les mécanismes de réaction rapide pour détecter les mesures restrictives et y répondre.
9. Le rapport réaffirme que les *services intégrés de lutte contre le VIH dirigés par la communauté* sont indispensables pour mettre en place une riposte au VIH durable et fondée sur les droits, en particulier dans les environnements où les ressources sont limitées, où la criminalité est présente et où la situation est précaire. Ces modèles vont bien au-delà du dépistage, de la prévention et du traitement du VIH : ils combinent les soins liés au VIH avec les services sanitaires et sociaux plus larges que les communautés considèrent comme essentiels à la mise en place et au maintien des soins. Les organisations dirigées par les communautés offrent des espaces de confiance, à l'abri de la stigmatisation, atteignent les personnes que les systèmes publics ne peuvent pas atteindre, réduisent les coûts indirects qui empêchent l'utilisation des services et fournissent un soutien culturellement sûr, centré sur la personne, par l'intermédiaire de pairs qui partagent une expérience vécue.
10. Cette approche intégrée renforce la continuité des soins dans les milieux cliniques et non cliniques, instaure la responsabilité et l'équité par le biais d'un suivi mené par la communauté, et garantit que les personnes bénéficient d'un parcours de soins cohérent, confidentiel et valorisant. L'infrastructure permettant ce travail a été mise en place au fil des décennies et ne peut être reproduite par les systèmes gouvernementaux. La préservation et l'extension des services intégrés gérés par les communautés ne sont donc pas facultatives : elles sont essentielles pour atteindre les objectifs mondiaux, protéger les acquis en matière de santé et poursuivre les progrès dans un contexte de diminution des ressources et d'escalade des menaces pesant sur les droits humains et l'espace civique.

Introduction et contexte

Objet du présent rapport

11. La délégation des ONG au Conseil de Coordination du Programme (CCP) de l'ONUSIDA présente tous les ans un rapport sur un sujet d'intérêt majeur pour la société civile et les communautés touchées par le VIH au CCP. Le rapport comprend des points de décision recommandés.
12. Le rapport 2024, intitulé « Briser les chaînes : soutenir le leadership communautaire et les droits humains pour une riposte durable au VIH », a identifié des tensions entre les efforts visant à répondre aux besoins plus larges en matière de santé et de bien-être des communautés les plus touchées par le VIH, au-delà du seul VIH, et les préoccupations relatives à ce que pourrait signifier une prestation de services de santé « intégrée », en particulier pour ceux qui fournissent et utilisent des services dirigés par les communautés.ⁱ
13. S'appuyant sur ces préoccupations, le rapport 2025 examine les **services intégrés de lutte contre le VIH dirigés par les communautés et leur rôle essentiel dans la mise en place de ripostes au VIH axées sur les personnes, équitables, durables et fondées sur les droits**. Le rapport s'appuie sur des consultations approfondies avec des réseaux de santé communautaires, des cliniques et des experts en la matière pour analyser les obstacles et les facteurs facilitant l'expansion des services intégrés de lutte contre le VIH dirigés par les communautés.

Définir le terme « communautaire »

L'ONUSIDA définit les organisations, groupes et réseaux communautaires comme « des entités dont la majorité des dirigeants, du personnel, des porte-parole, des membres et des bénévoles reflètent et représentent le vécu, les perspectives et les voix de leurs mandants et qui disposent de mécanismes transparents de redevabilité envers leurs circonscriptions. Les organisations, groupes et réseaux dirigés par la communauté sont autodéterminés et autonomes, et ne sont pas influencés par les agendas des gouvernements, des entreprises ou des bailleurs de fonds. Toutes les organisations dirigées par les communautés ne sont pas dirigées par la communauté ».ⁱⁱ

14. Depuis plus de quarante ans, la fourniture de services par les communautés constitue l'épine dorsale de la lutte mondiale contre le VIH. Dès les premiers jours de la pandémie, alors que de nombreux gouvernements tardaient à réagir et que les systèmes de santé étaient mal équipés ou peu disposés à servir les personnes vivant avec le VIH et affectées par celui-ci, les communautés se sont organisées pour prendre soin les unes des autres et exiger de la communauté internationale qu'elle fasse davantage pour répondre à cette situation d'urgence mondiale. Le leadership communautaire a permis des percées dans l'accès aux traitements, a ouvert la voie à des modèles de prestation de services basés sur les pairs, a catalysé la création d'entités transformatrices telles que le Plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial), et a veillé à ce que les voix des personnes vivant avec le VIH et affectées par le virus restent au centre de la riposte. Le succès de la lutte contre le VIH est indissociable de la force de l'action menée par les communautés.

15. Le modèle issu des demandes des communautés — caractérisé par une approche « verticale » avec des flux de financement dédiés au VIH et des plates-formes de prestation de services autonomes et centrées sur le VIH — a eu un impact inimaginable au cours des premières décennies de la pandémie.ⁱⁱⁱ ^{iv} Toutefois, on s'interroge de plus en plus sur la capacité de cette approche à répondre aux besoins de santé plus larges et en constante évolution des personnes vivant avec le VIH et affectées par celui-ci, ainsi qu'à améliorer les résultats liés au VIH et à poursuivre les progrès vers la maîtrise de l'épidémie.^v
16. L'environnement de financement des bailleurs de fonds qui a donné naissance au modèle « vertical » de lutte contre la maladie a également favorisé la création et la croissance d'un vaste réseau d'organisations dirigées par la communauté, basées sur la communauté et dirigées par les populations clés. Ces organisations ont vu le jour parce que les systèmes de santé traditionnels ne parvenaient pas à atteindre les populations marginalisées. Les bailleurs de fonds ont fourni les ressources nécessaires à la construction d'infrastructures alternatives. Des décennies d'investissement ont permis de créer un écosystème sophistiqué de cliniques communautaires, de réseaux de pairs, de programmes de sensibilisation, d'espaces sûrs et de plates-formes de plaidoyer, dirigés par les communautés qu'ils desservent et responsables devant elles. Cette infrastructure n'est pas accessoire à la lutte contre le VIH ; elle est fondamentale et aucun système gouvernemental ne peut la reproduire facilement.
17. L'importance de la fourniture de services par les communautés est explicitement reconnue dans les engagements mondiaux en matière de VIH. La déclaration politique des Nations unies sur le VIH/sida de 2021 a établi les objectifs 30-80-60, par lesquels les États membres se sont engagés à ce que, d'ici 2025, 30 % des services de dépistage et de traitement soient fournis par des organisations dirigées par les communautés ; 80 % des services de prévention du VIH pour les populations clés et les femmes soient fournis par des organisations dirigées par les communautés, des organisations de populations clés et des organisations de femmes ; et 60 % des programmes portant sur les facteurs sociaux soient fournis par des organisations dirigées par les communautés.^{vi}
18. Les objectifs 30-80-60 sont intégrés dans la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 de l'ONUSIDA, qui préconise la fourniture de services par les communautés comme étant essentielle pour atteindre les objectifs de développement durable (ODD) et mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030.^{vii}
19. Reconnaissant les nombreux facteurs sociaux, politiques et juridiques qui augmentent le risque d'infection par le VIH et entravent l'accès aux services de prévention, de traitement et de soins, la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 définit également les objectifs 10-10-10, qui visent à faire en sorte que, d'ici à 2025, « moins de 10 % des pays aient un environnement juridique et politique répressif ; moins de 10 % des personnes vivant avec le VIH et des populations clés soient victimes de stigmatisation et de discrimination ; et moins de 10 % des femmes, des filles, des personnes vivant avec le VIH et des populations clés soient victimes d'inégalités et de violences basées sur le genre ».

20. Toutefois, ces engagements politiques et ces ambitions mondiales sont mis à l'épreuve par une convergence de crises sans précédent. Le paysage mondial du financement et de la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH connaît une transformation rapide et profondément inquiétante, qui menace de déstabiliser l'infrastructure actuelle des systèmes et des réponses communautaires et, à son tour, de perturber radicalement la manière dont les personnes vivant avec le VIH et affectées par le virus abordent leur santé et leur bien-être.
21. Depuis des années, le financement des bailleurs de fonds internationaux pour la lutte mondiale contre le VIH stagne ou diminue, et plusieurs bailleurs de fonds ont fait part de leur intention de continuer à réduire leurs engagements en matière d'aide publique au développement dans les années à venir.^{viii}
22. Outre l'incertitude croissante qui entoure le paysage mondial du financement de la lutte contre le VIH, des questions importantes se posent quant à la *manière* dont les programmes de lutte contre le VIH seront mis en œuvre à l'avenir, et par qui. Un exemple notable est la *stratégie de santé mondiale « America First »*, récemment adoptée, qui présente une série de mesures susceptibles de remodeler le PEPFAR, le plus grand programme bilatéral de lutte contre le VIH au monde.^{ix} Il s'agit notamment de réduire considérablement le rôle des entités non gouvernementales dans la mise en œuvre des programmes soutenus par le PEPFAR.
23. En réponse à la volatilité croissante du paysage mondial des financements dédiés à la santé, le Fonds mondial a entrepris un exercice de « redéfinition des priorités » afin de se préparer et de répondre aux déficits anticipés dans la réalisation des promesses des bailleurs de fonds. Dans de nombreux pays, ces efforts de redéfinition des priorités ont entraîné une transition accélérée des activités financées par les subventions du Fonds mondial vers les ministères de la santé, souvent sans engagement significatif des communautés et au détriment de leurs priorités.^x
24. Ces changements ont eu de profondes répercussions sur les ripostes au VIH menées par les communautés. Partout dans le monde, les organisations dirigées par les communautés sont confrontées à des réductions soudaines et substantielles de leur financement, ce qui entraîne une diminution ou une suppression des services, des réductions de personnel, des fermetures d'installations et, dans certains cas, la fermeture d'organisations entières.^{xi} Les organisations et les services conçus pour répondre aux besoins des populations clés ont été particulièrement touchés.^{xii}
25. Les organisations dirigées par les communautés sont confrontées à d'autres menaces. Dans de nombreuses régions, l'espace civique se rétrécit, en partie à cause des barrières réglementaires qui empêchent les organisations non gouvernementales de s'enregistrer, d'avoir accès à des comptes bancaires et d'opérer légalement. Les mouvements anti-droits et anti-genres gagnent du terrain dans le monde entier. Ces contraintes politiques et juridiques aggravent l'impact de la crise financière, menaçant de démanteler des décennies d'infrastructures construites par les communautés au moment même où elles sont le plus nécessaires.^{xiii}
26. Dans le même temps, les gouvernements doivent rapidement assumer la charge financière de la transition des anciens programmes soutenus par les bailleurs de fonds vers des systèmes nationaux de santé, tout en s'efforçant d'améliorer les soins de

santé primaires et de parvenir à une couverture sanitaire universelle. Dans ce contexte, les questions relatives à la viabilité à long terme des programmes « verticaux » axés sur une seule maladie sont devenues d'une importance cruciale.

27. Pour aller de l'avant, il faut refuser les faux choix. Les gouvernements et les communautés ne doivent pas nécessairement être en concurrence les uns avec les autres. Pour répondre à ce moment de crise et faire en sorte que la lutte contre le sida en tant que menace pour la santé publique se poursuive, les réponses communautaires doivent continuer à jouer un rôle central et croissant dans la satisfaction des divers besoins des personnes vivant avec le VIH et affectées par le virus. Les gouvernements et les communautés doivent travailler en partenariat pour assurer la réussite des services intégrés dans les années à venir.
28. Le présent rapport examine donc les services intégrés de lutte contre le VIH dirigés par la communauté en tant que modèle répondant simultanément à plusieurs besoins urgents : répondre aux besoins de santé holistiques des personnes vivant avec le VIH et affectées par celui-ci ; soutenir l'infrastructure communautaire dont dépend la riposte au VIH ; et offrir aux gouvernements une stratégie de partenariat pour atteindre les objectifs de durabilité et de couverture universelle en matière de santé. Il s'agira d'une condition préalable à la mise en place de réponses au VIH axées sur les personnes, équitables, durables et fondées sur les droits.
29. L'intégration, lorsque les communautés la mènent, signifie élargir le champ d'action des organisations dirigées par les communautés tout en veillant à ce qu'elles disposent des ressources, de la reconnaissance officielle et d'un environnement juridique favorable pour fonctionner durablement en tant que partenaires permanents au sein des systèmes de santé nationaux.
30. La question n'est pas de savoir si c'est le gouvernement ou la communauté qui doit diriger les services de lutte contre le VIH. La question est de savoir comment structurer, doter en ressources et protéger un écosystème complémentaire dans lequel les deux peuvent prospérer, les organisations dirigées par les communautés étant reconnues et financées comme des prestataires de services essentiels et spécialisés ayant des rôles distincts que les systèmes gouvernementaux ne peuvent pas remplir. Ces questions sont urgentes. Les décisions prises aujourd'hui sur la manière dont l'intégration se déroule détermineront si des décennies de capacités mises en place par les communautés sont préservées et développées en tant que caractéristique permanente des systèmes de santé, ou si elles sont démantelées dans la poursuite malavisée d'une viabilité assurée uniquement par le gouvernement.
31. Ce rapport propose que l'expansion et le financement adéquat des services intégrés de lutte contre le VIH dirigés par les communautés constituent la condition préalable fondamentale à la mise en place de réponses au VIH axées sur les personnes, équitables, durables et fondées sur les droits.

Cadres mondiaux sur l'intégration pilotée par la communauté et la fourniture de services intégrés

32. L'ONUSIDA définit les ripostes au VIH menées par les communautés comme suit : « *des actions et des stratégies qui visent à améliorer la santé et les droits humains de*

leurs circonscriptions, qui sont spécifiquement informées et mises en œuvre par et pour les communautés elles-mêmes et les organisations, groupes et réseaux qui les représentent ».^{xiv}

33. Le Rapport 2024 des ONG au CCP a réaffirmé cette définition, en soulignant que les ripostes au sida menées par les communautés sont fondamentales pour maintenir les progrès et garantir la responsabilisation des populations clés et des personnes vivant avec le VIH.^{xv}
34. Le concept de services de santé intégrés, dans le contexte de la riposte au VIH, est défini par l'ONUSIDA comme suit : « *des services intégrés, axés sur l'être humain et adaptés au contexte pour le VIH et autres maladies transmissibles et non transmissibles, des soins de santé sexuelle et procréative et la violence fondée sur le genre* »^{xvi} L'ONUSIDA affirme en outre que la protection sociale fait partie intégrante de l'intégration parce qu'elle « *aide à s'attaquer aux multiples déterminants sociaux du VIH, notamment la pauvreté, l'inégalité des revenus, les inégalités entre les genres, la stigmatisation et la discrimination, et l'exclusion sociale* »,^{xvii} et qu'une intégration efficace exige de renforcer « *les services sociaux et de santé, les communautés étant pleinement intégrées en tant que partenaires essentiels dans chacun des aspects de la riposte au VIH* ».^{xviii} Les services intégrés doivent également répondre au fait que « *les services dédiés au VIH ne répondent pas toujours aux besoins de santé plus larges des personnes vivant avec ou affectées par le VIH* »^{xix} et que « *les besoins holistiques et les droits humains des personnes vivant avec, risquant de vivre avec et affectées par le VIH... ne sont pas suffisamment pris en compte en raison de l'intégration inadéquate des services de santé* ».^{xx}
35. Le concept de soins centrés sur la personne, qui est au cœur de la prestation de services intégrés, est défini par l'OMS comme suit : « *Les soins centrés sur la personne sont une approche des soins qui adopte consciemment les perspectives des individus, des soignants, des familles et des communautés en tant que participants et bénéficiaires de systèmes de santé fiables, organisés autour des besoins globaux des personnes plutôt que de maladies individuelles, et qui respecte les préférences sociales* ».^{xxi}
36. Sur la base de la définition de l'ONUSIDA des réponses communautaires au sida, de la définition de l'ONUSIDA des services de santé intégrés et de la définition de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) des soins centrés sur la personne décrites ci-dessus, la prestation de services intégrés de lutte contre le VIH à l'initiative de la communauté peut être définie comme suit : « *la fourniture de services de prévention, de dépistage, de traitement et de soins du VIH en combinaison avec d'autres services sanitaires et sociaux essentiels, par l'intermédiaire de plates-formes dirigées, gouvernées et responsables devant les communautés elles-mêmes* ».

Dans quelle mesure les cadres mondiaux reconnaissent-ils et donnent-ils la priorité aux services intégrés de lutte contre le VIH dirigés par la communauté ?

La Déclaration politique sur le VIH et le sida de 2021 :

37. La déclaration politique de 2021 fixe, pour la première fois, des objectifs mondiaux explicites pour la fourniture de services gérés par les communautés. D'ici 2025, les gouvernements se sont engagés à :
 - 30 % des services de dépistage et de traitement fournis par des organisations pilotées par les communautés.
 - 80 % des services de prévention du VIH destinés aux populations clés et aux femmes assurés par des organisations pilotées par les communautés, les populations clés et les femmes ; et
 - 60 % des programmes portant sur les facteurs sociétaux mis en œuvre par des organisations dirigées par les communautés.
38. En outre, la déclaration fixe comme objectif que 90 % des personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection et affectées par le virus aient accès, d'ici à 2025, à des services intégrés axés sur la personne et adaptés au contexte pour le VIH et d'autres maladies transmissibles et non transmissibles, la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR) et la santé mentale, ainsi qu'à des services de lutte contre la violence fondée sur le genre.^{xxii} Il s'agissait d'engagements historiques, qui ont fait de la fourniture de services par les communautés un élément essentiel de la riposte au VIH au plus haut niveau politique.
39. L'ONUSIDA a indiqué que ces engagements ne sont pas à portée de main. Le Rapport mondial actualisé sur le sida 2024 indique que « les progrès vers les objectifs 10-10-10 et 30-80-60 ne sont pas à portée de main », citant la lenteur de la mise en œuvre et les lacunes persistantes dans les données communiquées par les pays.^{xxiii} Dans la pratique, la plupart des cadres de suivi nationaux ne tiennent pas encore compte de la proportion de services fournis par des organisations dirigées par les communautés, ce qui fait qu'une grande partie de l'engagement n'est pas suivie et n'est pas suffisamment financée. Le rapport des ONG présenté à la 55e réunion du CCP en 2024 a attiré l'attention sur ce manque de responsabilité. Il a observé qu'à moins de deux ans de l'échéance de 2025, il n'existait pas de cadre de suivi opérationnel des engagements 30-80-60. Il a exhorté le CCP à « conserver et renforcer » ces objectifs en imposant un mécanisme de responsabilisation et en le liant à un programme d'action accéléré.^{xxiv}

Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026

40. La Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 considère que la fourniture de services par les communautés est indispensable pour atteindre la cible 3.3 de l'ODD et l'objectif de mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030. Elle identifie les communautés non seulement en tant que défenseurs et leaders, mais aussi en tant que prestataires de services tout au long du continuum de la prévention, du dépistage et du traitement.^{xxv}
41. La Stratégie reconnaît aussi explicitement que les programmes verticaux de lutte contre le VIH ne peuvent, à eux seuls, répondre à l'ensemble des besoins de santé des personnes vivant avec le VIH et affectées par celui-ci. Elle reconnaît que « les services spécialisés dans le VIH ne répondent pas toujours aux besoins de santé plus larges

des personnes vivant avec ou affectées par le VIH » et appelle à des approches intégrées et centrées sur les personnes.^{xxvi}

42. La Stratégie s'articule autour de trois priorités stratégiques : maximiser l'accès équitable aux services, faire tomber les barrières sociétales et juridiques, et financer pleinement et durablement les ripostes au VIH. Les services intégrés de lutte contre le VIH menés par la communauté sont alignés sur chacune de ces priorités, offrant des voies pour élargir l'accès, réduire la stigmatisation et promouvoir la durabilité.

Vers la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026-2031

43. La prochaine Stratégie mondiale de lutte contre le sida, qui couvrira la période 2026-2031, est en cours d'élaboration. Les grandes lignes de la nouvelle Stratégie présentées lors de la 56e réunion du CCP en juin 2025 exposent une vision renouvelée centrée sur l'équité, les droits et la durabilité et reconnaissent que le monde n'est pas sur la bonne voie pour atteindre les objectifs de 2025.^{xxvii} Il est important de noter que la nouvelle Stratégie défend la gouvernance communautaire et reconnaît que les réponses communautaires sont essentielles pour obtenir des résultats en matière de VIH et pour atteindre des objectifs plus larges en matière de santé et de justice sociale.
44. Plus précisément, les recommandations initiales de l'ébauche de Stratégie appellent à
- Garantir un environnement juridique et politique favorable, y compris la protection de l'espace civique, des droits humains et de l'égalité des genres.
 - Accroître le financement durable des réponses menées par les communautés, notamment par le biais de contrats sociaux, de financements de base et flexibles, et de la mobilisation des ressources nationales.
Intégrer les communautés dans les systèmes de santé en tant que prestataires de services essentiels, en reconnaissant officiellement leur rôle dans les services de santé et de lutte contre le VIH intégrés et axés sur les personnes, et en leur allouant des ressources à cet effet.
 - Renforcer les systèmes de suivi, de responsabilisation et de données gérés par les communautés, afin que la prise de décision à tous les niveaux s'appuie sur des données probantes générées par les communautés.
 - Garantir la participation directe des communautés à la gouvernance, à la planification et à la supervision des réponses nationales en matière de VIH et de santé, y compris en leur donnant une place significative à la table des organes mondiaux et nationaux.
45. Parallèlement, la délégation des ONG a mené et présenté les résultats de sa propre enquête mondiale. Cette enquête a permis de recueillir les points de vue des acteurs de la société civile et des communautés sur les priorités de la prochaine Stratégie. Les répondants ont classé l'accès aux services comme la plus grande priorité et ont identifié l'intégration et le leadership communautaire comme des voies clés pour y parvenir. Dans le même temps, ils ont mis en évidence des obstacles persistants tels que la stigmatisation, les lois punitives et le sous-financement chronique.^{xxviii} Les grandes lignes de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida et l'enquête de la délégation des ONG confirment que la fourniture de services intégrés et dirigés par la

communauté doit rester au cœur de la prochaine Stratégie mondiale de lutte contre le sida.

46. L'ébauche de Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026-2031 fait de la fourniture de services intégrés et dirigés par la communauté un impératif opérationnel pour l'année à venir. Cela implique de placer le leadership communautaire au cœur du renforcement des systèmes de santé et de lutte contre le VIH, d'intégrer les communautés en tant que prestataires de services reconnus, de garantir un financement durable et des protections juridiques, et de renforcer la responsabilisation par le biais d'un suivi et d'une collecte de données menés par les communautés.

Méthodologie

Sources de données et échantillonnage

47. Ce rapport utilise une approche mixte, comprenant une étude documentaire approfondie, une enquête ciblée, une enquête axée sur la communauté et des entretiens avec des informateurs clés, experts en prestation de services au niveau communautaire. La collecte et l'analyse des données ont eu lieu entre juin et septembre 2025.
48. Une analyse documentaire de la littérature publiée, évaluée par des pairs, et de la littérature grise a été réalisée. Elle s'est concentrée sur la fourniture de services VIH par la communauté et les pairs, la fourniture de services VIH intégrés et l'intersection de ces sujets dans la fourniture de services VIH intégrés par la communauté.
49. Une enquête quantitative et qualitative a été conçue en collaboration avec la délégation des ONG et les partenaires communautaires afin de recueillir les perceptions des principales parties prenantes sur la définition de « dirigé par la communauté », les distinctions entre les services dirigés par la communauté et les services basés sur la communauté, les perceptions sur les avantages de ces approches et sur les obstacles à leur adoption plus large, et les recommandations pour le CCP de l'ONUSIDA.
50. L'enquête a été diffusée par la délégation des ONG et ses partenaires par l'intermédiaire des réseaux de populations clés et des plates-formes communautaires. Les réponses ont été reçues entre le 14 juillet et le 4 septembre 2025. Au total, 151 réponses ont été rassemblées. Une ventilation démographique de haut niveau des réponses est incluse dans l'annexe 3.
51. Au total, 33 entretiens approfondis avec des informateurs clés ont été menés avec des membres d'organisations mettant actuellement en œuvre des organisations de prestation de services intégrés de lutte contre le VIH dirigés par la communauté et des experts de la prestation de services de lutte contre le VIH dirigés par la communauté (annexe 3). Les guides d'entretien pour les entretiens avec les informateurs clés ont été élaborés avec l'aide de la délégation des ONG et se sont concentrés sur la collecte de données sur les perceptions des répondants concernant l'impact de ce modèle de soins sur les résultats pour les clients, y compris la prévention du VIH, les résultats du traitement et les résultats socio-économiques plus larges. Les entretiens ont été menés en anglais, en français et en espagnol et ont ensuite été analysés.

52. Six exemples d'approches innovantes, menées par les communautés, pour intégrer les efforts visant à répondre aux besoins plus larges des personnes vivant avec le VIH et affectées par le VIH en matière de santé et de bien-être, ont été évalués pour élaborer des études de cas approfondies (comme indiqué tout au long de ce document), avec des organisations désignées par la Délégation des ONG. Les études de cas ont été sélectionnées pour refléter des exemples de travail avec une diversité de communautés, en tenant compte des différences régionales, des réalités des communautés et dans un éventail de contextes géographiques et sociopolitiques. Des entretiens semi-structurés avec des représentants d'organisations ont été menés et analysés. Dans la mesure du possible, les entretiens ont été complétés par un examen des documents, des données sur les services de routine et des points de vue des utilisateurs.

Approche analytique

53. Les données quantitatives issues de l'enquête ont fait l'objet d'une analyse descriptive par tabulation, y compris avec une désagrégation par population, région et autres caractéristiques des répondants.
54. Les données qualitatives obtenues à partir des entretiens et des réponses ouvertes à l'enquête ont fait l'objet d'une analyse thématique par l'équipe chargée de la collecte des données. Les entretiens ont été transcrits et traduits en anglais, puis examinés afin d'identifier les thèmes significatifs. Les résultats des entretiens ont été synthétisés en domaines thématiques généraux, et des citations illustratives ont été extraites pour être incluses dans le rapport final.

Considérations éthiques

55. Toutes les personnes interrogées ont été informées des objectifs de la collecte de données et ont donné leur consentement explicite par écrit (pour celles qui ont rempli l'instrument d'enquête) et/ou verbalement (au cours des entretiens).

Limites

56. Il est important de noter que les conclusions de ce rapport et les recherches sur lesquelles il se fonde sont destinées à illustrer plutôt qu'à comparer. Elles doivent être comprises comme faisant partie d'une conversation plus large sur le renforcement des réponses au VIH par le biais de stratégies diverses et spécifiques au contexte. Cependant, les informations obtenues grâce à cette recherche — et en particulier celles fournies par l'enquête et les informateurs clés — bien qu'elles ne soient pas généralisables, offrent des preuves importantes de ce qui fonctionne pour les communautés et de la raison pour laquelle il est essentiel de centrer leur voix pour l'intégration future des services.
57. La capacité des organisations dirigées par les communautés à s'engager pleinement dans la recherche qui sous-tend ce rapport a été limitée par les changements récents dans l'environnement des financements dédiés à la santé. Ce problème était particulièrement aigu pour les organisations fournissant des services intégrés dont le financement par les bailleurs de fonds avait été réduit, suspendu ou supprimé. Ces

contraintes ont eu une incidence sur la profondeur et l'étendue de l'engagement possible pour l'étude.

58. Cette analyse a été réalisée dans un délai très court, les engagements approfondis se limitant à quelques groupes de discussion composés de répondants et de participants. Bien qu'un engagement plus large serait utile dans les études futures, les résultats fournissent néanmoins des informations riches et une base solide pour informer le dialogue en cours et guider un travail plus approfondi sur l'avancement des services intégrés de lutte contre le VIH dirigés par la communauté pour une réponse durable au VIH.

Le rôle des services intégrés dirigés par la communauté dans une réponse au VIH durable et fondée sur les droits

59. L'ONUSIDA préconise la prestation de services intégrés en tant que stratégie de base pour garantir que les personnes vivant avec le VIH et affectées par le virus reçoivent « des soins coordonnés, centrés sur la personne et axés sur les résultats tout au long de la vie », en recourant à une combinaison appropriée d'interventions basées ou non sur la santé.^{xxix}
60. La Stratégie mondiale de lutte contre le sida, 2021-2026 a fixé l'objectif de haut niveau selon lequel, d'ici 2025, « 90 % des personnes vivant avec le VIH et des personnes exposées au risque d'infection ont des liens avec des services intégrés centrés sur les personnes et adaptés au contexte pour d'autres maladies transmissibles, des maladies non transmissibles, la santé sexuelle et la violence liée au genre, la santé mentale, l'usage de drogues et de substances, et d'autres services dont elles ont besoin pour leur santé et leur bien-être général ».^{xxx}
61. L'efficacité des approches de prestation de services intégrés et la probabilité que les communautés en bénéficient pleinement dépendront de la mise en place de modèles qui reflètent de manière appropriée les besoins et les préférences des communautés, leurs identités croisées et les obstacles structurels auxquels elles sont confrontées. Il s'agit notamment de fournir les services les plus demandés, de veiller à ce que ces services soient fournis d'une manière acceptable pour les populations qui en ont besoin, de reconnaître la nécessité d'une approche intersectionnelle et de tirer parti des plates-formes de prestation de services qui sont les mieux placées pour atteindre les communautés.
62. S'appuyant sur l'enquête et les entretiens avec les informateurs clés, la section suivante décrit les composantes essentielles de la prestation de services intégrés de lutte contre le VIH, y compris une description des besoins spécifiques des populations les plus touchées par le VIH, sur la base de l'appropriation communautaire, du leadership et de l'intersection entre l'identité et les besoins essentiels en matière de soins de santé.

La nécessité d'une approche intersectionnelle pour la fourniture de services intégrés dirigés par la communauté

63. En outre, des progrès rapides dans la lutte mondiale contre le VIH ne seront réalisés que si les services intégrés reflètent les diverses réalités des communautés qu'ils

visent à atteindre. L'ONUSIDA et l'OMS soulignent que la prestation de services doit tenir compte des déterminants sociaux et structurels qui interagissent pour façonner la vulnérabilité au VIH et les résultats en matière de santé.^{xxxii} Cela nécessite une approche intersectionnelle explicite de l'intégration, garantissant que les services répondent aux expériences vécues par les personnes plutôt qu'à des modèles de soins monospécifiques.

64. L'intersectionnalité est largement utilisée en santé publique pour expliquer comment de multiples déterminants sociaux et structurels se combinent pour façonner la vulnérabilité au VIH, l'accès aux services et les résultats en matière de santé.^{xxxiii} Il est prouvé que le risque d'infection par le VIH et l'accès réduit aux soins résultent d'influences croisées, notamment la criminalisation, la stigmatisation, la discrimination, l'inégalité entre les genres, la pauvreté, le handicap et le statut migratoire.^{xxxiv} Des études globales démontrent que ces facteurs croisés sont associés à un faible taux de dépistage du VIH, à un retard dans l'initiation du traitement, à une adhésion réduite au traitement et à des niveaux plus faibles de suppression virale.^{xxxvi}
65. La Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2016 souligne que la réduction des inégalités, y compris celles visées par les engagements 10-10-10 et 30-80-60, dépend de la prise en compte des déterminants structurels qui se recoupent et qui influent sur la confiance, l'accès et l'utilisation des services liés ou non au VIH.^{xxxvii}
66. Le concept d'intersectionnalité explique pourquoi les communautés sont confrontées à des obstacles multiples et simultanés dans les services liés au VIH, à la santé sexuelle et reproductive, à la santé mentale, à la réduction des risques et à la violence basée sur le genre. Ces obstacles comprennent la stigmatisation dans les établissements de santé, l'exposition à la violence, les lois restrictives, les pratiques policières et l'exclusion géographique ou économique.^{xxxviii} Les personnes confrontées à des oppressions et des obstacles croisés sont plus susceptibles de retarder le dépistage, d'abandonner la thérapie antirétrovirale (TAR) ou de lutter pour accéder à la prévention, au traitement ou à l'aide psychosociale.^{xxxix} ^{xl}
67. Appliquer l'intersectionnalité à la prestation de services intégrés en matière de VIH signifie reconnaître que des déterminants qui se chevauchent influencent l'endroit où les gens cherchent à se faire soigner, la confiance qu'ils accordent aux prestataires et la continuité de leur engagement. Par exemple, une femme transgenre qui vend du sexe et consomme de la drogue peut être confrontée simultanément à des restrictions légales, à la stigmatisation, à la violence et à l'absence de services d'affirmation du genre, ce qui affecte son accès au VIH, à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, à la réduction des risques et aux services de santé mentale.

Leadership et pouvoir de décision tout au long du cycle de prestation

68. Une approche intersectionnelle nécessite non seulement des services intégrés, mais aussi un leadership communautaire doté d'une réelle autorité sur la manière dont ces services sont conçus, fournis et contrôlés. L'action communautaire se distingue de l'activité communautaire générique par le fait qu'elle confère à la communauté concernée une autorité et une responsabilité réelles sur l'ensemble du cycle d'activités.

69. Dans la pratique, les représentants des communautés fixent les priorités, approuvent les ensembles de services et donnent leur accord sur les modèles de personnel, les budgets et les procédures opérationnelles. Leur autorité et leurs responsabilités sont formalisées dans des accords de gouvernance tels que des constitutions, des mandats ou des matrices de décision qui précisent quelles questions doivent être transmises aux conseils ou aux bailleurs de fonds, et lesquelles relèvent de la compétence de la communauté.
70. Dans l'enquête et les entretiens avec les informateurs clés, les représentants des communautés ont également indiqué qu'ils prenaient la direction des décisions opérationnelles pragmatiques qui ont une incidence directe sur l'accessibilité et l'acceptabilité. Il s'agit notamment de fixer les heures d'ouverture, de concevoir des stratégies de sensibilisation, d'adapter les flux cliniques et d'ajuster les critères d'éligibilité en fonction du retour d'information des utilisateurs. Par exemple, les organisations dirigées par des professionnel(le)s du sexe peuvent mettre en place des unités mobiles de sensibilisation dans les quartiers où travaillent les professionnel(le)s du sexe, en proposant stratégiquement des services en fin d'après-midi ou en soirée afin de maximiser la commodité et la sécurité. Ces décisions sont intégrées dans les modèles de service et concrétisées par la signature de plans et de budgets, la rédaction de rapports et la représentation dans les forums de coordination.
71. Pour éviter le symbolisme, les communautés ont défini des seuils minimaux de gouvernance et des critères de composition des rôles. Il s'agit généralement d'une super majorité des sièges de l'organe directeur détenus par la communauté concernée, la plupart des rôles exécutifs étant occupés par des membres de la communauté et la délégation explicite des décisions relatives à l'étendue des services, au recrutement des cadres de la communauté et au traitement des plaintes. Ces garanties sont inscrites dans les documents de gouvernance et les politiques de recrutement, ce qui assure la responsabilité, la légitimité et la continuité.

Avantages et valeur ajoutée de la fourniture intégrée de services VIH sous l'égide de la communauté

72. De plus en plus d'études démontrent que les approches intégrées de prestation de services peuvent améliorer les résultats liés au VIH dans l'ensemble du continuum de soins. Un examen systématique de 114 études réalisé en 2021 a par exemple révélé que la prestation de services intégrés se traduisait par une augmentation de 67 % du nombre de tests et de conseils sur le VIH, de 42 % des taux d'initiation au traitement antirétroviral, de 55 % du délai d'initiation au traitement antirétroviral, de 68 % du taux de rétention dans les soins et de 19 % des taux de suppression virale.^{xli}
73. Le rôle essentiel joué par les modèles communautaires — y compris ceux dirigés par les populations clés — dans la fourniture de services intégrés complets est également de plus en plus reconnu.^{xlii} Toutefois, ces modèles, bien qu'ils soient bien établis, continuent d'être méconnus et sous-appréciés dans les discussions plus larges sur l'intégration.
74. Les réponses à l'enquête et les entretiens avec les informateurs clés ont mis en évidence le fait que les services intégrés dirigés par la communauté apportent une série d'avantages spécifiques aux personnes vivant avec le VIH et aux populations

clés. Les communautés ont décrit comment ces modèles instaurent la confiance, garantissent la sécurité culturelle et une qualité centrée sur la personne, améliorent l'utilisation et la continuité, réduisent les coûts et le temps pour les clients, soutiennent l'efficacité et la qualité des systèmes de santé et contribuent à l'équité et à la responsabilité au sens large. L'ensemble des résultats montre que les services intégrés dirigés par la communauté sont une composante essentielle d'une riposte au VIH durable et fondée sur les droits.

75. **Une base de confiance.** La confiance a été identifiée à plusieurs reprises comme la caractéristique la plus importante des services intégrés gérés par la communauté, car elle détermine si les personnes entreront dans un service, divulgueront des informations sensibles et reviendront pour un suivi. La confiance est établie lorsque les personnes sont soutenues et accueillies par leurs pairs, savent que la confidentialité sera respectée et reconnaissent que les services sont conçus en fonction de leurs besoins réels, de leurs réalités et de leurs priorités - et cela se produit lorsque les services sont dirigés par les personnes qu'ils sont censés aider ou qu'ils sont conçus en collaboration avec elles. Pour les personnes transgenres, les professionnel(le)s du sexe, les personnes qui consomment des drogues, les femmes et les jeunes, des soins crédibles impliquent un soutien par les pairs, une communication respectueuse (y compris les noms et pronoms choisis), la confidentialité et un suivi prévisible. Un personnel compétent sur le plan culturel, à l'écoute des conseils de la communauté et des préférences des patients, et qui agit en conséquence, incarne la qualité, la sécurité et l'assimilation. L'une des erreurs fondamentales que commettent de nombreux prestataires de soins de santé est de surestimer leur connaissance des communautés qu'ils desservent.

« L'essentiel, c'est que les communautés se comprennent entre elles. On a alors le sentiment d'avoir affaire à un service de confiance, parce que les expériences se ressemblent, notamment en matière de discrimination et de marginalisation. Dans ces services, on peut se sentir à l'aise, sans être jugé pour son parcours, son comportement ou les difficultés rencontrées... Il s'agit donc avant tout de confiance, l'élément le plus important pour la communauté, et d'un espace sûr. On a le sentiment que son identité y sera protégée et que l'on sera pris en charge comme une personne, et non comme un simple numéro ».

– Expert communautaire, Asie-Pacifique

76. Pour de nombreuses personnes vivant avec le VIH et de nombreux membres des populations clés, les établissements de santé traditionnels restent liés à des expériences de stigmatisation, de discrimination et, souvent, de criminalisation. En revanche, les services communautaires ont été décrits comme des espaces où les gens peuvent s'engager ouvertement et se sentir protégés. La présence de pairs dans des rôles cliniques ou de soutien est un signe immédiat de sécurité et de confiance, tandis que la conception des services réduit la nécessité d'une divulgation répétée dans des contextes potentiellement stigmatisants, renforçant ainsi l'intimité et la dignité.
77. Ces résultats sont corroborés par la littérature récente. L'étude exploratoire de 2021 sur les réponses communautaires au VIH a conclu que le dépistage communautaire augmentait de manière significative le nombre de premiers tests

par rapport aux approches basées sur les établissements.^{xlvi} Une évaluation de 2024 d'une stratégie VIH et SDSR menée par des pairs a observé un engagement plus important chez les jeunes lorsque les services étaient fournis par des pairs,^{xlvi} tandis qu'une étude de 2025 sur des méthodes mixtes en Afrique australe a constaté une augmentation du nombre de premiers tests et du lien avec les soins dans les modèles menés par la communauté qui étaient fondés sur la confiance des pairs.^{xlvi}

78. **Sécurité culturelle et qualité centrée sur la personne.** La sécurité culturelle et l'approche centrée sur la personne ont été décrites comme des éléments essentiels à l'efficacité des services intégrés de lutte contre le VIH dirigés par la communauté. Cela signifie que les services reflètent les identités, les langues et les réalités vécues par ceux qui les utilisent, et que les personnes se sentent connues, respectées et en sécurité. Elle nécessite également des environnements politiques explicitement non discriminatoires et qui protègent les personnes transgenres et les autres communautés criminalisées de la stigmatisation, de l'exclusion et des lois punitives.
79. Les prestataires communautaires adaptent les services aux besoins de populations spécifiques. Pour les communautés transgenres, cela inclut des services d'affirmation du genre et la formation du personnel aux besoins spécifiques de cette population et aux interactions respectueuses. Pour les professionnel(les) du sexe, les services intègrent des conseils juridiques et des réponses à la violence sexiste. Pour les personnes qui consomment des drogues, la réduction des risques, telle que la réponse aux overdoses et l'éducation à une consommation plus sûre, est la norme. Les organisations dirigées par des jeunes veillent à ce que les structures de gouvernance, les styles de communication et les modèles de service soient véritablement axés sur les jeunes.
80. Pour les communautés autochtones, la sécurité culturelle exige un leadership autochtone et des approches anticoloniales qui reconnaissent que les systèmes de santé traditionnels ont toujours été des lieux de préjugés pour les peuples autochtones.^{xlvi} L'intégration des modèles indigènes nécessite d'intégrer les pratiques de guérison traditionnelles, le soutien des aînés et les cérémonies aux services cliniques. Les personnes interrogées ont souligné que pour de nombreux membres des communautés autochtones, les organisations dirigées par des autochtones représentent la seule voie acceptable d'accès aux soins en raison de traumatismes historiques. Les modèles de prestation de services intégrés dirigés par des autochtones, comme le Mino Pimatisiwin Sexual Wellness Lodge de Ka Ni Kanichihk au Manitoba, montrent comment des services culturellement sûrs peuvent réduire les obstacles et élargir l'accès aux soins d'une manière qui garantisse la sécurité culturelle.^{xlvi}
81. **Amélioration de la participation, de la continuité et des résultats.** L'enquête et les entretiens ont montré que l'intégration dans les services communautaires réduit les occasions manquées et renforce la continuité des soins. En répondant à de multiples besoins en une seule visite et en offrant une navigation sans stigmatisation, ces services réduisent les risques de désengagement des soins. Les personnes interrogées ont décrit des modèles dans lesquels le dépistage, l'initiation immédiate du

traitement et le soutien psychosocial étaient proposés successivement, avec un suivi par des pairs pour maintenir l'engagement. Les résultats de l'enquête ont montré que les clients étaient plus susceptibles de rester dans le système de soins lorsque des soins intégrés étaient disponibles. Les pairs navigateurs et les agents de santé communautaires ont été décrits comme essentiels au maintien de la continuité. L'examen exploratoire de 2021 a également mis en évidence des preuves solides de l'amélioration du lien avec les soins, de l'adhésion au traitement et de la rétention dans les modèles dirigés par la communauté.^{xlviii}

82. **Efficacité pour les personnes accédant aux services.** Pour les clients, les services intégrés de lutte contre le VIH dirigés par la communauté réduisent le temps et les coûts d'accès aux soins. Les personnes interrogées dans le cadre de l'enquête et des entretiens ont souligné la commodité des services à guichet unique, qui permettent de répondre à plusieurs besoins en une seule visite. Les résultats de l'enquête ont montré que le gain de temps, la protection de la vie privée et la réduction des coûts indirects étaient les principales raisons pour lesquelles les gens préféraient les modèles intégrés. En évitant de se rendre plusieurs fois dans différents établissements, les clients économisent les frais de déplacement et le temps passé au travail ou à l'école.
83. **Des gains d'efficacité pour le système de santé.** L'intégration menée par la communauté favorise également l'efficacité et la qualité au niveau du système. Des pairs formés et des agents non professionnels assument des tâches définies sous supervision clinique, ce qui libère les autres catégories de personnel tout en garantissant la sécurité et le respect des normes. Les services coordonnés réduisent les doubles emplois entre les programmes verticaux et renforcent la continuité grâce à des réseaux d'orientation et des systèmes d'enregistrement communs.
84. Les services intégrés de lutte contre le VIH dirigés par la communauté proposent des offres complètes en combinant les services de lutte contre le VIH avec les services de santé sexuelle et reproductive, de santé mentale et de réduction des risques. Ces modèles ont été décrits comme étant plus efficaces que les approches fragmentées pour garantir que les personnes suivent des parcours complets de prévention ou de traitement. L'examen exploratoire 2021 a également montré que les approches communautaires contribuent à des gains structurels tels que l'amélioration du suivi de la charge virale, la réduction des ruptures de stock et le renforcement de la responsabilité en matière de droits.^{xlix}
85. **Équité et responsabilité.** Les services intégrés et dirigés par la communauté contribuent également à l'équité et à la responsabilité. Ils renforcent les relations entre les populations marginalisées et les systèmes de santé, fournissent des mécanismes de retour d'information et de suivi des clients, et promeuvent la dignité et l'inclusion. Les réponses à l'enquête ont permis d'établir un lien entre ces modèles et l'amélioration des connaissances en matière de santé, de l'efficacité personnelle et de la participation sociale.

« [Le ministère de la santé] comprend tout le travail que nous faisons en coulisses, il comprend tout ce que nous pouvons faire, mais nous nous asseyons rarement à la table des décisions [...] Le leadership est là. En ce qui concerne les communautés, la volonté de travailler est là. Le travail lui-même est effectué, et parfois mieux que dans les services de santé, dans la mesure où nous sommes autorisés à le faire. Mais la prise de décision ? Non, nous n'en sommes pas encore là. »

– Expert communautaire, Afrique occidentale et centrale

86. Le suivi mené par la communauté a été mis en avant comme un mécanisme de responsabilisation essentiel, garantissant que le retour d'information se traduise par des changements dans la pratique. Les personnes interrogées ont noté que ces systèmes créent une responsabilité partagée entre les prestataires, les communautés et les partenaires du secteur public, contribuant ainsi à la mise en place de systèmes plus réactifs et plus justes. Ces perspectives sont cohérentes avec les données publiées. Une étude de l'ONUSIDA 2023 sur le suivi communautaire a constaté une amélioration de la réactivité, de l'expérience des clients et de la réforme des politiques lorsque les communautés sont habilitées à collecter des données et à agir en conséquence !

Quels sont les services à intégrer dans les soins liés au VIH ?

87. En ce qui concerne les services non liés au VIH les plus demandés, les recherches menées dans le cadre du présent rapport ont permis d'établir une liste non exhaustive de domaines de services que les communautés vivant avec le VIH et affectées par le VIH souhaiteraient voir fournis parallèlement aux soins qu'elles reçoivent pour le VIH : SDSR ; soins de santé spécifiques aux personnes transgenres ; réduction des risques ; prévention de la violence et soutien juridique ; et santé mentale et soutien psychosocial.
88. **Santé et droits sexuels et reproductifs.** On a constaté que l'intégration des services liés au VIH et à la santé sexuelle et reproductive était associée à une amélioration des taux de dépistage du VIH, d'accès aux soins et d'observance du traitement ; de même, cette intégration des services est associée à un meilleur accès aux services de santé sexuelle et reproductive et à leur utilisation, ainsi qu'à une amélioration de la qualité des services.¹¹¹ ¹¹² ¹¹³ Dans l'enquête réalisée pour ce rapport, 41 % des personnes interrogées ont déclaré avoir eu accès à des services de contraception et de planification familiale dans le même espace que les services VIH, et 40 % ont eu accès à des services liés à la grossesse et à des soins prénataux.
89. Les informateurs clés ont insisté sur le fait que les services intégrés de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH doivent offrir un ensemble complet de services centrés sur la personne. Les normes minimales comprennent la contraception et la planification familiale, la grossesse, l'allaitement et les soins postnataux, l'avortement dans des conditions sûres lorsqu'il est légal, la prévention de la transmission verticale et l'accès à une éducation sexuelle complète, inclusive et adaptée à l'âge. Parmi les autres besoins identifiés par les communautés figurent le soutien à la ménopause, la vaccination contre le papillomavirus humain, la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus, ainsi que l'information et les soins relatifs à la schistosomiase génitale féminine.

90. Les services SDSR doivent être fournis de manière à refléter les besoins spécifiques et intersectionnels des communautés. Par exemple, pour les jeunes (y compris les adolescentes et les jeunes femmes, ainsi que les jeunes populations clés), les services doivent être adaptés aux adolescents, avec des garanties solides en matière de consentement et de confidentialité, et une protection contre le « contrôle » des parents ou des conjoints. C'est essentiel pour tous les jeunes des populations clés et prioritaires, qui sont confrontés à des risques accusés de divulgation forcée, de stigmatisation, de rejet familial et de violation de la confidentialité.
91. L'éducation sexuelle complète des jeunes doit donc être liée à des services SDSR et VIH différenciés et axés sur les jeunes. Une éducation sexuelle complète ne suffit pas lorsque les jeunes continuent de se heurter à des obstacles juridiques et structurels qui limitent leur capacité à accéder à des soins en toute sécurité et de manière indépendante. De nombreux jeunes, y compris ceux issus des populations clés, sont dissuadés de rechercher des services en raison des conditions restrictives liées à l'âge du consentement, des politiques discriminatoires et des préoccupations relatives à la confidentialité.
92. Outre ces besoins communs, les communautés ont mis en avant des priorités spécifiques : le dépistage du cancer du col de l'utérus, la vaccination contre le papillomavirus humain et les soins liés à la schistosomiase génitale féminine pour les femmes et les jeunes filles ; des services de procréation respectueux de l'égalité des genres pour les hommes transgenres et les personnes non binaires ; l'établissement d'un lien entre les soins respectueux de l'égalité des genres et les services VIH/SDSR pour les femmes transgenres ; et l'organisation des services SDSR afin de minimiser les risques liés au maintien de l'ordre et de faire correspondre les horaires de travail des professionnel(le)s du sexe.
93. Les communautés ont démontré leur avantage stratégique dans la fourniture de services intégrés de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH afin d'obtenir de meilleurs résultats.^{lv lv} Par exemple, le projet DIFFER (Diagonal Interventions to Fast-Forward Enhanced Reproductive Health), mis en œuvre par l'organisation Ashodaya Samithi, dirigée par des professionnel(le)s du sexe, a fourni à ces derniers, à Mysore, en Inde, un ensemble de services liés au VIH et à la SDSR.^{lvi} Grâce à cette approche communautaire de l'intégration, le projet a pu soutenir des augmentations spectaculaires de l'utilisation des services liés au VIH et SDSR : le dépistage du cancer du col de l'utérus est passé de 12 % à 56 %, et le dépistage du VIH de 26 % à 73 % en l'espace de trois mois.^{lvi}
94. **Soins de santé transspécifiques.** Pour les personnes transgenres, la mise à disposition de services de soins de santé spécifiques aux personnes transgenres peut constituer une voie d'accès essentielle aux services VIH et à l'amélioration des résultats liés au VIH.^{lviii} L'étude historique LEGACY (Longitudinal Cohort Study of Gender Affirmation and HIV-Related Health in Transgender and Gender Diverse Adults), qui a porté sur 8 000 patients transgenres, non binaires et de sexe différent aux États-Unis, a révélé que les patients recevant une thérapie hormonale affirmant leur identité sexuelle avaient 37 % de chances en moins de contracter le VIH que ceux qui ne recevaient pas de thérapie ; chez les personnes vivant avec le VIH, l'accès à la thérapie était associé à 44 % de chances en plus d'obtenir une suppression virale.^{lxix}

95. La Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 demande que 90 % des personnes transgenres aient « accès à des services de lutte contre le VIH intégrés ou liés aux infections sexuellement transmissibles, à la santé mentale, à la thérapie d'affirmation du genre, aux programmes de lutte contre la violence du partenaire intime et aux programmes de lutte contre la violence fondée sur le genre qui comprennent la prophylaxie post-exposition, la contraception d'urgence et les premiers soins psychologiques » d'ici à 2025.
96. Les informateurs clés ont souligné qu'au minimum, les soins de santé spécifiques aux personnes transgenres devraient inclure l'accès à une thérapie hormonale d'affirmation du genre, à des chirurgies d'affirmation du genre, à l'épilation au laser ou par électrolyse, à des soins post-chirurgicaux, à un soutien psychosocial tenant compte des traumatismes et à un accès rapide à la prophylaxie post-exposition, au dépistage et au traitement des infections sexuellement transmissibles, ainsi qu'à des services juridiques et psychosociaux pour les survivants de violences sexuelles et physiques. Les soins de santé intégrés pour les personnes transgenres doivent également être adaptés aux jeunes, car les adolescents transgenres sont confrontés à des exigences de consentement parental, à la stigmatisation à l'école et à des problèmes de confidentialité qui limitent leur capacité à accéder aux soins liés à l'affirmation du genre et au VIH.
97. Les services intégrés doivent garantir le respect des noms et pronoms choisis, ainsi que l'utilisation d'un langage précis et affirmatif pour parler du corps et de l'anatomie. Les communautés ont souligné que ces normes minimales ne peuvent être respectées que si les soins de santé transspécifiques sont conçus et dispensés par des prestataires dirigés par des personnes transgenres. L'expérience vécue a été décrite comme essentielle pour créer des environnements plus sûrs, instaurer la confiance et veiller à ce que les services reflètent les normes, les attentes et les réalités de la communauté. Un label générique « favorable aux populations clés » n'a pas le même effet lorsque la direction, le personnel et le pouvoir de décision ne sont pas détenus par des personnes transgenres.
98. Comme pour les SDSR, les communautés ont démontré leur avantage stratégique en concevant et en mettant en œuvre des services intégrés de soins de santé et de lutte contre le VIH spécifiques aux personnes transgenres. En répondant aux besoins plus larges des personnes transgenres en matière de santé et de bien-être par la fourniture de soins et de services tenant compte de leur genre, il est possible d'élargir l'accès aux services vitaux de lutte contre le VIH et d'améliorer les résultats en matière de santé (voir l'étude de cas de la Tangerine Clinic).
99. **Réduction des risques.** La réduction des risques est un pilier essentiel de la riposte au VIH et est largement reconnue comme une stratégie efficace et essentielle pour réduire la transmission du VIH et améliorer les résultats en matière de santé. Le partage d'aiguilles et d'autres matériels expose les personnes qui consomment des drogues à contracter le VIH, mais aussi l'hépatite virale, des infections tissulaires et des infections bactériennes systémiques. L'utilisation de drogues désinhibitrices telles que la méthamphétamine pendant les rapports sexuels, ou « chemsex », est également associée à un risque élevé de contraction du VIH.^{lx}

100. Les personnes qui consomment des drogues sont souvent confrontées à des vulnérabilités sanitaires et sociales aggravées, en particulier lorsqu'il s'agit de personnes transsexuelles, d'hommes homosexuels et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ou qui pratiquent le commerce du sexe de survie. La consommation chronique de drogues est associée à des formes croisées de marginalisation sociale, notamment la criminalisation, l'instabilité économique, le sans-abrisme et l'exposition persistante à des interactions traumatisantes avec les forces de l'ordre et les systèmes de soins de santé. Selon une estimation, 25 % des personnes qui s'injectent des drogues dans le monde ont récemment été sans abri, 58 % ont été incarcérées et 15 % se sont récemment livrées au commerce du sexe.^{lxii}
101. Au minimum, la prestation de services liés au VIH doit intégrer la fourniture à bas seuil de matériel d'injection stérile, de naloxone et de réponse aux overdoses. Compte tenu des risques élevés d'exposition criminelle et de stigmatisation, ces services doivent garantir la confidentialité et empêcher toute divulgation aux membres de la famille et de la communauté des patients ou aux forces de l'ordre. Pour les jeunes qui consomment des drogues, l'intégration passe par une réduction des risques adaptée aux jeunes, notamment par des conseils confidentiels, une distribution sûre des produits, un soutien en cas d'overdose et une protection contre les réponses punitives qui criminalisent ou révèlent la consommation de drogues aux parents. Pour les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, ainsi que pour les personnes transgenres, l'intégration doit également porter sur des pratiques de chemsex plus sûres et offrir des conseils non moralisateurs.
102. Compte tenu du risque d'exposition au système judiciaire et de la persistance de la criminalisation et de la stigmatisation, il est essentiel que les interventions de réduction des risques soient menées par des organisations de personnes qui consomment des drogues, qui sont dignes de confiance, pertinentes et considérées comme sûres par la communauté. Les prestataires dirigés par des personnes qui consomment des drogues peuvent s'assurer que les messages de réduction des risques sont bien compris, tandis que l'intégration des services dans les réseaux locaux permet aux prestataires d'adapter leur travail de proximité aux schémas d'activité des forces de l'ordre, ce qui facilite l'accès à la sécurité. Ils se distinguent par la présence de pairs navigateurs ayant une expérience vécue de la consommation de drogues, par la reconnaissance des syndicats de consommateurs de drogues en tant que prestataires de services légitimes et par l'inclusion officielle de la réduction des risques dans les prestations nationales.
103. **Prévention de la violence et soutien juridique.** La violence liée au genre, à l'identité sexuelle et à l'expression des normes sociétales en matière de genre est un facteur de risque d'acquisition du VIH et de désengagement du continuum de soins pour les femmes, les filles et les populations clés et prioritaires.^{lxiii} Selon une estimation, près de 30 % des adolescentes et des jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) ont subi des violences fondées sur le genre au cours de leur vie et 12 % ont été forcées à avoir des rapports sexuels.^{lxiv} La violence fondée sur le genre augmente le risque de VIH par plusieurs voies interconnectées, notamment l'exposition au VIH par les auteurs de violences, en raison de la relation entre la violence, les pratiques sexuelles à haut risque et la consommation de substances, et en érodant systématiquement la résilience individuelle et l'autonomie en matière de prise de décision sur la santé chez les personnes régulièrement exposées à la violence.^{lxv} ^{lxvi}

104. La fourniture de soins liés à la violence fondée sur le genre et de soins de santé tenant compte des traumatismes et de la violence est une composante essentielle de la prestation de services en matière de VIH. La violence étant un obstacle structurel enraciné dans les inégalités systémiques, l'intégration est particulièrement importante pour les populations qui subissent de multiples niveaux de marginalisation. Au minimum, les services VIH devraient intégrer un accès sur place à la prophylaxie post-exposition et aux contraceptifs d'urgence, des conseils et une psychothérapie tenant compte des traumatismes, un soutien juridique pour signaler les violences en toute sécurité et des services d'examen médico-légal.
105. Dans l'enquête et les entretiens avec les informateurs clés, l'intégration des services juridiques et de sécurité a été soulignée dans toutes les populations. Pour les professionnel(le)s du sexe, l'intégration devrait inclure la prévention de la violence, un accès rapide à l'aide juridique et des mécanismes de signalement sûrs. Pour les adolescentes et les jeunes femmes, il s'agit de se prémunir contre la coercition et la violence fondée sur le genre. Pour les jeunes en général, les normes minimales comprennent des canaux de signalement adaptés aux adolescents, une protection contre les représailles de la part des familles ou des institutions, et l'intégration des cadres de protection de l'enfance et de lutte contre la violence fondée sur le genre, le cas échéant. Pour les personnes qui consomment des drogues, l'intégration nécessite des protections juridiques pour les activités de réduction des risques. Pour les hommes homosexuels, les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transgenres, il s'agit notamment d'obtenir réparation en cas de harcèlement et d'abus dans le domaine de la santé et dans les lieux publics.
106. Au-delà de l'accès aux services médicaux, la prévention de la violence doit être intégrée de manière globale dans tous les protocoles de soins et de soutien des établissements de soins. Cela inclut le dépistage de la violence entre partenaires intimes avant de procéder à l'indexation ou à la recherche des contacts ; des conseils sur la sécurité des médicaments (par exemple, envisager des options à longue durée d'action, un stockage discret des médicaments et des plans de sécurité personnalisés) ; et des stratégies visant à protéger la confidentialité et le caractère privé des espaces réservés aux patients. D'autres interventions soutenues par des données probantes pour réduire la violence et la victimisation comprennent le développement des compétences, l'engagement communautaire et les interventions axées sur les hommes et/ou les partenaires.^{lxvii}
107. Au-delà de l'accès aux services médicaux, la prévention de la violence doit être intégrée de manière globale dans tous les protocoles de soins et de soutien des établissements de soins. Cela inclut le dépistage de la violence entre partenaires intimes — en particulier avant de procéder à l'indexation ou à la recherche des contacts —, des conseils en matière de sécurité des médicaments (par exemple, en envisageant des options à action prolongée, un stockage discret des médicaments et des plans de sécurité personnalisés), et des stratégies visant à protéger la confidentialité et le caractère privé des espaces réservés aux patients.
108. Lorsque les lois sur l'âge du consentement empêchent les jeunes d'accéder aux soins, il convient de mettre en œuvre d'autres modèles de prestation de services, tels que le conseil par les pairs, les lignes d'assistance téléphonique anonymes et les actions de proximité au sein de la communauté. Pour les femmes vivant avec le VIH, les services devraient inclure des garanties contre la coercition et la violence fondée sur le genre,

ainsi qu'une protection contre la coercition, le manque de respect et les abus dans les services, y compris en ce qui concerne la santé et les droits sexuels et reproductifs, et des voies de recours contre ces pratiques. Les services ne doivent pas exacerber les expériences des femmes en matière de violence fondée sur le genre, en exigeant par exemple que les femmes assistent aux services avec leur partenaire.

109. **Santé mentale et soutien psychosocial.** La santé mentale influe profondément sur les résultats de la lutte contre le VIH, l'observance du traitement et la qualité de vie, étant donné que la dépression, l'anxiété, les traumatismes et la violence entre partenaires intimes sont fréquents chez les personnes vivant avec le VIH et affectées par le virus, en particulier les jeunes et les populations clés.^{lxviii lxix} Une analyse menée par United for Global Mental Health a révélé que l'intégration des services de santé mentale dans les programmes de prévention du VIH pourrait catalyser une accélération de 10 à 17 % de la réduction des taux d'infection par le VIH.^{lxix lxxi} Dans la mise à jour 2025 de ses lignes directrices pour la prestation de services liés au VIH, l'OMS recommande vivement que « les soins de santé mentale pour la dépression, l'anxiété et les troubles liés à la consommation d'alcool soient intégrés aux services liés au VIH ».^{lxxii}
110. Les informateurs clés ont souligné que les services intégrés de santé mentale, de soutien psychosocial et de lutte contre le VIH doivent tenir compte de la relation réciproque entre la santé mentale et les résultats de la lutte contre le VIH, ainsi que des effets de la stigmatisation, de la discrimination et de la criminalisation sur la santé mentale et le bien-être. Il est prouvé que les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont plus susceptibles de contracter le VIH et que les personnes vivant avec le VIH sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé mentale.
111. Les normes minimales pour les services intégrés de santé mentale, de soutien psychosocial et de lutte contre le VIH identifiées par les informateurs clés comprennent : le dépistage et le traitement de la dépression, de l'anxiété et des troubles liés aux traumatismes ; le conseil et le soutien en matière de toxicomanie ; l'intervention en cas de crise et la prévention du suicide ; les groupes de soutien psychosocial dirigés par des pairs ; et les approches thérapeutiques adaptées à la culture. Parmi les autres besoins identifiés par les communautés, citons le soutien pour les maladies neurodéveloppementales, les troubles de l'alimentation, les conseils en cas de chagrin et de deuil, et les interventions visant à lutter contre la stigmatisation intériorisée.
112. Il est essentiel que les services de santé mentale et de soutien psychosocial soient fournis d'une manière qui reflète les besoins spécifiques et intersectionnels des communautés. Pour les jeunes, y compris les adolescentes, les jeunes femmes et les jeunes populations clés, les services doivent intégrer des approches adaptées à leur développement et des garanties solides contre la divulgation involontaire aux parents ou aux autorités. Cela est essentiel étant donné que les jeunes populations clés sont confrontées à des risques de santé mentale aggravés par le rejet de la famille, la discrimination à l'école et le stress lié à l'identité.
113. Le soutien à la santé mentale pour toutes les populations doit également tenir compte des traumatismes, en reconnaissant que de nombreuses personnes ont été victimes de violence, d'abus ou d'oppression systémique. À cette fin, les modèles de soutien

par les pairs sont particulièrement utiles, car ils offrent des espaces sûrs pour le partage des expériences et réduisent l'isolement.

Étude de cas : Clinique Tangerine - Services intégrés de lutte contre le VIH dirigés par des personnes transsexuelles à Bangkok, Thaïlande

La clinique Tangerine, créée en novembre 2015 à l'Institut de recherche et d'innovation sur le VIH à Bangkok, est un modèle pionnier de services intégrés de lutte contre le VIH pour les personnes transgenres en Thaïlande. La clinique démontre que l'utilisation de soins communautaires affirmant le genre comme point d'entrée peut augmenter de manière significative l'utilisation des services VIH au sein de la communauté transgenre. Les visites à la clinique, les tests répétés et l'utilisation de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) augmentent de manière significative chez les femmes transgenres qui ont reçu des services hormonaux.

L'efficacité de la clinique découle de sa réorganisation fondamentale de la manière dont les soins de santé sont dispensés aux communautés transgenres. Plutôt que de considérer le VIH comme la principale préoccupation de la communauté, Tangerine a reconnu que pour de nombreuses personnes transgenres, l'affirmation du genre est la priorité la plus urgente en matière de santé. En structurant les services autour de cette réalité plutôt que sur des hypothèses de santé publique imposées d'en haut, Tangerine a créé des « services groupés » : les clientes qui reviennent pour un contrôle de leur taux d'hormones se voient proposer un test de dépistage du VIH, ce qui crée des voies d'accès à la prévention et au traitement qui sont exemptes de la stigmatisation qui pourrait être présente lorsqu'on se rend dans un centre de soins généraux pour le VIH.

Entre novembre 2015 et mai 2023, Tangerine a desservi 5 939 femmes transgenres, dont 91 % ont bénéficié d'un dépistage du VIH et 1 414 se sont vu prescrire une PrEP. Près de 98 % des femmes transgenres qui recevaient un traitement antirétroviral présentaient une suppression virale.^{lxixiii} La clinique mène également des recherches précieuses sur la mise en œuvre, notamment l'étude iFACT, qui a montré qu'il n'y avait pas d'interactions médicamenteuses significatives entre les hormones féminisantes et l'utilisation de la PrEP, un résultat important concernant une préoccupation qui avait dissuadé de nombreuses femmes transgenres d'utiliser la PrEP.^{lxxiv}

La pérennisation et l'extension de ce modèle présentent des défis permanents en raison de la volatilité des financements et des obstacles systémiques. La réduction du financement des bailleurs de fonds a entraîné la fermeture de bureaux et des licenciements de personnel. Cependant, la clinique reste ouverte grâce à une combinaison de remboursements de l'Office national de sécurité sanitaire, de paiements de clients et de financement d'essais cliniques par des sociétés pharmaceutiques.

Au-delà de la viabilité financière, la clinique doit relever le défi de créer des parcours de carrière pour le personnel transgenre plutôt que de le limiter à des postes à honoraires ou à court terme. Alors que Tangerine forme avec succès des chercheurs, des évaluateurs et des prestataires de services, ces personnes partent souvent vers des universités ou d'autres organisations qui offrent un emploi permanent assorti d'avantages sociaux - une réussite sur le plan individuel, mais aussi un signe que des structures stables ne sont pas mises en place. La clinique a travaillé

stratégiquement pour lever ces obstacles en défendant des politiques. Elle a réussi à convaincre l'Office national de la sécurité sanitaire de Thaïlande d'inclure les soins tenant compte de l'appartenance sexuelle dans le programme de couverture universelle des soins de santé et à faire adopter par le ministère de la santé publique une réglementation autorisant les prestataires non professionnels formés à fournir certains services cliniques.

Étude de cas : Leadership des jeunes en Afrique (READY+)

Le programme READY+ est un exemple frappant du rôle de l'encadrement des jeunes dans la lutte contre l'épidémie de VIH chez les adolescents en Afrique orientale et australe, où les évaluations ont révélé que les jeunes contractent le VIH à un rythme trois fois plus élevé que les autres groupes démographiques.

Lancée avec le soutien de Frontline AIDS, cette initiative a permis d'autonomiser plus de 27 000 adolescents et jeunes vivant avec le VIH dans six pays : Angola, Eswatini, Malawi, Mozambique, Zambie et Zimbabwe. Le programme s'est concentré sur l'amélioration de l'accès à des soins et à un soutien holistiques, en promouvant non seulement les services liés au VIH, mais aussi la santé sexuelle et reproductive, la santé mentale et l'autonomisation des jeunes, afin de favoriser la résilience, de renforcer le pouvoir des jeunes et d'améliorer les résultats en matière de santé. En outre, le programme s'est concentré sur de nombreux défis auxquels sont confrontés les jeunes, tels que la divulgation de la séropositivité par leurs parents, la stigmatisation des jeunes femmes enceintes vivant avec le VIH, les cultures de la honte et de la discrimination, et les difficultés à participer aux espaces de plaidoyer.

READY+ a relevé ces défis en suivant plusieurs voies. Tout d'abord, le programme a créé des espaces sécurisés au sein des cliniques, où travaillent des éducateurs pairs qui ont reçu une formation approfondie. Dans ces espaces, les jeunes reçoivent des informations médicales et un soutien en matière de rétention et de traitement. En collaborant avec les professionnels de la santé, READY+ a pu promouvoir des services adaptés aux jeunes dans les établissements en formant le personnel clinique aux besoins spécifiques des jeunes vivant avec le VIH. \

Plus généralement, le programme a cherché à créer une communauté de soutien pour les jeunes en s'engageant auprès des soignants, des parents, des enseignants et des chefs religieux pour réduire la stigmatisation liée au VIH et préparer les soignants à fournir des informations exactes aux jeunes qu'ils soutiennent. Enfin, le programme a aidé les jeunes à devenir des activistes. Ils ont recueilli des informations sur les difficultés rencontrées dans les cliniques, ont participé à des dialogues ouverts au sein des communautés et se sont engagés directement dans des plates-formes avec les décideurs et dans des groupes de travail techniques avec les gouvernements et les bailleurs de fonds.

Selon READY+, le programme a permis d'atteindre des niveaux de suppression virale de 97 % et la quasi-élimination de la transmission verticale parmi les jeunes mères inscrites en République-Unie de Tanzanie, par exemple. Bien que le programme ait été confronté à des difficultés, la collaboration avec les gouvernements s'est avérée être un élément essentiel du programme. Les partenaires du système de santé publique sont invités à participer aux formations, ce qui a permis au gouvernement d'étendre les formations aux régions non couvertes par le programme

READY+. En outre, le renforcement des relations avec les gouvernements est considéré comme une stratégie importante pour assurer la durabilité du financement à long terme.

Étude de cas : 9 Circles Community Health Center : un modèle de coalition pour des soins intégrés en matière de VIH au sein des communautés indigènes du Manitoba, Canada

Même dans les contextes où les systèmes et les services de santé sont principalement financés et gérés par les gouvernements nationaux et locaux, les organisations dirigées par les communautés et dirigées par les communautés jouent un rôle central dans la fourniture des services. Le Nine Circles Community Health Center et le réseau d'organisations partenaires dirigées par des populations autochtones avec lesquelles il travaille dans tout le Manitoba, au Canada, en sont un exemple.

La mission de Nine Circles est de « fournir des services de prévention à faible barrière et culturellement sûrs, des soins complets, des services de défense et d'éducation pour les populations clés susceptibles de contracter ou vivant avec le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles et transmissibles par le sang, tout en travaillant à l'élimination de la stigmatisation et en plaident pour l'égalité des chances en matière de santé ». Pour mener à bien cette mission, le modèle des Neuf Cercles est guidé par neuf valeurs fondamentales : l'appartenance, le centrage sur le client, la sécurité, l'intégration, la sécurité culturelle, le développement en partenariat, l'orientation vers les résultats, d'excellentes normes de soins, et la prise en compte de la résilience par les ressources.

Nine Circles fournit désormais des soins primaires avec des médecins de famille agissant en tant que spécialistes du VIH, aux côtés de thérapeutes en santé mentale, d'ergothérapeutes, de diététiciens, de travailleurs sociaux et de programmes de réduction des risques. L'organisation a servi 1 563 clients à travers plus de 11 000 rendez-vous en 2024-2025.

Bien que Nine Circles ne soit pas dirigé par des autochtones, il s'adresse principalement aux populations autochtones, qui portent un fardeau disproportionné en matière de VIH au Manitoba. Son modèle repose sur un partenariat étroit et responsable avec des organisations dirigées par des autochtones dans la province, notamment l'Aboriginal Health and Wellness Centre et le Ka Ni Kanichihk Mino Pimatisiwin Sexual Wellness Lodge. Largement financé par l'Office régional de la santé de Winnipeg, Nine Circles a stratégiquement conservé son indépendance vis-à-vis du contrôle provincial direct afin de préserver sa capacité à répondre aux besoins de la communauté.

Au cœur de l'innovation de Nine Circles se trouve le CINetwork (Manitoba HIV-STBBI Collective Impact Network), une coalition d'acteurs travaillant sur le VIH et les infections sexuellement transmissibles et à diffusion hématogène dans l'ensemble du Manitoba, Nine Circles servant de « colonne vertébrale » à la coalition, d'organisme de coordination. Le CINetwork est structuré de manière à exiger une collaboration et une coordination entre des acteurs qui travaillent traditionnellement séparément, notamment les hôpitaux, les prestataires de soins primaires, les autorités sanitaires gouvernementales, les organismes de recherche et les organisations dirigées par les communautés.

Le CINetwork a développé une dynamique de pouvoir unique, les organisations dirigées par les communautés contrôlant le financement dont les hôpitaux et les organismes de santé gouvernementaux ont besoin. Les détenteurs du pouvoir traditionnel doivent donc négocier avec les Nine Circles et les communautés plutôt que d'imposer leurs conditions. En 2024-2025, le

CINetwork a touché 565 personnes dans le cadre de 15 activités. 95 % d'entre elles ont déclaré avoir acquis une meilleure connaissance de la prévention du VIH fondée sur des données probantes et 97 % ont mis en œuvre des pratiques visant à réduire la stigmatisation.

Qu'est-ce qui fait obstacle à la mise en place de services intégrés et gérés par la communauté ?

Les réponses durables au VIH nécessitent des mécanismes de financement qui fournissent aux organisations dirigées par les communautés des ressources suffisantes, flexibles et autonomes

114. L'intégration réussie de services sociaux et de santé supplémentaires dans une infrastructure gérée par la communauté nécessite fondamentalement des flux de financement cohérents et suffisants. Les résultats de l'enquête et des entretiens font ressortir trois voies principales : (i) des contrats publics ou le remboursement de services définis par des acheteurs nationaux ; (ii) un financement direct, flexible et pluriannuel pour les organisations dirigées par les communautés ; et (iii) la reconnaissance budgétaire et les salaires pour les cadres pairs et non professionnels afin que les rôles de première ligne puissent être maintenus même lorsque les subventions externes prennent fin.
115. Les paysages du financement de la santé diffèrent selon les régions et les contextes géopolitiques. Dans certains contextes, tels que l'Afrique occidentale et centrale, les mesures de lutte contre le VIH restent fortement tributaires du financement des bailleurs de fonds, alors que dans certaines régions d'Amérique latine, les contrats sociaux avec les organisations dirigées par les communautés sont mieux établis. Une situation similaire est observée dans la région Asie-Pacifique. Outre ces voies établies, des modèles de financement innovants, tels que les échanges de dettes contre des soins de santé et les mécanismes de transfert de dettes, ont été proposés comme moyens de diversifier les ressources et de renforcer le financement national de la santé. Ces mécanismes peuvent accroître le financement public global de la santé, mais ils ne génèrent pas nécessairement des ressources directes et flexibles pour les organisations dirigées par les communautés ou ne leur permettent pas d'être engagées comme prestataires de services.
116. Les organisations dirigées par les communautés sont déjà confrontées à d'importants défis financiers. Elles sont souvent financées par des subventions et des contrats incohérents, de petite taille et à court terme. Outre le fait qu'ils constituent un obstacle important à la continuité de la fourniture de services de qualité, ces flux de financement dépendent fortement des priorités des bailleurs de fonds.

« Les réponses menées par les femmes ont fait l'objet d'un sous-investissement chronique, disproportionné et profond. Pas seulement dans la réponse au VIH, mais dans tous les domaines. C'est une période très dangereuse pour les réseaux de femmes. »

– Expert de la communauté, Amérique du Nord

117. Les organisations internationales qui financent les organisations dirigées par les communautés pour la prestation de services le font souvent en remboursant les services fournis, mais sans financer les dépenses de fonctionnement de base et les coûts indirects. En conséquence, les organisations dirigées par les communautés ont des difficultés à recruter du personnel, à diversifier les stratégies de mobilisation des ressources et à développer les capacités institutionnelles. Ces lacunes font qu'il est difficile pour les organisations dirigées par les communautés de développer une résilience organisationnelle durable et à long terme, ce qui les rend vulnérables au retrait du financement des bailleurs de fonds.

« Le Fonds mondial forme des éducateurs pairs, mais il ne s'agit pas d'une formation durable pour l'organisation. Le Fonds mondial est-il en mesure de financer le personnel des organisations, par exemple, et de dire : « Je peux former le personnel au suivi et à l'évaluation, de sorte que même si le Fonds mondial s'en va, cette organisation disposera d'un plan de suivi et d'évaluation et d'un responsable du suivi et de l'évaluation ayant de solides connaissances en comptabilité » ? »

– Expert communautaire, Afrique occidentale et centrale

118. Au fur et à mesure que l'aide bilatérale des principaux bailleurs de fonds diminue, les organisations multilatérales joueront nécessairement un rôle plus important dans le financement des organisations dirigées par les communautés, même si elles dépendent elles-mêmes du financement des gouvernements étrangers. Toutefois, ces institutions ne sont pas toutes bien placées pour financer efficacement les organisations dirigées par les communautés : le Fonds mondial, par exemple, achemine généralement ses fonds par l'intermédiaire des gouvernements. Les voies de financement directes vers les organisations dirigées par les communautés peuvent combler cette lacune, mais elles doivent s'accompagner d'engagements renforcés en matière de transparence et de responsabilité.

119. L'économie mondiale continue de croître, ce qui suggère qu'il existe des ressources dans le système pour soutenir l'infrastructure communautaire. Cependant, une tendance à l'isolationnisme, au nativisme et à la militarisation constitue également une menace pour le développement international. En outre, le niveau élevé de la dette constitue un obstacle important au financement national de la santé dans de nombreux pays. Néanmoins, en proportion de la riposte mondiale au VIH, les programmes axés sur la communauté ne sont pas coûteux.

« Les bénéficiaires n'ont plus accès au PEPFAR [...] et] les organisations ferment. Il en résultera de nouveaux décès liés au VIH et de nouveaux cas d'infection par le VIH. Il y aura une augmentation des IST. En résumé, nous allons payer tout ce que nous avons mis 30 ans à construire, qui risque d'être perdu en si peu de temps, et les bailleurs de fonds n'incluront plus non plus la question des populations clés dans leur stratégie, ce ne sera plus une priorité, et ce sera la fin de tout ce que nous avons fait, alors que nous sommes dans la dernière ligne droite, comme on dit, mais malheureusement, tout est gâché, et c'est dommage. »

– Expert communautaire, Afrique occidentale et centrale

120. La création de structures permettant aux ressources nationales et publiques de soutenir les organisations dirigées par les communautés dans la fourniture de services est une stratégie pour financer durablement la fourniture de services par les communautés. Toutefois, cette approche comporte plusieurs obstacles et risques.
121. En général, les gouvernements qui criminalisent les populations clés, prioritaires et autres populations marginalisées ne peuvent pas financer la fourniture de services communautaires à ces groupes, notamment parce qu'il n'existe pas de voies légales pour la conclusion de contrats sociaux. La décriminalisation est un impératif urgent et fondamental, mais il faut du temps pour y parvenir. Le financement durable de ces organisations par des sources non gouvernementales n'est donc pas négociable. Dans les contextes où les bailleurs de fonds transfèrent le financement et la propriété des programmes de santé aux gouvernements, il est essentiel de maintenir le financement à long terme des bailleurs de fonds spécifiquement pour la fourniture de services dirigés par les communautés.

« Il n'est tout simplement pas possible d'intégrer entièrement les services destinés aux populations clés dans les structures de santé publiques sans dériminaliser les lois qui criminalisent les populations clés »

– Expert de la communauté, Amérique du Nord

122. Dans les contextes où il existe des contrats sociaux, il faut veiller à ce que le financement public de la prestation de services par les organisations dirigées par les communautés ne se traduise pas involontairement par une augmentation des coûts pour les clients. Pour pouvoir bénéficier d'un financement ou d'un remboursement de l'État, les organisations dirigées par les communautés peuvent être tenues de s'aligner sur les structures de paiement de l'État, ce qui peut fausser les structures de coûts et les modèles de prestation de services et, en fin de compte, nuire à la qualité des soins prodigués aux clients.
123. Les efforts visant à intégrer des services supplémentaires dans les infrastructures communautaires doivent s'accompagner d'un financement spécifique pour cette transition. Les organisations dirigées par les communautés étant déjà soumises à des contraintes financières, l'ajout de main-d'œuvre supplémentaire sans financement correspondant risque de compromettre la prestation de services, la santé de l'organisation et le bien-être du personnel. Dans les cas où les organisations dirigées par les communautés fournissent des services plus intégrés sans être officiellement

reconnues par le système de santé publique, ces organisations rencontrent des difficultés pour se procurer des médicaments essentiels, des outils et d'autres produits.

Un renforcement ciblé des capacités est essentiel pour doter les organisations dirigées par les communautés des compétences, des systèmes et des ressources nécessaires pour diriger et fournir efficacement des services intégrés de lutte contre le VIH

« Il y a un besoin de formation, car aujourd’hui le VIH n’est plus l’activisme qu’il était, lorsqu’il fallait scander des slogans lors des conférences. Aujourd’hui, les gens doivent savoir qu’il existe des outils informatiques, qu’il faut savoir mener une enquête, réaliser des études, générer des données et faire des recommandations sur la base de ces données. Et pour cela, il faut être formé. [...] Ce n’est pas parce que nous sommes les personnes [vivant avec et affectées par le VIH] que nous pouvons automatiquement faire mieux. Nous avons besoin de formation, nous avons besoin de gens qui s’expriment, nous avons besoin de leaders charismatiques, nous avons besoin de leaders qui défendront la cause de ces personnes dans les organes de décision tels que l’ICN (Instance de coordination nationale), le Fonds mondial et d’autres ».

– Expert communautaire, Afrique occidentale et centrale

124. Donner aux organisations dirigées par les communautés les moyens de fournir un ensemble plus large de services liés ou non au VIH nécessitera une formation, un renforcement des capacités et un soutien soutenus. La mise en œuvre par la communauté dépend de l’existence d’une main-d’œuvre compétente, salariée et sous contrat officiel, issue des communautés concernées. Les cadres de base comprennent les pairs, les conseillers non professionnels, les travailleurs de proximité, les navigateurs et les gestionnaires de cas. Leur champ d’action tend à être explicitement défini : par exemple, soutien à l’autodiagnostic du VIH, dépistage par piqûre au doigt, mise en relation avec le TAR ou la PrEP, soutien à l’observance, conseil en matière de réduction des risques et réponse aux overdoses.
125. En raison de l’absence de sources de financement durables, les organisations dirigées par les communautés dépendent souvent fortement des bénévoles et du personnel de la communauté qui n’ont pas de formation médicale spécialisée. Les organisations dirigées par les communautés doivent être aidées à recruter du personnel technique, à rémunérer correctement leur personnel communautaire et à professionnaliser leur infrastructure de ressources humaines. Ce renforcement des capacités peut également se faire par le biais de subventions ou de programmes visant à former les membres de la communauté aux aspects plus techniques de la prestation de services.
126. De nombreuses organisations dirigées par les communautés ne disposent pas non plus d’infrastructures physiques suffisantes pour étendre leur offre de services, en particulier lorsqu’ils opèrent dans des zones rurales. L’ajout de nouveaux types de soins dans les cliniques et les espaces communautaires existants peut attirer une clientèle plus large et plus nombreuse, ce qui pourrait entraîner une surpopulation et des temps d’attente plus longs.

127. La formation, les partenariats de soutien et les ressources sont essentiels pour prévenir l'épuisement du personnel des organisations dirigées par les communautés, dont beaucoup sont déjà épuisés par leur travail actuel. Inversement, l'intégration de services gérés par les communautés dans les cliniques publiques peut également signifier une charge de travail supplémentaire pour des systèmes de soins de santé surchargés, dont beaucoup sont également confrontés à des crises financières en raison de la réduction du financement des bailleurs de fonds.
128. La qualité des espaces dirigés par les organisations dirigées par les communautés doit être préservée par une formation structurée, un mentorat et une supervision. Les cadres de compétences peuvent être utilisés pour fixer un nombre minimum d'heures de formation, de pratiques observées et de recertification périodique. La supervision peut être documentée par des examens de cas, des comptes rendus et des pratiques réflexives, et des mesures de bien-être peuvent aider à prévenir l'épuisement professionnel. La certification formelle du travail communautaire et de l'éducation par les pairs peut renforcer l'assurance qualité en normalisant les compétences, en reconnaissant le professionnalisme des rôles des pairs et en veillant à ce que les éducateurs pairs puissent également bénéficier de protections telles que la reconnaissance de l'emploi et les prestations de retraite. Parallèlement, les descriptions d'emploi formelles, les échelles de salaire et les voies de progression remplacent le recours au volontariat non rémunéré, que les communautés considèrent comme incompatible avec la continuité et la qualité.
129. Les prestataires communautaires deviennent des partenaires légitimes et appréciés des systèmes de santé nationaux lorsqu'ils peuvent obtenir une accréditation ou une certification, qu'ils sont contractés ou remboursés pour des services définis et qu'ils sont inclus dans les plans nationaux et les ensembles de prestations. L'accréditation peut être utilisée pour fixer des attentes en matière de qualité et de sécurité.
130. La reconnaissance implique également la visibilité dans la coordination nationale, l'inclusion dans les répertoires de référence et les plates-formes numériques, l'éligibilité pour contribuer aux lignes directrices nationales et la participation aux évaluations des performances. La reconnaissance officielle valide le professionnalisme des prestataires communautaires, renforçant leur crédibilité et leur égalité de traitement avec les autres acteurs du système de santé.
131. L'institutionnalisation de la main-d'œuvre communautaire au sein des structures gouvernementales est essentielle, car elle permet aux pairs et aux prestataires non professionnels d'être officiellement reconnus et dotés de ressources, et aux données qu'ils collectent d'être légitimées dans les systèmes nationaux. Cela nécessite des réformes politiques qui vont au-delà du statu quo et soutiennent l'intégration décolonisée des prestataires communautaires en tant que partenaires égaux dans le système de santé. Lorsque les réglementations limitent les cadres pouvant fournir certains services, les mises à jour des politiques permettent aux pairs et aux non-professionnels certifiés de jouer un rôle dans le cadre d'une supervision appropriée, ce qui garantit que ce que les communautés font déjà en toute sécurité peut être maintenu et pris en compte.
132. Selon le modèle de prestation de services privilégié par les organisations dirigées par les communautés, l'embauche d'agents de santé, d'infirmières et de médecins qualifiés

peut constituer une stratégie importante pour fournir des services complets, de sorte que les clients n'aient pas à se rendre dans d'autres cliniques ou hôpitaux. Cependant, il est essentiel que ces cadres reçoivent une formation importante, récurrente et dirigée par la communauté afin de garantir une compétence culturelle pour servir les populations clés et d'autres groupes marginalisés.

133. Il est primordial de garantir la sécurité des populations de patients. L'intégration, qu'il s'agisse d'incorporer des services supplémentaires dans des espaces gérés par la communauté ou d'étendre les soins gérés par la communauté dans les cliniques publiques, doit inclure des changements structurels pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination, doit financer la défense des priorités de la communauté, doit inclure des investissements au niveau de l'établissement dans la sûreté et la sécurité, et doit inclure des systèmes de suivi et de traitement des violations de la sûreté et de la confidentialité des clients.
134. La prestation de services intégrés et dirigés par la communauté ne remplacera pas les soins dont certains clients ont besoin de la part de prestataires spécialisés, d'établissements de soins secondaires et tertiaires et d'autres centres spécialisés. Les initiatives visant à renforcer l'intégration doivent donc inclure explicitement des investissements dans le renforcement des capacités de coordination et d'orientation. Il peut s'agir de rendre les procédures de transfert accessibles et équitables, de fournir un soutien financier pour le transport et de rendre les systèmes de dossiers médicaux interopérables, confidentiels et acceptables pour les clients.

« Dans mon contexte, dirigé par la communauté, [signifie qu'] il doit être dirigé par les communautés, y compris par l'ensemble du personnel. Pourquoi ? Parce qu'ils savent où se trouvent la plupart des communautés. La réponse apportée par la communauté est généralement moins stigmatisée et moins discriminée... Ainsi, lorsque vous faites de la sensibilisation pour la prestation de services, ils savent où aller, et ils savent comment s'y prendre et comment se connecter avec eux ».

– Expert communautaire, Asie-Pacifique

La fourniture de services intégrés doit préserver le leadership, l'appropriation et les espaces sécurisés des communautés

135. La fourniture de services par la communauté est une réponse directe à l'incapacité des systèmes de santé publique à fournir des espaces accessibles, sûrs et accueillants à toutes les populations de patients.
136. La première priorité pour l'élargissement des services intégrés de lutte contre le VIH dirigés par la communauté est de protéger les voies permettant aux clients de continuer à recevoir les services de soins de santé dont ils ont besoin. La sécurité et la dignité doivent être considérées comme des normes de qualité non négociables.
137. Les pratiques d'affirmation des droits peuvent être mises en œuvre par le biais de codes de conduite du personnel, de politiques de lutte contre la discrimination et de formations régulières sur la stigmatisation, la discrimination et la violence fondée sur le genre. Les espaces physiques doivent être conçus de manière à être accueillants et discrets, comme les entrées à signalisation neutre et les salles d'attente privées. Pour

les populations criminalisées, il est important de mettre en place des protections pratiques telles que la délivrance sans divulgation, des options de test anonymes et un accès immédiat à des conseils juridiques. Il doit être facile pour les citoyens de déposer une plainte. Les enquêtes sur les plaintes doivent être rapides et, le cas échéant, donner lieu à des actions correctives.

« [Les services dirigés par la communauté] sont des espaces où il n'y a ni jugement ni peur de stigmatisation ou de discrimination, et où il est sûr de partager mon problème. Si j'appartiens à une communauté [...], quelqu'un est là pour écouter mon histoire. Par exemple, si j'ai mal, je suis prêt à partager, je veux dire, je me sens à l'aise pour partager, et quelqu'un peut me guider ou me conseiller. Si j'ai des difficultés, surtout, je me sens en sécurité pour partager tous mes problèmes sans hésitation. »

– Membre communautaire, Asie-Pacifique

138. La confidentialité est une considération essentielle dans la prestation de services aux personnes vivant avec le VIH et aux populations clés, en particulier dans les contextes où la divulgation du statut VIH, de l'identité de genre, de l'orientation sexuelle, de la consommation de drogues ou de la participation au commerce du sexe entraîne des risques d'emprisonnement, de violence, de stigmatisation, de discrimination, de harcèlement et d'ostracisme. La confidentialité doit être intégrée dès la conception dans les systèmes de rendez-vous, par exemple par le biais de réservations discrètes, de processus de réception, de délivrance et de tenue de dossiers. Le traitement des données doit suivre des règles strictes de « minimum nécessaire », avec des processus de consentement clairs. Aucune donnée relative aux clients ne doit être communiquée à des tiers, y compris aux services répressifs, sans procédure légale et garanties appropriées.
139. La lutte contre le VIH a mis au point des méthodes spécifiques pour améliorer l'accès aux soins tout en protégeant l'anonymat des clients. Lors de l'intégration d'autres formes de soins dans les espaces consacrés au VIH, il est essentiel de préserver l'accès aux soins à un seuil inférieur. Divers modèles différenciés de traitement du VIH en établissement ont été proposés, notamment la fourniture de soins par l'intermédiaire de groupes de patients dirigés par des cliniciens et/ou des clients, ainsi que la rationalisation de la prise en charge des médicaments en établissement.^{lxxv}
140. Une attention particulière est nécessaire si des services communautaires sont intégrés dans des cliniques publiques, en particulier si ces espaces recueillent des informations démographiques détaillées, des identifiants biométriques ou des données sur le statut des populations clés. Les communautés doivent être impliquées dans la prise de décision concernant l'utilisation et la gouvernance des données cliniques.
141. Les efforts visant à intégrer les services communautaires dans les cliniques générales ou les hôpitaux doivent être extrêmement sensibles aux risques de confidentialité et doivent veiller à concevoir les espaces réservés aux patients (par exemple, les salles d'attente, les pharmacies et les salles d'examen) de manière à ne pas exposer les informations médicales ou personnelles. La signalisation, les files d'attente séparées, les salles d'attente désignées, l'annonce sonore de l'objet du rendez-vous, l'emballage des médicaments et des produits de santé, ainsi que d'autres éléments doivent être soigneusement étudiés en étroite collaboration avec les communautés.

« Les cliniques dirigées par les populations clés font des choses auxquelles les autres cliniques ne pensent pas. Par exemple, disposer d'une voie d'évacuation en cas d'attaque ; disposer d'autres moyens d'entrer et de sortir du bâtiment. Tous ces éléments sont essentiels et font partie intégrante des services clés pour la population, car nous sommes criminalisés dans de nombreux endroits. Et je ne pense pas que la plupart des cliniques traditionnelles gérées par le gouvernement, les hôpitaux ou les associations caritatives pensent à ce genre de choses ».

– Expert communautaire

142. Pour les communautés autochtones, l'intégration dans les systèmes de santé traditionnels ne doit pas reproduire les schémas coloniaux d'assimilation forcée.^{lxvii} Les personnes interrogées ont décrit l'officialisation des engagements de gouvernance par le biais de cérémonies plutôt que par la seule politique, reconnaissant que les protocoles indigènes doivent primer sur les mécanismes bureaucratiques occidentaux. Lorsque des organisations non autochtones desservent des communautés autochtones, elles doivent travailler en partenariat formel avec des organisations dirigées par des personnes autochtones et transférer la direction et les ressources selon les directives des personnes autochtones.

143. Outre la prestation de services, les organisations dirigées par les communautés jouent souvent un rôle clé en défendant activement les priorités de la communauté, en recueillant des informations sur les besoins des patients et en servant d'alliés aux populations marginalisées et privées de leurs droits. Le développement des capacités techniques de ces organisations pour fournir des services plus larges doit préserver le leadership de la communauté. Par exemple, si les organisations dirigées par les communautés recrutent des cliniciens, il faut veiller à ce que le personnel technique n'occupe pas de postes de direction au sein de l'organisation. Si les organisations dirigées par les communautés choisissent d'offrir des services dirigés par la communauté dans les systèmes de santé publique, cela doit s'accompagner de structures de gouvernance et de cadres de gestion qui protègent l'appropriation par les organisations dirigées par les communautés de la définition des priorités de la communauté, de l'élaboration de stratégies pour la fourniture de soins et de la défense indépendante des intérêts de la communauté.

« L'une des choses à prendre en compte dans le cadre des contrats sociaux est de veiller à ce que les contrats ne soient pas individualisés, de sorte que des personnes individuelles soient embauchées et ne fassent pas partie de la communauté. Vous avez une agente de santé non professionnelle qui se trouve être séropositive. Elle est engagée avec cinq autres femmes pour faire « X » dans cette communauté, faire du porte-à-porte, parler à ces personnes, donner des conseils sur l'observance, l'allaitement. Et puis, on découvre qu'une femme s'est exprimée, et soudain, elle n'est plus une agente de santé non professionnelle. Et il n'y a pas d'infrastructure pour la soutenir, pour soulever ce genre de questions. Parce que nous n'avons pas encore de très bons processus de responsabilisation ».

– Expert de la communauté, Amérique du Nord

144. L'offre d'une gamme plus large de services peut risquer d'éroder les soins hautement spécialisés et spécifiques à la population. Par exemple, l'offre de soins de santé plus généraux peut attirer des clients qui ne font pas partie de la population cible des organisations dirigées par les communautés. Le fait de servir une population de patients plus diversifiée peut contribuer à déstigmatiser la prestation de services. Toutefois, en s'adressant à une population plus générale, on risque de reproduire les mêmes obstacles que ceux qui existent dans les soins de santé primaires (par exemple, la stigmatisation et la capacité réduite à fournir des soins spécialisés) et de déplacer les prestataires de confiance.

La fourniture de services par les communautés dépend fondamentalement d'un environnement juridique et politique favorable

145. Conformément à la Stratégie mondiale de lutte contre le sida et aux facteurs sociétaux 10-10-10, ce rapport aborde les conditions juridiques et politiques, ainsi que la conception des services, car les environnements favorables et les prestations intégrées et dirigées par la communauté sont des conditions préalables qui se renforcent mutuellement pour réduire les risques liés au VIH et maintenir les soins parmi les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et prioritaires, les femmes et les jeunes.

« Nous avons besoin de la voix de l'ONUSIDA. Notre gouvernement écoute le personnel de l'ONUSIDA et [...] L'ONUSIDA assure la sécurité des populations clés dans différents pays, fournit une plate-forme pour les conversations au sein du gouvernement et pour les populations clés afin de fournir un leadership [...] Si l'ONUSIDA n'est pas là, cela donne l'impression que le sida est terminé et que nous pouvons tous passer à autre chose ».

– Expert de la communauté, Amérique du Nord

146. La faisabilité de l'extension de la fourniture de soins de santé intégrés et dirigés par la communauté est déterminée par les contextes nationaux. De même, la possibilité d'étendre le champ d'application, la portée et le mandat des organisations dirigées par les communautés dépend de la législation et des politiques gouvernementales. Il peut s'agir de lois pénalisantes, de réglementations relatives à la prestation de services, d'accréditation, de chaînes d'approvisionnement, de partage de données et de mécanismes d'assurance qualité.

147. Pratiquement tous les pays du monde ont criminalisé au moins une population clé,^{lxxvii} alors qu'il a été démontré que la décriminalisation réduit l'exposition à la violence et à la discrimination, diminue les obstacles aux soins et permet aux services de réduction des risques et autres services de prévention et de traitement de fonctionner efficacement et en toute légalité.^{lxxviii lxxix lxxx lxxxi} En outre, l'expansion des réponses communautaires et intégrées au VIH est remise en question par d'autres lois restrictives, la réaction négative contre le genre, la réduction de l'espace civique et la discrimination systémique à l'encontre des populations clés. Une priorité absolue est de créer des environnements qui protègent les organisations dirigées par les communautés contre les risques juridiques et qui protègent l'autonomie des dirigeants communautaires.

« Il n'est tout simplement pas possible d'intégrer entièrement les services destinés aux populations clés dans les structures de santé publiques sans décriminaliser les lois qui criminalisent les populations clés ».

– Expert de la communauté, Amérique du Nord

148. L'un des principaux obstacles à l'expansion et à la durabilité de la fourniture de services par les communautés est l'ouverture limitée des marchés publics à la société civile et aux organisations dirigées par les communautés, également connue sous le nom de « contrats sociaux ». Les partenariats entre entités gouvernementales et non gouvernementales visant à répondre aux besoins des communautés en matière de santé sont relativement courants dans certains pays, mais difficiles à mettre en place dans d'autres.
149. Le soutien à la défense des intérêts de la communauté est une condition préalable à l'extension des soins intégrés. Cela doit inclure un soutien pour s'engager dans les espaces de responsabilité et de contrôle, y compris les mécanismes de coordination nationaux du Fonds mondial. Il convient d'être prudent dans les contextes de transition entre le soutien des bailleurs de fonds et le système national. L'expérience des pays en post-transition montre que les espaces de responsabilisation soutenus par les bailleurs de fonds, tels que les mécanismes de coordination nationaux, ne perdurent généralement pas. Des espaces de plaidoyer fonctionnels, financés et participatifs (par exemple, les conseils des droits humains, les conseils nationaux de lutte contre le sida et les forums de la société civile) devraient être mis en place avant que le soutien des bailleurs de fonds ne prenne fin.

Étude de cas : Leadership des femmes en Amérique latine et dans les Caraïbes (ICW Latina)

La Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH (ICW) s'attaque aux défis complexes auxquels sont confrontées les femmes vivant avec le VIH dans toutes les régions, en mettant l'accent sur les populations marginalisées et prioritaires. Opérant dans divers contextes, de l'Amérique latine à l'Afrique, ICW a développé une approche globale pour soutenir les femmes vivant avec le VIH, en reconnaissant les défis croisés du genre, de la santé et de la justice sociale. L'organisation s'adresse à des femmes d'origines diverses, notamment des lesbiennes, des femmes qui consomment des drogues, des professionnelles du sexe, des migrantes et des personnes racialisées, en s'engageant à fournir un soutien holistique qui va au-delà de l'intervention médicale.

ICW travaille selon plusieurs axes stratégiques. ICW a mis en place un réseau de services communautaires qui fournissent un soutien intégré couvrant les soins médicaux, l'assistance psychologique et les services de soutien juridique. L'organisation a également mis en place des mécanismes de soutien par les pairs, des programmes de formation et des initiatives de sensibilisation qui permettent aux femmes de relever les défis complexes de la vie avec le VIH.

L'organisation se concentre sur plusieurs stratégies d'intervention clés. Tout d'abord, ICW Latina soutient les services gérés par la communauté, dans le but d'améliorer l'adhésion au traitement et le bien-être général en développant des systèmes de soutien directement gérés par les femmes vivant avec le VIH. Deuxièmement, ICW Latina mène des activités de recherche et de plaidoyer

pour lutter contre la discrimination et accroître la sensibilisation au VIH, en particulier au sein des systèmes de soins de santé. Troisièmement, ICW Latina fournit des services holistiques qui répondent aux besoins médicaux, psychologiques et juridiques des femmes vivant avec le VIH. Enfin, l'organisation mène des actions de défense des droits et s'efforce d'améliorer les protections juridiques et l'accès aux ressources pour les femmes vivant avec le VIH, notamment en remettant en cause les politiques discriminatoires.

Dans certains pays, ICW Latina a plaidé avec succès en faveur de changements juridiques, notamment en ce qui concerne les droits à pension et les dispositions relatives à la retraite anticipée pour les personnes diagnostiquées séropositives, ainsi qu'en faveur d'informations plus précises sur l'allaitement maternel pour les femmes vivant avec le VIH. Le programme a été particulièrement efficace dans le domaine des droits reproductifs, en remettant en cause les politiques de santé existantes qui marginalisent les femmes vivant avec le VIH. Les recherches menées par ICW Latina dans des pays comme la Bolivie, le Nicaragua, le Honduras et le Pérou ont été cruciales pour comprendre et relever les défis spécifiques auxquels sont confrontées les femmes vivant avec le VIH. Les programmes de formation de l'organisation sur les droits sexuels et reproductifs ont également contribué à l'autonomisation des femmes et à l'établissement d'un lien entre leurs expériences et les mouvements féministes plus larges en Amérique latine et dans les Caraïbes.

Que devons-nous faire différemment ?

150. Sur la base d'un processus de consultation globale, d'une enquête et d'une analyse documentaire, les recommandations suivantes sont proposées.

151. Adopter un ensemble intégré de services

- Ce rapport invite les États membres, avec le soutien du Programme commun, à garantir la disponibilité et l'accessibilité d'un ensemble défini de services intégrés. Les plans nationaux de lutte contre le VIH devraient établir un lien explicite entre le dépistage, la prévention (y compris les options à longue durée d'action, lorsqu'elles sont autorisées) et le traitement, d'une part, et l'ensemble plus large de services que les communautés considèrent comme essentiels, d'autre part.
- Les plans nationaux de lutte contre le VIH devraient prévoir des soins de santé spécifiques aux personnes transgenres, la réduction des risques, une éducation sexuelle complète, la santé et les droits sexuels et reproductifs, des soins de santé mentale et un soutien psychosocial, des conseils et un accompagnement par les pairs, ainsi qu'un soutien social de base, tel que des programmes alimentaires et des logements.
- Cet ensemble de mesures devrait être mis en œuvre par le biais de services gérés par la communauté, y compris des structures cliniques et non cliniques telles que des centres communautaires, des cliniques gérées par la communauté, des stations mobiles et des espaces de proximité, les organisations dirigées par les communautés étant reconnues comme des prestataires essentiels et bénéficiant de ressources à cet effet.

152. Financer l'avenir de l'intégration communautaire

- Il convient de définir et de promouvoir de nouveaux modèles de financement des organisations dirigées par les communautés pour la fourniture de services, en s'éloignant des voies de financement des bailleurs de fonds qui font transiter les ressources strictement par les gouvernements. Le financement des organisations dirigées par les communautés pour la prestation de services devrait inclure les coûts indirects et les frais généraux, soutenir la professionnalisation et la rémunération du personnel avec des contrats de travail et des avantages adéquats, et inclure des ressources pour une mobilisation durable des ressources
- Toutes les initiatives visant à soutenir les services de soins de santé intégrés doivent inclure un financement dédié aux organisations dirigées par les communautés, ainsi qu'un engagement à préserver la prestation de services communautaires dans des espaces sûrs pour les populations clés, et à donner la priorité à la prestation de soins de soutien et de soins « enveloppants ». Dans de nombreux contextes, l'intégration devrait élargir le champ de la prestation de services des organisations dirigées par les communautés, en contrepoint des efforts visant à intégrer les soins de proximité dans le système de santé publique
- Des voies fonctionnelles de contractualisation sociale doivent être développées de manière proactive bien avant que les bailleurs de fonds ne suppriment ou ne transforment leur soutien, afin de garantir que les financements nationaux parviennent aux organisations dirigées par les communautés pour leurs activités de prestation de services.
- Dans tous les contextes où le système de santé publique perpétue les obstacles à la prestation de services (y compris la criminalisation, les attitudes stigmatisantes, le refus de soins, les normes de genre préjudiciables et les violations de la confidentialité des clients), les bailleurs de fonds doivent continuer à soutenir les ressources affectées aux services fournis par les organisations dirigées par les communautés aux populations clés.
- La communauté internationale est invitée à relever les nouveaux défis du paysage mondial des financements dédiés à la santé et à faire face aux pressions financières croissantes de la lutte contre le VIH en s'engageant à réaliser des investissements durables et à long terme, notamment par le biais d'une forte reconstitution du Fonds mondial, d'un soutien bilatéral solide aux programmes de lutte contre le VIH et d'un appui continu aux partenaires clés.
- Un plan de continuité des fonctions pour 2027-2030 devrait être présenté lors de la 58e réunion du CCP, avec le Programme commun cartographiant les fonctions essentielles de la riposte au VIH (y compris les services intégrés dirigés par les communautés, le suivi dirigé par les communautés et le travail sur les droits humains et l'environnement juridique), et la convocation/coordination, avec les entités responsables, les budgets indicatifs, les déclencheurs de scénarios et les actions d'urgence, avec un rapport public annuel.
- La continuité des fonctions essentielles de la réponse au VIH doit être préservée pendant la crise financière actuelle, les États membres et les bailleurs de fonds devant veiller à ce que les services fondés sur les droits et dirigés par la communauté ne soient pas interrompus.

153. Renforcer la capacité des communautés à fournir des services intégrés et dirigés par elles

- Les flux de financement des bailleurs de fonds doivent donner la priorité à l'habilitation des organisations dirigées par les communautés à fournir un ensemble plus large de services liés ou non au VIH par le biais d'une formation, d'un renforcement des capacités et d'un soutien soutenus. Il s'agit notamment de faciliter l'embauche de personnel technique, de rémunérer correctement le personnel communautaire et de professionnaliser l'infrastructure des ressources humaines. En outre, il est essentiel que les organisations dirigées par les communautés soient aidées à développer des compétences en matière de mobilisation des ressources et de gestion financière, afin de réduire la dépendance à l'égard des bailleurs de fonds, de générer des revenus et de gérer les ressources pour la fourniture de services autres que ceux liés au VIH.
- Le financement de la formation doit être assuré, y compris la formation technique visant à renforcer la capacité des agents de santé communautaires et du personnel des organisations dirigées par les communautés à fournir un ensemble plus large de services, ainsi que la formation communautaire sur la compétence culturelle et la qualité des soins liés au VIH pour le personnel clinique des soins de santé publique.
- Les ressources destinées à la défense des droits doivent être incluses dans les flux de financement des bailleurs de fonds et doivent comprendre un soutien au suivi mené par les communautés et à la participation aux espaces de responsabilisation. Les organisations dirigées par les communautés jouent un rôle fondamental dans le suivi et la réponse aux violations des droits humains.
- Le soutien à la prestation de services intégrés et dirigés par les communautés devrait inclure des efforts visant à rendre les procédures de transfert accessibles et équitables, un soutien financier pour le transport, un soutien proactif et communautaire à la rétention et à l'adhésion, et des systèmes de dossiers médicaux interopérables, confidentiels et acceptables pour les clients.

154. Préserver le leadership, l'appropriation et les espaces sécurisés de la communauté

- Les décisions relatives à la fourniture de services intégrés doivent garantir que l'expertise et le leadership des communautés de personnes vivant avec et affectées par le VIH sont systématiquement valorisés dans tous les aspects de la prise de décision, de la planification, de la stratégie et de la mise en œuvre
- Il faut renforcer et créer des espaces de dialogue constructif et de copropriété des programmes axés sur les communautés, notamment pour l'élaboration des plans stratégiques nationaux, les mécanismes de coordination nationaux du Fonds mondial et les conseils nationaux de lutte contre le sida. La création et le renforcement de plates-formes de responsabilisation bien avant le retrait des bailleurs de fonds sont nécessaires pour protéger les acquis de la lutte contre le VIH.
- Il doit y avoir un fort engagement en faveur d'une participation significative des communautés à l'élaboration de la prochaine Stratégie mondiale de lutte contre le sida et des objectifs pour 2030, et veiller à ce que les priorités de la société civile

et des communautés soient représentées lors de la réunion de haut niveau sur le VIH et le sida de 2026 et dans la formulation de la prochaine déclaration politique sur le VIH.

- Les objectifs 30-80-60 doivent être maintenus et renforcés par l'élaboration d'un cadre opérationnel de suivi et de responsabilisation lié à un programme d'action prioritaire et accéléré. À l'appui, un récit clair qui relie les objectifs 30-80-60 pour les interventions communautaires aux objectifs 95-95-95 pour l'accès au traitement et l'observance, et aux objectifs globaux 10-10-10 pour les facilitateurs sociaux (ainsi que d'autres objectifs pertinents convenus dans la déclaration politique) doit être développé afin de souligner le rôle central du leadership communautaire dans la réalisation de tous les objectifs globaux.

155. Créer des environnements favorables et des cadres politiques

- Comme les gouvernements nationaux prévoient d'assumer une plus grande part de la responsabilité financière pour le financement des services liés au VIH, les lois limitant la sous-traitance aux organisations dirigées par les communautés doivent être réexaminées et révisées. Les contrats sociaux sont essentiels pour formaliser les partenariats entre le gouvernement et la communauté et pour créer des interdépendances stratégiques.
- Il faut faire davantage pour élargir les possibilités et supprimer les obstacles qui empêchent les organisations dirigées par la communauté d'obtenir et de conserver un enregistrement officiel. Les procédures formelles d'enregistrement sont souvent longues, lourdes, déroutantes et coûteuses. L'enregistrement officiel est souvent impossible ou dangereux pour les organisations dirigées par des populations clés dans les pays où ces populations sont soit explicitement criminalisées, soit fortement discriminées. Selon Outright International, en 2023, les organisations LGBTIQ ne pourront opérer légalement que dans 94 pays.^{lxxxii} Ces préoccupations concernant la capacité des organisations dirigées par les communautés à obtenir et à conserver un enregistrement officiel ont été partagées par les participants du Nord et du Sud.
- La décriminalisation doit être poursuivie en tant que condition préalable fondamentale à l'intégration entre les services fournis par les organisations dirigées par les communautés et les systèmes de santé gouvernementaux. Les partenaires mondiaux doivent s'engager à supprimer d'urgence et rapidement les obstacles juridiques, politiques et liés aux droits humains auxquels se heurtent les communautés, y compris les personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection ou affectées par le VIH.
- Le Secrétariat de l'ONUSIDA et les Coparrainants doivent collaborer étroitement avec les conseils et commissions nationaux de lutte contre le sida, ainsi qu'avec d'autres parties prenantes clés des gouvernements nationaux, afin d'anticiper et de préparer la mobilisation contre les droits, le genre et la société civile, et d'empêcher l'adoption de nouvelles mesures restrictives qui pourraient entraver la prestation de services dirigés par les communautés.
- Les approches sexotransformatrices et les soins autoadministrés devraient être intégrés dans les politiques régissant la fourniture de services liés au VIH afin de garantir que les communautés marginalisées soient pleinement soutenues et responsabilisées.

- les États membres et les partenaires doivent soutenir et recommander le partenariat mondial pour l'élimination de toutes les formes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH en tant que plate-forme de partenariat, de collaboration, d'échange et de mentorat entre les pays pour promouvoir les droits humains, l'égalité des genres et des réponses communautaires dirigées par la communauté résilientes.
- Les liens entre le partenariat mondial et les institutions clés, en particulier le Haut Commissariat aux droits humains doivent être renforcés.
- Les réformes des champs d'application devraient être avancées afin que les prestataires communautaires puissent légalement fournir les services convenus, y compris le dépistage, la réduction des risques, la fourniture d'ARV, l'aide juridique et l'orientation des patients.
- Des mécanismes d'alerte précoce et de réaction rapide doivent être mis en place pour détecter les lois et les pratiques restrictives, et ils doivent relier la surveillance des communautés à des réponses rapides en matière de politique juridique et à des protocoles de protection pour les agents de liaison communautaires et les défenseurs des droits humains.

156. Renforcer la légitimité du leadership communautaire et des réponses pour l'alignement sur les systèmes de santé nationaux

- Les pays doivent s'efforcer de réviser les réglementations qui limitent l'éventail des services que les organisations dirigées par les communautés sont légalement autorisées à fournir. En 2025, les organisations dirigées par les communautés étaient autorisées à effectuer des tests de dépistage du VIH et à distribuer des antirétroviraux dans 84 et 39 pays, respectivement. Elles pourraient distribuer des préservatifs dans 92 pays, fournir de la naloxone dans 15 pays et offrir des services juridiques dans 55 pays.^{lxixiii} Les pays devraient également éliminer les restrictions qui limitent la capacité des organisations dirigées par les communautés à fournir des services non liés au VIH.
- Les modèles communautaires doivent être intégrés dans les cadres gouvernementaux afin d'augmenter la probabilité d'un financement national, de faciliter la passation de contrats sociaux et d'aider à transcender la fragmentation actuelle de la prestation de services.
- Les organisations dirigées par les communautés doivent être officiellement reconnues comme faisant partie de l'architecture du système de santé et doivent être prises en compte dans les plans stratégiques nationaux, les dossiers d'investissement et les stratégies d'intégration du VIH.
- Les modèles de prestation de services des organisations dirigées par les communautés doivent être cartographiés et liés aux plans gouvernementaux existants afin de garantir leur inclusion dans les cadres de financement national et de responsabilité.
- Des plates-formes de planification communes doivent être établies entre les gouvernements et les organisations dirigées par les communautés afin d'aligner les priorités, tout en préservant l'indépendance, l'innovation et l'approche fondée sur les droits des réponses menées par les communautés.

157. Intégrer le suivi, la mise en œuvre et l'obligation de rendre des comptes à l'échelon communautaire, en s'alignant sur les systèmes de santé nationaux

- La responsabilité de tous les acteurs engagés dans la fourniture de services doit être renforcée afin d'améliorer la fourniture, la réactivité et l'impact des services. Le suivi communautaire, dans le cadre duquel les organisations dirigées par les communautés recueillent des données de manière indépendante et plaignent en faveur d'une amélioration de la prestation des soins de santé, est le principal mécanisme par lequel la responsabilité est mise en œuvre au niveau des services.
- Si les gouvernements nationaux sont souvent au centre des efforts de responsabilisation, les acteurs mondiaux et régionaux — y compris les agences des Nations unies, les bailleurs de fonds bilatéraux et les partenaires de mise en œuvre — doivent également être tenus responsables de leurs engagements en matière de leadership communautaire, d'équité et de fourniture de services intégrés.
- Le suivi mené par les communautés doit être doté des ressources nécessaires pour produire des données régulières et désagrégées sur la qualité des services, les droits et les éléments facilitateurs, avec des mécanismes de retour à l'action intégrés dans les plans nationaux de lutte contre le VIH et les contrats avec les prestataires de services.
- Une taxonomie de financement qui suit les flux publics et des bailleurs de fonds vers les organisations dirigées par les communautés (y compris pour le suivi communautaire et le soutien juridique), ainsi que les progrès des réformes juridiques et politiques, les contrats sociaux et les protections de l'espace civique, doit être incluse dans les efforts de reddition de comptes.

Étude de cas : Apoyo Positivo : services intégrés de lutte contre le VIH, de santé sexuelle et de réduction des risques dirigés par la communauté en Espagne

Apoyo Positivo est l'un des principaux fournisseurs espagnols de services intégrés de lutte contre le VIH, de santé sexuelle et de réduction des risques. Il propose des tests de dépistage du VIH et des IST, des soins psychosociaux, des services de réduction des risques pour les consommateurs/-trices de drogues, des services d'affirmation de l'identité sexuelle, une aide au logement et une assistance juridique. Les services sont fournis par des membres de la communauté, notamment des personnes vivant avec le VIH, des hommes homosexuels et d'autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, des personnes transsexuelles, des migrants, des consommateurs/-trices de drogues et des pairs issus des communautés touchées.

Les tests de dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles sont les principaux points d'entrée, après quoi chaque personne reçoit un plan de soins personnalisé, dirigé par la communauté et intégré. Le personnel et les clients identifient les besoins en matière de santé sexuelle, de santé mentale, de consommation de drogues et de soutien social, et élaborent ensemble un programme intégré qui peut inclure des conseils psychosociaux, un soutien axé sur la sexualité, un accompagnement par des pairs ou une mise en relation avec des unités VIH, des services d'aide aux toxicomanes ou des prestataires de soins respectueux de l'égalité des

genres.

Apoyo Positivo propose également l'un des plus solides programmes communautaires de réduction des risques et du chemsex, qui est conçu et mis en œuvre par des pairs, y compris des consommateurs de drogues. Le programme propose des conseils pour une utilisation plus sûre, un dépistage de l'usage problématique, un soutien psychosocial individuel et des plans structurés de réduction des risques. Les groupes dirigés par des pairs fournissent des conseils sur les pratiques plus sûres, la gestion des crises, le consentement et la santé sexuelle, avec une orientation transparente vers les tests de dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles, les soins de santé mentale et les services sociaux.

Les partenariats avec le système de santé publique renforcent le modèle. Les hôpitaux orientent les clients vers un soutien psychosocial, des tests de dépistage des infections sexuellement transmissibles et une aide au logement, tandis qu'Apoyo Positivo forme chaque année quelque 300 cliniciens à la compétence culturelle, au chemsex et aux soins dirigés par la communauté. Apoyo Positivo a été la première organisation communautaire à figurer dans les lignes directrices nationales espagnoles sur les infections sexuellement transmissibles.

Outre ses services cliniques, Apoyo Positivo gère une résidence communautaire pour les personnes vivant avec le VIH et pour les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres et d'autres personnes sans domicile fixe ou en détresse. L'organisation aide également environ 300 migrants séropositifs chaque année à entrer dans le système de santé et à commencer un traitement.

Apoyo Positivo montre comment les prestataires communautaires fournissent des services pleinement intégrés qui atteignent les communautés que les systèmes publics peinent à desservir, améliorant ainsi les résultats pour les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les migrants et les consommateurs/-trices de drogues.

Étude de cas : Leadership LGBTI en Afrique (GALZ)

Depuis plus de trente ans, GALZ, une association de personnes LGBTI au Zimbabwe, fournit des espaces sûrs et des services essentiels dans un environnement juridique extrêmement hostile, où les relations entre personnes de même genre sont criminalisées et où les fonctionnaires ont appelé à restreindre les financements étrangers. GALZ a également documenté les obstacles systémiques aux soins par le biais de son enquête sur l'accès à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, qui a révélé que 26 % des personnes LGBTI ont été victimes de violations de la confidentialité et que 45 % se sont vu refuser des services ou ont été soumises à des interrogatoires intrusifs.^{lxxxiv}

Au centre du travail de GALZ se trouve un modèle de service dirigé par la communauté qui intègre le soutien psychosocial, l'assistance juridique et les services liés au VIH. L'organisation gère quatre centres d'accueil communautaires qui offrent des conseils, des avis juridiques et un espace de sécurité. La santé mentale est un point d'entrée majeur dans les soins : en 2024, plus de 21 000 personnes ont bénéficié d'un soutien psychosocial confidentiel par l'intermédiaire de TakaTaka, un service de chat décrit par les utilisateurs comme étant « comme parler à un ami ».^{lxxxv}

Les services juridiques et de protection des droits constituent un autre secteur d'activité. Les assistants juridiques et les défenseurs de la communauté fournissent un soutien juridique immédiat dans des cas tels que le chantage, le harcèlement policier et l'agression. Des partenariats avec des organisations telles que Zimbabwe Lawyers for Human Rights (avocats du Zimbabwe pour les droits humains) garantissent l'accès à une représentation. En 2024, le plaidoyer de GALZ a permis d'obtenir l'intervention de la Commission des droits humains du Zimbabwe pour aider les enfants intersexués à obtenir des certificats de naissance.

Le réseau de centres d'accueil, d'entraide et de groupes d'affinité de GALZ étend ses services aux communautés périurbaines et rurales et assure un retour d'information permanent sur les besoins en matière de sécurité, de santé et de droit. L'approche de GALZ est également très intégrée. Deux fois par semaine, le personnel de santé du gouvernement propose des tests de dépistage du VIH, la PrEP et le TAR dans les centres GALZ, qui veillent à ce que les soins soient dispensés dans un environnement sûr et respectueux. En 2024, 670 hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont subi un test de dépistage du VIH au centre de Harare, 188 ont commencé la PrEP et 41 ont commencé le TAR, avec une rétention de 100 % chez les 20-24 ans.

L'organisation renforce également la réactivité du secteur public en formant des agents de santé et en plaçant des représentants LGBTI dans les comités des centres de santé, afin de garantir que les structures publiques restent sûres, responsables et accessibles.^{lxxxvi}

Conclusions

158. Ce rapport est présenté à un moment où la riposte au VIH connaît d'immenses bouleversements et où une crise financière fait peser une menace existentielle sur de nombreuses organisations dirigées par les communautés et sur le Programme commun.

159. À mesure que le financement des bailleurs de fonds diminue, la riposte mondiale au VIH s'efforce activement d'accroître les ressources nationales consacrées au VIH, ainsi que d'améliorer l'intégration et l'appropriation par les gouvernements des programmes soutenus par les bailleurs de fonds. Dans le contexte d'une criminalisation persistante et généralisée et d'un mouvement anti-genre et antidroit croissant, les objectifs mondiaux de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 risquent de plus en plus de ne pas être atteints. Le contexte actuel menace les progrès réalisés par la riposte au VIH pour protéger les droits et le bien-être des personnes vivant avec le VIH, des populations clés et des communautés touchées par la pandémie.

160. Comme le montre ce rapport, les communautés ont été claires et cohérentes dans l'identification des services qui doivent accompagner le dépistage du VIH, la prévention (y compris les technologies à longue durée d'action) et le traitement. Ce paquet intégré comprend :

- des soins de santé mentale et un soutien psychosocial, y compris des conseils et des services tenant compte des traumatismes ;
- l'accompagnement et la navigation par les pairs, en veillant à ce que les personnes soient soutenues tout au long de leur parcours de soins ;
- un soutien social de base, tel que l'aide alimentaire et l'aide au logement ;
- l'assistance juridique et la protection contre la violence et la discrimination, y compris l'accès à un soutien parajuridique, la réponse à la violence fondée sur le sexe et des mécanismes de signalement sûrs ;
- des soins de santé spécifiques aux personnes transgenres, y compris des services d'affirmation du genre ;
- la réduction des risques, y compris le matériel d'injection stérile, la naloxone, la réponse aux overdoses et l'éducation à une utilisation plus sûre ; et
- l'éducation sexuelle complète des adolescents et des jeunes, la santé et les droits sexuels et reproductifs, y compris la contraception, la grossesse et l'allaitement.

161. Ces services ne sont pas des compléments optionnels, mais des conditions essentielles pour permettre aux personnes de commencer et de rester dans le système de soins, de maintenir la suppression virale et d'arrêter la transmission du VIH. Mis en œuvre dans des cadres communautaires et généraux, y compris dans des espaces non cliniques tels que les centres communautaires et les stations mobiles, cet ensemble complet reflète ce que les communautés savent être nécessaire pour parvenir à l'équité, à la dignité et à l'efficacité dans la riposte au VIH.

162. Pour aller de l'avant, il faut s'engager délibérément à préserver et à développer les services intégrés dirigés par la communauté en tant qu'élément permanent des systèmes de santé nationaux. L'intégration ne doit pas servir de prétexte au démantèlement des infrastructures communautaires ou au recul des droits. Les gouvernements, les bailleurs de fonds et les partenaires des Nations unies doivent agir de toute urgence pour veiller à ce que les organisations dirigées par les communautés disposent des ressources nécessaires, soient habilitées juridiquement et reconnues institutionnellement comme des partenaires indispensables à la mise en place de réponses au VIH durables, axées sur les personnes et fondées sur les droits.

Propositions de décisions

163. *Prendre note du rapport du représentant des ONG ;*
164. *Reconnaitre le rôle indispensable des communautés en tant que prestataires de services, soignants, défenseurs, contrôleurs et dirigeants, et reconnaître qu'un leadership communautaire significatif et des ripostes au sida dirigées par les communautés et dotées de ressources suffisantes sont essentiels à la réalisation de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida, à la réalisation des objectifs 30-80-60 et 10-10-10, et à la fin du sida en tant que menace pour la santé publique ;*
165. *Rappeler tous les points de décision du point 1.4 de l'ordre du jour de la 55e réunion du CCP ;*
166. Notant avec inquiétude que la réalisation de l'objectif consistant à mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030 est compromise par la diminution et l'imprévisibilité du financement des ripostes au sida menées par les communautés, les restrictions de l'espace civique, les régressions en matière d'égalité des genres et de droits humains tels qu'ils sont reconnus par le droit international des droits humains, la persistance de la stigmatisation et de la discrimination, ainsi que par d'autres défis émergents, *appelle* les États membres à :
 - a. Veiller à ce qu'un financement prévisible, durable et direct soit accordé aux organisations dirigées par les communautés engagées dans la riposte au sida, notamment par le biais de contrats sociaux institutionnalisés et de lignes budgétaires nationales dédiées, et garantir des mécanismes de financement complets, opportuns et accrus consacrés au leadership et à la résilience des communautés, y compris au sein de l'ONUSIDA ;
 - b. S'attaquer aux obstacles structurels, juridiques et politiques pour soutenir des services intégrés de lutte contre le VIH équitables et fondés sur les droits humains, dirigés par les communautés, qui ne laissent personne de côté, y compris les personnes vivant avec et affectées par le VIH, en particulier les populations clés¹ et prioritaires, guidées par le leadership communautaire et les catalyseurs sociaux pour mettre fin à la stigmatisation, à la discrimination, aux inégalités entre les genres et aux inégalités en matière de santé liées au VIH ;
 - c. Élaborer, avec le soutien du Programme commun, des ensembles complets et intégrés de services de santé et de soutien social dont on sait qu'ils réduisent les risques et les vulnérabilités liés au VIH dans le cadre des plans nationaux de lutte contre le VIH et de santé, qui associent le dépistage du VIH, la prévention, y compris les technologies à longue durée d'action, et le traitement aux besoins spécifiques des personnes vivant avec le VIH et affectées par le VIH, en particulier les populations clés et prioritaires ;
 - d. Intégrer et renforcer la prestation de services par les pairs et le suivi par la communauté afin d'améliorer la qualité de la prestation de services, de renforcer les systèmes de santé et d'accroître l'équité en matière de santé, notamment en encourageant les approches innovantes et numériques pour le suivi et la prise de

décision fondée sur des données probantes dans le cadre de la riposte nationale au VIH et du secteur de la santé en général ;

- e. Veiller à ce que les personnes vivant avec le VIH et affectées par le virus, en particulier les populations clés et prioritaires, participent activement au processus d'intégration de la riposte au VIH dans des programmes multisectoriels connexes et coordonnés ;
- f. Renforcer l'établissement systématique de rapports par le biais de la mise à jour annuelle du rapport de suivi mondial sur le sida, de manière transparente et désagrégée, sur les allocations budgétaires nationales et des bailleurs de fonds soutenant les ripostes communautaires et la programmation des droits humains, afin de suivre et d'informer les progrès vers les objectifs 30-80-60 et 10-10-10, en travaillant en collaboration avec les Coparrainants et le Secrétariat de l'ONUSIDA ;

167. *Demander au Programme commun de :*

- a. Élaborer un plan jusqu'en 2030 pour la continuité de l'appui et de l'engagement des communautés actuellement assurés par le Secrétariat de l'ONUSIDA dans le contexte de la poursuite de l'intégration de l'ONUSIDA dans le système plus large des Nations Unies ;
- b. Réaffirmer l'engagement en faveur d'une participation significative des personnes vivant avec le VIH et affectées par le virus, en particulier les populations clés et prioritaires, à la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026-2031 et à la réunion de haut niveau sur le VIH/sida organisée par l'Assemblée générale des Nations unies en 2026 ;

[Annexes à suivre]

Annexe 1. Glossaire

Terme	Définition
Adolescentes et jeunes femmes	Adolescentes et jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans. Elles sont plus vulnérables au VIH en raison de l'inégalité entre les genres, de la violence et des obstacles aux services de santé sexuelle et reproductive.
Adolescents et jeunes	Adolescents âgés de 10 à 24 ans. Leur risque d'infection par le VIH et leur accès aux services sont déterminés par des transitions développementales rapides et un accès limité à l'information, à la prévention et aux soins adaptés à leur âge.
Chemsex	Consommation intentionnelle de substances psychoactives spécifiques pour initier, améliorer ou prolonger l'activité sexuelle, le plus souvent chez les hommes homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et chez les femmes transgenres. Le chemsex est associé à un risque accru d'acquisition et de transmission du VIH et d'autres IST.
Dirigé par la communauté	Réponses ou programmes planifiés, mis en œuvre et contrôlés par des organisations dirigées par les communautés dans lesquelles les membres de la communauté détiennent le leadership et le pouvoir de décision.
Réponses au sida pilotées par les communautés	Actions et stratégies qui visent à améliorer la santé et les droits humains de leurs circonscriptions, spécifiquement informées et mises en œuvre par et pour les communautés elles-mêmes et les organisations, groupes et réseaux qui les représentent.
Services intégrés de lutte contre le VIH dirigés par la communauté	La prévention, le dépistage, le traitement, les soins et le soutien en matière de VIH sont conçus et dispensés par des organisations dirigées par les communautés et sont liés à des services sanitaires et sociaux plus larges, de sorte que les personnes reçoivent des soins holistiques et centrés sur l'individu dans un continuum cohérent.
Suivi dirigé par la communauté	Mécanisme de responsabilité communautaire dans lequel les organisations dirigées par les communautés collectent, analysent et utilisent régulièrement des données sur la qualité, l'accès et l'acceptabilité des services et engagent les responsables à améliorer les services.
Organisation dirigée par la communauté	Organisations dont la gouvernance, la direction, le personnel, les porte-parole et les bénévoles reflètent en grande partie les circonscriptions desservies, et qui sont autodéterminées, autonomes et responsables devant ces communautés.
Éducation sexuelle complète	Processus d'enseignement et d'apprentissage des aspects cognitifs, émotionnels, physiques et sociaux de la sexualité, fondé sur un programme d'études, scientifiquement exact, adapté à l'âge, culturellement pertinent et basé sur les droits.
Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Les hommes qui ont des relations sexuelles consensuelles avec d'autres hommes, quelle que soit leur identité, sont reconnus comme une population clé présentant un risque élevé d'infection par le VIH.

Soins de santé transspécifiques	Une série d'interventions sociales, psychologiques et médicales qui aident les personnes transgenres et de genre divers à vivre de manière à affirmer leur identité de genre, y compris une thérapie hormonale d'affirmation du genre et, le cas échéant, des interventions chirurgicales.
Violence fondée sur le genre (violence sexiste)	Les actes nuisibles dirigés contre une personne en raison de son genre, y compris la violence physique, sexuelle, psychologique et économique, qui augmentent la vulnérabilité au VIH et créent des obstacles à l'accès aux services.
Réduction des risques	Politiques, programmes et pratiques visant à réduire les conséquences sanitaires, sociales et économiques négatives de la consommation de drogues sans nécessairement exiger l'abstinence, y compris les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, la thérapie par agonistes opioïdes et la prévention des overdoses.
Criminalisation liée au VIH	Le recours au droit pénal pour réglementer la non-divulgation, l'exposition ou la transmission du VIH, souvent d'une manière qui n'est pas conforme à la science ou aux droits humains et qui peut saper les efforts de prévention, de dépistage et de traitement du VIH.
Peuples autochtones et minorités raciales, ethniques et religieuses	Les communautés qui sont victimes de discrimination, de marginalisation et d'exclusion, ce qui accroît leur vulnérabilité au VIH et limite leur accès aux services. Elles sont reconnues dans la Stratégie mondiale de lutte contre le sida comme des populations confrontées à des inégalités croisées.
Intégration des services de santé	Gestion et fourniture de services de santé de manière à ce que les personnes bénéficient d'un continuum coordonné de promotion, de prévention, de diagnostic, de traitement, de soins et de réadaptation à différents niveaux et sites de soins.
Organisations régies par les populations clés	Organisations dirigées par la communauté dans lesquelles la majorité des dirigeants, des administrateurs, du personnel et des membres sont issus des groupes de population clés eux-mêmes.
Populations clés	Les groupes exposés à un risque accru de contracter le VIH et confrontés à des obstacles plus importants en matière d'accès aux services, en particulier les professionnel(les) du sexe, les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transsexuelles, les personnes qui s'injectent des drogues et les personnes incarcérées dans des prisons et d'autres centres de détention.
Santé mentale et soutien psychosocial	Interventions préventives et cliniques en matière de santé mentale et soutien social et psychologique pour lutter contre des affections telles que la dépression, l'anxiété et la toxicomanie, qui affectent le bien-être et les résultats en matière de VIH.
Migrants, réfugiés et personnes en situation humanitaire	Les personnes dont la mobilité, le statut juridique, le déplacement ou l'exposition à des crises augmentent la vulnérabilité au VIH et limitent l'accès aux services de santé, de protection et d'aide sociale.
Personnes incarcérées dans des prisons et d'autres centres de détention	Les personnes détenues dans des prisons, des centres de détention ou d'autres lieux fermés, qui sont exposées à des risques élevés de VIH, de tuberculose et d'hépatite virale et qui n'ont souvent qu'un accès limité à des services complets de prévention, de traitement et de réduction des risques.

Personnes vivant avec le VIH	Enfants, adolescents et adultes ayant contracté une infection par le VIH.
Personnes qui s'injectent des drogues	Les personnes qui s'injectent des substances psychoactives, telles que des opioïdes ou des stimulants ; elles sont reconnues comme une population clé présentant un risque élevé de VIH et d'hépatite virale.
Consommateurs/-trices de drogues	Les personnes qui consomment des substances psychoactives par n'importe quelle voie (par injection ou non), dont les risques liés au VIH et à la santé sont déterminés par le type de drogue, les modes de consommation et les facteurs structurels tels que la criminalisation, le maintien de l'ordre et la stigmatisation.
Soins centrés sur la personne	Approche de la conception et de la prestation des services de santé organisée autour des besoins, des préférences et de la situation des personnes, de leurs familles et de leurs communautés, les considérant comme des partenaires dans les soins.
Personnes ayant des handicaps	Enfants, adolescents et adultes présentant des déficiences physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles à long terme qui, en interaction avec des obstacles, peuvent empêcher une participation pleine et effective à la société et sont associées à une vulnérabilité accrue au VIH et à des obstacles à l'accès aux services.
Populations prioritaires	Groupes qui, en raison d'inégalités sociales, économiques, juridiques ou géographiques, sont plus exposés au risque de VIH ou ont un accès réduit aux services. Il s'agit notamment des adolescentes et des jeunes femmes, des migrants, des jeunes, des personnes handicapées et de certaines minorités raciales ou ethniques.
Professionnel(le)s du sexe	Les adultes qui reçoivent de l'argent ou des biens en échange de services sexuels, régulièrement ou occasionnellement, et qui sont souvent confrontés à la criminalisation, à la violence et à la stigmatisation, ce qui accroît le risque d'infection par le VIH.
Santé et droits en matière de sexualité et de reproduction	Le droit de chacun de prendre des décisions éclairées sur sa sexualité et sa reproduction et d'accéder à l'information et aux services nécessaires pour exercer ces droits, y compris la contraception, la grossesse et l'accouchement en toute sécurité et l'absence de violence et de coercition.
Éléments facilitateurs sur le plan social	Lois, politiques, programmes fondés sur les droits et efforts de mobilisation communautaire qui créent un environnement favorable à des réponses efficaces et équitables au VIH et à l'utilisation des services.
Protection sociale	Les politiques et programmes qui réduisent la pauvreté et la vulnérabilité et aident les gens à faire face aux chocs, tels que les transferts d'argent, l'assurance sociale, les politiques du marché du travail et l'aide sociale, qui peuvent réduire le risque d'infection par le VIH et améliorer l'adhésion au traitement et les résultats.
Personnes transgenres et de genre divers	Les personnes dont l'identité sexuelle diffère du genre assigné à la naissance, y compris les femmes transgenres, les hommes transgenres et les personnes non binaires, qui, dans de nombreux contextes, sont plus vulnérables au VIH en raison de la stigmatisation, de la discrimination et de la violence.

Organisations dirigées par des femmes	Organisations dirigées par la communauté dans lesquelles la plupart de la gouvernance, de la direction et des membres sont des femmes et des filles issues des circonscriptions desservies, jouant un rôle essentiel dans la promotion de l'égalité des genres, de la prévention et de la réponse à la violence fondée sur le genre et de la santé sexuelle et reproductive des femmes dans le cadre de la réponse au VIH.
Populations jeunes clés	Les adolescents et les jeunes (10-24 ans) qui sont également membres de groupes de population clés. Il s'agit notamment des jeunes professionnel(le)s du sexe, des jeunes homosexuels et autres jeunes ayant des relations sexuelles avec des hommes, des jeunes transgenres et des jeunes qui s'injectent ou consomment des drogues, qui sont tous confrontés à des vulnérabilités et à des obstacles cumulés en matière de services.
Organisations dirigées par les jeunes	Organisations dirigées par la communauté dans lesquelles la plupart des dirigeants et des membres sont des adolescents et des jeunes, et qui sont reconnues comme une catégorie spécifique de réponses dirigées par la communauté dans le cadre de la lutte contre le VIH.

Annexe 2. Données démographiques de l'enquête

Caractéristiques des répondants	n (%)
Nombre total de répondants	151
Utilisateur des services VIH	
Oui	113 (75 %)
Non	28 (19 %)
Préfère ne pas répondre	10 (7 %)
Prestataire de services VIH	
Oui	60 (40 %)
Non	87 (58 %)
Préfère ne pas répondre	4 (3 %)
Financeurs	
Oui	14 (9 %)
Non	131 (87 %)
Préfère ne pas répondre	6 (4 %)
Sexe	
Femme cisgenre	47 (31 %)
Homme cisgenre	62 (41 %)
Femme trans	12 (8 %)
Homme trans	4 (3 %)
Non-binaire ou genre fluide	13 (9 %)
Préfère ne pas répondre	13 (9 %)
Âge (ans)	
Moins de 18 ans	3 (2 %)
18 à 24	9 (6 %)
25 à 34	47 (31 %)
35 à 44	39 (26 %)
45 à 54	23 (15 %)
55 à 64	21 (14 %)
65 ans et plus	7 (5 %)
Préfère ne pas répondre	2 (1 %)
Population clé ou prioritaire	
Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	60 (40 %)
Adolescentes et jeunes femmes	27 (18 %)
Personnes transgenres	9 (6 %)
Professionnel(le)s du sexe	8 (5 %)
Consommateurs/-trices de drogues	4 (3 %)
Adolescents et jeunes hommes	3 (2 %)
Migrants, réfugiés et demandeurs d'asile	2 (1 %)
Autre	13 (9 %)
N'appartient pas à une population clé	25 (17 %)
Préfère ne pas répondre	8 (5 %)
Région	
Caraïbes	1 (< 1 %)
Afrique centrale	8 (5 %)
Amérique centrale	4 (3 %)

Asie centrale	2 (1 %)
Afrique de l'Est	39 (26 %)
Asie de l'Est	1 (< 1 %)
Europe de l'Est	3 (2 %)
Amérique du Nord	11 (7 %)
Europe du Nord	12 (8 %)
Amérique du Sud	18 (12 %)
Asie du Sud-Est	15 (10 %)
Afrique australie	4 (3 %)
Asie du Sud	1 (< 1 %)
Europe du Sud	3 (2 %)
Afrique de l'Ouest	6 (4 %)
Europe occidentale	21 (14 %)
Préfère ne pas répondre	2 (1 %)

Annexe 3. Entretiens avec les informateurs principaux

Entretiens avec les informateurs principaux	
Affirmative Action	Kevin Evina Ambah (Afrique de l'Ouest et centrale)
Alliance globale des communautés pour la santé et les droits (AGCS PLUS)	Jean Paul Enama Ossomba (Afrique de l'Ouest et centrale)
Fondation APCOM	Midnight Poonkasetwattana (Asie-Pacifique)
Réseau Asie-Pacifique des personnes vivant avec le VIH/sida (APN+)	Harry Prabowo (Asie-Pacifique)
Réseau Asie-Pacifique des professionnel(le)s du sexe (APNSW)	Fairy Abdulghani (Asie-Pacifique)
Réseau Asie-Pacifique des personnes transgenres (APTN)	Avali Khare (Asie-Pacifique)
Global Fund Community, Rights and Gender (CRG) Learning Hub L	Anuar Luna (LAC)
Réseaux nationaux d'organisations de lutte contre le sida et de services de santé d'Afrique de l'Est (EANNASO)	Rodrick W. Mugishagwe (Afrique orientale et australe)
Réseau est-africain pour la santé et la défense des droits des personnes transgenres (EATHAN)	Barbra Wangari (Afrique de l'Est et australe)
Réseau européen des personnes qui consomment des drogues (EuroNPUD)	Alexei Lakhov (Europe)
Global Action for Trans Equality (GATE)	Erika Castellanos (Monde)
Global Black Gay Men Connect (GBGMC)	Micheal Ighodaro (Monde)
Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme	Keith Mienies (Monde)
Global Network of People Living with HIV (GNP+)	Florence Anam (Monde)
Harm Reduction Sisters	Sue Purchase (Amérique du Nord)
HIV Justice Network	Edwin Bernard (Monde)
Association internationale des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, trans et intersexes – Europe (ILGA-EU)	Cianan Russell (Europe)
Réseau international des personnes qui consomment des drogues (INPUD)	Aditia Taslim (Monde)
Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH (ICW)	Sophie Brion (Monde)
Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH - Asie-Pacifique (ICWAP)	Sita Shahi (Asie-Pacifique)

MPACT	Andrew Spieldenner (Monde)
UHAI USA	Kent Klindera (Amérique du Nord)
Fonds Robert Carr (RCF)	Felicia Wong (Monde)
Forum Sophia	Sophie Strachan (Europe)
The Maroon Society	Michelle Enfield (Amérique du Nord)
TTCW+	Diana Weekes (LAC)
Viiv	Shaun Mellors (Monde)
Les femmes pour le Fonds mondial (W4GF)	Angela Caceres (LAC)
Réseau mondial des jeunes vivant avec le VIH (Y+ Global)	Maximina Jokonya (Monde)
Fondation pour le leadership, l'éducation, la défense et le développement des jeunes (Youth LEAD)	Ikka Noviyanti (Asie-Pacifique)

Études de cas

Centre de santé communautaire Nine Circles, Canada	Michael Payne
Clinique Tangerine, Thaïlande	Rena Janamnuaysook
Ready+, Afrique (multi-pays)	Cyprian Komba, Chengetai Dziwa, Lusungu Harawa
ICW Latina, Amérique latine et Caraïbes (multi-pays)	Mariana Iacono, Ana Ines Stravinskas
Gays and Lesbians of Zimbabwe (GALZ), Zimbabwe	Sylvester Nyamatendedza
Ayo Positivo, Espagne	Jorge Garrido

Notes de fin

-
- ⁱ Délégation des ONG, Conseil de coordination du programme ONUSIDA. Rapport des ONG, 2024 : Briser les chaînes : soutenir le leadership communautaire et les droits humains pour une riposte durable au VIH. 55e réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA, Genève, 10-13 décembre 2024. Genève : ONUSIDA ; 2024. Disponibilité : https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-06/PCB55_NGO_Report_FR.pdf
- ⁱⁱ Réponses au sida pilotées par les communautés : Rapport final basé sur les recommandations de l'équipe de travail multipartite. Genève : ONUSIDA ; 2022. Disponibilité : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/defining-community-led-responses_en.pdf.
- ⁱⁱⁱ Bekker L-G, Alleyne G, Baral S, et al. Advancing global health and strengthening the HIV response in the era of the sustainable development goals: The International AIDS Society—Lancet Commission. Lancet. 2018;392(10144):312–58. Disponibilité : [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31070-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31070-5)
- ^{iv} Goldstein D, Salvatore M, Ferris R, et al. Integrating global HIV services with primary health care: a key step in sustainable HIV epidemic control. Lancet Glob Health. 2023;11(7):e1120–24. Disponibilité : [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00156-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00156-0)
- ^v Bulstra CA, Hontelez JAC, Otto M, et al. Integrating HIV services and other health services: A systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2021;18(11):e1003836. Disponibilité : <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003836>
- ^{vi} Assemblée générale des Nations Unies. Déclaration politique sur le VIH et le sida : Mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d'ici à 2030. A/RES/75/284. New York : Nations Unies, 2021. Disponibilité : https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021_political-declaration-HIV-AIDS
- ^{vii} Stratégie mondiale de lutte contre le sida, 2021-2026 : Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida. Genève : ONUSIDA ; 2021. Disponibilité : <https://www.unaids.org/fr/Global-AIDS-Strategy-2021-2026>
- ^{viii} Fondation de la famille Kaiser. Donor government funding for HIV in low- and middle-income countries in 2024. Menlo Park, CA: Fondation de la famille Kaiser ; 2024. Disponibilité : <https://files.kff.org/attachment/Report-Donor-Government-Funding-for-HIV-in-Low-and-Middle-Income-Countries-in-2024.pdf>
- ^{ix} Département d'État des États-Unis d'Amérique. Stratégie de santé mondiale « America First ». Washington, D.C. : Département d'État des États-Unis d'Amérique ; 2025 Disponibilité : <https://www.state.gov/releases/office-of-the-spokesperson/2025/09/release-of-the-america-first-global-health-strategy>
- ^x Community engagement in Global Fund reprioritization : Findings from a rapid, independent, civil society-led analysis. 10 Sept. 2025. Disponibilité : <https://globaladvocacydatahub.org/resources/Community%20Engagement%20in%20Global%20Fund%20Reprioritization%202025.pdf>.
- ^{xi} Lankiewicz E, Sharp A, Drake P, et al. Early Impacts of the PEPFAR Stop-work Order: A rapid assessment. J Int AIDS Soc. 2025;28(2):e26423. Disponibilité : <https://doi.org/10.1002/jia2.26423>
- ^{xii} NATAP. Modelling the impact of cuts in PEPFAR funding for HIV pre-exposure prophylaxis among key populations in sub-Saharan Africa. Consulté le 24 septembre 2025. Disponibilité : https://www.natap.org/2025/IAS/IAS_31.htm
- ^{xiii} Sida, crise et pouvoir de transformation : Rapport mondial actualisé sur le sida 2025. Genève : ONUSIDA ; 2025. Disponibilité : <https://www.unaids.org/en/UNAIDS-global-AIDS-update-2025>.

^{xiv} Réponses au sida pilotées par les communautés : Rapport final basé sur les recommandations de l'équipe de travail multipartite. Genève : ONUSIDA ; 2022. Disponibilité :

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/community-led-aids-responses_en.pdf

^{xv} Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA. Rapport du représentant des ONG : Briser les chaînes : soutenir le leadership communautaire et les droits humains pour une riposte durable au VIH Genève : ONUSIDA ; 2024. UNAIDS/PCB(55)/24.26. Disponibilité :

https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/PCB55_NGO_Report

^{xvi} Assemblée générale des Nations Unies (2021). Déclaration politique sur le VIH et le sida : Mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d'ici à 2030. A/RES/75/284. para. 29.

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids_fr.pdf

^{xvii} Social protection : A Fast-Track commitment to end AIDS. Genève : UNAIDS; 2016, p. 4.

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc2922_social-protection-fast-track-commitment-end-aids_en.pdf

^{xviii} Réponses au sida pilotées par les communautés : Rapport final de l'équipe de travail multipartite. Genève : UNAIDS; 2022, p. 10.

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/community-led-aids-responses_en.pdf

^{xix} Stratégie mondiale de lutte contre le sida, 2021-2026 : Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida. Genève : UNAIDS; 2021, p. 26.

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_fr.pdf

^{xx} Assemblée générale des Nations Unies. Déclaration politique sur le VIH et le sida : Mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d'ici à 2030. A/RES/75/284. para. 29, 2021.

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids_fr.pdf

^{xxi} WHO guideline on HIV service delivery. Genève : OMS ; 2025 : p. viii. Disponibilité :

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/382521/9789240113879-eng.pdf>

^{xxii} Assemblée générale des Nations Unies. Déclaration politique sur le VIH et le sida : Mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d'ici à 2030. A/RES/75/284. New York : Nations Unies, 2021.

Disponibilité : https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2021/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids

^{xxiii} L'urgence d'aujourd'hui : Le sida à la croisée des chemins. Rapport mondial actualisé sur le sida 2024. Genève : ONUSIDA ; 2024. Disponibilité :

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update-summary_fr.pdf

^{xxiv} Délégation des ONG, Conseil de coordination du programme ONUSIDA. Rapport des ONG, 2024 : Soutenir le leadership communautaire et les droits humains pour une réponse durable au VIH. 55e réunion du CCP de l'ONUSIDA ; Nairobi, Kenya ; 10-12 décembre 2024. Genève : ONUSIDA ; 2024. Disponibilité : https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-06/PCB55_NGO_Report_FR.pdf

^{xxv} Stratégie mondiale de lutte contre le sida, 2021-2026 : Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida. Genève : ONUSIDA ; 2021. Disponibilité : <https://www.unaids.org/fr/Global-AIDS-Strategy-2021-2026>

^{xxvi} Stratégie mondiale de lutte contre le sida, 2021-2026 : Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida. Genève : ONUSIDA ; 2021. Disponibilité : <https://www.unaids.org/fr/Global-AIDS-Strategy-2021-2026>

^{xxvii} Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA. Ébauche annotée de la prochaine Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026-2031. UNAIDS/PCB(56)/25.14. Genève : ONUSIDA ; 2025. Disponibilité : https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-06/PCB56_Annotated_Outline_GAS_2026-2031_1.pdf

^{xxviii} Délégation des ONG au Conseil de coordination du Programme de l'ONUSIDA. Enquête sur la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026-2031 : Résumé des résultats de l'enquête. UNAIDS/PCB(56)/CRP3. Genève : ONUSIDA ; 2025

^{xxix} Stratégie mondiale de lutte contre le sida, 2021-2026 : Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida. Genève : ONUSIDA ; 2021. Disponibilité : <https://www.unaids.org/en/global-aids-strategy>

^{xxx} Stratégie mondiale de lutte contre le sida, 2021-2026 : Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida. Genève : ONUSIDA ; 2021. Disponibilité : <https://www.unaids.org/en/global-aids-strategy>

-
- xxxi Stratégie mondiale de lutte contre le sida, 2021-2026 : Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida. Genève : ONUSIDA ; 2021. Disponibilité : <https://www.unaids.org/en/global-aids-strategy>
- xxxii WHO guideline on HIV service delivery : Updated guidance on the integration of diabetes, hypertension and mental health services, and interventions to support adherence to antiretroviral therapy. Genève : OMS ; 2025. Disponibilité : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240113879>
- xxxiii Logie CH. Intersectionality and HIV: a systematic review of the theoretical and empirical literature. *Journal of the International AIDS Society*. 2018;21(11):e25171. Disponibilité : <https://doi.org/10.1002/jia2.25171>
- xxxiv Turan JM, Elafros MA, Logie CH, et al. Challenges and opportunities in integrating intersectionality into HIV research. *Journal of the International AIDS Society*. 2017 ;20(1):21491. Disponibilité : <https://doi.org/10.7448/IAS.20.1.21491>
- xxxv Logie CH, Rice WS, et al. Intersecting stigma and HIV: a global systematic review. *The Lancet HIV*. 2022;9(1):e33–e50. Disponibilité : [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(21\)00244-1](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(21)00244-1)
- xxxvi Logie CH, Rice WS, et al. Intersecting stigma and HIV: a global systematic review. *The Lancet HIV*. 2022;9(1):e33–e50. Disponibilité : [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(21\)00244-1](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(21)00244-1)
- xxxvii Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). Stratégie mondiale de lutte contre le sida, 2021-2026 : Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida. Genève : ONUSIDA ; 2021. Disponibilité : <https://www.unaids.org/en/global-aids-strategy>
- xxxviii Logie CH, Rice WS, et al. Intersecting stigma and HIV: a global systematic review. *The Lancet HIV*. 2022;9(1):e33–e50. Disponibilité : [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(21\)00244-1](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(21)00244-1)
- xxxix Turan JM, Elafros MA, Logie CH, et al. Challenges and opportunities in integrating intersectionality into HIV research. *Journal of the International AIDS Society*. 2017 ;20(1):21491. Disponibilité : <https://doi.org/10.7448/IAS.20.1.21491>
- xl Logie CH, Rice WS, et al. Intersecting stigma and HIV: a global systematic review. *The Lancet HIV*. 2022;9(1):e33–e50. Disponibilité : [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(21\)00244-1](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(21)00244-1)
- xli Bulstra CA, Hontelez JAC, Otto M, et al. Integrating HIV services and other health services: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2021;18(11):e1003836. Disponibilité : <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003836>.
- xlii Coleman M, Akolo C, Mbanusi A, et al. Integrating HIV and primary health care for key populations: community-led models from Vietnam, Nigeria and Eswatini. *J Int AIDS Soc*. 2025;28(9):e70027. Disponibilité : <https://doi.org/10.1002/jia2.70027>
- xliii Ayala G, Sprague L, van der Merwe LLA, Thomas RM, et al. Peer- and community-led responses to HIV: a scoping review. *PLOS ONE*. 2021;16(12):e0260555. Disponibilité : <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0260555>
- xliv Phiri MM, Schaap A, Hensen B, et al. The impact of an innovative community-based peer-led intervention on uptake and coverage of sexual and reproductive health services among adolescents and young people 15–24 years old: results from the Yathu Yathu cluster randomized trial. *BMC Public Health* 24, 1424 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18894-z>
- xlv Moyo E, Moyo P, Murewanhema G, et al. Community-led interventions for HIV and AIDS prevention, treatment, and care in Southern Africa: a scoping review. *Discov Public Health*. 2025;22 (78). <https://doi.org/10.1186/s12982-025-00468-y>
- xlii Christianson T, Still M, Souleymanov R. Towards anti-colonial approaches in social work: Enhancing culturally safe HIV care for Indigenous communities in Manitoba and Saskatchewan. *Qual Soci Work*. 2024;24(2-3):282-300. Disponibilité : <https://doi.org/10.1177/14733250241303527>
- xlvii <https://kanikanichihk.ca/health-and-wellness/mino-pimatisiwin-sexual-wellness-lodge/>
- xlviii Ayala G, Sprague L, van der Merwe LLA, Thomas RM, et al. Peer- and community-led responses to HIV: a scoping review. *PLOS ONE*. 2021;16(12):e0260555. Disponibilité : <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0260555>
- xlix Ayala G, Sprague L, van der Merwe LLA, Thomas RM, et al. Peer- and community-led responses to HIV: a scoping review. *PLOS ONE*. 2021;16(12):e0260555. Disponibilité : <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0260555>
- ¹ Suivi dirigé par la communauté en action : Preuves émergentes et bonnes pratiques. Genève : ONUSIDA ; 2023. Disponibilité : <https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2023/community-led-monitoring-in-action>

-
- ⁱⁱ Bulstra CA, Hontelez JAC, Otto M, et al. Integrating HIV services and other health services: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2021;18(11):e1003836. Disponibilité : <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003836>.
- ⁱⁱⁱ Kennedy CE, Spaulding AB, Brickley DB, et al. Linking sexual and reproductive health and HIV interventions: a systematic review. *J Int AIDS Soc.* 2010;13:26.
- ^{iv} Narasimhan M, Yeh PT, Haberlen S, et al. Integration of HIV testing services into family planning services: a systematic review. *Reprod Health.* 2019;16(Suppl 1):61.
- ^v Phiri MM, Schaap A, Hensen B, et al. The impact of an innovative community-based peer-led intervention on uptake and coverage of sexual and reproductive health services among adolescents and young people 15–24 years old: results from the Yathu Yathu cluster randomized trial. *BMC Public Health* 24, 1424 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18894-z>
- ^{vi} Ferrand RA, Dauya E, Chikwari CD, et al. Integrated community-based HIV and sexual and reproductive health services for youth: a cluster-randomized trial. *Nat Med.* 2025 Sep ;31(9):3081-3088. doi: 10.1038/s41591-025-03762-z. Publication en ligne, 24 juin 2025.
- ^{vii} Reza-Paul S, Lazarus L, Maiya R, V et al. Delivering community-led integrated HIV and sexual and reproductive health services for sex workers: A mixed methods evaluation of the DIFFER study in Mysore, South India. *PLoS One.*
- ^{viii} Reza-Paul S, Lazarus L, Maiya R, et al. Delivering community-led integrated HIV and sexual and reproductive health services for sex workers: A mixed methods evaluation of the DIFFER study in Mysore, South India. *PLoS One.*
- ^{ix} Doan AH, Vu CMH, Nguyen TT, et al. Caring for the whole person: transgender-competent HIV pre-exposure prophylaxis as part of integrated primary healthcare services in Vietnam. *J Int AIDS Soc.* 2022;25:e
- ^x Reisner SL, Radix A, Deutsch MB, et al. HIV seropositivity and viral non-suppression in transgender, non-binary, and gender-diverse people in primary care receiving gender-affirming hormone therapy in the USA between 2013 and 2019 (LEGACY): an observational, longitudinal, cohort study. *Lancet HIV.* 2025 ;12(3). Disponibilité : [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(25\)00004-9](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(25)00004-9)
- ^{xi} Grov C, Westmoreland D, Morrison C, et al. The crisis we are not talking about: one-in-three annual HIV seroconversions among sexual and gender minorities were persistent methamphetamine users. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2020 Nov 1 ;85(3):272-279.
- ^{xii} Degenhardt L, Webb P, Colledge-Frisby S, et al. Epidemiology of injecting drug use, prevalence of injecting-related harm, and exposure to behavioural and environmental risks among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet Glob Health.* 2023 May ;11(5):e659-e672.
- ^{xiii} Decker MR, Latimore AD, Yasutake S, et al. Gender-based violence against adolescent and young adult women in low- and middle-income countries. *J Adolesc Health.* 2015 Feb;56(2):188-96.
- ^{xiv} Decker MR, Lyons C, Guan K, et al. A systematic review of gender-based violence prevention and response interventions for HIV key populations: female sex workers, men who have sex with men, and people who inject drugs. *Trauma Violence Abuse.* 2022 Apr;23(2):676-694.
- ^{xv} Decker MR, Latimore AD, Yasutake S, et al. Gender-based violence against adolescent and young adult women in low- and middle-income countries. *J Adolesc Health.* 2015 Feb;56(2):188-96.
- ^{xvi} Dunkle KL, Decker MR. Gender-based violence and HIV: reviewing the evidence for links and causal pathways in the general population and high-risk groups. *Am J Reprod Immunol.* 2013 Feb;69 Suppl 1:20-6.
- ^{xvii} Dunkle KL, Jewkes RK, Brown HC, et al. Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *Lancet.* 2004 May 1 ;363(9419):1415-21.
- ^{xviii} Sabri B, Sellke R, Smudde M, Bourey C, et al. Gender-based violence interventions in low- and middle-income countries: a systematic review of interventions at structural, community, interpersonal, individual, and multiple levels. *Trauma Violence Abuse.* 2023 Dec ;24(5):3170-3186.
- ^{xix} Intégration des interventions en matière de santé mentale et de VIH. Genève : ONUSIDA ; 2021. Disponibilité : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/integration-mental-health-hiv-interventions_fr.pdf
- ^{xx} Operario D, et al. Integrating HIV and mental health interventions to address a global syndemic among men who have sex with men. *Lancet HIV.* 2022 ;9(8):e574-e584.

-
- lxx Bending the curve: The impact of integrating mental health services on HIV and TB. Genève : United Global Mental Health; 2024. Disponibilité : <https://unitedgmh.org/app/uploads/2024/06/Briefing-UGMH-Bending-the-Curve-the-impact-of-integrating-mental-health-services-on-HIV-and-TB.pdf>
- lxxi Ferenchick EK, Hijazi Z, Bains A, et al. Integration of mental health services with HIV prevention, treatment and care. Bull World Health Organ. 2025;103(10):635-637. Disponibilité : <https://doi.org/10.2471/BLT.25.293646>
- lxxii Directive de l'OMS sur la prestation de services liés au VIH : mise à jour des directives sur l'intégration des services liés au diabète, à l'hypertension et à la santé mentale, et sur les interventions visant à favoriser l'observance de la thérapie antirétrovirale. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2025.
- lxxiii Janamnuaysook R, Taesombat R, Wong J, et al. Innovating healthcare: Tangerine Clinic's role in implementing inclusive and equitable HIV care for transgender people in Thailand. J Int AIDS Soc. 2025;28(1):e26405. Disponibilité : <https://doi.org/10.1002/jia2.26405>
- lxxiv Hiransuthikul A, Janamnuaysook R, Himmad K, et al. on behalf of the iFACT Study Team. Drug-drug interactions between feminizing hormone therapy and pre-exposure prophylaxis among transgender women: the iFACT study. J Int AIDS Soc. 2019;22(7):e25338.
- lxxv Prestation de services différenciés. Treatment: Models for clients who are established on ART. Disponibilité : <https://www.differentiatedservicedelivery.org/models/treatment/>.
- lxxvi Christianson T, Still M, Souleymanov R. Towards anti-colonial approaches in social work: Enhancing culturally safe HIV care for Indigenous communities in Manitoba and Saskatchewan. Qual Soci Work. 2024;24(2-3):282-300. Disponibilité : <https://doi.org/10.1177/14733250241303527>
- lxxvii Sida, crise et pouvoir de transformation : Rapport mondial actualisé sur le sida 2025. Genève : ONUSIDA ; 2025. Disponibilité : <https://www.unaids.org/en/UNAIDS-global-AIDS-update-2025>.
- lxxviii Macioti PG, Power J, Bourne A. The health and well-being of sex workers in decriminalized contexts: a scoping review. Sex Res Soc Policy 20, 1013–1031 (2023).
- lxxix Scheim AI, Maghsoudi N, Marshall Z, et al. Impact evaluations of drug decriminalization and legal regulation on drug use, health and social harms: a systematic review. BMJ Open 2020;10:e035148.
- lxxx DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, et al. HIV and the criminalization of drug use among people who inject drugs: a systematic review. Lancet HIV. 2017 Aug;4(8):e357-e374.
- lxxxi McCann J, Crawford G, Hallett J. Sex worker health outcomes in high-income countries of varied regulatory environments: a systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2021 Apr 9 ;18(8):3956.
- lxxxii The global state of LGBTIQ organizing. New York, NY : Outright International; 2023. Disponibilité : <https://outrightinternational.org/>.
- lxxxiii Stratégie mondiale de lutte contre le sida, 2021-2026 : Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida. Genève : ONUSIDA ; 2021. Disponibilité : <https://www.unaids.org/fr/Global-AIDS-Strategy-2021-2026>
- lxxxiv Rapport annuel 2024. Harare : GALZ ; 2025. Disponibilité : https://www.galz.org/_files/ugd/241bc6_83cffb99b0be448aa417503e306e8759.pdf
- lxxxv Rapport annuel 2024. Harare : GALZ ; 2025. Disponibilité : https://www.galz.org/_files/ugd/241bc6_83cffb99b0be448aa417503e306e8759.pdf
- lxxxvi Rapport annuel 2024. Harare : GALZ ; 2025. Disponibilité : https://www.galz.org/_files/ugd/241bc6_83cffb99b0be448aa417503e306e8759.pdf